

# Psychische Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt: Modelle und Prävention

Florian Junne, Monika Rieger, Martina Michaelis, Christoph Nikendei, Harald Gündel,  
Stephan Zipfel, Eva Rothermund



Psychische Belastung und Stress am Arbeitsplatz können psychische Störungen (mit)verursachen und Einfluss auf ihren Verlauf nehmen. In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Modelle zur Entstehung psychomentaler Anforderungen entwickelt. Sie werden im Folgenden vorgestellt, außerdem Ansätze zur Prävention.

## Zusammenfassung

Psychische Belastungsfaktoren und erhöhtes Stresserleben im Arbeitskontext können psychische und psychosomatische Störungen verursachen und ihren Verlauf beeinflussen. Für die Beschreibung psychomentaler Anforderungen im beruflichen Kontext sind insbesondere drei Modelle in der internationalen Literatur etabliert: das *Anforderungs-Kontroll-Modell* (englisch *Demand-Control-Model*) von Karasek und Theorell; das *Modell der beruflichen Gratifikationskrisen* (englisch *Effort-Reward-Imbalance [ERI]-Modell*) nach Siegrist und das mehrdimensionale *Modell der organisationalen Gerechtigkeit*. Diese Modelle beschreiben verschiedene bedeutsame Perspektiven auf berufliche Anforderungskontexte.

Als eine Querschnittsdimension zu den genannten Modellen kann die *Interaktionelle* bzw. *Soziale Dimension* im beruflichen Kontext betrachtet werden. Hier sind insbesondere der soziale Konflikt im engeren Sinn und das „Mobbing“ als eine Sonderform des interaktionellen Konfliktes bedeutsam.

Neben primär-präventiven Ansätzen, die sich z. B. aus den oben genannten Modellen und Konzeptualisierung ableiten lassen, spielen zunehmend sekundär- und tertiär-präventive Ansätze im betrieblichen Setting eine Rolle. Hier kann insbesondere das betriebliche Versorgungskonzept der Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb zur niederschweligen (Früh-)Diagnostik und spezialisierten Beratung und Überleitung von Betroffenen dienen.

Das betriebliche Wiedereingliederungsmanagement und die stufenweise Wiedereingliederung dienen umgekehrt der strukturierten Rückführung (z. B. von Betroffenen mit Stressfolgestörungen) in den Arbeitskontext und zum Erhalt des Arbeitsplatzes. Letzteres ist

nicht zuletzt deshalb bedeutsam, da der Arbeitskontext und die Anforderungen am Arbeitsplatz unter günstigen Bedingungen auch als die (psychomentale) Gesundheit fördernde Ressource betrachtet werden können.

Dieser CME-Artikel beschreibt die oben genannten Modelle und ausgewählte Perspektiven der Sekundär- und Tertiärprävention.

## Einleitung

Psychische Belastungsfaktoren und ein erhöhtes Stresserleben im Arbeitskontext können psychische und psychosomatische Störungen verursachen und ihren Verlauf beeinflussen sowie zu erhöhten Morbiditätsraten (z. B. von kardiovaskulären Erkrankungen) bei Berufstätigen führen [1–5].

### Merke

**Neben der teils erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität von Betroffenen stellen anhaltende psychische Belastungen auch ein Risiko für die Sicherheit am Arbeitsplatz dar (z. B. im Gesundheitswesen, im Baugewerbe oder bei Kraftfahrern) und können die Produktivität von Unternehmen mindern [1, 6].**

Stressfolgeerkrankungen wie z. B. Angststörungen und depressive Störungen führen oft zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und hohen Frühberentungsraten (z. B. 73 Krankheitstage aufgrund depressiver Störungen auf 100 gesetzlich Versicherte im Jahr 2011 [7]). Deshalb sind auch die sozioökonomischen Folgerungen in diesem Kontext hoch relevant [8, 9].

Vor diesem Hintergrund stellt die Beschäftigung mit etablierten Modellen zur Beschreibung von psychomentaler Belastung im beruflichen Kontext sowie von sozialen Konflikten, insbesondere dem Mobbing, und

Konzepten zur Früherkennung und Prävention von psychischer Belastung und deren Folgestörungen eine Möglichkeit dar, diagnostische Anhaltspunkte für berufliche Belastungsmomente von Patienten mit Stressfolgesymptomen bzw. -störungen zu erhalten und gezielte und strukturierte Exploration zum Bereich des Mobbing in der klinischen Praxis durchzuführen. Darüber hinaus kann die Beschäftigung mit dem Thema dazu dienen, in betrieblichen Settings zu prüfen, inwieweit Maßnahmen für die Prävention notwendig sind bzw. ob die bestehenden einer Erweiterung bedürfen.

### Burnout

Ein in diesem Kontext relevanter, obschon uneinheitlich konzeptualisierter Begriff ist das Burnout, das häufig als Folge einer anhaltenden erhöhten Stressbelastung diskutiert wird und laut ICD-10-GM im Rahmen eines Zusatzcodes (Ziffer Z73) auch als „Zustand der totalen Erschöpfung“ beschrieben wird. Laut einer Analyse der Daten der gesetzlichen Krankenkassen durch die Bundespsychotherapeutenkammer hat sich die Häufigkeit der Zusatzkodierung eines Burn-out (Z73 im ICD-10-GM) im Zeitraum 2004 bis 2011 versiebenfacht, die Anzahl der Fehltag im gleichen Zeitraum hat sich mehr als verzehnfacht [7]. Die Beschreibung eines Burnouts wird von den psychosomatischen und psychiatrischen Fachgesellschaften überwiegend kritisch diskutiert und am ehesten als ein (unspezifisches) Vorstadium psychischer Störungen, z. B. einer depressiven Störung, beschrieben ([10], vgl. auch [11]).

### Fehlbelastungen

Allgemein lässt sich sagen, dass die mit einer beruflichen (oder ehrenamtlichen) Tätigkeit verbundenen Anforderungen bei Berufstätigen als Fehlbelastungen (umgangssprachlich „Stress“) wirken und – v. a. bei längerer Wirkung – zu negativen Beanspruchungsfolgen führen können. Es muss dabei jedoch betont werden, dass die Berufstätigkeit bzw. eine „gute“ Arbeit auch eine wesentliche Ressource für die psychische Gesundheit darstellen kann. Daten zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und reduzierter psychischer Gesundheit machen dies deutlich (z. B. [12]).

### Entstehungsmodelle

Doch unbestritten gibt es Konstellationen, in denen psychomente oder psychosoziale Fehlbelastungen aus der Berufstätigkeit resultieren und Menschen im Verlauf u. a. psychisch bedingte Beschwerden und Erkrankungen entwickeln können. Ausgehend von dem beobachteten Zusammenhang zwischen v. a. kardiovaskulären Erkrankungen und psychomentalen und -sozialen Arbeitsbedingungen wurden verschiedene theoretische Erklärungsmodelle entwickelt, von denen hier drei wichtige vorgestellt werden sollen (Infobox 1).

