

Aus dem Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und
Versorgungsforschung der Universität Tübingen

**Haltung und Erfahrungen von Haus- und Betriebsärzten
zur Prävention psychischer und psychosomatischer
Erkrankungen im Betrieb**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Lange, Rahna, geb. Shahriari

2018

Dekan:

Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter

Professor Dr. M. A. Rieger

2. Berichterstatter

Professor Dr. S. Klingberg

Tag der Disputation

25.10.2018

1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis.....	3
2	Einleitung	5
3	Methoden	13
3.1	Hintergrund der Studie	13
3.2	Fragebogenbeschreibung	13
3.3	Zugang zur Stichprobe.....	16
3.4	Statistische Methoden.....	18
3.5	Stichprobenbeschreibung und Rücklauf.....	19
3.5.1	Soziodemografische Daten und Berufsangaben.....	19
3.5.2	Rücklauf und Datenqualität	22
4	Ergebnisse	24
4.1	Themenblock I - Erfahrungen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.....	24
4.1.1	Beschäftigung mit dem Thema	24
4.1.2	Kontakt zur jeweils anderen Berufsgruppe im Zusammenhang mit PPE	25
4.1.3	Bewertung der Zusammenarbeit.....	26
4.2	Themenblock II- Bedeutung psychischer Faktoren in der Arbeitswelt für die Entstehung und Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen	28
4.2.1	Psychische Faktoren in der Arbeitswelt	28
4.2.2	Individuelles Risiko	31
4.2.3	Zuständigkeiten im Bereich Prävention.....	31
4.3	Themenblock III - Stellenwert allgemeiner und betrieblicher Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen	38
4.3.1	Allgemeine Maßnahmen zur Prävention	38
4.3.2	Betriebliche Maßnahmen zur Prävention	39
4.3.3	Engagement der Betriebe	41
4.3.4	Größte Wünsche.....	41
5	Diskussion.....	45
5.1	Limitationen.....	45
5.2	Diskussion der Ergebnisse.....	46
5.2.1	Themenblock I – Erfahrungen mit PPE	46
5.2.2	Themenblock II – Subjektive Bedeutung von Faktoren.....	49
5.2.3	Themenblock III – Allgemeine und betriebliche Maßnahmen zur Prävention.....	55
6	Ausblick.....	58
7	Zusammenfassung.....	61
8	Veröffentlichungen	63
8.1	Kongressbeiträge	64
9	Danksagung	66

10	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	67
10.1	Abbildungsverzeichnis	67
10.2	Tabellenverzeichnis	67
11	Anhang	69
11.1	Zu Methoden.....	69
11.2	Zu Ergebnisse.....	75
12	Literatur	81
13	Erklärung zum Eigenanteil.....	89

2 Einleitung

Bereits viele Studien befassen sich mit den möglichen Zusammenhängen von Arbeit, psychischer Belastung und Beanspruchung von Beschäftigten. Die hier vorliegende Untersuchung nähert sich dem Thema über die Haltung und Erfahrungen von Betriebs- und Hausärzten, da sie als nächste Ansprechpartner der Betroffenen gelten.

Die Anzahl an Diagnosen für psychische und psychosomatische Erkrankungen (PPE) ist in den letzten Jahren merklich angestiegen (1), (2). Dies liegt zum einen daran, dass, aufgrund von vermehrter Berichterstattung und tendenzieller Entstigmatisierung, die Selbstwahrnehmung und Akzeptanz von Symptomen durch Betroffene gestiegen ist, zum anderen sind psychische Erkrankungen umfassender definiert worden und die Wahrnehmung der Hausärzte hat sich gebessert, sodass nicht die Anzahl an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen gestiegen ist, sondern lediglich die Diagnostik dieser Erkrankungsgruppe verbessert wurde (1), (3). Das heißt, psychische Erkrankungen sind „seit Jahrzehnten stabil“ (3).

Laut dem DAK-Gesundheitsreport 2016 belegen psychische Erkrankungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeitstagen den dritten Platz, nach muskuloskelettalen Erkrankungen und Atemwegserkrankungen (4).

In der Studie werden unter psychischen und psychosomatischen Erkrankungen all diejenigen zusammengefasst, die sowohl mit der Psyche direkt in Zusammenhang stehen, als auch diejenigen, die sich in somatischer Form äußern – zum Beispiel als psychovegetative Erschöpfung.

Zu bedenken ist jedoch, dass sich psychische Erkrankungen rein somatisch widerspiegeln können (z.B. in Form von muskuloskelettalen Beschwerden) und daher nicht erkannt werden (5). „Ein Zusammenhang [von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems] [konnte] mit psychischen Erkrankungen in verschiedenen Studien nachgewiesen werden“ (5).

Unter anderem beschreibt die Deutsche Rentenversicherung hierzu in ihrem „Positionspapier zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung“, dass der, aufgrund von psychischen Störungen,

bewilligte Anteil an Erwerbsminderungsrenten seit 2001 stetig zunehmen und den häufigsten Bewilligungsgrund darstellen. Außerdem heißt es, dass bei Beginn der Rente die Antragsteller durchschnittlich jünger sind als die Erwerbsminderungsrentner aus anderen Gründen (3). Laut dem BKK-Gesundheitsreport 2015 liegt im Durchschnitt die Altersgrenze bei 48,3 Jahren (2).

In der Arbeitsmedizinischen Empfehlung des Ministeriums für Arbeit und Soziales sind in 37% der Fälle psychische Erkrankungen die Ursache für eine Frühverrentung (6). Außerdem ist die Erkrankungsdauer bei psychischen Erkrankungen deutlich länger, im Schnitt bei 39,1 Tagen. Somit machen psychische Erkrankungen den Hauptteil der Langzeit-Arbeitsunfähigkeiten aus (6).

Auch die Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (2013) beschreibt, dass fast jede zweite Frühverrentung im Jahre 2012 durch psychische Erkrankungen bedingt war. Des Weiteren legt die Studie dar, dass "Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen mit rund 34 Tagen überdurchschnittlich lang" sind; laut dem BKK-Gesundheitsreport 2015 liegt die Arbeitsunfähigkeit bei einer depressiven Erkrankung durchschnittlich sogar bei 55,2 Kalendertagen (2), (6). Außerdem haben sich von 2004 bis 2014 die betrieblichen Fehltage aufgrund von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen mehr als verdoppelt (2).

Auch in der BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit von 2015 liegt die Krankheitsdauer bei psychischen Erkrankungen weiterhin deutlich über den Zeiten anderer Erkrankungen (7). Dieser Trend setzt sich dem Rückgang der betrieblichen Fehltage aufgrund von somatischen Erkrankungen entgegen (6). Außerdem nehmen psychische und psychosomatische Erkrankungen oft einen sehr langwierigen Verlauf an, sodass sie dem entsprechend häufig ursächlich für Langzeit-Arbeitsunfähigkeiten sind (8), (7), (2).

Ein weiterer wichtiger Aspekt stellt die rückläufige, aber immer noch bestehende Stigmatisierung und niedrige Akzeptanz von psychischen Erkrankungen dar, die den Betroffenen den ersten Schritt zum Arzt sowie den Umgang mit ihrer Erkrankung oft erschweren (9).

Die Gründe für psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Beschäftigten werden als sehr vielseitig angenommen („these disorders are perceived as multicausal — the result of a combination of personal and professional factors“) (9). Einen wichtigen Aspekt stellt die Arbeitswelt dar, da Arbeitnehmer einen Hauptteil ihrer Zeit dort verbringen; je nach Quelle arbeiten 30%-60% der Beschäftigten mehr als 40 Stunden in der Woche, 5% sogar mehr als 60 Stunden pro Woche (6), (10). Auch das Arbeiten am Wochenende und an Feiertagen gehört für viele Beschäftigte zum Alltag (6), (10). Hierzu zeigen einige Studien, dass Belastungsfaktoren der Arbeitswelt wie "Zeitdruck, Störung des Arbeitsablaufs und eingeschränkter Entscheidungsspielraum" das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen können (11). Aus Sicht der Beschäftigten werden unter anderem häufig Hektik, hohes Arbeitstempo, ständige Konzentration und Leistungsdruck als psychische Belastung und Stressfaktoren wahrgenommen (5). Auch Faktoren wie atypische Arbeitsverhältnisse, Arbeitsunterbrechungen und Multitasking, sowie zeitliche und örtliche Flexibilisierung können das Risiko einer psychischen Belastung erhöhen (6), (12).

Dies wird in der Arbeitsphysiologie als Belastungs-Beanspruchungs-Konzept beschrieben. Dabei sind beide Begriffe wertfrei aufzufassen und gelten sowohl für die Arbeitswelt, als auch für die Freizeit. Belastung beschreibt äußere Einflüsse, die auf einen Menschen wirken und die generell eine Reaktion auslösen können. Beanspruchung dagegen beschreibt eine Reaktion, die aufgrund von äußeren Einflussfaktoren ausgelöst wurde. Während Belastung auf jeden Menschen gleichermaßen wirkt, tritt Beanspruchung sehr individuell unterschiedlich auf. Hier spielen Faktoren, wie z.B. die Resilienz eine große Rolle (13).

Arbeitnehmer müssen heutzutage viel Flexibilität in den Bereichen Arbeitsort, Arbeitszeit und Tätigkeit mitbringen (3), um ihren Beruf über einen längeren Zeitraum hinweg ausüben zu können. Besonders in den Bereichen Arbeitszeit- und Beschäftigungsformen kommt dies zur Geltung (14). Durch die Belastungsveränderung in der Arbeitswelt im Zuge der Entwicklung weg von körperlicher Arbeit hin zur Dienstleistungsgesellschaft (2), (6) nehmen

psychosoziale Belastungen wie ansteigender Zeitdruck, hohe Aufgabenkomplexität, sowie eine vermehrte Verantwortung bei gleichzeitiger Abnahme der Arbeitsplatzsicherheit zu (15). Allerdings kann auch eine qualitative Unterforderung bei Arbeitnehmern ein Gefühl von Stress verursachen (10).

In einigen Branchen oder Abteilungen muss auch der Erfolgszwang als zusätzlicher enormer Stress gewertet werden (5). Zu den Arbeitsbelastungen zählen auch „Leistungs- und Konkurrenzdruck“ (5), (3). Aufgrund dieses Leistungsdruckes ausgehend von Mitarbeitern oder Führungskräften werden Überstunden gemacht, die Beschäftigten bleiben auch in ihrer Freizeit jederzeit erreichbar und verzichten auf Krankschreibungen, um zusätzliche Fehltage zu vermeiden. Auch verzichten circa $\frac{1}{4}$ der Arbeitnehmer häufig auf ihre Pausen, um den Arbeitsanforderungen nachkommen zu können (10). Diesen Aufstiegs Wettbewerb bzw. Konkurrenzkampf empfinden 15% der befragten Erwerbstätigen als Stressverursacher am Arbeitsplatz (16). Arbeitnehmer fühlen sich zudem, neben Termin- und Leistungsdruck, durch Arbeitsunterbrechungen, sowie dem gleichzeitigen Erfüllen vieler Aufgaben (Multitasking), belastet (10). Die Angst vor Arbeitsplatzverlust kann sich durch den Rücklauf der Fehltage aufgrund von somatischen Beschwerden widerspiegeln (2).

Allerdings können Führungskräfte ebenfalls dazu beitragen, die psychische Gesundheit von Beschäftigten aufrecht zu erhalten. Hierbei spielen drei Aspekte eine große Rolle. Ein Aspekt stellt die soziale Unterstützung dar. Hier können Führungskräfte wirken, indem sie zum Beispiel den Mitarbeitern Vertrauen und Wertschätzung entgegenbringen und die Beschäftigten loben oder auch, indem sie die Gemeinschaft fördern und „ein offenes Ohr für die Anliegen der Beschäftigten“ haben (12). Der zweite Aspekt ist das Kohärenzgefühl, welches sich durch Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammensetzt (12). Führungskräfte können hier mit klarer Kommunikation, Weitergabe relevanter Information und durch die Vermittlung „der Bedeutung der Arbeitsaufgaben, Arbeitsbedingungen und Ziele“ unterstützend wirken (12). Ein dritter Aspekt sind Bewältigungsstrategien (Aktives Coping). Führungskräfte können auch hier zur Aufrechterhaltung von

psychischer Gesundheit beitragen, indem sie zum Beispiel Entscheidungen treffen, Aufgaben klären und Vorbild für Mitarbeiter sind (12).

Ein weiterer wichtiger Punkt liegt in der Gefahr einer Chronifizierung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, welche häufig, vor allem bei Angststörungen, Suchterkrankungen, aber auch bei affektiven Störungen, auftreten kann (17). Die Betroffenen fallen im Laufe ihrer Krankheit zunehmend in die Arbeitslosigkeit, welche weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringt (18), da der „Arbeit auch eine tagesstrukturierende und – bei entsprechenden Arbeitsbedingungen – eine gesundheitsfördernde Funktion zugewiesen wird“ (5), (6). Arbeit stärkt das Selbstbild, kann zur Zufriedenheit beitragen und ist vor allem wichtig, um soziale Kontakte zu knüpfen und zu halten (19), (6).

Desweiteren reduzieren psychische Erkrankungen die durchschnittliche Lebenserwartung der Erkrankten aufgrund von Suizidalität und Mortalität (17), (18).

Es ist daher dringend notwendig, den Arbeitsplatz als Ressource aber auch als Mitverursacher von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu erkennen und vor allem Präventivmaßnahmen anzubieten, um eine Manifestation einer Erkrankung möglichst verhindern zu können.

