

Psychische Gesundheit und Arbeit

Konzepte, Evidenz und Implikationen für Forschung und Praxis

Die Psychiatrie hat schon lange die gesundheitsfördernde Wirkung von Arbeit erkannt und genutzt und deshalb der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker einen hohen Stellenwert zugeschrieben. Eugen Bleuler stellt 1911 die positiven Wirkungen von Arbeit heraus und verweist darauf, dass die Arbeitstherapie die normalen Funktionen der Psyche übt und unaufhörlich Gelegenheit zu aktivem und passivem Kontakt mit der Wirklichkeit gibt und den Patienten den Gedanken an das normale Leben nahe bringt [3]. Im Gegenzug dazu wurden die negativen Folgen von Arbeitslosigkeit schon von Marie Jahoda in ihrem Klassiker „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (1933) herausgearbeitet und von zahlreichen späteren Studien bestätigt [17]. Es ist unumstritten, dass berufliche Tätigkeit zentraler Bestandteil unserer Lebenswelt ist. Sie ermöglicht Strukturgebung, Identifikation, Erleben von Effizienz, Anerkennung, Wertschätzung und den Austausch mit anderen.

Psychische Gesundheit und die Arbeitswelt heute

Aktuell gelangt eine ganz andere Facette der Beziehung von psychischer Gesundheit und Arbeit in den Blickpunkt. Stimuliert durch einen medialen „Hype“ um das Thema Burn-out werden zunehmend arbeitsplatzbezogene psychosoziale Belastungen und deren Folgen auf Gesundheit und Krankheit diskutiert. Gegenwärtig verzeichnen alle gesetzlichen Krankenkassen seit der Einführung der ICD-10 im Jahr 2000 einen kontinuierlichen Anstieg des durch psychische Erkrankungen verursachten Anteils an Arbeitsunfähigkeitstagen – bei einem seit Mitte der 1990er Jahre insgesamt sinkenden Krankenstand [6]. Seit 2003 sind psychische Erkrankungen zudem der häufigste Grund für vorzeitige Berentungen [31].

Diese Entwicklungen gehen einher mit einer verstärkten Wahrnehmung von aktuellen Veränderungen in der Arbeitswelt. Zwei große Entwicklungslinien spielen dabei eine Rolle, der technologische Fortschritt und die Globalisierung, die ihrerseits mit einer räumlichen und zeitlichen Flexibilisierung der Arbeit verbunden sind [5]. Die Veränderungen haben zum Teil gegenläufige Aspekte:

- Der technologische Fortschritt bringt Arbeiterleichterung, aber gleichzeitig Arbeitsverdichtung und erzwingt durch komplexere Aufgaben lebenslanges Lernen.
- Die Flexibilisierung bringt Änderungen in der Gestaltung von Arbeitsverhältnissen.

Als atypische Arbeitsverhältnisse bezeichnet man dabei jene Arbeitsverhältnisse, die durch befristete Arbeitsverträge, niedriges Einkommen, geringe Arbeitszeiten und reduzierte Arbeitnehmerrechte gekennzeichnet sind ([38], S. 7). In Deutschland trifft das auf ein Viertel der Arbeitsplätze zu. Viele sind prekär und nicht geeignet, den Lebensunterhalt einer Person sicherzustellen ([38], S. 5). Im gleichen Zuge existieren auch flexible Arbeitszeitmodelle, die es besser ermöglichen, Arbeit und Familienverantwortung zu verbinden [39]. Eine Flexibilisierung bringt auch Veränderungen in der Organisation der Arbeit, insbesondere im Zusammenhang mit räumlicher Mobilität. Damit sind Chancen verbunden, aber auch Risiken mit erheblichen Folgen bis hin zur sozialen Entwurzelung [15]. Zudem verändern sich Arbeitsaufgaben. Arbeitsunterbrechungen sind häufig und Multitasking ist an der Tagesordnung [11].