### ERKLÄRUNGSMODELLE

Modelle zur Entstehung psychomentaler und psychosozialer Fehlbelastung am Arbeitsplatz

- das sogenannte Anforderungs-Kontroll-Modell (englisch Demand-Control-Model) von Karasek und Theorell (1990). Es sieht u. a. das Konstrukt des sogenannten Job Strain, d. h. hohe Anforderungen bei geringen Entscheidungsspielräumen, vor.
- das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (englisch Effort-Reward-Imbalance [ERI]-Modell)
- das zuletzt an Bedeutung gewinnende mehrdimensionale Modell der organisationalen Gerechtigkeit

Während das *Modell der organisationalen Gerechtigkeit* die individuellen Merkmale der Befragten nur insoweit berücksichtigt, als ihre subjektive Wahrnehmung verschiedener *Gerechtigkeitsdimensionen* erfragt wird, berücksichtigen die beiden erstgenannten Modelle auch die individuellen Ressourcen und Anforderungen außerhalb des beruflichen Kontextes. Dies gilt insbesondere für das *ERI-Modell*, in den die persönliche Verausgabungstendenz der Befragten als wesentlicher Risikofaktor einget.

Die Bedeutung der genannten Modelle für die psychische Gesundheit der Beschäftigten wird eindrucksvoll aus einer Fülle von Primärstudien und systematischen Übersichtsarbeiten deutlich, in denen mithilfe aller drei Modelle erhöhte Risiken für Distress-Empfinden der Beschäftigten bis hin zu psychischen Beschwerden und Erkrankungen beschrieben werden konnten (z. B. für das Demand-Control-Modell [13], für das ERI-Modell [14], für die organisationale Gerechtigkeit [15]).

### Anforderungs-Kontroll-Modell (Demand-Control-Modell) nach Karasek und Theorell

Das *Anforderungs-Kontroll-Modell* (AKM) nach Karasek und Theorell (1990) erfasst direkte Merkmale des Tätigkeitsprofils: die Menge und den Druck der Anforderungen (Demand) und den dabei für das Individuum bestehenden Entscheidungsspielraum (Control). Indirekt geht es dabei um das individuelle Erleben von selbstwirksamem und selbstbestimmtem Verhalten. Der Mangel daran führt zu einer Fehlbelastung und den sich daraus entwickelnden psychischen und psychosomatischen Beschwerden. Im Modell werden individuelle Aspekte wie zum Beispiel Bewältigungsstrategien des Beschäftigten nicht berücksichtigt. Die Erhebung erfolgt auf Basis verschiedener psychometrisch validierter Befragungsinstrumente, z. B. mit dem Co-

penhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) ([16], Übersicht: [17]).

Das AKM beschreibt dabei die Interaktion zwischen wahrgenommener beruflicher, i. d. R. quantitativer Belastung im Sinne eines „work load“ (Anforderung) und gleichzeitiger bestehender Möglichkeit Einfluss zu nehmen (Kontrolle). Aus der Interaktion dieser beiden Dimensionen der Anforderung und der Kontrolle ergeben sich vier Kategorien dieser Zusammenhänge:

- Bei geringer Anforderung und niedrigem Handlungsspielraum entsteht das Profil eines „passiven“ Jobs. Es entsteht wenig Stress und die Entwicklungsmöglichkeiten sind gering.
- Sind beide Tätigkeitsmerkmale stark ausgeprägt, befindet sich das Jobprofil im Bereich „aktiv“. Es bestehen gute Bedingungen für Lernen und die Entwicklung von Fähigkeiten.
- Ein hohes Maß an Entscheidungsspielraum und ein geringes Maß an Anforderungen führen hingegen in die Kategorie „wenig Anspannung“, entsprechend einem ruhigen Job.
- Sehr hohe Anforderungen bei niedrigem Entscheidungsspielraum führen in die Kategorie „starke Anspannung“ im Sinne eines „stressigen Jobs“ und einem hohen Risiko für psychische Fehlbeanspruchung.

Zur Berücksichtigung der komplexen Beziehungsgefüge moderner Arbeit haben die Autoren das Modell im Verlauf um die Dimension „soziale Unterstützung“ erweitert und belegen, dass diese Belastungsfolgen mildern kann [18].

#### DEFINITION ANFORDERUNGS-KONTROLL-MODELL

Kern des Anforderungs-Kontroll-Modells (Demand-Control-Model) ist, dass nicht die Leistungsmenge per se belastend ist, sondern dass Leistungsanforderungen unter geringer Kontrollierbarkeit von Arbeitsablauf und Arbeitsinhalt vermehrt zu psychischer Belastung mit Erkrankungsfolgen führen können. Es werden Aspekte des Tätigkeitsprofils, jedoch nicht individuelle Faktoren wie zum Beispiel Bewältigungsstrategien betrachtet.

#### Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist

Das *Modell beruflicher Gratifikationskrisen* (engl. *Effort-Reward-Imbalance* [ERI]) beschreibt den Zusammenhang zwischen beruflichen Anforderungen und Verpflichtungen auf der einen und der erlebten Belohnung bzw. Anerkennung auf der anderen Seite. Dabei gehen nicht nur externe Variablen (Anforderungen vs. Belohnung) in die Beschreibung mit ein, sondern auch die

Merkmale (Risikofaktoren) des Berufstätigen, wie z. B. seine primäre (etwa auf biografische Prägungen zurückgehende) Verausgabungsbereitschaft bzw. exzessive Leistungsbereitschaft als motivationale Dimension.

Nach Siegrist basiert das Modell der Gratifikationskrisen auf einer evolutionär begründeten „sozialen Reziprozität“, die als soziales Prinzip beschrieben werden kann, in der eine Leistung die Erwartung einer Gegenleistung mit sich bringt. Bei fehlender Belohnung bzw. Anerkennung kann die enttäuschte Erwartung einer Gegenleistung zu negativen Affekten und Stresserleben führen, was bei Betroffenen langfristig eine erhöhte Rate an Stressfolgestörungen wie z. B. depressiver Störungen oder erhöhter kardiovaskulärer Morbidität zur Folge haben kann [19–21]. Im beruflichen Kontext sind insbesondere die Belohnungskategorien finanzieller Ausgleich (Lohn/Gehalt), Ansehen/Status, Karrierechancen und Arbeitsplatzsicherheit relevant [22].

#### DEFINITION GRATIFIKATIONSKRISE

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen geht von einer potenziellen (subjektiven) Dysbalance zwischen Anforderungen bzw. Leistung und (erlebter) Gratifikation aus, die zu erhöhtem Stresserleben und zu Stressfolgestörungen führen kann. Dabei wirkt die Persönlichkeitsvariable Verausgabungsbereitschaft ggf. verstärkend auf eine erlebte Dysbalance zwischen zu gering empfundener Belohnung für erbrachte Leistungen. Dimensionen in welchen im Arbeitskontext Belohnung erlebt werden kann sind: finanzielle Gegenleistung (z. B. Lohn/Gehalt), Ansehen, Karrierechancen und Arbeitsplatzsicherheit.