Prävention wird generell in Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention eingeteilt. Primärprävention richtet sich an den gesunden Menschen zur Vorbeugung von Krankheit; zum Beispiel über eine Verbesserung von Arbeitsbedingungen, Betriebsklima oder Ausgleichssport. Hierzu trat im Juli 2015 das Präventionsgesetz in Kraft, welches „Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld [stärken]“ soll (20). Sekundärprävention dient der Früherkennung von Erkrankung, damit der Ausbruch einer Krankheit verhindert werden kann; als Beispiel wären betriebspsychologische und betriebsärztliche Angebote zu nennen. Die Tertiärprävention beinhaltet Rehabilitation, Verhinderung von Progredienz und Rückfall einer Erkrankung; hier ist ein Beispiel die betriebliche Wiedereingliederung. Um dies im Bereich der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Betrieb zu können, ist es wichtig, sowohl

Betriebsärzte (BÄ) als Ansprechpartner im Betrieb, als auch Hausärzte (HÄ) als Ansprechpartner außerhalb des Betriebs einzubeziehen.

Betriebsärzte sind durch ihren Arbeitsplatz im Betrieb sehr nah am Ort des Geschehens und sind in der Lage, als erste Instanz mit Beschäftigten über psychische oder psychosomatische Probleme zu sprechen.

Der Zuständigkeitsbereich von Betriebsmedizinern ist die Schnittstelle zwischen Gesundheit und Arbeit und die Wechselwirkung beider Bereiche. Die Gesundheit der Arbeitnehmer ist nicht nur für jedes Individuum wichtig, sondern auch für den Betrieb, um Wettbewerbsfähig zu sein und zu bleiben (21). Vor allem mit Blick auf den demografischen Wandel. Der Betriebsarzt ist unter anderem für die Gefährdungsbeurteilung, die Beurteilung der Arbeitsbelastung und auch von Vorsorgeuntersuchungen zuständig (21). Dies gilt neben physischen Belastungen oder Arbeiten mit Gefahrenstoffen auch besonders für psychische Belastungen und Beanspruchungsreaktionen. Hier besteht eine Unterweisungsbefugnis, aufgrund der Fachkunde über den Arbeitsplatz und der medizinischen Ausbildung (21). Dabei arbeitet der Arbeitsmediziner weisungsfrei (21). Das bedeutet, dass er für seine Entscheidungen bezüglich der Gesundheit von Mitarbeitern von seinem Arbeitgeber nicht ermahnt bzw. bestraft werden kann. Natürlich gilt auch für Betriebsmediziner die ärztliche Schweigepflicht, sodass Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen, ohne Angst vor betrieblichen Konsequenzen, einen innerbetrieblichen Ansprechpartner haben (21). Zu den weiteren Aufgaben eines Betriebsmediziners gehört die Unterstützung des Arbeitgebers in Fragen, wie z.B. Arbeitszeiten oder Pausenregelungen (21). Eine besondere Aufgabe ist die Früherkennung von arbeitsbedingten Gesundheitsschäden und die Empfehlung zur individuellen Prävention (21). Eine weitere entscheidende Rolle spielt ein Betriebsarzt im Eingliederungsmanagement, da er an der Schnittstelle zwischen Betrieb und Haus- bzw. Facharzt steht und so beide Bereiche zusammen führen kann (21). Außerdem leistet ein Betriebsarzt die Primär- und Sekundärprävention für einen großen Teil der Bevölkerung (21) und sieht viele Patienten, die keine Vorsorge betreiben. Somit „können 76 % der Ausfälle durch chronische Erkrankungen durch betriebliche Prävention verhindert

werden“(22). Allerdings scheinen Betriebsärzte aus Sicht von Personalverantwortlichen als wenig hilfreich angesehen zu werden, wenn es um das Thema psychische Störungen geht (23). Das Ansehen von Betriebsärzten bei den Arbeitnehmern wird unterschiedlich beschrieben. Einerseits scheint es, als ob Beschäftigte die präventive Rolle des Betriebsarztes nicht zu Genüge kennen, um sie in Anspruch zu nehmen (24), andererseits wird dem Betriebsarzt Wertschätzung und Vertrauen entgegengebracht (23).

Insgesamt bleibt der Betriebsarzt in der Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und der Wiedereingliederung von betroffenen Beschäftigten ein bedeutsamer Akteur.

Hausärzte haben „eine auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung“ inne, werden häufig als Vertrauensperson angesehen und fungieren in der Regel als erste Ansprechpartner außerhalb des Betriebes. Sie kennen oft die gesamte Krankengeschichte, das soziale Umfeld, sowie die Lebenssituation ihrer Patienten (25).

Auch wenn in der hausärztlichen Versorgung psychische Erkrankungen immer noch häufig nicht erkannt werden (8), ist es wichtig Erfahrungswerte und Haltungen der Hausärzte, als erste Ansprechpartner zu eruieren, um Verbesserungen in der Versorgung und der Erkennung von psychischen Beschwerden entwickeln zu können. Auch bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen scheinen Hausärzte oft erster Ansprechpartner zu sein (24). „Insgesamt ist die psychiatrische Kompetenz zu stärken; einen wichtigen Stellenwert haben dabei die Hausärzte“(5). Eine Zusammenarbeit von Betriebs- und Hausärzten ist von großer Bedeutung, um psychische und psychosomatisch Erkrankungen eher feststellen und um gegebenenfalls den Arbeitsplatz als Ursache eruieren zu können. Das Wissen um den Arbeitsplatz eines Patienten und dessen Arbeitsbelastungen ist wichtig für den Hausarzt, um Erkrankungen auch in diesem Kontext zu sehen und zu verstehen. Durch eine Verlagerung des hausärztlichen Fokus weg von Symptomen, Problemen und Limitationen der Patienten hin auf deren Ressourcen, Möglichkeiten und Coping-Strategien [„... resources, possibilities and coping instead of symptoms,

problems and limitations.“] verbessert zum Beispiel ebenfalls das Wissen über den Arbeitsplatz der Patienten (26).

Für den Betriebsarzt ist es wichtig die Lebenssituation eines Patienten erfragen zu können, um einen Verdacht auf psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Mitarbeitern zu bestärken oder zu verwerfen.

In Deutschland besteht derzeit „ein nur geringer Austausch zwischen den Vertretern dieser Berufsgruppen [Hausärzte und Betriebsärzte]“ (27), dabei ist die Kooperation dieser beiden Berufsgruppen insbesondere im Zusammenhang mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen von hoher Bedeutung.

In einer qualitativen Analyse zur Kooperation von Haus- und Betriebsärzten wurden Fokusgruppeninterviews mit Vertretern aus den jeweiligen Berufsgruppen ausgewertet und es konnte gezeigt werden, dass unter anderem das mangelnde Wissen der Hausärzte über die Tätigkeitsfelder der Betriebsärzte, die Angst vor Schweigepflichtverletzungen durch Betriebsärzte und fehlende Vergütungsmöglichkeiten für Hausärzte ursächlich für die mangelnde Kooperation sind. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit würde eine „Verkürzung krankheitsbedingter Fehlzeiten, eine(r) verbesserte(n) betriebliche(n) Wiedereingliederung und damit mittelfristig [den] Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. der Beschäftigungsfähigkeit“ bewirken (27).

Die hier vorliegende Studie zur Befragung der Haus- und Betriebsärzte wurde durchgeführt, um zum einen Berührungspunkte mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden im Betrieb zu evaluieren, und zum anderen, um die Einstellung der Befragten zur Kausalität von psychischen Erkrankungen, zur Bedeutsamkeit von Präventionsmaßnahmen, sowie zur Zuständigkeit einzelner Institutionen und Berufsgruppen im Bezug auf die Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen bei Beschäftigten zu erheben.

3 Methoden

3.1 Hintergrund der Studie

Die PHOEBE-Studie (Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen von Beschäftigten inner- und außerhalb des Betriebs - Erfahrungen von Betriebsärzten, Hausärzten, Psychotherapeuten und führenden Mitarbeitenden von Personalabteilungen in Betrieben) entstand im Rahmen des Kompetenznetzes Prävention Psychischer und Psychosomatischer Störungen in der Arbeits- und Ausbildungswelt (PPAA) Baden-Württemberg, ist eines der vielen Teilprojekte und wurde in Kooperation zwischen dem Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikum Tübingen, der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen, sowie der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm im Jahr 2014 durchgeführt.

Die Studie wurde im Rahmen des Kompetenznetz PPAA Baden-Württemberg mit Mitteln des gefördert Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg gefördert und zusätzlich mit Eigenmitteln des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen durchgeführt. Das Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Tübingen, erhält eine institutionelle Förderung durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall).

3.2 Fragebogenbeschreibung

Der selbstgenerierte Fragebogen basiert einerseits maßgeblich auf aktueller Literatur, vorausgegangenen Studien mit Fokusgruppeninterviews und qualitativen Umfragen (27–29), sowie der Studie zur psychosomatischen Sprechstunde am Arbeitsplatz (9) und arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen (30), andererseits auch auf die langjährigen Erfahrungen der an

der Studie beteiligten interdisziplinären Arbeitsgruppe (Arbeitsmedizin, Allgemeinmedizin, Psychosomatik und Soziologie).

Der Fragebogen besteht aus drei Themenbereichen. Der erste Themenbereich beschäftigt sich mit Erfahrungen der befragten Haus- und Betriebsärzte zur Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Der zweite Themenbereich befasst sich mit der Entstehung von psychischen Beschwerden und der Bedeutung der Arbeitswelt und des Individuums dabei. Auch die Verantwortlichkeit zur Prävention wird erfragt.

Im dritten Themenbereich sollen verschiedene Maßnahmen zur Prävention nach ihrer Wichtigkeit beurteilt werden.

Im Folgenden werden die Fragen der drei Themenbereiche detailliert aufgeführt:

Themenbereich I:

Tab. 1 Fragen aus dem ersten Themenbereich des Fragebogens

<p><i>F1.1 Inwiefern haben Sie sich im Zusammenhang mit >PPE< schon einmal mit dem Thema "Betriebliche Prävention befasst?</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: Mehrfachauswahl aus vorgegeben Möglichkeiten</i></p>
<p><i>F1.2 Hatten Sie – im Zusammenhang mit der >PPE< eines Patienten (nach Entbindung von der Schweigepflicht) – schon einmal Kontakt mit seinem Betriebsarzt bzw. mit seinem Hausarzt?</i></p> <p><i>Wenn ja: Wie viele Patienten in den letzten 24 Monaten insgesamt?</i></p> <p><i>Wie häufig in den letzten 24 Monaten insgesamt?</i></p> <p><i>Wie häufig in den letzten 24 Monaten ging ein Kontakt aktiv von Ihnen aus?</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: Ja/Nein; anschließend Anzahl der Patienten eintragen</i></p>
<p><i>F1.2.1 Waren Sie schon einmal in ein Betriebliches Eingliederungsmanagement ("BEM")/ die stufenweise Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz eines langzeiterkrankten Arbeitnehmers involviert?</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: ja/ nein – zuletzt vor ... Zeitangabe in Monaten</i></p>
<p><i>F1.2.2 Wenn Sie sich schon einmal aktiv um einen Kontakt bemüht haben, dieser jedoch nicht zustande kam: Woran lag dies Ihrer Meinung nach?</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: Mehrfachauswahl aus vorgegeben Möglichkeiten</i></p>
<p><i>F1.3 Auf der Basis aller Erfahrungen mit Patienten mit >PPE< in den letzten 24 Monaten: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit den unten genannten Personengruppen insgesamt?</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: Bewertung mittels Schulnotensystem (1=sehr gut, 6=ungenügend)</i></p>

In Frage 1.3 nach der Bewertung der Zusammenarbeit mit der jeweils anderen Berufsgruppe wird zwischen der letzten Zusammenarbeit und der Gesamtheit aller Zusammenarbeiten unterschieden. Hier soll auch im Falle von einer fehlenden Zusammenarbeit geantwortet werden.

Beim Erfassen der Fragebögen wurde darauf geachtet, dass sich Frage 1.2, 1.2.2 und 1.3 logisch nicht widersprechen.