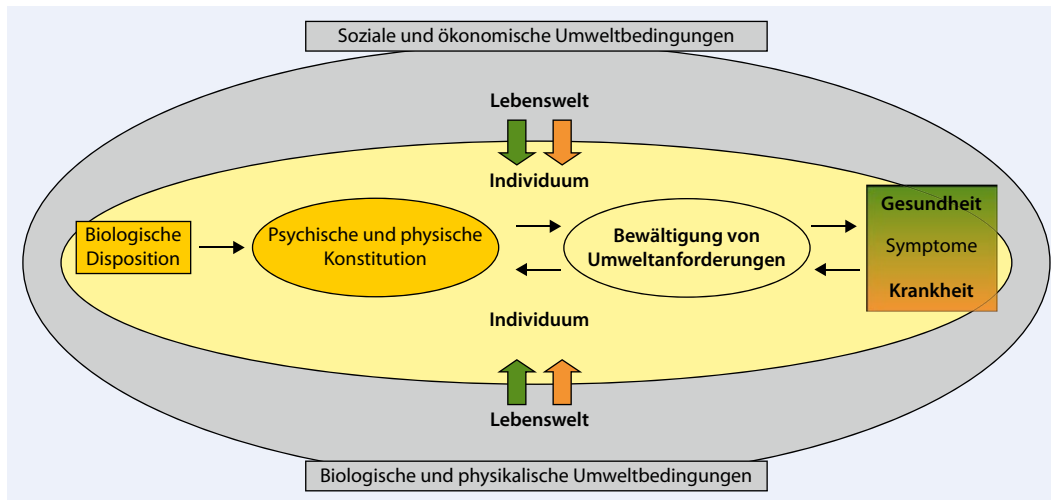


Abb. 1 ◀ Bedingungsgefüge psychischer Krankheit und Gesundheit. (Mod. nach Kilian und Becker [19])

Die genannten Entwicklungen machen deutlich, warum gerade jetzt arbeitsplatzbezogene psychosoziale Belastungen und ihre Folgen ins Zentrum wissenschaftlichen Interesses rücken.

Wann machen arbeitsplatzbezogene psychosoziale Belastungen krank?

Zentrales Element der Diskussion ist, dass psychosoziale Anforderungen der Arbeitswelt insbesondere dann gesundheitsgefährdend sind, wenn sie die Bewältigungskompetenzen des Individuums mit seiner biologischen Disposition und seiner psychischen und physischen Konstitution überschreiten. Einzelne Menschen haben dabei sehr verschiedene Kapazitäten zur Bewältigung. Arbeitsanforderungen, die ein Individuum überfordern, mögen für das andere eine positive stimulierende Herausforderung darstellen. Es kommt auf die Interaktion der Person mit ihrer genetischen Disposition und den jeweiligen Bedingungen des „So-geworden-seins“ mit der konkreten Arbeitsumwelt an ([19], **Abb. 1**). Um einzuschätzen, ob dieser Umgang eher der Gesundheit zu- oder abträglich ist, gibt es 6 strategische Bereiche [24, 34]:

- die Arbeitsbelastung,
- den Handlungsspielraum,
- die Anerkennung,
- das Gemeinschaftsgefühl,
- die Gerechtigkeit und
- die Werte.

Wird die Arbeitslast als bewältigbar eingeschätzt, hat der Einzelne Wahlmöglichkeiten und Kontrolle, Anerkennung und Belohnung, ein unterstützendes Team, erlebt Fairness, Respekt und soziale Gerechtigkeit und seine Arbeit als sinnvoll und wertegeleitet, kann daraus Engagement entstehen, das die psychische Gesundheit fördert. Werden dagegen Überlastung, Autonomiemangel, mangelnde Anerkennung, fehlende Zusammenhalt, mangelnde Fairness und Wertekonflikte erlebt, können daraus Risikosyn-drome oder Konstellationen wie das Burn-out-Syndrom oder manifeste psychische Störungen resultieren.

Die genannten 6 strategischen Bereiche verbinden dabei die wichtigsten arbeitspsychologischen Theorien. Das Effort-Reward-Imbalance-Modell oder auch Modell der beruflichen Gratifikationskrisen von Siegrist [35] stellt dabei den Arbeitsaufwand und die Belohnung in den Mittelpunkt. Wenn Anforderungen/Verpflichtungen und der damit verbundene Aufwand mit der Belohnung (Gehalt, Anerkennung, Karrieremobilität und Arbeitsplatzsicherheit) ins Ungleichgewicht geraten, ist dies mit nachteiligen Gesundheitsfolgen verbunden [35].