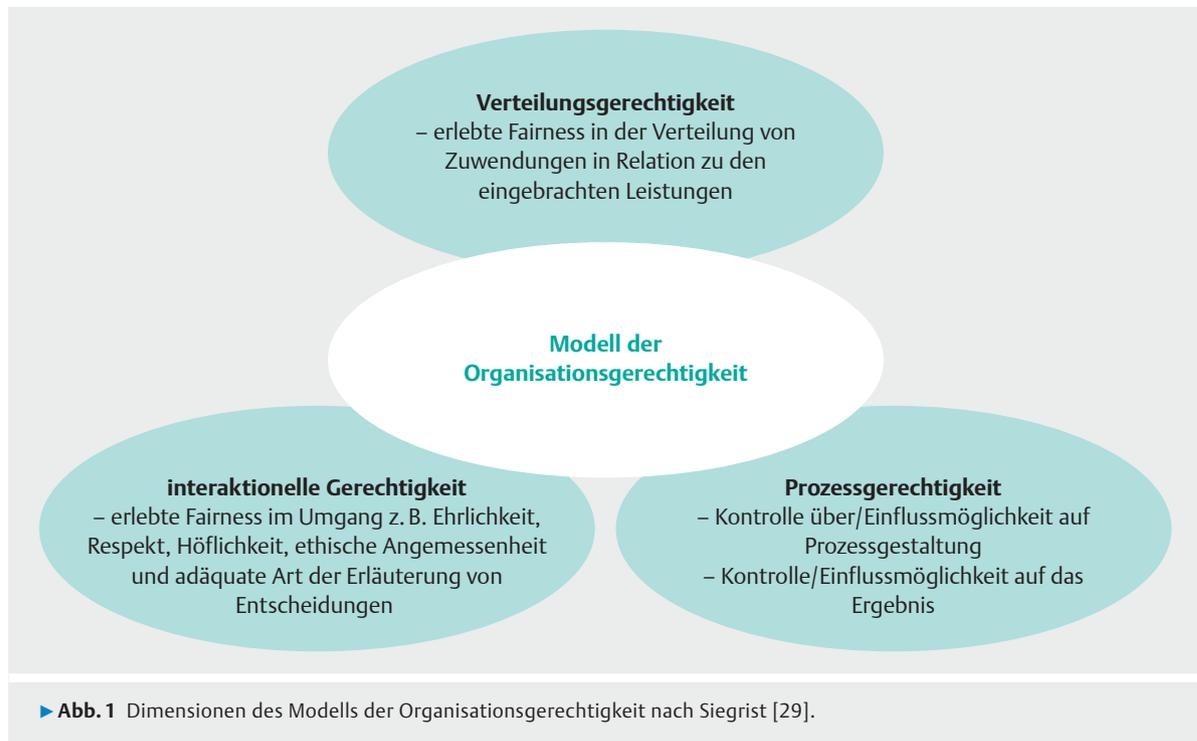
Zur Erhebung und standardisierten Messung der für das Gratifikationsmodell bzw. der Effort-Reward-Dysbalance relevanten Konstrukte liegen inzwischen gut validierte Instrumente wie z. B. der Effort-Reward-Imbalance Fragebogen (vgl. [23, 24]) vor.

#### Modell der organisationalen Gerechtigkeit

Das *Modell der organisationalen Gerechtigkeit* (manchmal auch „Organisationsungerechtigkeit“ genannt) geht zurück auf die soziologischen und sozialpsychologischen Theoreme zur Gerechtigkeit bzw. Fairness (engl. „equity“) (vgl. z. B. [25–27]). Zur Erhebung kommt in der Regel ein von Colquitt entwickelter Fragebogen [28] zur Anwendung.

#### Merke

**Bezogen auf den organisationalen Kontext im Betrieb können Verteilungsgerechtigkeit, Prozessgerechtigkeit und interaktionale Gerechtigkeit unterschieden werden [29].**



Der Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit (distributive Gerechtigkeit) geht u. a. zurück auf Adams (1963) und beschreibt die Dimension des Untereinander-Vergleichens von Individuen innerhalb eines sozialen Kontextes hinsichtlich der erlebten Konsequenzen (z. B. Vergütung) als Resultat eigener Leistungen (z. B. als Arbeitsbeitrag) [30]. Die Einschätzung von z. B. Unterbezahlung im Vergleich mit anderen Menschen kann dabei zu adversen Affekten und Stresserleben führen; gleichzeitig kann umgekehrt das Erleben eigener Überbezahlung als Verteilungsgerechtigkeit zu Gefühlen von Scham und damit ebenfalls zu affektiver Belastung führen [30]. Hinsichtlich der *Prozessgerechtigkeit* können die Aspekte a) Kontrolle über bzw. Einflussmöglichkeit auf die Prozessgestaltung neben b) Kontrolle bzw. Einflussmöglichkeit auf das Ergebnis von Prozessen unterschieden werden [30] (vgl. ► **Abb. 1**).

Die Dimension der Organisationsgerechtigkeit ist die *Beziehungsgerechtigkeit* bzw. *Fairness* im interaktionellen Umgang innerhalb des sozialen Gebildes einer Organisation. Diese Dimension beschreibt die Beziehungsqualität unter Mitarbeitern einer Organisation als relevanten Faktor, der die wahrgenommene Organisationsgerechtigkeit und damit potenziell das Stresserleben – und im negativen Fall auch die Stressfolgeerkrankungen – determinieren kann. Dabei sind z. B. die Faktoren *Neutralität der persönlichen Haltung* (etwa in Entscheidungsprozessen), *Vertrauenswürdigkeit* und *höfliche und respektvolle Umgangsweisen* z. B. von Vorgesetzten bedeutsam [30–32]. Zu weiteren interaktionellen Einflussgrößen von Fairnesserleben in Organisa-

tionen zählen z. B. *Ehrlichkeit*, *ethische Angemessenheit* und *adäquate Art der Erläuterung von Entscheidungen* [30]. In einer frühen Übersichtsarbeit von Tyler und Bies (1989) zur Dimension des Fairnesserlebens in Organisationen wurden Belege für die folgenden fünf Einflussgrößen zusammengefasst [30]:

- adäquate Beachtung des Standpunkts des anderen
- Hintenanstellen von persönlichen Interessen
- konsistente Anwendung von Kriterien zur Entscheidungsfindung
- zeitnahe Rückmeldung und Erläuterung von Entscheidungen
- adäquate Erläuterung von Entscheidungen

#### Interaktionelle Dimension – soziale Konflikte

Neben der Dimension der interpersonellen Fairness im Rahmen des Modells der Organisationsgerechtigkeit kann die interaktionelle bzw. soziale Dimension als Querschnittsbereich zu den oben ausgeführten Modellen betrachtet werden. Ein spezifischer psychomentaler Belastungsfaktor innerhalb der sozialen und interaktionellen Dimension am Arbeitsplatz, der zu erhöhtem Stresserleben und zu Stressfolgestörungen führen kann, ist der soziale Konflikt im engeren Sinne. Eine Definition eines sozialen Konflikts aus systemischer Sicht finden Sie in Infobox 2.

Nach Glasl können Konfliktverläufe in drei Ebenen kategorisiert werden, denen jeweils drei Stufen zugeordnet sind (► **Tab. 1**).

► **Tab. 1** Konflikteskalationsstufen nach Glasl (1990).