Themenbereich II:

Tab. 2 Fragen aus dem zweiten Themenbereich des Fragebogens

<p><i>F2.1 Wie bedeutsam sind aus Ihrer Sicht die folgenden Aspekte in der Arbeitswelt für die Entstehung von >PPE< und den entsprechenden Beschwerden?</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: Subjektive Bedeutung der Items 1-12 mittels Likert-Skala mit „nein, gar nicht“ – „eher nein“ – „eher ja“ – „ja sehr“ beurteilen.</i></p>
<p><i>F2.1.1 Wie bedeutsam ist aus Ihrer Sicht das individuelle Risiko von Beschäftigten für die Entstehung einer >PPE< und den entsprechenden Beschwerden (Prädisposition)?</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: Subjektive Bedeutung mit Likert-Skala von „gar nicht bedeutsam“ – „eher nicht bedeutsam“ – „eher bedeutsam“ – „sehr bedeutsam“ einschätzen.</i></p>
<p><i>F2.2 Wer sollte sich in der Prävention psychischer/ psychosomatischer Erkrankungen Ihrer Meinung nach besonders engagieren?</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: Zuständigkeit von Betriebsärzten – Psychotherapeuten – Hausärzten - Betriebs-/Personalräte - Mitglieder der Personalabteilung/Vorgesetzte – Krankenkassen – Rentenversicherung - Unfallversicherung/Berufsgenossenschaft jeweils in Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention angeben.</i></p>

Themenbereich III:

Tab. 3 Fragen aus dem dritten Themenbereich des Fragebogens

<p><i>F3.1 Wie wichtig sind aus Ihrer Sicht folgende <u>allgemeine Maßnahmen</u> im Hinblick auf Prävention von >PPE<?</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: Bewertung der Items 1-16 über eine Likert-Skala mit „sehr unwichtig“ – „eher unwichtig“ – „eher wichtig“ – „sehr wichtig“</i></p>
<p><i>F3.2 Wie wichtig sind aus Ihrer Sicht folgende <u>Maßnahmen</u> für eine Prävention von >PPE< <u>im Betrieb</u>?</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: Bewertung der Items 1-17 über eine Likert-Skala mit „sehr unwichtig“ – „eher unwichtig“ – „eher wichtig“ – „sehr wichtig“</i></p>
<p><i>F3.3 Wenn Sie an die <u>Arbeitswelt im Allgemeinen</u> denken, ist die Bereitschaft in Betrieben, sich für die Prävention von >PPE< bei Beschäftigten zu engagieren, insgesamt...</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: Bewertung über eine Likert-Skala mit „sehr niedrig“ – „eher niedrig“ – „eher hoch“ – „sehr hoch“</i></p>
<p><i>F3.4 Was sind Ihre größten Wünsche im Hinblick auf die Prävention von >PPE< von Beschäftigten?</i></p> <p><i>Antwortmöglichkeit: Offen</i></p>

Zusätzlich wurden in einem vierten Abschnitt soziodemografische Daten und Berufsangaben erhoben.

Bei Notwendigkeit wurde die Formulierung der Fragen innerhalb dieser Bereiche der jeweiligen Berufsgruppe angepasst.

Aufgrund der unterschiedlichen soziodemografischen Daten finden sich deutlich unterschiedliche Antwortkategorien bei Fragen nach der Person und der Tätigkeit.

Beispiel: Im Fragebogen der Hausärzte wird nach behandelten Patienten pro Quartal gefragt, während im Fragebogen für Betriebsärzte nach der Größe der Betriebe gefragt wird.

3.3 Zugang zur Stichprobe

Der Versand des Fragebogens erfolgte im Sinne einer Zufallsstichprobe an 1000 Hausärzte (HÄ) und im Rahmen einer Vollerhebung über den Verband der Betriebs- und Werksärzte (VDBW) an 450 Betriebsärzte. Zur zufälligen Auswahl von 1000 Hausärzten wurde, beginnend mit der zweiten Adresse aus der im Internet öffentlich zugänglichen Datenbank der kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württembergs (Stand 02/2014), jede achte Adresse notiert.

Der nächste Schritt beinhaltete zur Optimierung von Aufbau und Inhalt des Fragebogens einen Pretest.

Dieser wurde durchgeführt, um den endgültigen Fragebogen zielgerichteter und verständlicher zu gestalten, sodass die Studienteilnehmer ihre Antworten möglichst vollständig und eindeutig geben konnten.

Zunächst wurde die anfangs verwendete Abkürzung für psychische und psychosomatische Erkrankungen „PsychSomErk“ durch „PPEE“ ersetzt, um ein angenehmeres Lesen zu ermöglichen.

Einzelne Fragen wurden weniger komplex gestellt, da sie in ihrer ursprünglichen Form missverständlich waren. Beispiel „Frage 1.2 Hatten Sie - im Zusammenhang mit der >PPEE< eines Patienten (nach Entbindung von der Schweigepflicht) - schon einmal Kontakt mit seinem Betriebsarzt, seinem

Psychotherapeuten und/oder einem Mitglied der Personalabteilung seines Arbeitgebers“.

Ein Kritikpunkt an den Antwortmöglichkeiten war, dass nach einem aktiven Kontakt gefragt wurde, jedoch z.B. Arbeitskreise nicht deutlich ein- bzw. ausgeschlossen wurden. Daher wurde die Frage dahingehend verändert, dass zunächst generell nach Kontakten gefragt wurde und in einem Unterpunkt nach aktiven Kontakten, ausgehend vom Befragten, gefragt wurde.

Außerdem wurde der ursprüngliche Frageteil nach der Beteiligung an BEM in einer eigenen Frage gestellt, um die Frage zu entzerren.

Um Missverständnisse z.B. in Frage 2.1 zu vermeiden wurde nach dem Pretest zunächst die Frage modifiziert, indem man den Befragten explizit nach seiner Sicht fragte. Außerdem wurden Beispiele zu den abgefragten Items genannt, sodass die Studienteilnehmer die einzelnen Items gleich verstehen konnten.

Desweiteren wurde der Terminus „Personalverantwortliche“ durch „Betriebs- und Personalräte“, sowie „Mitglieder der Personalabteilung/Vorgesetzte“ ersetzt.

In der Frage 2.2 „Wer sollte sich in der Prävention psychischer/ psychosomatischer Erkrankungen Ihrer Meinung nach besonders engagieren?“ wurde nicht, wie gefordert auf die drei Antwortmöglichkeiten „Ja“, „Nein“ und „Weiß nicht“ verzichtet, um hier eine differenzierte Auswertung leisten zu können; warum wurde z.B. nicht „Ja“ angekreuzt - entweder weil der Befragte nicht der Meinung war, oder weil er es nicht wusste.

Auch in Frage 3.2 „Wie wichtig sind aus Ihrer Sicht folgende Maßnahmen für eine Prävention von >PPEE< im Betrieb?“ wurden Beispiele zu den einzelnen Items genannt, um die Voraussetzung zur Beantwortung der Frage möglichst einheitlich zu schaffen.

In Frage 3.4 „Was sind Ihre größten Wünsche im Hinblick auf die Prävention von >PPEE< von Beschäftigten?“ wurde im Vorfeld nur nach dem „größten Wunsch“ gefragt. Dies wurde hier geändert, um deutlich zu machen, dass es sich hierbei um eine freie Frage mit Mehrfachantwortmöglichkeiten handelt.

In Frage 4.8 „Welchen Branchen gehören die derzeit betreuten Betriebe an?“ im Fragebogen für Betriebsärzte wurde „derzeit“ hinzugefügt, um die Antwortmöglichkeiten einzugrenzen.

Die Endgültige Version des Fragebogens der Betriebsärzte hat 24 Fragen und 149 Antwortmöglichkeiten (vgl. Anhang). Der endgültige Fragebogen der Hausärzte hat 22 Fragen und 127 Antwortmöglichkeiten (vgl. Anhang). Beide Fragebögen haben eine offene Frage.

Die Diskrepanz zwischen der Anzahl an Antwortmöglichkeiten erklärt sich mit der Datenerhebung zur Person und Tätigkeit. Hier haben Betriebsärzte mehr Möglichkeiten, da sie auch in verschiedenen Branchen und Betrieben arbeiten können und dies erfragt wurde. Es folgte das Verschicken der endgültigen Version ergänzt um eine Studieninformation, die neben dem Hintergrund und das Ziel des Fragebogens, einige Begriffserklärungen zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen enthielt sowie eine Information über den Datenschutz (vgl. Anhang).

3.4 Statistische Methoden

Betriebs- und Hausärzte wurden explorativ auf mögliche signifikante Antwortunterschiede verglichen. Die Auswertung erfolgte bivariat. Alle statistischen Auswertungen wurden durch Dr. Martina Michaelis, Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS) in Freiburg/Brsg. und externe Leiterin der PHOEBE-Studie am Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung, durchgeführt.

Als Standardverfahren für den Vergleich der Prozentanteile zwischen den beiden („unabhängigen“) Gruppen gilt der Chi²-Test. Voraussetzung hierfür sind nominale Daten (z.B. F1.1-dichotome Antwortmöglichkeit). Im Falle von ordinalen Daten wurde der Mann-Whitney-U-Test angewandt. In allen Fällen betrug die Signifikanzschwelle $p=0,05$.

Mögliche Unterschiede zwischen zwei Variablen innerhalb eines Kollektivs, also "abhängigen" Gruppen, (siehe Kapitel 4.2.3 „Zuständigkeiten im Bereich Prävention“) wurden mittels McNemar-Test untersucht. Ergänzend zu allen

inferenzstatistischen Tests, bei denen die Wahrscheinlichkeit für ein Erreichen der Signifikanzschwelle mit zunehmender Fallzahl wächst, wird die dazugehörige Effektstärke angegeben. Diese ist w' (Prüfgröße/Wurzel(Fallzahl)) bei den nonparametrischen Mann-Whitney-U und McNemar-Tests und der Korrelationskoeffizient ϕ als Annäherung von w beim χ^2 -Test. Die Effektstärke gibt Auskunft über die Stärke des Unterschieds und wird klassifiziert in Werte $<0,3$ (geringer), zwischen $0,3-0,5$ (moderater) und $>0,5$ (hoher Unterschied) (31) (32).

Bei einigen Fragestellungen erfolgten durch das Testen jedes einzelnen Items Mehrfachtestungen an derselben Gesamtstichprobe (z.B. F2.1- bei 12 Items). Um dabei der Wahrscheinlichkeit für die sogenannte Alphafehlerinflation (erhöhtes Risiko für die Identifizierung eines signifikanten Ergebnisses) zu begegnen, wurde die Bonferroni-Korrektur für die Signifikanzschwelle angewandt (33) (34). Hierbei dividiert man den zuvor festgelegten p -Wert $0,05$ mit der Anzahl der durchgeführten Tests und erhält damit einen neu gültigen, strengeren $p(\text{bonf.})$ -Wert.

3.5 Stichprobenbeschreibung und Rücklauf

3.5.1 Soziodemografische Daten und Berufsangaben

Im Fragebogen wurden auch soziodemografische Daten und Berufsangaben erfragt, um die Vergleichbarkeit beider Gruppen zu prüfen. Tab. 4 veranschaulicht die erhobenen Daten und Qualifikationen der Studienteilnehmer. Beide Kollektive sind generell gut miteinander vergleichbar. In vier der unten aufgeführten Punkte unterscheiden sich die Gruppen signifikant. Zum einen sind mehr Hausärzte Facharzt, zum anderen liegen die Arbeitsorte der Betriebsärzte häufiger in der Stadt. Außerdem verfügen Betriebsärzte über mehr Kontakterfahrung mit Hausärzten als anders herum und über mehr Erfahrungen mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement. Des Weiteren war in der Gruppe der Hausärzte ein Facharzt für Arbeitsmedizin ($0,7\%$ ($n=1$)), in der Gruppe der Betriebsärzte waren $37,6\%$ ($n=50$) ebenfalls Facharzt für Allgemeinmedizin.

Tab. 4 Soziodemokratische Daten und Qualifikationen der Befragten

	BÄ (n=133)	n(gült.)	HÄ (n=136)	n(gült.)	p	phi/ w
Geschlecht (männlich)	52,6 %	70	59,6%	81	Nicht signifikant	
Alter (Jahre): MW (SD/Med/Min/Max)	54,9 (8,0/55/36/77)	133	53,7 (8,6/53/37/75)	130	Nicht signifikant	
Berufserfahrung (Jahre) als Betriebs- bzw. Hausarzt: MW (SD/Med/Min/Max)	18,3 (9,3/19/2/35)	127	16,7 (9,6/16/1/43)	131	Nicht signifikant	
Vorerfahrung im psychiatr./ psychosom. Versorgungsbereich während Fachweiterbildung	25,8%	34	33,1%	45	Nicht signifikant	
Facharzt für Arbeitsmedizin bzw. Allgemeinmedizin	54,9%	73	76,1%	102	0,00	0,22
Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin	41,4%	55				
Zusatzbezeichnung Psychotherapie	4,5%	6	4,5%	6	Nicht signifikant	
Psychosomatische Grundversorgung (WB)	4,5%	6	2,2%	3	Nicht signifikant	
Ort der Praxis/ des (über)betrieblichen Dienstes in der Stadt (vs. Stadt-Umkreis/Land)	57,0%	73	30,9%	42	0,00	0,26
Kontakterfahrung zur jeweils anderen Gruppe im Zusammenhang mit PPE	88,6%	117	39,7%	54	0,00	-0,51
Erfahrung mit BEM (betrieblichem Eingliederungs- management)	95,5%	126	79,8%	99	0,00	-0,23

MW= Mittelwert, SD= Standardabweichung, Med= Median, Min= Minimum, Max= Maximum
Abkürzungen: n= Anzahl; gült=gültig; WB= Weiterbildung; p=Signifikanzwert; phi/w=Effektstärke

Weitere im Fragebogen genannte Zusatzbezeichnungen wurden übersichtshalber hier nicht aufgelistet (vgl. Tab. 17 und Tab. 18 im Anhang). Tab. 19 und Tab. 20 im Anhang zeigen statistische Kennwerte beim Vergleich von „Alter“, „Geschlecht“ und „Erfahrung mit BEM“.

In der Gruppe der Hausärzte gaben 91,2% (n=124) an, im Mittel seit 16,75 Jahren (SD 9,91), mit einem Minimum von 0 Jahren und einem Maximum von 43 Jahren, in der eigenen Praxis niedergelassen zu sein.

Außerdem beschreibt die Mehrheit der befragten Hausärzte, dass sie durchschnittlich 500-1000 Patienten pro Quartal in ihrer Praxis behandeln (Tab. 5 Praxisgröße (HÄ)).