Ein weiteres Modell stellt das Job-Demand-Control(-Support)-Modell von Karasek und Theorell [18] dar. Hier geht es um das Verhältnis von Arbeitsbelastung und Entscheidungsspielraum. Eine hohe Stressbelastung entsteht insbesondere dann, wenn hohe Anforderungen, aber ein geringer Entscheidungsspielraum vorliegen. Soziale Unterstützung im Sinne

einer persönlichen Ressource wurde später als Puffer in dieses Modell eingefügt. Fehlende soziale Unterstützung erhöht hier die Stressbelastung und die nachteiligen gesundheitlichen Folgen.

Zudem spielen in der Diskussion Modelle zur Gerechtigkeit in Organisationen [14] und zu Werten und Unternehmenskultur eine Rolle. Ein Aspekt der Gerechtigkeit in Organisationen ist die Verteilungsgerechtigkeit („Bekomme ich, was ich verdient habe?“). Einen weiteren Aspekt stellt die Verfahrensgerechtigkeit oder prozedurale Gerechtigkeit dar, bei der es darum geht, ob die Regeln und Prozeduren fair sind und ob diese in einer Organisation gerecht und objektiv umgesetzt werden. Der Grad der Interaktionsgerechtigkeit wird durch Fragen wie „Kann ich meine Meinung äußern? Wird mir zugehört? Werden meine Belange ernst genommen?“ abgebildet [14].

Befunde aus systematischen Übersichten und Metaanalysen

Zu psychosozialen Belastungsfaktoren der Arbeitsumwelt und häufigen psychischen Störungen liegen zahlreiche empirische Studien vor. Systematische Reviews [4, 28, 32] und eine Metaanalyse von qualitativ hochwertigen Kohortenstudien [37] zeigen, dass psychosoziale Belastungsfaktoren in der Arbeitsumwelt die Häufigkeit psychischer Störung erhöhen.

Stansfeld und Candy identifizierten 38 prospektive Längsschnittstudien, die psychosoziale Faktoren der Arbeitsumwelt als Prädiktoren für über den Folgebeobach-

Tab. 1 Psychosoziale Belastungsfaktoren der Arbeitsumwelt und häufige psychische Störungen^a

Belastungsfaktor	Zahl der Studien	OR	95%-CI
Geringe Entscheidungsbefugnis	4	1,21	1,09–1,35
Geringer Entscheidungsspielraum	6	1,33	1,08–1,39
Hohe psychologische Anforderungen	8	1,39	1,15–1,69
Hohe Arbeitsbelastung	3	1,82	1,06–3,10
Mangelnde soziale Unterstützung	8	1,32	1,21–1,44
Effort-Reward-Imbalance	4	1,84	1,45–2,35
Arbeitsplatzunsicherheit	3	1,33	1,06–1,67

^aZusammengefasste Ergebnisse der Metaanalyse von Stansfeld und Candy [37].

OR Odds Ratio, CI Konfidenzintervall.

tungszeitraum neu auftretende häufige psychische Störungen (insbesondere depressive Störungen und Angststörungen) erfassten. Dabei wurde besonders darauf geachtet, nur Studien einzubeziehen, die Personen mit psychischen Störungen in der Baseline-Erhebung ausschlossen, mindestens 12 Monate Beobachtungszeit hatten und mindestens 200 Personen einschlossen. 11 Studien konnten in die Metaanalyse einfließen. In dieser Metaanalyse erhöhten die psychosozialen Belastungsfaktoren das Risiko für häufige psychische Störungen um das 1,2- bis 1,8-Fache. Als deutlichste Einflussfaktoren wurden dabei hohe Arbeitsbelastung (Odds Ratio [OR]: 1,82; 95%-Konfidenzintervall [CI]: 1,06–3,10) und eine Effort-Reward-Imbalance (OR 1,84; 95% CI 1,45–2,35) identifiziert (■ **Tab. 1**, [37]).