Konfliktebenen	Konflikteskalationsstufen	Charakteristika
1) „win-win“	Verhärtung	Übergang von alltäglichen Kontroversen und Meinungsverschiedenheiten, die noch sachbezogen sind, aber zunehmend grundsätzlicher und als spannungsgeladen erlebt werden.
	Polarisation und Debatte	Meinungsverschiedenheiten führen zu Streit, strategisches Argumentieren mit zunehmendem Schwarz-Weiß-Denken.
	Taten statt Worte!	Verbale Kommunikation wird zunehmend abgebrochen/umgangen, Druck wird ausgeübt.
2) „win-lose“	Sorge um Image und Koalition	Es werden Koalitionen/Sympathisanten gesucht, Kontrahenten denunziert. Ziel ist Überlegenheit in der Auseinandersetzung, nicht sachliche Einigung.
	Gesichtsverlust	Kontrahent soll in seiner Identität vernichtet werden, durch Unterstellungen, Verdächtigungen, Gesichtsverlust des Gegners im Sinne Verlust moralischer Glaubwürdigkeit als Ziel.
	Drohstrategien	Drohungen werden als Mittel zur Erzwungung von Überlegenheit, zur Erlangung von Kontrolle eingesetzt.
3) „lose-lose“	begrenzte Vernichtungsschläge	Beschädigung des Kontrahenten mit allen erdenklichen Mitteln, Gegner wird nicht mehr als Mensch wahrgenommen, ein eigener Nachteil wird in Kauf genommen, solange der Schaden des Kontrahenten größer ist.
	Zersplitterung	Intention ist die Vernichtung des Gegners, egal um welchen Preis.
	gemeinsam in den Abgrund	Die eigene Vernichtung wird in Kauf genommen, um den anderen (Kontrahenten) zu vernichten.

übernommen aus Glasl (1990)

### DEFINITION SOZIALER KONFLIKT

#### Sozialer Konflikt

„Sozialer Konflikt ist eine Interaktion zwischen Akteuren (Individuen, Gruppen, Organisationen usw.), wobei wenigstens ein Akteur Unvereinbarkeiten im Denken/Vorstellen/Wahrnehmen und/oder Fühlen und/oder Wollen mit dem anderen Akteur (den anderen Akteuren) in der Art erlebt, dass im Realisieren eine Beeinträchtigung durch einen anderen Akteur (die anderen Akteuren) erfolge.“ ([33]: S. 14 – 15).

Die psychische Belastung der (beiden) beteiligten Konfliktparteien kann dabei als über die Eskalationsstufen zunehmend angenommen werden. Ab Ebene 2 muss bei anhaltender Konfliktsituation mit dem Auftreten von Stressfolgestörungen, wie z.B. Schlafstörungen, Angsterleben, verminderter Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, gerechnet und ggf. diese Art Symptomatik bei Betroffenen gezielt exploriert werden.

Die von Glasl (2013) beschriebenen Konfliktebenen unterscheiden sich dabei hinsichtlich der möglichen Arten der Intervention im betrieblichen Kontext. Auf Ebene 1 („win-win“) sind die Konfliktparteien meist offen für Moderation (z. B. durch Vorgesetzte) innerhalb des

betrieblichen Settings. Auf Ebene 2 („win-lose“) steht die Beziehungsebene gegenüber der Sachebene deutlich im Vordergrund. Einfache innerbetriebliche Moderation ist hier möglicherweise nicht mehr ausreichend, die geeigneten Interventionen können nun z.B. in strukturierten Mediationsprozessen (z. B. durch externe Berater) liegen. Auf Konfliktebene 3 kommen die innerbetrieblichen Interventionsmöglichkeiten an ihre Grenzen. Strukturelle Entscheidungen (z. B. Versetzung oder Entlassung der Betroffenen) durch Vorgesetzte sind ggf. nicht zu umgehen, wenn strukturierte Mediationsprozesse keine Befriedung des Konflikts möglich machen [34].

### Konzeptualisierung extremer sozialer Konflikte – Mobbing

Eine besondere bzw. extreme Form des sozialen Konflikts am Arbeitsplatz, die zu deutlicher psychomentaler Belastung von Betroffenen und zu Stressfolgestörungen wie beispielsweise Angststörungen oder depressiven Störungen führen kann, wird als „Mobbing“ beschrieben. Der Begriff Mobbing leitet sich dabei aus dem Englischen ab und bedeutet u. a. zu „attackieren“ (vgl. [35]).

Leymann (1993) hat insbesondere auch die Diagnostik und Beschreibung von Mobbinginhalten durch eine Systematik von 45 beschriebenen Handlungen ermög-

► **Tab. 2** Kategorien von Mobbinginhalten nach Leymann (1993).

Kategorie	Beispiel
Angriffe auf Möglichkeiten sich mitzuteilen	z. B. Einschränkung der Möglichkeiten sich zu äußern durch Vorgesetzte oder Kollegen; ständig unterbrochen werden; ständig Kritik an Arbeit; Kontaktverweigerung durch abwertende Blicke und Gesten; Anschreien oder lautes Schimpfen
Angriffe auf die sozialen Beziehungen	z. B. man spricht nicht mehr mit dem Betroffenen; lässt sich nicht ansprechen; Arbeitskollegen wird verboten den Betroffenen anzusprechen; wie Luft behandelt werden
Handlungen die sich auf das soziale Ansehen auswirken	z. B. hinter dem Rücken wird schlecht über den Betroffenen gesprochen; man verbreitet Gerüchte; man macht jemanden lächerlich; Beurteilung der Arbeitsleistung in falscher oder kränkender Weise; man stellt die Entscheidungen des Betroffenen infrage
Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation	z. B. Vergeben von sinnlosen Arbeitsaufgaben; Vergeben von kränkenden Arbeitsaufgaben; dem Betroffenen werden keine Aufgaben zugewiesen

vgl. „Leyman Inventory of Psychological Terrorization (LIPT)“ (Leymann 1996)

**DEFINITION/SYNONYM**

Mobbing wurde durch Leymann (1993) definiert als „negative kommunikative Handlungen (von einer Person oder mehreren Personen) die gegen eine Person (oder mehrere Personen) gerichtet sind und die sehr oft und über einen längeren Zeitraum hinaus vorkommen und damit die Beziehung zwischen Täter und Opfer bestimmen“ [35].

licht, die 5 Kategorien zugeordnet werden können (► **Tab. 2**).

Nach Leymann (1993) werden 4 spezifische Verhaltensweisen durch Vorgesetzte oder Kollegen benannt aus den Bereichen

- Angriffe auf Möglichkeiten sich mitzuteilen,
- Angriffe auf soziale Beziehungen,
- Handlungen die sich auf das soziale Ansehen auswirken,
- Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation,

die zu erhöhtem Stresserleben und Stressfolgestörung bei Betroffenen führen können (vgl. auch [36]). Wird eine oder mehrere dieser Verhaltensweisen durch Vorgesetzte oder Kollegen gegenüber einem Betroffenen anhaltend ausgeübt, kann dieses Verhalten als Mobbing qualifiziert werden. Mittels des „Leyman Inventory of Psychological Terrorization (LIPT)“ [36] können diese Verhaltensweisen strukturiert erhoben werden.

Nach Leymann (1996) (vgl. auch [37]) erfolgt Mobbing häufig in 5 spezifischen Phasen [37]:

1. *Auslösephase*: unzureichend aufgearbeitete Konflikte mit Arbeitsplatzbezug; Übergriffe auf den Betroffenen finden noch unsystematisch statt.
2. *Mobbingphase*: hier sind systematische und gezielte Feindseligkeiten zu beobachten, die den Betroffenen isolieren, eine Polarisierung in „Täter“ und „Opfer“ findet statt; Betroffene verlieren ihr Sicherheitsgefühl am Arbeitsplatz; die psychische Situation von Betroffenen verschlechtert sich, *Rechts- und Machtübergriffe*: der Arbeitsablauf der Betroffenen wird substanzial gestört, der Leidensdruck der Betroffenen aufgrund psychischer und psychosomatischer Beschwerden führt zu Fehlzeiten,
3. *Ärztliche und therapeutische Fehldiagnosen*: weitergehende Verunsicherung des Betroffenen aufgrund fehlender ärztlicher Diagnose/Ursachenklärung,
4. *Ausstoßungsphase*: aufgrund von z. B. Fehlzeiten werden Betroffene zunehmend vom Arbeitskontext ausgeschlossen; psychische und psychosomatische Beschwerden von Betroffenen bestehen fort und führen z. B. zu Frühberentung.