Tab. 5 Praxisgröße (HÄ)

Patienten pro Quartal (durchschnittlich)	Prozent	n von 136
<500	7,4	10
500-1000	40,0	54
1001-1500	35,6	48
>1500	17,0	23
Fehlend	0,7	1

n= Anzahl der gültigen Antworten

Die Mehrheit der Betriebsärzte (38,3%, n=51) ist in einem Betrieb angestellt [s. Anhang Tab. 21].

Die Anzahl der betreuten Betriebe durch Betriebsärzte liegt im Mittelwert bei 20,2 (SD 34,9) mit einem Minimum von eins und einem Maximum von 200 [s. Anhang Tab. 22]. In Tab. 6 werden alle Betriebsbranchen zusammengefasst, wobei die drei häufigsten explizit gekennzeichnet sind. Hierbei waren Mehrfachantworten möglich.

Außerdem gibt die absolute Mehrheit der Betriebsärzte (81%, n=108) an Großunternehmen mit mehr als 250 Mitarbeitern zu betreuen [s. Anhang Tab. 23].

Tab. 6 Branchen der betreuten Betriebe durch Betriebsärzte

	Prozent	n (133)
Land- & Forstwirtschaft	18,0%	24
Fischerei & Fischzucht	0,8%	1
Bergbau, Steine, Erden	8,3%	11
Produktion/ verarbeitendes Gewerbe	75,2%	100
Energie- & Wasserversorgung	17,3%	23
Baugewerbe	13,5%	18
Handel	30,1%	40
Instandhaltung/ Reparaturen	17,3%	23
Gastgewerbe	12,0%	16
Verkehr & Nachrichtenübermittlung	15,8%	21
Banken, Versicherungen	24,8%	33
Grundstücks- & Wohnungswesen	3,8%	5
Öffentliche Verwaltung	34,6%	46
Erziehung & Unterricht	26,3%	35
Gesundheits- & Sozialwesen	60,2%	80
Dienstleistungen	47,4%	63

n= Anzahl der gültigen Antworten

3.5.2 Rücklauf und Datenqualität

Die Fragebögen wurden im Juli 2014 postalisch an die Hausärzte direkt, an die Betriebsärzte über den VDBW versandt. Außerdem wurde zur Erzielung eines maximalen Rücklaufes ein Reminder in Briefform nach ca. 20 Tagen versandt. Aus der Grundgesamtheit von 450 angeschriebenen Betriebsärzten betrug der Rücklauf der Brutto-Stichprobe ohne stichprobenneutrale Ausfälle, das bedeutet alle Rücksendungen inklusive der Antworten, die nicht gewertet werden

konnten, 30% (n=135), abzüglich der nicht verwertbaren Antwortschreiben ergab sich ein Netto-Rücklauf von 29,6% (n=133). Dabei kamen 83,5% der Fragebögen vor dem Reminder zurück. Aus der Grundgesamtheit der 1000 Hausärzte kamen abzüglich der stichprobenneutralen Ausfälle 13,8% (n=138) der Fragebögen zurück. Der Netto-Rücklauf betrug 13,6% (n=136), wovon 84,6% vor dem Reminder eingegangen sind.

Der Rücklauf in der Gruppe der Hausärzte war niedrig im Vergleich zu einer kurz zuvor in derselben Region durchgeführten standardisierten Befragung von Haus- und Betriebsärzten zu ihrer Zusammenarbeit [Moßhammer et al. - die Befragung erfolgte in 2014], wo die Rücklaufquote bei den Hausärzten 31% und bei den Betriebsärzten 48% betrug (29).

Insgesamt gibt es in beiden Kollektiven wenige fehlende Angaben in den Fragebögen.

In Themenblock 1 gibt es in beiden Gruppen in Frage 1.1, inwieweit sich die Befragten schon mal mit dem Thema betriebliche Prävention in Bezug auf psychische und psychosomatische Erkrankungen befasst haben, keine fehlenden Angaben. Generell gilt aus methodischer Sicht, dass fehlende Angaben („Missings“) unter 5% vernachlässigbar sind, während Werte über 10% beachtet werden müssen. Werte dazwischen sollten individuell bewertet werden.

In insgesamt sieben Fällen, vor allem bei Frage 1.2 nach dem Kontakt mit der jeweils anderen Berufsgruppe (BÄ), Frage 1.2.2 zum nicht zustande gekommenen Kontakt (BÄ), sowie Frage 1.3 über die Bewertung aller Zusammenarbeiten (BÄ und HÄ), liegen die Werte hier über 10% und sind somit zu beachten. Besonders bei Frage 3.4 über die größten Wünsche der Befragten liegt der „Missing“-Wert in beiden Gruppen deutlich über 10% (BÄ mit 46%, HÄ mit 50%).

Die Datenqualität der Fragebögen ist dennoch sehr gut und kann verwertet werden. In Tab. 16 im Anhang sind die fehlenden Angaben in den einzelnen Themenblöcken detailliert aufgelistet.

4 Ergebnisse

4.1 Themenblock I - Erfahrungen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

4.1.1 Beschäftigung mit dem Thema

Die große Mehrheit der Betriebsärzte (96,2%, n=127)) und knapp die Hälfte der Hausärzte (47,8%, n=65) hat sich bereits mit dem Thema psychische und psychosomatische Erkrankungen beschäftigt (Frage 1.1) – Betriebsärzte dabei signifikant mehr als Hausärzte ($\chi^2=77,29$; $\phi=0,54$; $p=0,000$).

Abb. 1 listet detailliert auf, über welches Medium sich die Befragten mit dem Thema befasst haben. Am häufigsten wurden von beiden Gruppen angegeben Fachliteratur zum Thema gelesen zu haben.

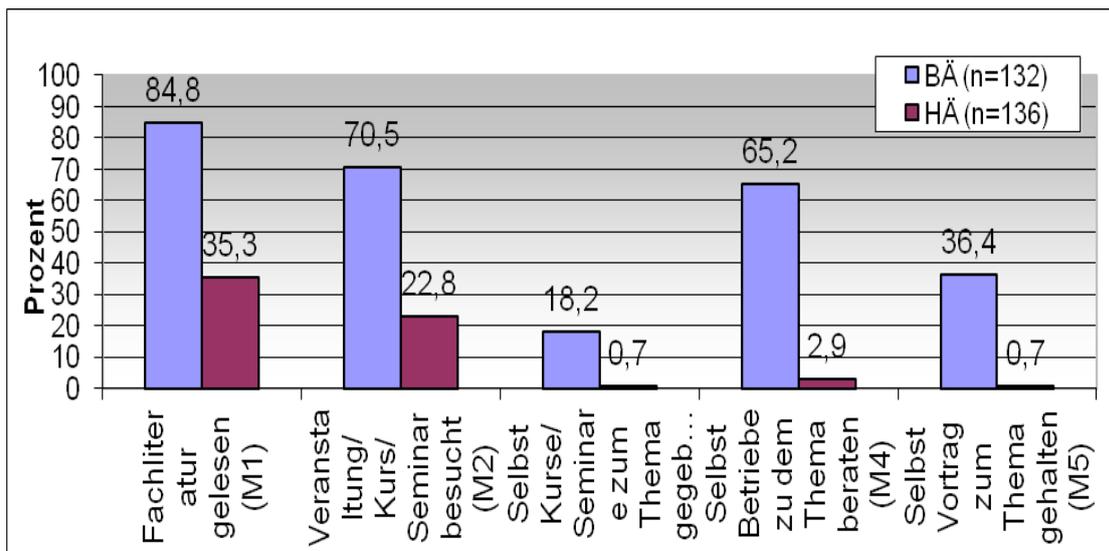


Abb. 1 Art und Weise der Beschäftigung mit PPE
BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte, n=Anzahl der Fragebögen

Die Vielfalt der Antworten ist hierbei bei den Betriebsärzten größer als bei den Hausärzten. Betriebsärzte haben im Mittel 2,8 (SD 1,4) Nennungen getätigt (Median: 3 Nennungen), Hausärzte dagegen im Mittel nur 0,6 (SD 0,75), (Median: 0, maximal 3 Nennungen). Passend dazu besteht hier ein signifikanter Unterschied zwischen beiden befragten Berufsgruppen; Betriebsärzte haben

sich mehr mit unterschiedlichen Medien zum Thema psychischen und psychosomatischen Erkrankungen beschäftigt (vgl. Tab. 24 im Anhang).

4.1.2 Kontakt zur jeweils anderen Berufsgruppe im Zusammenhang mit PPE

88,6% (n= 117) der Betriebsärzte und 39,7% (n= 54) der Hausärzte gaben an, schon einmal Kontakt zur jeweils anderen Berufsgruppe gehabt zu haben [s. Anhang Tab. 25]. Dieser Unterschied ist bei hoher Effektstärke ($\phi = -0,51$) signifikant ($p=0,000$). In Tab. 7 ist die Auswertung der Ergebnisse zusammengefasst. Die Werte beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 24 Monate. Dargestellt ist zuerst die Gruppe der Betriebsärzte (BÄ) und deren Antwortverhalten in Bezug auf Hausärzte, unterteilt in „Für wie viele Patienten/Beschäftigten wurde der Kontakt gesucht?“, „Wie häufig wurde der Kontakt gesucht?“ und „Wie häufig ging der Kontakt vom Befragten aus?“. Danach ist die Gruppe der Hausärzte (HÄ) mit derselben Unterteilung beschrieben.

Tab. 7 Kontakthäufigkeit mit der jeweils anderen Berufsgruppe-in den letzten 24 Monaten (F1.2)

		MW	SD	Med	Min	Max	n (133)
BÄ	HA: Anzahl Patienten/Beschäftigten	11,8	43,0	3	0	420	132
	HA: Häufigkeit	8,6	28,3	3	0	300	116
	HA: Häufigkeit AKTIVER Kontakt	4,3	5,2	2	0	25	117
HÄ	BA: Anzahl Patienten/Beschäftigten	0,9	2,2	0	0	20	136
	BA: Häufigkeit	1,0	3,1	0	0	30	125
	BA: Häufigkeit AKTIVER Kontakt	0,6	2,3	0	0	20	124

MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Med=Median, Min=Minimum, Max=Maximum, n=Anzahl der gültigen Antworten

An der Standardabweichung sieht man, dass die Streuung, bedingt durch viele Ausreißer, sehr groß ist. Daher ist zusätzlich die Betrachtung des Medians hier sinnvoll.

Insgesamt waren bei den Betriebsärzten über 85% der Kontakte, bei den Hausärzten sogar über 90% der Kontaktaufnahmen erfolgreich

[s. Anhang Tab. 26].

Abb. 2 stellt die Gründe für nicht zustande kommende Kontakte dar, sowie deren Verteilung. Hier sind nur die Antworten gezählt, die in Frage 1.2 „Hatten Sie – im Zusammenhang mit der >PPE< eines Patienten (nach Entbindung von der Schweigepflicht) – schon einmal Kontakt mit seinem Betriebsarzt bzw. mit seinem Hausarzt?“ mit „Ja, sie haben schon mal Kontakt gehabt“ geantwortet haben.

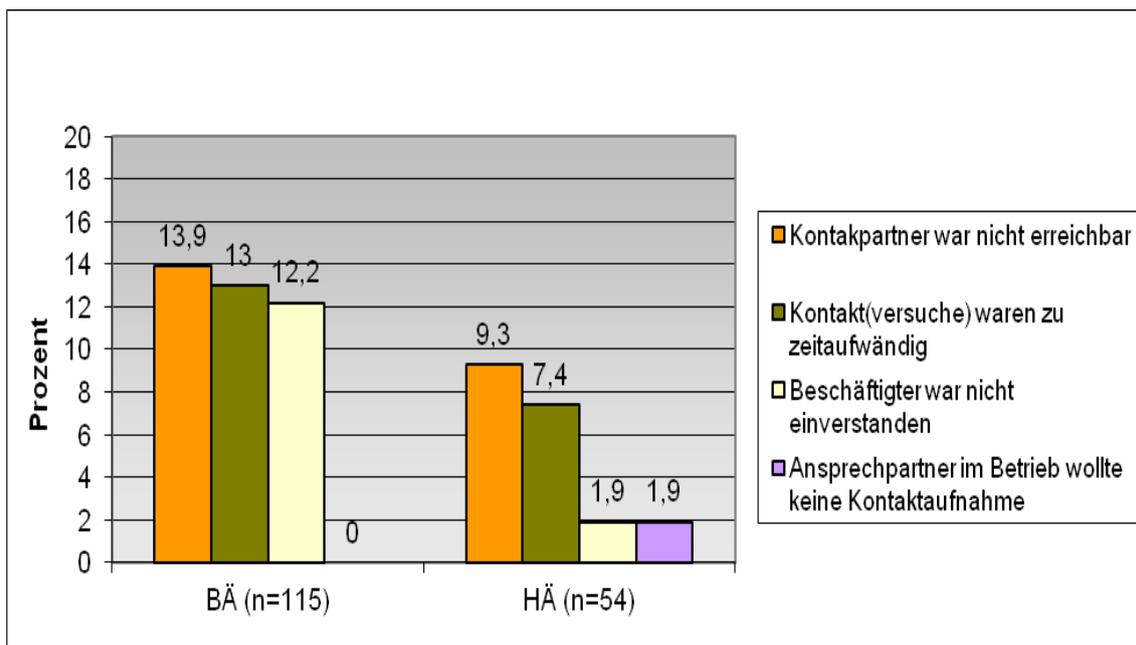


Abb. 2 Gründe für erfolglose Kontakte (F1.2.2)
 BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte, n=Anzahl der Fragebögen

In den seltenen Fällen, in denen ein Kontakt nicht zustande gekommen ist, ist der häufigste Grund in beiden Stichproben die Unerreichbarkeit des Kontaktpartners.