Andere systematische Übersichtsarbeiten fokussierten ausschließlich psychosoziale Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz und das Auftreten depressiver Störungen. Netterstrom et al. [28] identifizierten in ihrem systematischen Review 14 Längsschnittstudien und zeigten, dass psychosoziale Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz das Risiko für das nachfolgende Auftreten einer Depression verdoppeln. Andererseits konnte soziale Unterstützung im Arbeitsumfeld das Risiko einer späteren Depression deutlich senken. Bonde [4] identifizierte 16 Längsschnittstudien mit insgesamt ca. 63.000 Werk-tätigen und berichtete ebenfalls über ein erhöhtes Risiko, durch psychosoziale Belastungsfaktoren im Arbeitsumfeld später eine Depression oder depressive Symptome zu entwickeln, und mahnte den dringenden Bedarf an weiteren Studien an. Siegrist [36] fasste 2008 die Evidenz von 12

prospektiven Studien zu arbeitsbezogenen psychosozialen Belastungen und einem erhöhten Depressionsrisiko zusammen und verwies auf experimentelle Untersuchungen, die die zugrunde liegenden psychobiologischen Mechanismen adressieren [10, 16, 27].

Wo ist dabei das Burn-out-Syndrom einzuordnen? Der Burn-out-Begriff ist nicht neu, obgleich das aktuelle Interesse daran im deutschsprachigen Raum besonders groß ist. Freudenberger beschrieb in den 1970er Jahren Burn-out als Krisen sozial engagierter Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, ihr ursprüngliches sehr hohes (berufliches) Engagement aufrechtzuerhalten [12]. Gegenwärtig existiert eine Vielzahl von Definitionen mit insgesamt mehr als 160 verschiedenen Beschwerden [7], die häufig drei Dimensionen zugeordnet werden [23]. Die emotionale Erschöpfung ist dabei die wichtigste Dimension, weitere Dimensionen stellen eine Depersonalisation im Sinne einer Distanzierung von den Inhalten der Arbeit und das fehlende Erleben von eigener Effizienz und Leistungszufriedenheit dar. Phasenmodelle betonen den prozesshaften Moment dieser Entwicklungen. Der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Auftrag gegebene HTA-Bericht (HTA, „Health Technology Assessment“) zeigt erheblichen Forschungsbedarf auf [20].

Viele Fragen sind offen [33]. Beim gegenwärtigen Kenntnisstand können Burn-out-Beschwerden am ehesten als ernstzunehmende Risikokonstellation für die Entwicklung manifester psychischer und körperlicher Erkrankungen konzeptualisiert und auch als solche im ICD-10

in der Restkategorie „Z 73, Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ als „Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom)“ kodiert werden [20].

Implikationen für die Praxis: Prävention und „stepped care“

Primärprävention

Wesentliche Ansatzpunkte liegen im Feld der Primärprävention und dabei in der Beeinflussung der Organisationsstrukturen in den Betrieben (Verhältnisprävention). Die Organisationsentwicklung, insbesondere Führung und Unternehmenskultur, sind zentrale Bereiche. Zudem sind Ansatzmöglichkeiten bei der Person (Verhaltensprävention) auszumachen. Hier gilt es, Ressourcen und psychische Fitness zu stärken. Als Maßnahmenbereiche spielen dabei (1) Entspannungsverfahren, (2) Psychoedukation und (3) kognitiv-behaviorale Strategien zum Umgang mit dysfunktionalen Einstellungen (z. B. Perfektionismus) eine Rolle. Diese Inhalte findet man in wechselnden Anteilen in einer Fülle von Stressmanagementprogrammen [21]. Metaanalysen zeigten dafür kleine, aber eindeutig positive Effekte [20, 22, 29]. Zunehmend diskutiert werden breitere, sog. integrierte Präventionszugänge, die psychische und physische Fitness gleichermaßen im Blick haben. Dies ist naheliegend, da die Förderung der körperlichen Gesundheit (Ausdauertraining) auch in einer besseren psychischen Gesundheit resultieren kann und umgekehrt.