Als Faktoren, die das Auftreten von Mobbing Situationen begünstigen, sind in der Literatur Täterfaktoren, Faktoren die beim Betroffenen liegen, organisationale und soziale Dimensionen beschrieben [38]. Demnach können z. B. starker Konkurrenzdruck in Unternehmen, Neid in sozialen Beziehungen und ein schlechtes Betriebsklima das Entstehen von Mobbing begünstigen [38]. Auf der Seite der Betroffenen werden in der Literatur z. B. Merkmale wie Unsicherheit und Sensibilität, ausgeprägter Mangel an Leistungsbereitschaft oder eine übersteigerte Leistungsbereitschaft als mögliche Faktoren genannt [38].

## Merke

**Mobbing ist ein bedeutsamer Faktor für die Entstehung von krankheitswertiger Stressbelastung am Arbeitsplatz und ein möglicher (Ko-)Faktor für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Störungen von Berufstätigen.**

Eine hohe psychische Belastung am Arbeitsplatz, z. B. aufgrund von Rationalisierungen und erhöhtem Konkurrenzdruck, kann die Eintrittswahrscheinlichkeit von Mobbingverhalten erhöhen [38, 39]. Deshalb ist in der Praxis insbesondere auch bei geäußelter erhöhter Stressbelastung bei Berufstätigen, eine gezielte Exploration auf mögliches Mobbingverhalten von Vorgesetzten oder Kollegen zu erwägen.

## Präventionsansätze zur Vermeidung von stressassoziierten Störungen in der Arbeitswelt

Ausgehend von den o. g. Erkenntnissen und Grundsätzen der Arbeits- und Organisationspsychologie werden als Handlungsfelder zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen betrachtet (vgl. z. B. [40]):

- Arbeitsinhalte/Arbeitsaufgabe,
- Arbeitsorganisation,
- soziale Beziehungen,
- Arbeitsumgebung,
- neue Arbeitsformen.

Die möglichen Aspekte in diesen Bereichen bilden hierbei größtenteils Faktoren aus den genannten Stressmodellen ab, indem z. B. für Arbeitsinhalt/Arbeitsaufgabe folgende Aspekte genannt werden (vgl. z. B. [40]):

- Vollständigkeit der Aufgabe,
- Handlungsspielraum,
- Abwechslungsreichtum,
- Informationsangebot,
- Verantwortung,
- Qualifikation,
- emotionale Inanspruchnahme.

### RICHTLINIE

Nach dem Arbeitsschutzgesetz [41] und auf der Basis der europäischen Arbeitsschutz-Rahmenrichtlinie (89/391/EWG) ist der Arbeitgeber aufgefordert, im Rahmen der sogenannten Gefährdungsbeurteilung jeweils mögliche (psychische) Gefährdungen zu dokumentieren, im Hinblick auf den Handlungsbedarf zu beurteilen und Maßnahmen zu deren Reduktion abzuleiten und umzusetzen (zur Bedeutung der Richtlinie siehe auch [42]).

Entsprechend der grundlegenden Prinzipien des Arbeitsschutzes stehen hierbei grundsätzlich Maßnahmen der Verhältnisprävention an erster Stelle und dürfen nicht durch Maßnahmen der Verhaltensprävention (z. B. Entspannungstraining für die Beschäftigten oder sogenannte Employees' Assistance Programme [EAP]) ersetzt werden. Technische, organisatorische und personenbezogene Interventionsebenen sind in genannter Reihenfolge zu berücksichtigen (vgl. z. B. [43]).

Seit 2013 werden psychische Belastungen in der Arbeitsschutzgesetzgebung zunehmend betont und die Anforderungen an die Arbeitgeber deutlicher formuliert, auch die psychischen Arbeitsbedingungen der Beschäftigten gesundheitsförderlich zu gestalten. Zunehmend erfolgen in den Betrieben auch Beratungen bis hin zu Kontrollen durch die Arbeitsschutzbehörden oder Vertreter der gesetzlichen Unfallversicherung, um die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen zu fördern. Im Einzelfall müsste inzwischen folglich für die Tätigkeiten einzelner Beschäftigter bzw. Patienten vergleichsweise gut dokumentiert sein, ob und in welchem Ausmaß arbeitsbedingte psychische Fehlbelastungen auftreten können und welche Maßnahmen zu ihrer Reduktion ergriffen werden (sollen).

## Spezialisierte Programme und Versorgungsstrukturen

### Merke

**In Deutschland stehen Beschäftigten in Abhängigkeit von der Betriebsgröße unterschiedliche innerbetriebliche Ansprechpartner für psychische oder psychosomatische Beschwerden zur Verfügung.**

In den vergangenen Jahren werden Fortbildungsangebote für die Zusatzqualifikation „Psychosomatische Grundversorgung für Betriebsärzte“ zunehmend in Anspruch genommen. Je nach Betriebsgröße ist der Betriebsarzt aber nur selten vor Ort – vor allem in kleinen Betrieben. Größere Betriebe machen darüber hinaus eher breit angelegte Angebote, wie z. B. betriebliche Sozialberatung oder Schuldenberatung, oder ermöglichen den Zugang zuzusogenannten Employees' Assistance Programmen (EAP). Supervisionsangebote oder Führungskräfte Trainings runden das Angebot ab.

Als Möglichkeit für eine konsiliarische Beratung bzw. Diagnostik und Frühintervention bei fraglich behandlungsbedürftigen psychischen oder psychosomatischen Beschwerden haben sich die Modelle eines „Betriebsnahen Versorgungsnetzwerks“ (BNV) und die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ (PSIB) herausgebildet, die im Folgenden eingehender beschrieben werden.

### Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke (BNV)

Hinter dem Schlagwort BNV [44] verbirgt sich die Entwicklung sekundärpräventiver, innovativer Versorgungsmodelle an der Sektorengrenze zwischen gesetzlicher Regelversorgung und betrieblichem Gesundheitsmanagement [45, 46]. Kooperationsmodelle entstehen zwischen Unternehmen und lokalen Anbietern für seelische Gesundheit (z. B. psychosomatische oder psychiatrische Kliniken), teils sogar mit Unterstützung von (Betriebs-)Krankenkassen. Bislang handelt es sich dabei in der Regel um Pilotprojekte und lokale Lösungen. Die Benennung und individuelle Ausgestaltung ist in Deutschland sehr unterschiedlich, zum Beispiel als „Diagnostische Beratung“ [47] oder Modelle wie die „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ [48–50].

### Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSIB)

Ziel der PSIB ist es, Betroffene früher im Erkrankungsverlauf zu erreichen und frühzeitig im Erkrankungsverlauf mit gestuften Behandlungsangeboten in Kontakt zu bringen. Mit einem niedrigschwelligen Angebot soll die Scheu, sich wegen psychischer Beschwerden um Hilfe zu bemühen, abgebaut werden. Dies zielt auf die Angst vor Stigmatisierung allgemein [51], erleichtert jedoch auch den Zugang für Nutzergruppen mit bestehendem Behandlungsbedarf und geringer Inanspruchnahme, z. B. Männer [52]. Die Idee dahinter ist, die Erkrankungsdauer zu verkürzen und den negativen psychosozialen Folgen langer Arbeitsunfähigkeit und einer Chronifizierung entgegenzuwirken [1].