4.1.3 Bewertung der Zusammenarbeit

Die hier eingegangenen Antworten beziehen sich auf die Bewertung der Zusammenarbeit mit der jeweils anderen Berufsgruppe auf Basis aller Erfahrungen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

65,5% (n=74) der Betriebsärzte empfanden die letzte Zusammenarbeit mit Hausärzten als sehr gut bis gut. Umgekehrt vergaben lediglich 47% (n=23) der Hausärzte diese Noten. In der Bewertung aller Zusammenarbeiten gaben 63,1% (n=65) der Betriebsärzte und 52,6% (n=20) der Hausärzte die Noten sehr gut und gut. Die Note ungenügend wurde im Kollektiv der Betriebsärzte nicht vergeben.

Der Wunsch nach besserer Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten ist dennoch in beiden Kollektiven gegeben. Knapp 58% der Betriebsärzte und 46% der Hausärzte empfinden dies als „sehr wichtig“. Dabei ist der Wunsch bei Betriebsärzten signifikant häufiger als bei Hausärzten ($p=0,030$; $w=-0,13$; $U=-2,17$; $n=269$), dieser Wunsch zeigt allerdings nur eine geringe Effektstärke, das heißt ist nicht relevant.

Abb. 3 und Abb. 4 bilden die Bewertungen der letzten und aller Zusammenarbeiten mit der jeweils anderen Berufsgruppe ab.

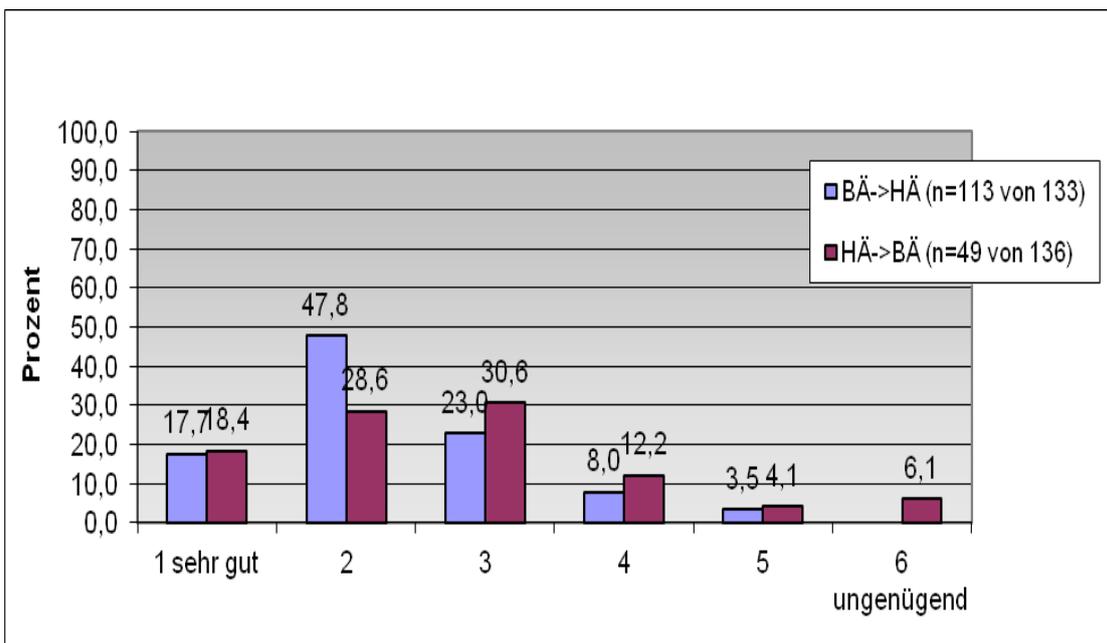


Abb. 3 Bewertung letzter Zusammenarbeit (F1.3)
 1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft, 6=ungenügend,
 BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte

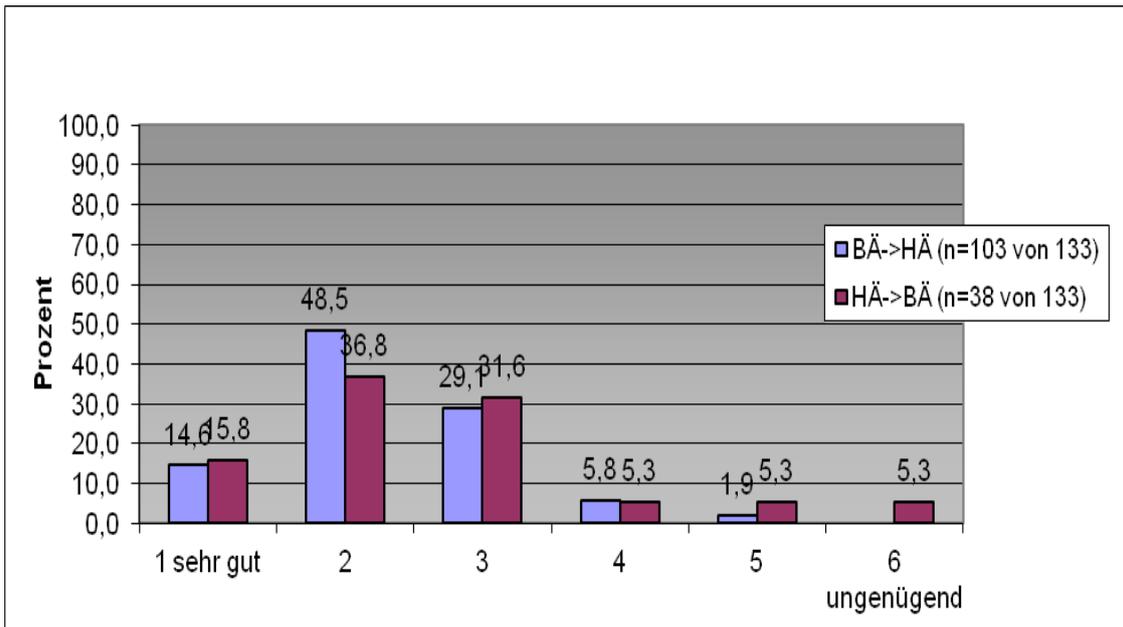


Abb. 4 Bewertung aller Zusammenarbeiten (F1.3)
 1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft, 6=ungenügend,
 BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte

4.2 Themenblock II- Bedeutung psychischer Faktoren in der Arbeitswelt für die Entstehung und Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

4.2.1 Psychische Faktoren in der Arbeitswelt

Hier wurden die Studienteilnehmer nach der subjektiven Bedeutung von verschiedenen Einflussfaktoren aus der Arbeitswelt auf die Entstehung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bei Beschäftigten gefragt. In Tab. 8 sind alle in Frage 2.1 zur Auswahl stehenden Items bezüglich der Bedeutsamkeit einzelner Aspekte in der Arbeitswelt zur Entstehung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen aufgeführt. Es handelt sich hierbei nicht um Skalen, sondern lediglich um die Mittelwerte der Einzelitems. Betriebsärzte bewerten insgesamt drei Faktoren in der Arbeitswelt im Median mit 4=sehr bedeutsam. Dazu gehören „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“, „Kommunikationskultur im Team/im Betrieb“ und „Führungsstil von Vorgesetzten“.

In der Gruppe der Hausärzte decken sich die wichtigen Items mit denen der Betriebsärzte, allerdings mit zwei Ausnahmen. Hausärzte empfinden zusätzlich

„Quantitative Arbeitsanforderungen“, sowie „Emotionale Anforderungen bei der Arbeit“ sehr bedeutsam.

Sowohl Item „3. Arbeitsumgebung“, als auch Item „5. Arbeitszeitgestaltung“ weisen einen signifikanten Unterschied auf. Betriebsärzte empfinden beides als weniger bedeutsam im Bezug zur Entstehung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

Obwohl sich bei zwei Items – nach Bonferroni-Korrektur – signifikante Unterschiede zwischen Betriebs- und Hausärzten zeigten, sind diese als nicht relevant zu bezeichnen (Effektstärke $w < 0,3$).

Tab. 8 Bedeutung psychischer Faktoren in der Arbeitswelt (F2.1) mit statistischen Kennwerten

	BÄ			HÄ			BÄ-HÄ			
	MW (SD)	Med (Min;Max)	n(gült) von 133	MW (SD)	Med (Min;Max)	n(gült) von 136	U	w	p(bonf)=0,004	n(gült)
1. Quantitative Arbeitsanforderungen (z.B. Aufgabendichte)	3,44 (0,60)	3(2;4)	133	3,60 (0,55)	4 (2;4)	136	-2,29	-0,14	0,022	269
2. Qualitative Arbeitsanforderungen (z.B. Arbeitsinhalte/ Technik im Verhältnis zur Qualifikation)	2,97 (0,76)	3(1;4)	133	2,94 (0,80)	3(1;4)	134	-0,33	-0,02	0,744	267
3. Arbeitsumgebung (z.B. Lichtverhältnisse/ Geräuschpegel)	2,37 (0,73)	2(1;4)	133	2,72 (0,82)	3(1;4)	133	-3,58	-0,22	0,000	266
4. Arbeitsabläufe (z.B. betriebliche Prozesse)	3,17 (0,62)	3(2;4)	132	3,11 (0,70)	3(1;4)	134	-0,61	-0,04	0,539	266
5. Arbeitszeitgestaltung (z.B. Schichtarbeit, Länge der täglichen Arbeitszeit)	3,02 (0,78)	3(1;4)	133	3,40 (0,64)	3(2;4)	136	-4,17	-0,25	0,000	269
6. Emotionale Anforderungen bei der Arbeit (z.B. unzufriedene Kunden)	3,27 (0,66)	3(2;4)	131	3,44 (0,66)	4 (1;4)	135	-2,19	-0,13	0,029	266
7. Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit	3,26 (0,66)	3(2;4)	131	3,03 (0,79)	3(1;4)	136	-2,35	-0,14	0,019	267
8. Vereinbarkeit aus Arbeit und Privatleben ("work-privacy")	3,09 (0,76)	3(2;4)	132	3,10 (0,75)	3(1;4)	136	-0,13	-0,01	0,897	268
9. Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz (z.B. Arbeitsatmosphäre im Team/ im Betrieb, Mobbing)	3,50 (0,64)	4 (2;4)	132	3,69 (0,49)	4 (2;4)	136	-2,46	-0,15	0,014	268
10. Kommunikationskultur im Team/ im Betrieb (z.B. Transparenz von Entscheidungen und Zuständigkeiten)	3,55 (0,60)	4 (2;4)	133	3,47 (0,64)	4 (1;4)	135	-0,92	-0,06	0,359	268
11. Betriebliche Führungsstruktur (z.B. flache/ steile Hierarchiestrukturen)	3,33 (0,72)	3(2;4)	131	3,31 (0,74)	3(2;4)	136	-0,17	-0,01	0,864	267
12. Führungsstil von Vorgesetzten	3,68 (0,55)	4 (2;4)	127	3,63 (0,54)	4 (2;4)	135	-0,90	-0,06	0,366	262

Dick gedrucktes=Median von 4; MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Med=Median, Min=Minimum, Max=Maximum; n(gült)= Anzahl der gültigen Fälle; U=Prüfgröße; w=Effektstärke; p(bonf.)=Bonferroniadjustiertes Signifikanzniveau; Likert-Skala: 1=gar nicht bedeutsam; 2=eher nicht bedeutsam; 3=eher bedeutsam; 4= sehr bedeutsam

4.2.2 Individuelles Risiko

Nachdem beide Gruppen zur subjektiven Bedeutung von Einflussfaktoren zur Entstehung von psychischen und psychosomatischen Beschwerden in der Arbeitswelt befragt wurden, schloss sich im nächsten Fragebogenabschnitt die Beurteilung der subjektiven Bedeutung des individuellen Risikos zur Krankheitsentstehung an.

Die deutliche Mehrheit der Betriebsärzte (59,8%, n=79) und Hausärzte (64,0%, n=87) empfindet das individuelle Risiko als „eher bedeutsam“. Weitere 34,8% (n=46) der Betriebsärzte und 33,8% (n=46) der Hausärzte sogar als „sehr bedeutsam“. Nach der Signifikanztestung zeigt sich dazu passend, dass zwischen Betriebs- und Hausärzten kein signifikanter Unterschied im Antwortverhalten besteht ($U = -0,18$; $w = -0,01$; $p = 0,859$) [s. Anhang Tab. 27]. Abb. 5 verdeutlicht das Antwortverhalten beider Gruppen. (F2.1.1).