Frühintervention und Behandlung

Bei der Frühintervention und Behandlung von Risikokonstellationen und psychischen Störungen ist ein gestuftes Vorgehen erforderlich – Beratung hinsichtlich des Selbstmanagements, sekundärpräventive (Früh-)Interventionen oder im Falle einer manifesten psychischen Störung die Weiterleitung in eine fachspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung.

Eine französische Studie zeigte, dass ein einfaches Depressions- und Angst-Screening bei krankgeschriebenen Werk-tätigen kombiniert mit Information und

Empfehlungen für die Screen-Positiven schon hilfreich war [13]. Tendenziell profitierten in dieser Studie jüngere Frauen (≤ 40 Jahre) weniger von den Interventionen als die über 40-jährigen Männer [13]. Dies weist darauf hin, dass möglicherweise genderspezifische Maßnahmen etabliert werden müssen [42]. Obwohl im Bereich Frühintervention und Behandlung die Maßnahmen für die Betroffenen im Vordergrund stehen, spielen auch Maßnahmen in der Organisation zur Behebung konkreter Mängel oder zum Wiedereingliederungsmanagement eine Rolle.

Aus der Fülle möglicher Maßnahmen für Prävention, Frühintervention und Behandlung wird deutlich, dass es einer konzentrierten Aktion bedarf, die Beschäftigte und insbesondere auch die Führungskräfte der Unternehmen einbinden muss [5, 41]. Die Kompetenzen dazu kommen aus verschiedenen Bereichen wie der Psychologie und Soziologie, den Wirtschaftswissenschaften, Public Health und der Medizin. Die Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere auch die Sozialpsychiatrie, hat hier vieles beizutragen: Wissensbestände hinsichtlich der Prävention und Frühintervention und Diagnostik psychischer Störungen, Wissensbestände hinsichtlich der Interaktion zwischen Individuum und sozialem Kontext, Modelle der Organisation von Hilfen im Sozialraum (gemeindepsychiatrische Versorgung, multiprofessionelles Handeln) und natürlich last not least die Behandlungskompetenz für manifeste psychische Störungen. Es wird deutlich, dass die Psychiatrie dieses Arbeitsfeld, konkret im Bereich der Prävention und Frühintervention, nicht allein bestellen kann. Im Rahmen der Gefährdungsermittlung und -analyse, der Ableitung spezifischer betrieblicher Maßnahmen, der Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen und Beratungen und der Beteiligung am betrieblichen Gesundheitsmanagement kommt dem Betriebsarzt eine Schlüssel-funktion zu [5]. Nur er arbeitet an der Schnittstelle von Person und Organisation, kennt beide Perspektiven und kann effektiv agieren – nach innen in die Organisation hinein und nach außen zu den Behandlern. Es gibt Beispiele guter Praxis, in denen durch Vernetzung von Betrieben

Nervenarzt 2013 · 84:832–837 DOI 10.1007/s00115-012-3726-z
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

S.G. Riedel-Heller · M. Luppá · A. Seidler · T. Becker · K. Stengler

Psychische Gesundheit und Arbeit. Konzepte, Evidenz und Implikationen für Forschung und Praxis

Zusammenfassung

Zunehmend werden arbeitsplatzbezogene psychosoziale Belastungen und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit diskutiert. Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, in welcher Weise arbeitsplatzbezogene psychosoziale Belastungen krank machen können und stellt dabei die wichtigsten arbeitspsychologischen Konzepte vor. Zudem werden empirische Befunde aus systematischen Übersichtsarbeiten und einer Metaanalyse vorgestellt. Diese zeigen, dass erhöhte psychosoziale Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt das Risiko für häufige psychi-

sche Störungen fast um das Doppelte erhöhen. Implikationen für die Praxis in den Bereichen Primärprävention sowie Frühintervention und Behandlung werden entsprechend eines gestuften Versorgungsmodells diskutiert und mögliche Akteure in den Blick genommen. Implikationen für die Forschung werden aufgezeigt.