Kern dieses Modells ist, dass eine fachpsychotherapeutische Gesundheitsleistung, die bereits in der Regelversorgung besteht, in betriebliche Strukturen integriert wird. Die Vermittlung geschieht über den Betriebsarzt als primären Ansprechpartner im Sinne eines betrieblichen „Hausarztmodells“. Je nach individuell verhandeltem Modell stehen nach den diagnostischen und beratenden Erstkontakten (1–2 Sitzungen) kurzzeitpsychotherapeutische Angebote von bis zu zehn weiteren Sitzungen zur Verfügung [53, 54]. Darüber hinaus ist bei entsprechender Indikation die Vermittlung des betroffenen Ratsuchenden/Patienten in das bestehende Versorgungssystem abschließende Aufgabe [47–49, 54].

### Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und stufenweise Wiedereingliederung

#### Merke

**Seit 2004 müssen Arbeitgeber nach § 84 (2) Sozialgesetzbuch (SGB) IX Beschäftigten ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anbieten, wenn diese im Laufe eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig waren.**

Die Verpflichtung gilt für alle Betriebe, unabhängig von deren Größe; eine Teilnahmeverpflichtung für die Er-

krankten besteht jedoch nicht. Ziel des Verfahrens ist der Erhalt des Arbeitsplatzes durch Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Dreh- und Angelpunkt eines systematischen BEM ist ein Integrationsteam, das den gesamten Prozess plant, koordiniert und steuert. Dazu gehören Personalverantwortliche, Vorgesetzte, Betriebs- bzw. Personalräte, Schwerbehindertenvertretung, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und ggf. externe Berater (z. B. Integrationsamt, Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, Agentur für Arbeit etc.). Betriebsärzten mit umfassenden betrieblichen Kenntnissen und in ihrer Funktion als Berater und Gesundheitsmanager kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu. Der gesetzliche Rahmen macht bezüglich der zu beteiligenden Personen keine verbindlichen Vorgaben.

Zu zentralen BEM-Maßnahmen gehören z. B. eine Umgestaltung der Arbeitsbedingungen (Arbeitsumfeld, -organisation, -zeiten etc.), Teamcoaching bei Arbeitsplatzkonflikten, eine Weiterbildung, Zusatzqualifizierung oder Umschulung oder die Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Mobilitätshilfen) [55].

Nach langer Arbeitsunfähigkeit bzw. noch nicht voll wiederhergestellter Leistungsfähigkeit besteht zudem die Möglichkeit der sogenannten „Stufenweisen Wiedereingliederung“ (SWE). Die auch „Hamburger Modell“ genannte Regelung ist eine Maßnahme der Medizinischen Rehabilitation auf der Basis von § 74 SGB V (nach Akutbehandlung) und den §§ 28, 51 Abs. 5 SGB IX (nach Rehabilitationsmaßnahme), die in der Regel nach einer 6-wöchigen Arbeitsunfähigkeitszeit initiiert werden kann. Ziel der Maßnahme ist ein schrittweises Auftrainieren mit langsam steigender Belastung. Formal ist der Mitarbeiter in dieser Zeit arbeitsunfähig. Er erhält zwischen 6 Wochen und 6 Monaten Lohnersatzleistungen der Sozialpartner, je nach individuellem gesundheitlichem Zustand [55] und formal geregelter und schriftlich fixierter Absprache zwischen Arbeitgeber, behandelndem Arzt und Sozialversicherungsträger.

### Schlussfolgerungen

Die hier zusammengefassten Theorien, Modelle und Versorgungskonzepte sind sowohl für den klinisch praktizierenden Arzt/Psychologen im Kontext der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie bzw. Psychiatrie als auch für Mitarbeiter von z. B. Personalabteilungen und für Führungskräfte in Betrieben von Relevanz. Für den klinisch tätigen Kollegen ermöglichen sie die gezielte Exploration und Adressierung im Behandlungskontext. Für Personalverantwortliche und Führungskräfte in Betrieben kann die Berücksichtigung

der beschriebenen Konzepte in der Gestaltung der betrieblichen Umwelt von Beschäftigten bzw. im Rahmen der Mitarbeiterführung ein wichtiger Baustein zur Prävention bzw. Reduktion berufsbedingter psychischer Belastung und Beanspruchung von Beschäftigten sein.

#### KERNAUSSAGEN

- Psychische Belastungsfaktoren und erhöhtes Stresserleben im Arbeitskontext können psychische und psychosomatische Störungen verursachen und ihren Verlauf beeinflussen.
- Drei etablierte Modelle beschreiben die Entstehung psychomentaler Anforderungen im beruflichen Kontext: das *Anforderungs-Kontroll-Modell* (englisch *Demand-Control-Model*) von Karasek und Theorell; das *Modell der beruflichen Gratifikationskrisen* (englisch *Effort-Reward-Imbalance [ERI]-Modell*) nach Siegrist und das mehrdimensionale *Modell der organisationalen Gerechtigkeit*.
- Als eine Querschnittsdimension zu den genannten Modellen kann die *Interaktionelle* bzw. *Soziale Dimension* im beruflichen Kontext betrachtet werden. Hier sind insbesondere der soziale Konflikt im engeren Sinn und das „Mobbing“ als eine Sonderform des interaktionellen Konflikts bedeutsam.
- Neben primär-präventiven Ansätzen spielen zunehmend sekundär- und tertiär-präventive Ansätze im betrieblichen Setting eine Rolle.
- Das betriebliche Wiedereingliederungsmanagement und die stufenweise Wiedereingliederung dienen der strukturierten Rückführung von Betroffenen in den Arbeitskontext und zum Erhalt des Arbeitsplatzes.

#### Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Über die Autoren



##### Florian Junne

Dr. med. et M. Sc. IHP (LSE). Leitender Oberarzt und Stellvertreter des Ärztlichen Direktors der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Psychoonkologe (DKG). Studium der Humanmedizin an der Universität Witten/Herdecke. Studium der Internationalen Gesundheitspolitik an der London School of Economics and Political Science (LSE). Forschungsschwerpunkte im Bereich Versorgungsforschung und Prävention insbesondere auch zu Stressfolgestörungen und Essstörungen.



##### Monika A. Rieger

Prof. Dr. med. 1987 – 1995 Studium in Freiburg i. Brsg. und Innsbruck, 1995 Promotion, 1995 – 2003 wiss. Qualifizierung und Fachweiterbildung, 2002 Habilitation „Arbeitsphysiologie und Arbeitsmedizin“, 2003 Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin, seit 2008

Leitung des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen; Schwerpunkte: Versorgungsforschung, Arbeitsbedingte Belastungen.



##### Martina Michaelis

Jahrgang 1959. 1998: Diplom in Soziologie, Goethe-Universität Frankfurt. 1999: Promotion (rer. sec.), Bergische Universität – Gesamthochschule Wuppertal. Seit 1991: Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS), seit 2010 Kooperation mit

dem Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen in quantitativ ausgerichteten Forschungsprojekten.