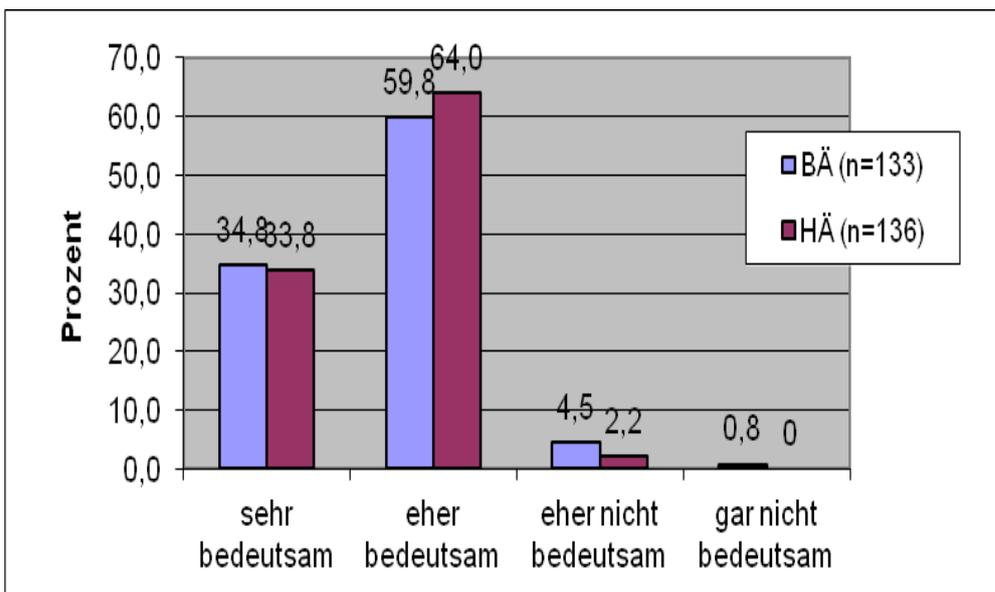


Abb. 5 Bedeutsamkeit des individuellen Risikos (F2.1.1)
BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte, n=Anzahl der Fragebögen

4.2.3 Zuständigkeiten im Bereich Prävention

In dieser Frage wurde die subjektiv empfundene Zuständigkeit einzelner Institutionen bzw. Berufsgruppen im Bereich der Primär-, Sekundär- und

Tertiärprävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen erhoben.

In einem ersten Schritt wurden bei der Auswertung der Ergebnisse zunächst die Fragebögen bearbeitet, in denen Teile der Frage nicht beantwortet wurden bzw. in denen die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ angekreuzt wurde. Diese wurden zusammengefasst und als Hinweis auf fehlende Kenntnis der Befragten gedeutet. Beide Gruppen zeigen die häufigsten „weiß nicht“-/ fehlenden Angaben bei den ‚Psychotherapeuten‘ und der ‚DRV-Deutsche Rentenversicherung‘. Hier scheinen sowohl bei den Betriebsärzten, als auch den Hausärzten die größten Unsicherheiten bezüglich der Tätigkeitsbereiche und Aufgabenfelder der einzelnen Institutionen/Akteure, vor allem in der Primär-, aber auch in der Sekundär- und Tertiärprävention zu liegen.

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden befragten Gruppen hinsichtlich ihrer „weiß nicht“- bzw. teilweise fehlenden Angaben. In Abb. 10 und Abb. 11 im Anhang erkennt man, dass es keine deutlichen Unterschiede gibt.

Die Frage nach der Zuständigkeit in den einzelnen Präventionsbereichen beantworteten beide befragten Gruppen fast identisch. Der einzige signifikante Unterschied zwischen Betriebsärzten und Hausärzten findet sich im Bereich der Sekundärprävention [s. Anhang Tab. 28]. Hausärzte sehen bei der Sekundärprävention für Betriebs- und Personalräte eine signifikant höhere Zuständigkeit als Betriebsärzte; die geringe Effektstärke lässt aber darauf schließen, dass dieser Unterschied nicht relevant ist ($\text{Chi}^2= 5,21$, $p=0,024$, $\text{phi}=0,14$).

In der Primärprävention (Abb. 6) werden vor allem ‚Betriebsärzte‘, ‚Betriebs-/Personalräte‘ und ‚Mitglieder der Personalabteilung/Vorgesetzte‘ als verantwortlich empfunden (mindestens 70% der Antworten). In der Sekundärprävention (Abb. 7) werden wieder ‚Betriebsärzte‘ und ‚Mitglieder der Personalabteilung/Vorgesetzte‘, sowie ‚Hausärzte‘ in dieser Rolle gesehen. In der Tertiärprävention (Abb. 8) werden fast alle Institutionen/Akteure als Bedeutsam empfunden. Nur ‚Unfallversicherung‘ und ‚Betriebs-/Personalräte‘ erhielten knapp weniger als 70% der Stimmen.

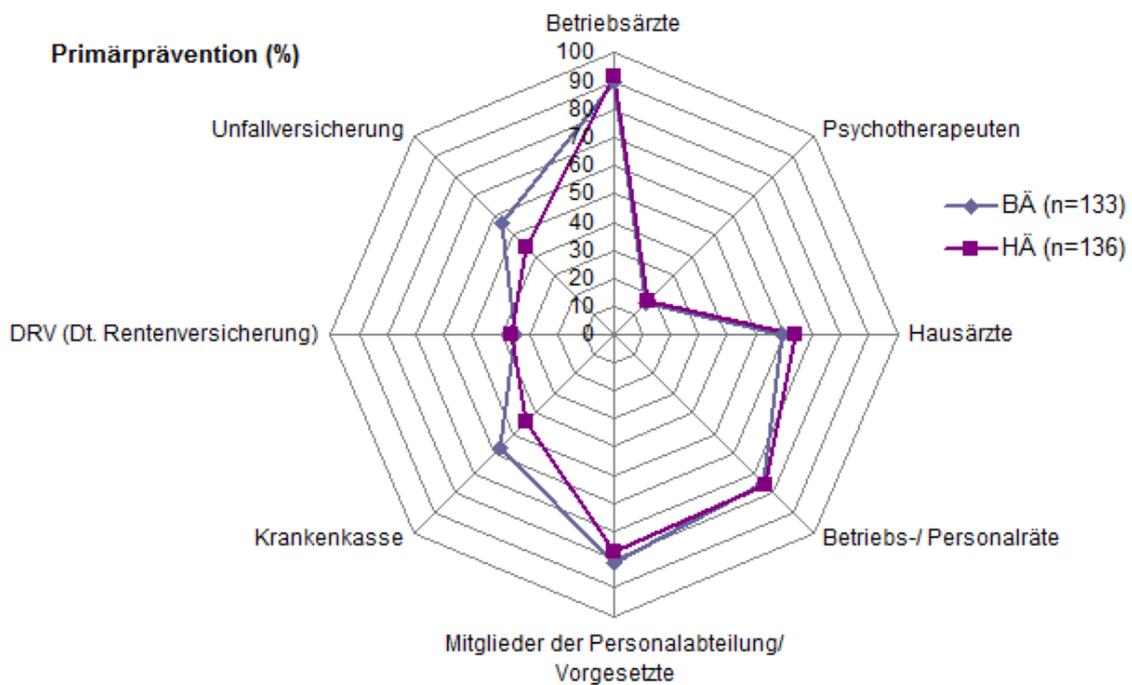


Abb. 6 Primärprävention- Attribuierte Zuständigkeit (F2.2)
 BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte, n=Anzahl der Fragebögen

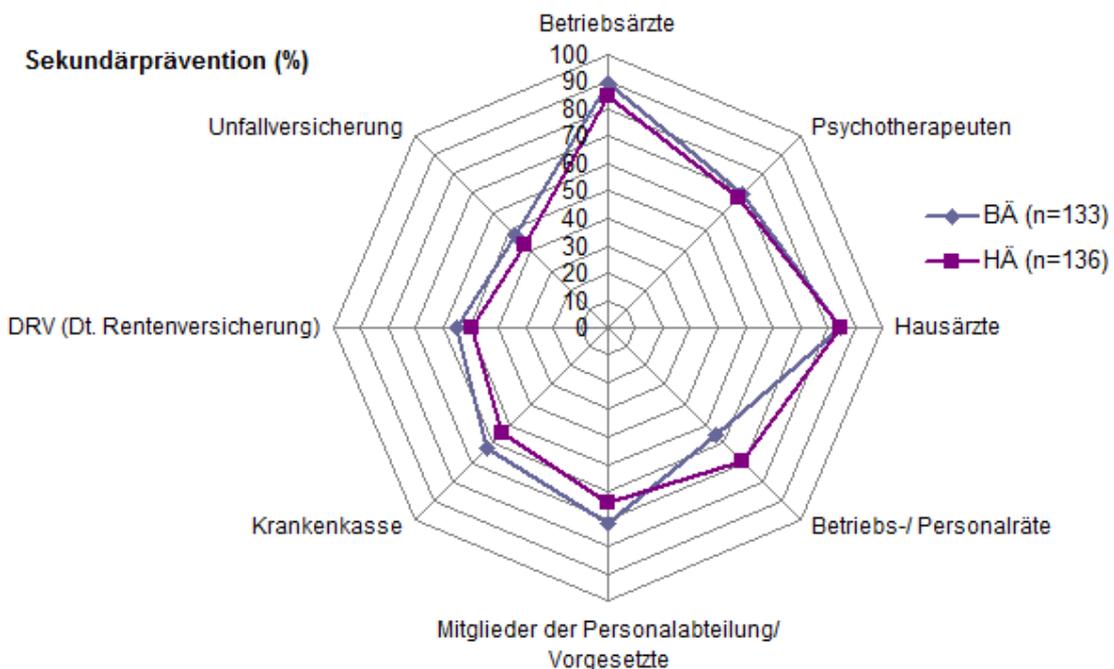


Abb. 7 Sekundärprävention- Attribuierte Zuständigkeit (F2.2)

BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte, n=Anzahl der Fragebögen

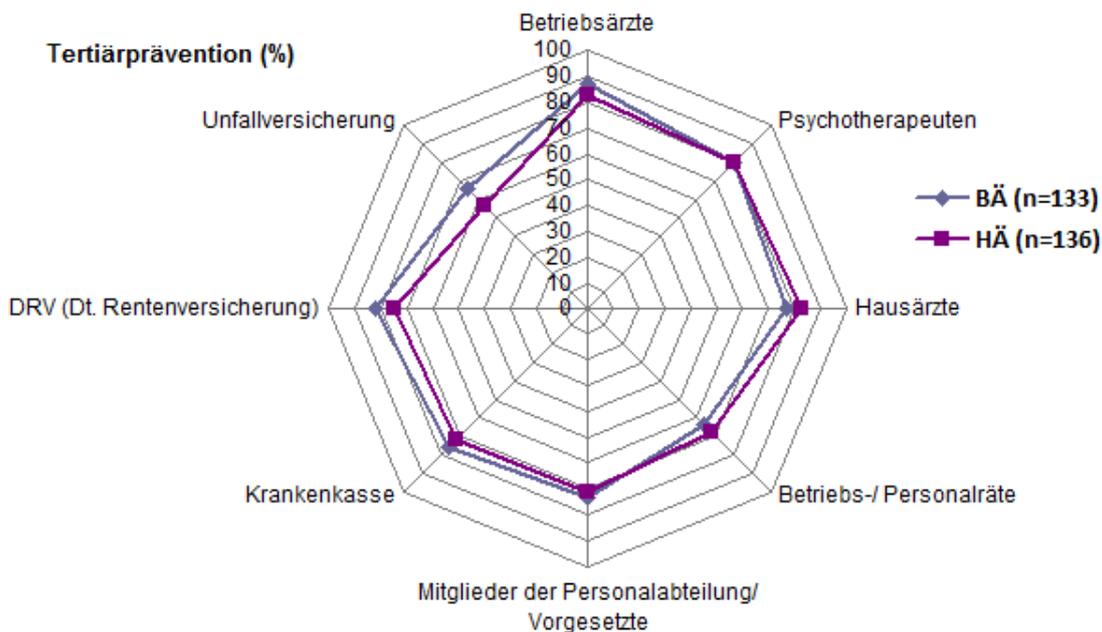


Abb. 8 Tertiärprävention- Attribuierte Zuständigkeit (F2.2)
 BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte, n=Anzahl der Fragebögen

Des Weiteren wurde untersucht, ob innerhalb der beiden Kollektive signifikante Unterschiede in der Attribuierung der Zielgruppen zwischen den jeweiligen Präventionsbereichen bestehen. Es zeigt sich, dass die Befragten der jeweiligen Berufsgruppe untereinander häufiger signifikant unterschiedlich geantwortet haben, als die beiden Gruppen im Vergleich zueinander. Im Kollektiv der Betriebsärzte gab es in Bezug auf die attribuierte Zuständigkeit von Betriebsärzten, Mitglieder der Personalabteilung/Vorgesetzte und der Unfallversicherung in keiner Präventionsstufe signifikante Unterschiede im Antwortverhalten. In allen Präventionsbereichen wurden die Psychotherapeuten und die Deutsche Rentenversicherung signifikant unterschiedlich eingestuft. Dabei sahen die Befragten die Psychotherapeuten signifikant am häufigsten zuständig in der Tertiärprävention als in der Primär- und Sekundärprävention, aber auch häufiger zuständig in der Sekundärprävention als in der Primärprävention. Bei der Beurteilung der Deutschen Rentenversicherung stellt

sich das gleiche Ergebnis dar. In der Attribuierung der Hausärzte wurden sowohl Sekundär- als auch Tertiärprävention signifikant häufiger als Zuständigkeitsbereich empfunden, als Primärprävention. Betriebs- und Personalräte wurden signifikant häufiger in die Primärprävention eingestuft. Die Krankenkassen haben laut der befragten Betriebsärzte ihre Zuständigkeit vor allem in der Tertiärprävention; signifikant häufiger, als in den beiden anderen Präventionsstufen. In Tab. 9 sind die statistischen Kennwerte für den Vergleich der Betriebsärzte untereinander aufgeführt.