Schlüsselwörter

Psychosoziale Belastungen · Arbeitsplatz · Gesundheit · Psychische Störungen · Primärprävention

Mental health and work. Concepts, evidence and implications for research and practice

Summary

This paper reviews the concepts, evidence and implications regarding mental health at the workplace. The theoretical background with the most common theories (e.g. effort-reward imbalance model and job-demand control model) are briefly reviewed and findings from systematic reviews and from a meta-analysis regarding psychosocial factors at the workplace and common mental disorders, which indicate that psychosocial factors increase the risk of mental disorder are out-

lined. Implications for primary prevention as well as early intervention and treatment following a stepped care model including a variety of agents from different backgrounds are discussed. Implications to enhance research in the field are outlined.

Keywords

Psychosocial stress · Workplace · Health · Mental disorders · Primary prevention

mit lokalen Versorgern erreicht wird, dass Betroffene sehr schnell in fachspezifische Behandlung kommen.

Eine aktuelle Befragung von Betriebsärzten zeigte, dass Betriebsärzte hinsichtlich psychischer Störungen alarmiert sind, dass die meisten Unternehmen ohne spezifische Präventionsprogramme arbeiten und dass die Betriebsärzte dringenden Informations- und Aufklärungsbedarf sehen, insbesondere in den Führungsetagen [9]. Die Hälfte der Befragten gab sich optimistisch, dass durch eine Anpassung der Arbeitsbedingungen eine Verbesserung der psychischen Gesundheit im Unternehmen erreicht werden könne. Deutlich wird ein Qualifizierungsdefizit im Bereich psychischer Störungen. Nur ein Drittel der Betriebsärzte hat eine Weiterbildung zu diesem Thema besucht. Dabei ist naheliegend, dass bei diesem

Survey über den Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) nur diejenigen Betriebsärzte geantwortet haben, die am Thema interessiert waren („selection bias“) und ein eher positiv überzeichnetes Bild vermitteln. Reduzierte Arbeitsleistung betroffener Mitarbeiter, die krank zur Arbeit kommen (Präsentismus), höhere Unfallgefahr, Krankschreibungen und die steigende Zahl von Frühberentungen durch psychische Störungen und die damit verbundenen finanziellen Einbußen der Unternehmen erhöhen die Bereitschaft, dass Unternehmen sich mehr als bisher an der Prävention und Behandlung beteiligen und entsprechende Maßnahmen implementieren [25]. Tatsächlich zeigten Studien aus den USA, dass sich Investitionen in Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz lohnen [26].

Implikationen für die Forschung

Für die weitere Forschung in diesem Bereich werden qualitativ hochwertige randomisierte kontrollierte Studien oder clusterrandomisierte Studien mit ausreichender Power und einer genaueren Beschreibung der Interventions- und der Kontrollbedingung gefordert. Ein bisher vernachlässigtes Feld stellen die gesundheitsökonomischen Evaluationen dieser Interventionen dar, die für Entscheidungsträger von großer Bedeutung sind. Ein größeres Gewicht sollten Interventionen bekommen, die Ansätze zur Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit integrieren. Damit soll es möglich werden, mehr darüber zu erfahren, wie sich ein Bereich auf den anderen auswirkt („cross-domain-effects“, [22]). Eine andere Zielrichtung ist die Integration von Interventionskomponenten, die einerseits auf das Individuum und sein Verhalten zielen (Verhaltensprävention) und andererseits auf die Organisation (Verhältnisprävention) gerichtet sind. Die Stressforschung fordert dies schon seit langem. Eine systematische Übersicht von Martin et al. [22] zeigte, dass der Einbezug der Organisationsebene selten ist. Es ist unschwer vorstellbar, dass derart komplexe Interventionen besondere Herausforderungen für die Implementierung und Evaluation darstellen. So kann man zum Beispiel davon ausgehen, dass sich die Effekte erst längerfristig einstellen. Eine solide Datenbasis zur Beurteilung von Interventionen auf Organisationsebene liegt gegenwärtig nicht vor [22].

Es wird enormer Forschungsbedarf in diesem Feld ausgemacht, denn die Erhaltung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz kann eine Win-Win-Win-Situation darstellen – für die Betroffenen, für das Unternehmen und für die Solidargemeinschaft [30].