##### Christoph Nikendei

apl. Prof. Dr. med. et MME. Ltd. Oberarzt an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik der Universitätsklinik Heidelberg. Leiter der Sektion Psychotraumatologie. 1993–2001 Studium der Humanmedizin an der Universität Tübingen. 2008 Facharzt für

Innere Medizin, 2014 Facharzt für Psychosomatik. Master of Medical Education. Psychoonkologie. Schwerpunkte: Stressprävention, sekundäre Traumatisierung, Neurokognition, Essstörungen.



##### Harald Bündel

Prof. Dr. med.. Jahrgang 1963, Humanmedizinstudium an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und der Universität Wien. Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie, Neurologie; Spezielle Schmerztherapie; Psychoanalyse. Seit 3/2010 Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universität Ulm. Vorstandstätigkeit DGPM, DKPM, Council APS (American Psychosomatic Society). Forschungsschwerpunkte: Interventionsstudien zur Prävention von psychosomatischen Beschwerden am Arbeitsplatz. Klinischexperimentelle Stressforschung.



### Stephan Zipfel

Ärztlicher Direktor der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Vorsitzender des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) und Prodekan der Medizinischen Fakultät Tübingen.

Neben seinem Forschungsschwerpunkt im Bereich der Essstörungen und Adipositas forscht S. Zipfel seit vielen Jahren im Bereich der „stressassoziierten“ Erkrankungen in verschiedenen Lebenskontexten. Er ist Mitherausgeber der PPM und im Editorial Board vieler Fachzeitschriften (u.a. Lancet Psychiatry, Psychother Psychosom).



### Eva Rothermund

Dr. med., 1995–2004 Studium der Humanmedizin an der Charité, Universitätsmedizin Berlin. Seit 2013 Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und seit 2014 in der Funktion einer Oberärztin, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm. Schwerpunkte: Psychosomatische Gesundheit im Lebenskontext und deren Veränderung über innovative beziehungsgebundene Angebote.

## Korrespondenzadresse

Dr. Florian Junne, M. Sc.  
Medizinische Universitätsklinik Tübingen –  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Osianderstraße 5  
72076 Tübingen  
E-Mail: Florian.Junne@med.uni-tuebingen.de

## Literatur

- [1] OECD. Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing; 2015
- [2] Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 2012; 380: 1491–1497
- [3] Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med* 2010; 60: 277–286
- [4] Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med* 2008; 65: 438–445
- [5] Melchior M, Caspi A, Milne BJ et al. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med* 2007; 37: 1119–1129
- [6] GBD. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386: 743–800
- [7] BPTK. BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit – Psychische Erkrankungen und Burnout. Berlin: 2012
- [8] Wang M-J, Mykletun A, Møyner EI et al. Job strain, health and sickness absence: results from the hordaland health study. *PLoS one* 2014; 9: e96025
- [9] Arends I, van der Klink JLL, van Rhenen W et al. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2014; 40: 195–202
- [10] Berger M, Linden M, Schramm E et al. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. *Nervenarzt* 2012; 4: 537–543
- [11] Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981; 2: 99–113
- [12] Butterworth P, Leach LS, Strazdins L et al. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occup Environ Med* 2011; 68: 806–812
- [13] Thielen K, Nygaard E, Rugulies R et al. Job stress and the use of antidepressant medicine: a 3.5-year follow-up study among Danish employees. *Occup Environ Med* 2010; 68: 205–210
- [14] Rugulies R, Aust B, Madsen IEH et al. Adverse psychosocial working conditions and risk of severe depressive symptoms. Do effects differ by occupational grade? *Eur J Public Health* 2013; 23: 415–420
- [15] Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M. Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med* 2012; 69: 694–700
- [16] Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A et al. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health* 2005; 31: 438–449
- [17] Theorell T, Hammarström A, Aronsson G et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* 2015; 15: 1–14
- [18] Karasek R. Low social control and physiological deregulation—the stress-disequilibrium theory, towards a new demand-control model. *Scand J Work Environ Health Supplements* 2008; 6: 117–135
- [19] Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ et al. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 1999; 56: 302–307
- [20] Godin I, Kittel F, Coppieters Y et al. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health* 2005; 5: 1–10
- [21] Backé E-M, Seidler A, Latza U et al. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2012; 85: 67–79
- [22] Siegrist J. Effort-reward imbalance at work: Theory, measurement and evidence. Düsseldorf: Department of Medical Sociology, University Düsseldorf; 2012: 1–19
- [23] Siegrist J, Starke D, Chandola T et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1483–1499
- [24] Rantanen J, Feldt T, Hyvönen K et al. Factorial validity of the effort-reward imbalance scale: evidence from multi-sample and three-wave follow-up studies. *Int Arch Occup Environ Health* 2013; 86: 645–656
- [25] Tyler TR. Social justice: Outcome and Procedure. *Int J Psychol* 2000; 35: 117–125
- [26] Barry H, Tyler TR. The Other Side of Injustice When Unfair Procedures Increase Group-Serving Behavior. *Psychol Sci* 2009; 20: 1026–1032
- [27] Adams JS. Towards an understanding of inequity. *J Abnorm Soc Psychol* 1963; 67: 422–436

- [28] Colquitt JA. On the dimensionality of organizational justice: a construct validation of a measure. *J Appl Psychol* 2001; 86: 386 – 400
- [29] Siegrist J, Siegrist K. Stresstheoretische Modelle arbeitsbedingter Erkrankungen. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H et al., Hrsg. *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*. Landsberg am Lech: ecomed Medizin; 2014: 64 – 73
- [30] Greenberg J. Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow. *J Manage* 1990; 16: 399 – 432
- [31] Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health* 2002; 92: 105 – 108
- [32] Elovainio M, Kivimäki M, Helkama K. Organizational justice evaluations, job control, and occupational strain. *J Appl Psychol* 2001; 86: 418 – 424
- [33] Glasl F. *Konfliktmanagement: ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater*. Bern: Haupt; 1999
- [34] Glasl F. *Konfliktmanagement: Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater*. Stuttgart: Freies Geistesleben; 2013
- [35] Leymann H. *Mobbing – Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Reinbeck: Rowohlt; 1993
- [36] Leymann H. *Handanleitung für den LIPT-Fragebogen – Leymann inventory of psychological terror*. Tübingen: DGVT-Verlag; 1996
- [37] Knorz C, Zapf D. Mobbing – eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. *Z Arbeits- Organisationspsychol* 1996; 40: 12 – 21
- [38] Zepf KI. Soziale Konflikte, Mobbing. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H et al., Hrsg. *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*. Heidelberg: ecomed; 2014: 449 – 456
- [39] Zapf D. Mobbing – eine extreme Form sozialer Belastungen in Organisationen. In: Musahl H-P, Eisenhauer T, Hrsg. *Psychologie der Arbeitssicherheit Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen*. Heidelberg: Asanger; 2000: 142 – 149
- [40] BMAS. *Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung*. 2. erweiterte Auflage 2016
- [41] ArbSchG. *Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 427 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist*. 1996
- [42] EU-OSHA. *Rahmenrichtlinie – Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit*. 2016
- [43] BMAS. *Arbeitsmedizinische Empfehlung (AME) Psychische Gesundheit im Betrieb*. 2016
- [44] Wege N, Angerer P. Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. *Psychiatrie (Stuttg)* 2013; 10: 71 – 81
- [45] Rothermund E, Wege N, Gündel H. Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke bei allgemeinen psychischen Störungen – Überblick und internationale Studienlage. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H, Henningsen P, Lahmann C, Letzel S, Nowak D, Hrsg. *Psychische und Psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*. Landsberg am Lech: ecomed Medizin; 2015: 288 – 298
- [46] Rothermund E, Gündel H. Früherkennung und Frühintervention bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen von Beschäftigten. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H, Henningsen P, Lahmann C, Letzel S, Nowak D, Hrsg. *Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin*. Landsberg am Lech: ecomed Medizin; 2016: 219 – 232
- [47] Bode K, Wunsch E-M, Finger F et al. Interdisziplinäre Versorgung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen: Ein Faktencheck am Beispiel des Salzgitter-Modells. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66: 235 – 241
- [48] Mayer D, Schmidt H, Hoelzer M. „Psychosomatische Sprechstunde“ und „Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin“ – Erfahrungen aus der Automobilindustrie. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin* 2010; 45: 593 – 597
- [49] Rothermund E, Gündel H, Kilian R et al. Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext-Konzept und erste Daten. *Z Psychosom Med Psychother* 2014; 60: 177 – 189
- [50] Preiser C, Rothermund E, Wittich A et al. Psychosomatic consultation in the workplace: opportunities and limitations of the services offered – results of a qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health* 2016; 89: 599 – 608
- [51] Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013; 381: 55 – 62
- [52] Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 289 – 303
- [53] Wege N, Janssen B, Rothermund E. Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke – Beispiele guter Praxis in Deutschland. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H, Henningsen P, Lahmann C, Letzel S, Nowak D, Hrsg. *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*. Landsberg am Lech: ecomed Medizin; 2015: 299 – 308
- [54] Hölzer M. Psychische Gesundheit im Betrieb. *Psychother Dialog* 2012; 13: 52 – 55
- [55] Hupfer K. Betriebliches Eingliederungsmanagement und Wiedereingliederung als Instrumente der Betrieblichen Reintegration. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H, Henningsen P, Lahmann C, Letzel S, Nowak D, Hrsg. *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin*. Heidelberg: Ecomed Medizin, HJR Verlag; 2014: 309 – 318

## Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103270>

*Psychother Psych Med* 2017; 67: 161–173

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0937-2032

## Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <http://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/ZZX8MJ8> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zum Artikel zur Eingabe der Antworten.

VNR 2760512017152371219



### Frage 1

Welches der folgenden Modelle dient *nicht* der Beschreibung von psychomentalen Belastungen im Arbeitskontext?

- A Modell der organisationalen Gerechtigkeit
- B Anforderungs-Kontroll-Modell
- C Modell der Anforderungsgerechtigkeit
- D Modell der beruflichen Gratifikationskrisen
- E Modell der Effort-Reward-Imbalance

### Frage 2

Welche Aussage zum Anforderungs-Kontroll-Modell ist *falsch*?

- A Es enthält die Dimensionen Anforderung, Kontrolle und wurde um soziale Unterstützung erweitert.
- B Es ist ein etabliertes Modell zur Messung von Arbeitsstress.
- C Es bildet Konstellationen mit hoher und geringer Anspannung ab.
- D Es lässt individuelle Bewältigungsstrategien außer Acht.
- E Niedrige Anforderungen und geringer Entscheidungsspielraum begünstigen Lernen.

### Frage 3

Welche der folgenden Dimensionen ist im Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist *nicht* als potenziell belohnend genannt?

- A finanzielle Gegenleistung (z. B. Lohn/Gehalt)
- B berufliches Wiedereingliederungsmanagement
- C Ansehen
- D Karrierechancen
- E Arbeitsplatzsicherheit

### Frage 4

Welche Dimensionen werden im Modell der Organisationsgerechtigkeit voneinander unterschieden?

- A Plan-, Prozess-, Ergebnissgerechtigkeit
- B Verteilungs-, Prozess-, interaktionelle Gerechtigkeit/Fairness
- C Aufmerksamkeits-, Selbst-, Pareto gerechtigkeit
- D Ziel-, Aufwands-, Personalgerechtigkeit
- E Personal-, Sachmittel-, Dienstleistungsgerechtigkeit

### Frage 5

Für die Konflikteskalationsstufen nach Glasl trifft *nicht* zu:

- A Die verschiedenen Ebenen der Konflikteskalation können unterschiedliche Interventionen notwendig machen.
- B Am Beginn der Eskalationsstufen kommt es zur „Verhärtung“ eines eher alltäglichen und sachbezogenen Konfliktes mit zunehmender Spannung auf der Beziehungsebene.
- C Der Prozess der Konflikteskalation ist in der Regel unumkehrbar.
- D Auf Ebene 2 der Konflikteskalation (Ebene des „win-lose“) wird der Versuch unternommen, Koalitionen gegen den Kontrahenten zu bilden um diesen zu schädigen.
- E Die Ebene 3 der Konflikteskalation nach Glasl (Ebene des „lose-lose“) beschreibt einen Zustand, in dem beide Konfliktparteien mit negativen Folgen des Konflikts rechnen müssen.

### Frage 6

Zu den fünf Kategorien von Mobbinginhalten nach Leymann gehört *nicht*:

- A Angriffe auf das Recht auf Selbstbestimmung
- B Angriffe auf Möglichkeiten sich mitzuteilen
- C Angriffe auf soziale Beziehungen
- D Handlungen, die sich auf das soziale Ansehen auswirken
- E Angriffe auf die Qualität der Berufs- und Lebenssituation

### Frage 7

Welche der folgenden Phasen gehört nach Leymann zu einem typischen Verlauf von Mobbing?

- A Phase der Unsicherheit
- B Phase des Zweifels
- C Phase von ärztlichen und therapeutischen Fehldiagnosen
- D Phase der Zuversicht
- E Phase der Aussöhnung

## Frage 8

Welche Aussage zur „Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb“ (PSIB) trifft zu?

- A Die PSIB ist in der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) verankert.
- B Die PSIB ersetzt die Richtlinienpsychotherapie.
- C PSIB ist ein in ganz Deutschland gebräuchlicher Begriff für betriebsnahe Versorgungsnetzwerke.
- D Die PSIB ist ein niedrigschwelliges, fachpsychotherapeutisches Angebot unter Nutzung betrieblicher Strukturen.
- E Die PSIB wird von einem entsprechend geschulten Betriebsarzt durchgeführt.

## Frage 9

Welche Aussage zum Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM) trifft zu?

- A Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, an einer vorgeschlagenen BEM-Maßnahme teilzunehmen.
- B Die erkrankungsbedingte Kündigung ist für den Arbeitgeber leichter, wenn er kein BEM anbietet.

- C Der gesetzliche Rahmen legt fest, dass ein Betriebsarzt an einem BEM beteiligt sein muss.
- D Eine BEM-Maßnahme darf bereits nach 14 Tagen eingeleitet werden.
- E Ziel einer BEM-Maßnahme ist der Erhalt des Arbeitsplatzes.

## Frage 10

Welche Aussage zur stufenweisen Wiedereingliederung trifft zu?

- A Die Maßnahme wird über die Rentenversicherungsträger oder die Krankenkassen finanziert.
- B Voraussetzung für die SWE ist eine Erkrankungsdauer > 6 Monate.
- C Während einer SWE ist der Patient formal arbeitsfähig.
- D Zur Durchführung einer SWE ist die mündliche Absprache mit Arbeitgeber, Sozialversicherungsträger und behandelndem Arzt ausreichend.
- E Die maximale Dauer einer SWE beträgt 6 Wochen.