Tab. 9 Attribuierte Zuständigkeit in den jeweiligen Präventionsbereichen mit statistischen Kennwerten zu Gruppenunterschieden innerhalb einer attribuierten Zielgruppe

BÄ							
Attribuierte Zielgruppe		Prozent	Gruppen	Chi2	w	p	n
Betriebsärzte	Prim	89,5	Prim- Sek	.-.	-	1,000	133
	Sek	88,7	Prim- Ter	.-.	-	0,664	133
	Ter	87,2	Sek-Ter	.-.	-	0,774	133
Psychotherapeuten	Prim	15,8	Prim- Sek	62,6	5,43	0,000	133
	Sek	68,4	Prim- Ter	72,7	6,31	0,000	133
	Ter	79,7	Sek-Ter	4,2	0,36	0,041	133
Hausärzte	Prim	59,4	Prim- Sek	18,6	1,61	0,000	133
	Sek	84,2	Prim- Ter	9,5	0,82	0,002	133
	Ter	76,7	Sek-Ter	.-.	-	0,064	133
Betriebs- und Personalräte	Prim	74,4	Prim- Sek	12,3	1,06	0,000	133
	Sek	55,6	Prim- Ter	4,2	0,37	0,040	133
	Ter	63,9	Sek-Ter	3,0	0,26	0,082	133
Mitglieder der Personalabteilung/ Vorgesetzte	Prim	81,2	Prim- Sek	3,5	0,30	0,061	133
	Sek	71,4	Prim- Ter	2,7	0,23	0,100	133
	Ter	72,9	Sek-Ter	0,0	0,00	0,850	133
Krankenkasse	Prim	56,4	Prim- Sek	1,4	0,12	0,230	133
	Sek	62,4	Prim- Ter	16,5	1,43	0,000	133
	Ter	75,2	Sek-Ter	7,3	0,63	0,007	133
DRV- DT. Rentenversicherung	Prim	34,6	Prim- Sek	16,5	1,43	0,000	133
	Sek	54,9	Prim- Ter	55,7	4,83	0,000	133
	Ter	82,0	Sek-Ter	22,7	1,97	0,000	133
Unfallversicherung	Prim	55,6	Prim- Sek	2,0	0,18	0,155	133
	Sek	48,1	Prim- Ter	2,9	0,25	0,086	133
	Ter	65,4	Sek-Ter	11,8	1,02	0,001	133

Prim=Primär; Sek=Sekundär; Ter=Tertiär; Chi2=Kennwert; w=Effektstärke; p=Signifikanzniveau; n=Anzahl; dick gedrucktes=signifikant unterschiedlich

In der Gruppe der Hausärzte gab es keine signifikanten Unterschiede in der Zuständigkeitsattribuierung der Betriebs- und Personalräte, sowie der Mitglieder der Personalabteilung/vorgesetzte. Psychotherapeuten und die Deutsche Rentenversicherung wurden hingegen in allen Präventionsbereichen signifikant unterschiedlich bewertet. In der Gruppe der Hausärzte werden die Psychotherapeuten signifikant häufiger in der Primärprävention, als in der Sekundär- und Tertiärprävention gesehen. Auch signifikant häufiger in der Sekundärprävention als in der Tertiärprävention. Dieselbe Einstufung zeigt sich auch für die Deutsche Rentenversicherung. Ihrem eigenen Berufsstand schreiben die Befragten ebenfalls signifikant am häufigsten die Primärprävention zu. Zwischen der Sekundär- und Tertiärprävention ergab sich kein signifikanter Unterschied. Betriebsärzte werden in der Primär- und Sekundärprävention nicht signifikant unterschiedlich eingestuft, jedoch

signifikant häufiger in der Primärprävention als in der Tertiärprävention. Krankenkassen und die Unfallversicherung werden jeweils signifikant häufiger in die Primär- und Sekundärprävention attribuiert als in die Tertiärprävention. Zwischen Primär- und Sekundärprävention gibt es in der empfundenen Zuständigkeit jeweils keinen signifikanten Unterschied. Tab. 10 stellt die statistischen Kennwerte hierzu dar.

Tab. 10 Attribuierte Zuständigkeit in den jeweiligen Präventionsbereichen mit statistischen Kennwerten zu Gruppenunterschieden innerhalb einer attribuierten Zielgruppe

HÄ							
Attribuierte Zielgruppe		Prozent	Gruppen	Chi2	W	p	n
Betriebsärzte	Prim	91,2	Prim- Sek	.-.	-	0,093	136
	Sek	84,6	Prim- Ter	.-.	-	0,023	136
	Ter	78,6	Sek-Ter	.-.	-	0,607	136
Psychotherapeuten	Prim	16,9	Prim- Sek	59,7	5,12	0,000	136
	Sek	66,2	Prim- Ter	75,9	6,51	0,000	136
	Ter	79,4	Sek-Ter	6,6	0,56	0,010	136
Hausärzte	Prim	64,0	Prim- Sek	17,4	1,49	0,000	136
	Sek	84,6	Prim- Ter	11,8	1,01	0,001	136
	Ter	82,4	Sek-Ter	.-.	-	0,629	136
Betriebs- und Personalräte	Prim	75,7	Prim- Sek	1,6	0,14	0,200	136
	Sek	69,1	Prim- Ter	2,6	0,22	0,109	136
	Ter	67,6	Sek-Ter	.-.	-	0,832	136
Mitglieder der Personalabteilung/ Vorgesetzte	Prim	77,2	Prim- Sek	7,6	0,65	0,006	136
	Sek	64,0	Prim- Ter	1,3	0,11	0,256	136
	Ter	71,3	Sek-Ter	.-.	-	0,041	136
Krankenkasse	Prim	44,1	Prim- Sek	4,0	0,35	0,045	136
	Sek	54,4	Prim- Ter	24,4	2,10	0,000	136
	Ter	72,1	Sek-Ter	14,7	1,26	0,000	136
DRV- DT. Rentenversicherung	Prim	36,0	Prim- Sek	8,0	0,69	0,005	136
	Sek	49,3	Prim- Ter	38,1	3,27	0,000	136
	Ter	75,0	Sek-Ter	23,6	2,02	0,000	136
Unfallversicherung	Prim	44,1	Prim- Sek	0,0	0,00	0,864	136
	Sek	42,6	Prim- Ter	6,0	0,51	0,015	136
	Ter	56,6	Sek-Ter	9,3	0,79	0,002	136

Prim=Primär; Sek=Sekundär; Ter=Tertiär; Chi2=Kennwert; w=Effektstärke; p=Signifikanzniveau; n=Anzahl; dick gedrucktes=signifikant unterschiedlich

4.3 Themenblock III - Stellenwert allgemeiner und betrieblicher Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

In diesem Themenblock geht es um mögliche Präventionsansätze aus zwei Blickwinkeln. Zum einen wird der Stellenwert allgemeiner Präventionsmaßnahmen erfragt, wobei hier zum Teil Handlungsfelder, sowohl von Betriebs-, als auch von Hausärzten aufgeführt sind, zum anderen wird die subjektive Bedeutung von betrieblichen Maßnahmen zur Prävention erfasst.

4.3.1 Allgemeine Maßnahmen zur Prävention

Betriebsärzte und Hausärzte schätzen die Bedeutung allgemeiner Maßnahmen zur Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ähnlich ein (Tab. 11). Es gibt keinen signifikanten Unterschied im Antwortverhalten beider befragten Gruppen [s. Anhang Tab. 29]. Betriebsärzte empfinden Fortbildungen für ihre eigene Berufsgruppe und für Hausärzte, sowie eine bessere Zusammenarbeit beider als sehr wichtig (=Median 4; Items 1, 4, 7, 13). Hausärzte empfinden zusätzlich Fortbildungen für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten, sowie der Mitglieder der Personalabteilung für sehr wichtig. Dagegen stufen sie eine bessere Zusammenarbeit mit Betriebsärzten im Median mit 3 ein (=eher wichtig).

Tab. 11 Wichtigkeit allgemeiner Maßnahmen zur Prävention von PPE (F3.1)

Item	BÄ			HÄ		
	MW (SD)	Med. (Min.;Max.)	n(gült) von 133	MW (SD)	Med. (Min.;Max.)	n(gült) von 136
1. Fortbildung HÄ zu PPE	3,44 (0,65)	4 (1;4)	131	3,42 (0,69)	4 (1;4)	135
2. Fortbildung HÄ zum Erwerb psychotherap. Kompetenzen	2,93 (0,81)	3(1;4)	132	2,98 (0,81)	3(1;4)	134
3. Fortbildung HÄ zu arbeitsbedingten psych. Belastungsfaktoren	3,12 (0,69)	3(1;4)	130	3,19 (0,69)	3(1;4)	134
4. Fortbildung BÄ zu PPE	3,59 (0,64)	4 (1;4)	132	3,72 (0,50)	4 (1;4)	134
5. Fortbildung BÄ zum Erwerb psychotherap. Kompetenzen	3,00 (0,85)	3(1;4)	131	3,08 (0,88)	3(1;4)	132
6. Fortbildung BÄ zur psychosom. Grundversorgung	3,20 (0,80)	3(1;4)	132	3,30 (0,72)	3(1;4)	132
7. Fortbildung BÄ zu arbeitsbedingten psych. Belastungsfaktoren	3,67 (0,59)	4 (1;4)	132	3,72 (0,50)	4 (1;4)	133
8. Fortbildung PSY zu PPE	3,35 (0,69)	3(1;4)	133	3,44 (0,67)	4 (1;4)	134
9. Fortbildung PE zu PPE	3,20 (0,70)	3(1;4)	132	3,27 (0,69)	3(1;4)	136
10. Fortbildung PE zu arbeitsbedingten psych. Belastungsfaktoren	3,39 (0,69)	3(1;4)	131	3,51 (0,61)	4 (1;4)	136
11. Finanzielle Anreize für PSY zur Früherkennung/ Intervention von PPE	2,94 (0,93)	3(1;4)	131	2,68 (0,87)	3(1;4)	130
12. Finanzieller Ausgleich für PSY	2,90 (0,91)	3(1;4)	129	2,74 (0,79)	3(1;4)	131
13. Bessere Zusammenarbeit zwischen BÄ und HÄ (nur BÄ)	3,51 (0,65)	4 (1;4)	133	-	-	-
14. Bessere Zusammenarbeit zwischen HÄ und BÄ (nur HÄ)	-	-	-	3,35 (0,66)	3(2;4)	136

Dick markiert=Median 4; MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung; Med=Median; Min=Minimum; Max=Maximum; n=Anzahl gültiger Antworten; psychotherap.=Psychotherapie; psychosom.=psychosomatische; psych.=psychische; PSY=Psychiater/Psychotherapeuten; PE= Personalverantwortliche

Likert-Skala: 1=sehr unwichtig, 2=eher unwichtig, 3= eher wichtig, 4=sehr wichtig

4.3.2 Betriebliche Maßnahmen zur Prävention

Die Bedeutung von betrieblichen Maßnahmen zur Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wird ebenfalls von Betriebs- und Hausärzten ähnlich eingeschätzt (Tab. 12). Der einzige nach der Bonferroni-Korrektur signifikante Unterschied ($U = -3,23$; $w = -0,20$, $p(\text{bonf.}) = 0,001$; $n = 268$) besteht zu Item 14 (Ausdauersport) - 47,8% ($n=65$) der

Hausärzte und nur 26,5% (n=35) der Betriebsärzte empfinden dies als „sehr wichtig“ im Rahmen der betrieblichen Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen [s. Anhang Tab. 30].

Tab. 12 Wichtigkeit betrieblicher Maßnahmen zur Prävention von PPE (F3.2)

	BÄ			HÄ		
	MW (SD)	Med (Min;Max)	n(gült) von 133	MW (SD)	Med (Min;Max)	n(gült) von 136
1. Gestaltung der Arbeitsumgebung	2,91 (0,70)	3(1;4)	132	3,14 (0,75)	3(2;4)	136
2. Strukturelle (Re-) Organisation von Arbeitsabläufen	3,40 (0,61)	3(1;4)	133	3,36 (0,62)	3(2;4)	136
3. Gestaltung von Arbeitszeitregelungen	3,35 (0,64)	3(1;4)	133	3,56 (0,55)	4(2;4)	136
4. Achten der Freizeit der Beschäftigten	3,29 (0,77)	3(1;4)	133	3,49 (0,63)	4(2;4)	136
5. Systematische Gefährdungsbeurteilung von psychischen Belastungen	3,17 (0,76)	3(1;4)	132	3,33 (0,68)	3(1;4)	135
6. Anpassung von inhaltlichen/ technischen Anforderungen an die Beschäftigten	3,40 (0,64)	3(1;4)	131	3,46 (0,58)	4(2;4)	136
7. Verbesserung der fachlichen Qualifikation	3,30 (0,71)	3(1;4)	131	3,20 (0,65)	3(2;4)	136
8. Fortbildung zum Umgang mit PPE für Führungskräfte	3,63 (0,61)	4(1;4)	132	3,57 (0,59)	4(2;4)	136
9. Fortbildung zum Umgang mit PPE für Beschäftigte	3,04 (0,67)	3(1;4)	132	3,17 (0,64)	3(2;4)	135
10. Coaching von Führungskräften	3,45 (0,65)	4(1;4)	130	3,33 (0,69)	3(2;4)	135
11. Supervision von Führungskräften	3,43 (0,69)	4(1;4)	130	3,46 (0,62)	4(2;4)	136
12. Supervision von Arbeitsteams	3,28 (0,73)	3(1;4)	130	3,44 (0,63)	4(1;4)	135
13. Stressbewältigungs- training	3,27 (0,70)	3(1;4)	132	3,45 (0,66)	4(2;4)	136
14. Ausdauersport	3,01 (0,78)	3(1;4)	132	3,30 (0,77)	3(1;4)	136
15. Niederschwellige Beratungsangebote durch Psychotherapeuten	3,12 (0,80)	3(1;4)	132	3,12 (0,88)	3(1;4)	136

MW=Mittelwert, SD=Standartabweichung; Med=Median; Min=Minimum; Max=Maximum;
n=Anzahl gültiger Antworten
Likert-Skala: 1=sehr unwichtig, 2=eher unwichtig, 3= eher wichtig, 4=sehr wichtig

4.3.3 Engagement der Betriebe

In dieser Frage wurde nach der Einschätzung der Befragten zum Engagement der Betriebe für Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen gefragt („Wenn Sie an die Arbeitswelt im Allgemeinen denken, ist die Bereitschaft in Betrieben, sich für die Prävention von >PPEE< bei Beschäftigten zu engagieren, insgesamt... sehr niedrig - eher niedrig - eher hoch - sehr hoch“). Abb. 9 zeigt das Antwortverhalten beider Gruppen.