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. S.G. Riedel-Heller

Institut für Sozialmedizin,
Arbeitsmedizin und Public
Health (ISAP),
Medizinische Fakultät der
Universität Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55,
04103 Leipzig
Steffi.Riedel-Heller@medizin.
uni-leipzig.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Becker T, Riedel-Heller SG (2012) Neue alte Herausforderungen. *Psychiatr Prax* 39:365–366
2. Berger M, Schneller C, Maier W (2012) Arbeit, psychische Erkrankungen und Burn-out. Konzepte und Entwicklungen in Diagnostik, Prävention und Therapie. *Nervenarzt* 83(11):1364–1372
3. Bleuler E (1911) *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenen*. F. Deuticke, Leipzig, Wien
4. Bonde JP (2008) Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med* 65:438–445
5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011) *Arbeitsmedizin. Hrsg. Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlung*. Stand Dezember 2011. Bonn: BMAS; http://www.vdbw.de/fileadmin/01-Redaktion/05-Presse/02-PDF/Aktuelles_2012/Psychische-Gesundheit-im-Betrieb_-_Arbeitsmedizinische_Empfehlung.pdf
6. Bundespsychotherapeutenkammer (2010) *Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank – BPTK-Studie zu psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt*. http://www2.bptk.de/uploads/psychische_erkrankungen_im_fokus_der_berichte_der_krankenkassen.pdf
7. Burisch M (2010) *Das Burnout-Syndrom*. Springer, Heidelberg
8. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 2012: *Positionspapier zum Thema Burnout*; http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf
9. Dietrich S, Mergl R, Rummel-Kluge C, Stengler K (2012) Mental health in the working world from the perspective of occupational physicians. *Psychiatr Prax* 39:40–42
10. Eller NH, Netterstrom B, Hansen AM (2006) Psychosocial factors at home and at work and levels of salivary cortisol. *Biol Psychol* 73:280–287
11. Freude G, Ullsperger P (2010) Unterbrechungen bei der Arbeit und Multitasking in der modernen Arbeitswelt – Konzepte, Auswirkungen und Implikationen für Arbeitsgestaltung und Forschung. *Zentralbl Arbeitsmed* 60:120–128
12. Freudenberger HJ (1974) Staff Burn-Out. *J Soc Issues* 30:159–165
13. Godard C, Chevalier A, Lecrubier Y, Lahon G (2006) APRAND programme: an intervention to prevent relapses of anxiety and depressive disorders – first results of a medical health promotion intervention in a population of employees. *Eur Psychiatry* 21:451–459
14. Greenberg J (1987) A taxonomy of organizational justice theories. *Acad Manag Rev* 12:9–22
15. Häfner S, Kächele H (2007) *Die Gesundheit von Pendlern*. *Psychosozial* 30:7–16
16. Hamer M, Williams E, Vuonovirta R et al (2006) The effects of effort-reward imbalance on inflammatory and cardiovascular responses to mental stress. *Psychosom Med* 68:408–413
17. Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H (1933) *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit*. Hirzel, Leipzig
18. Karasek RA, Theorell T (1990) *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York
19. Kilian R, Becker T (2006) Die Prävention psychischer Erkrankungen und die Förderung psychischer Gesundheit. In: Kirch W, Badura B (Hrsg) *Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses*. Dresden, 1. und 2. Dez. 2005. Springer, Heidelberg, S 443–472
20. Korczak D, Kister C, Huber B (2010) *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms*. DIMDI, Köln; http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta278_bericht_de.pdf
21. Limm H, Gundel H, Heinmüller M et al (2011) Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 68:126–133
22. Martin A, Sanderson K, Cocker F (2009) Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scand J Work Environ Health* 35:7–18
23. Maslach C, Jackson SE (1981) The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 2:99–113
24. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP (2001) Job burnout. *Annu Rev Psychol* 52:397–422
25. McDaid D, Curran C, Knapp M (2005) Promoting mental well-being in the workplace: a European policy perspective. *Int Rev Psychiatry* 17:365–373
26. McDaid D, Park AL (2011) Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promot Int* 26:1108–1139
27. McEwen BS (1998) Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 338: 171–179
28. Netterstrom B, Conrad N, Bech P et al (2008) The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev* 30:118–132
29. Richardson KM, Rothstein HR (2008) Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol* 13:69–93
30. Riedel-Heller SG, Stengler K, Seidler A (2012) Mental health and work. *Psychiatr Prax* 39:103–105
31. Robert Koch Institut (2006) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch Institut, Berlin
32. Sanderson K, Andrews G (2006) Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry* 51:63–75
33. Schüler-Schneider A, Schneider B, Hillert A (2011) Burnout as a disease category. *Psychiatr Prax* 38:320–322
34. Schulze B (2009) *Energiekrise in der Arbeitswelt? PiD Psychotherapie im Dialog* 10:201–208

35. Siegrist J (1996) Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol* 1:27–43
36. Siegrist J (2008) Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258:115–119
37. Stansfeld S, Candy B (2006) Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 32:443–462
38. Statistisches Bundesamt (2009) Niedrigeinkommen und Erwerbstätigkeit. Gruppe ID, Pressestelle, in Zusammenarbeit mit den Gruppen IID Arbeitsmarkt und D Verdienste und Arbeitskosten. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
39. Steinmüller K (2010) Von Artisanen, Cyberteams und Prekariern. Visionen vom zukünftigen Arbeiten. In: Kaudelka K, Kilger G (Hrsg) *Die Arbeitswelt von morgen. Wie wollen wir leben und arbeiten?* Transcript, Bielefeld, S 233–242
40. van der Klink JJJ, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH (2001) The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health* 91:270–276
41. Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (2008) *Psychische Gesundheit im Betrieb – ein Leitfadens für Betriebsärzte und Personalverantwortliche*. VDBW, Karlsruhe; http://www.vdbw.de/fileadmin/01-Redaktion/05-Presse/02-PDF/Aktuelles/VDBW-Leitfaden_PsychischeGesundheit.pdf
42. Wedegärtner F, Arnhold-Kerri S, Sittaro NA et al (2011) Permanent disability and death among German workers with depression. *Psychiatr Prax* 38:135–141



© Künstlerin: Sigrid Kießling-Rossmann / Aufbruch (Ausschnitt)
| Fotograf: Klaus Rüschoff, Springer Medizin



Der Nervenarzt bietet Ihnen jeden Monat umfassende und aktuelle Beiträge zu interessanten Themenschwerpunkten aus allen Bereichen der Neurologie und Psychiatrie.

Möchten Sie ein bereits erschienenes Heft nachbestellen? Einzelne Ausgaben können Sie direkt bei unserem Kundenservice zum Preis von je EUR 36,- zzgl. Versandkosten beziehen:

2012

- 1/12 Freies Thema
- 2/12 Epilepsie
- 3/12 Psychiater im Nationalsozialismus
- 4/12 Freies Thema
- 5/12 Bipolare Störungen
- 6/12 Freies Thema
- 7/12 Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen
- 8/12 Nichtmedikamentöse Therapien neurologischer Erkrankungen
- 9/12 Somatoforme Störungen
- 10/12 Therapiestudien beim akuten Schlaganfall
- 11/12 Zukunft der psychosozialen Medizin
- 12/12 Intensivneurologie

2013

- 1/13 Freies Thema
- 2/13 Neurogenetik
- 3/13 Freies Thema
- 4/13 Immunvermittelte Enzephalomyelitiden
- 5/13 Verhaltenssüchte
- 6/13 Freies Thema
- 7/13 Burnout
- 8/13 Neurologische Grundlagenforschung, Diagnostik und Therapie
- 9/13 Psychiater im Nationalsozialismus – Beispiele für Zivilcourage
- 10/13 Aktuelle Kontroversen der Neuroethik
- 11/13 Von der Therapie zur Prävention
- 12/13 Schmerz und Kopfschmerz

(Änderungen vorbehalten)

So erreichen Sie unseren Kundenservice:

Springer Customer Service Center GmbH
Kundenservice Zeitschriften
Haberstr. 7
69126 Heidelberg
Tel.: +49 6221 345-4303
Fax: +49 6221 345-4229
E-Mail: leserservice@springer.com

www.DerNervenarzt.de