Im Durchschnitt signifikant unterschiedlich empfanden Betriebsärzte und Hausärzte die Bereitschaft in Betrieben sich für Prävention zu engagieren. Jedoch ist der Trend in Richtung „eher niedrig“ in beiden Gruppen derselbe und die geringe Effektstärke weist darauf hin, dass der Unterschied keine Relevanz hat (vgl. Tab. 31 im Anhang).

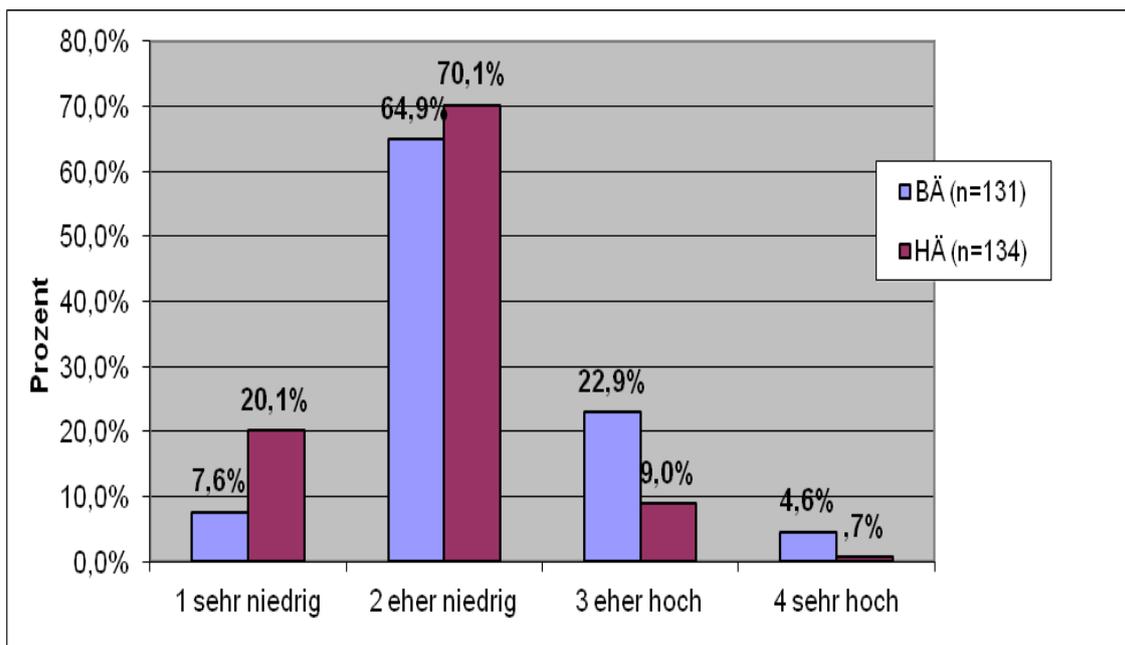


Abb. 9 Bereitschaft in Betrieben sich für Prävention von PPE zu engagieren (F3.3)
BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte, n=Anzahl der gültigen Antworten

4.3.4 Größte Wünsche

Die Frage nach den größten Wünschen der Studienteilnehmer zu dem Thema Erfahrungen und Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Betrieb war offen gestellt und die Antwort konnte frei

formuliert werden. Dabei wurden die Wünsche in einem ersten Schritt nach Themengebiet sortiert und bei gleicher Aussage gegebenenfalls zusammengefasst, sodass hinterher alle Wünsche sinnvollen Überschriften zugeordnet werden konnten. Da der Beantwortung kein Limit gesetzt war, wurde außerdem darauf geachtet, wie viele Wünsche jeder Fragebogen enthielt. In beiden Gruppen hat knapp die Hälfte der Befragten Wünsche zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen geäußert. Außerdem haben die meisten Befragten dabei ein bis zwei Wünsche angegeben.

Tab. 13 listet die Anzahl der Wünsche pro Fragebogen auf.

Tab. 13 Anzahl der Wünsche pro Person (F3.4)

Anzahl der Wünsche	BÄ		HÄ	
	n(gült)= 72	Prozent	n(gült)= 67	Prozent
1	37	51,4	24	35,8
2	22	30,6	23	34,3
3	9	12,5	12	17,9
4	2	2,8	6	9,0
5	1	1,4	2	3,0
6	-	-	-	-
7	1	1,4	-	-

BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte, n(gült)= Anzahl gültiger Fragebogen

Betriebsärzte haben im Mittel 1,78 (SD 1,09, Med 1, Min 1,Max 7, n=72) Wünsche geäußert. Im Kollektiv der Hausärzte waren es im Mittel 2,09 (SD 1,08, Med 2, Min 1, Max 5, n=67) Wünsche pro befragten Hausarzt.

Betriebsärzte haben zu 19 Themen insgesamt 128 Wünsche geäußert. Die Themen wurden weiter zum einen auf Basis der Personenanzahl prozentual berechnet, das heißt wie viele der Befragten haben einen Wunsch zu diesem Thema angegeben, und zum anderen auf Basis der gegebenen Antworten, das zeigt, dass teilweise Befragte mehrere Wünsche zu einem Thema gegeben haben. Die drei häufigsten Wünsche im Kollektiv der Betriebsärzte beziehen sich auf eine verbesserte Leitung des Betriebes durch Führungskräfte (z.B. Austausch unfähiger Führungskräfte, Wertschätzende Personalführung), auf eine Verhältnisprävention im Sinne einer Anpassung der Arbeit an den

Menschen (z.B. Möglichkeiten der Weiterqualifikation, Arbeitszeitmodelle flexibilisieren), sowie die Optimierung des Zugangs zur Psychotherapie (z.B. kurzfristige Beratungsangebote, mehr Kapazität bei Psychotherapeuten). In Tab. 14 sind die Themen und deren Häufigkeit angegeben.

Tab. 14 BÄ-Häufigkeit der Wünsche (F3.4)

BÄ	n(gült) von 128	Basis Personen	Basis Antworten
1.Führungskräfte: Einsicht, Kompetenz, Spielräume, zeitlichen Ressourcen	22	17,2%	30,6%
2. Führungskräfte: Schulung/Fortbildung (konkret)	12	9,4%	16,7%
3. Fortbildung: Ressourcen hierfür, sowie deren Qualität	2	1,6%	2,8%
4.Systematische Gefährdungsbeurteilung/ Screening, Hinweise von Führungskräften zu auffälligen Beschäftigten	9	7,0%	12,5%
5. Gegenseitiger Respekt, Offenheit von Kommunikation (allgemein)	7	5,5%	9,7%
6. Beschäftigte: Schulung/ Förderung der Resilienz/ von Eigenverantwortlichkeit	5	3,9%	6,9%
7. Verhältnisprävention/ Passung von Mensch und Arbeit	15	11,7%	20,8%
8. Betriebsärzte: Mehr Beteiligung/ Stärkung der Rolle als Vermittler	7	5,5%	9,7%
9. Betrieb: Systematisches Vorgehen/ BGM	2	1,6%	2,8%
10. Betrieb: Qualifikation von Akteuren im BGM	1	0,8%	1,4%
11. Verhaltensprävention und Zugang zu ihr	3	2,3%	4,2%
12. Metaebene: Änderungen in gesamten Denken & Politik (auch: Cool down mit der Überhöhung psychischer Probleme)	9	7,0%	12,5%
13. Psychotherapie: Optimierung (niederschwelliger/ schnellerer Zugang, optimale Versorgung)	19	14,8%	26,4%
14. Zusammenarbeit aller Beteiligten (unspezifisch)	1	0,8%	1,4%
15. Zusammenarbeit Betriebs- und Hausärzte	2	1,6%	2,8%
16. Zusammenarbeit Betriebsärzte und Psychotherapeuten	4	3,1%	5,6%
17. Zusammenarbeit aller Beteiligten im Betrieb	2	1,6%	2,8%
18. Zusammenarbeit Betriebsärzte und Tertiärprävention-Akteure (Reha, DRV)	4	3,1%	5,6%
19. Sonstiges	2	1,6%	2,8%

BÄ=Betriebsärzte, n(gült)=Anzahl gültiger Antworten

Hausärzte haben zu 25 Themen insgesamt 140 Wünsche geäußert. Auch hier wurden die Themen prozentual auf Basis der Personen und auf Basis der Antworten pro Person berechnet. Die drei häufigsten Wünsche in der Gruppe der Hausärzte waren zum Thema allgemeine (z.B. verbesserte Teamarbeit, bessere Arbeitsbedingungen) und konkrete Verhältnisprävention (z.B. Achtung der Freizeit, Entschleunigung), sowie zum Thema konkrete Betriebskultur. Gemeint ist hier z. B. „weniger Mobbing am Arbeitsplatz“ oder verbesserte Kommunikation auf allen Ebenen. Tab. 15 listet die Themen und Häufigkeiten der Wünsche auf.

Tab. 15 HÄ- Häufigkeit der Wünsche (F3.4)

HÄ	n(gült) von 140	Basis Personen	Basis Antworten
1. Fortbildungen für Allgemeinheit	5	3,6%	7,5%
2. Zielgruppenspezifische Fortbildung	8	5,7%	11,9%
3. Sensibilisierung der Allgemeinheit	6	4,3%	9,0%
4. Zielgruppenspezifische Sensibilisierung	8	5,7%	11,9%
5. Allgemeine Verhältnisprävention	16	11,4%	23,9%
6. Konkrete Verhältnisprävention	17	12,1%	25,4%
7. Allgemeine Betriebskultur	7	5,0%	10,4%
8. Konkrete Betriebskultur	21	15,0%	31,3%
9. Strafen, Kontrollen und Selektion	7	5,0%	10,4%
10. Allgemeine Gesellschaftskultur	5	3,6%	7,5%
11. Konkrete Gesellschaftskultur (z.B.)	2	1,4%	3,0%
12. Zugang zu Psychotherapie	4	2,9%	6,0%
13. Beratung	1	,7%	1,5%
14. Coaching; nicht Führungskräfte	6	4,3%	9,0%
15. Qualitätszirkel	1	,7%	1,5%
16. Supervision von Führungskräften	2	1,4%	3,0%
17. Betriebssport; Ernährung	6	4,3%	9,0%
18. Kriseninterventionsteam	2	1,4%	3,0%
19. Vorsorge verbessern	1	,7%	1,5%
20. Zusammenarbeit aller Beteiligten (unspezifisch)	1	,7%	1,5%
21. Zusammenarbeit HA Betrieb	3	2,1%	4,5%
22. Zusammenarbeit HÄ mit Betriebsärzten und Psychotherapeuten	3	2,1%	4,5%
23. Zusammenarbeit Psychotherapeuten und Betriebe	1	,7%	1,5%
24. Zusammenarbeit Haus- und Betriebsärzte	2	1,4%	3,0%

HÄ=Hausärzte, n(gült)=Anzahl gültiger Antworten

5 Diskussion

5.1 Limitationen

Aufgrund der Querschnittsstudie „General Practitioners’ and Occupational Health Physicians’ Views on their Cooperation – a cross-sectional postal Survey“ von Moßhammer, et al 2016 (29), die kurz vor der hier vorgestellten Befragung ebenfalls im Jahr 2014 postalisch durchgeführt wurde, war mit einem Rücklauf von ca. 30% bei den Hausärzten und ca. 48% bei den Betriebsärzten zu rechnen. Hätte man mit einem so niedrigen Rücklauf, wie er hier war, gerechnet, hätte man mehr Hausärzte anschreiben können und müssen, um den Ergebnissen mehr Aussagekraft zu verleihen.

Ein Grund für die, vor allem bei den Hausärzten, geringe Rücklaufquote kann in der gewählten Benachrichtigungsform liegen, wobei bereits mit dem Reminder eine Strategie erfolgte, die den Rücklauf steigern kann (35). Generell sind Rücklaufquoten bei Forschungsprojekten mit Allgemeinärzten gering (35). Zum einen liegt das daran, dass in der KV-Liste, aus der auch hier die Adressen der hausärztlichen Praxen entnommen wurden, ebenfalls Kinderärzte und nicht mehr tätige Praxen enthalten sind (35), zum anderen daran, dass bei Befragungen, die, wie hier in der Sommerferienzeit oder in Zeiten mit erhöhtem Arbeitsaufkommen, stattfinden, die Teilnahme aufgrund von Zeitmangel weiter sinkt (35). Außerdem wurden im Gegensatz zur Studie von Moßhammer et al. die Hausärzte hier nicht von der Allgemeinmedizin, sondern von der Arbeits- und Sozialmedizin und Versorgungsforschung der Universität Tübingen angeschrieben. Die Rücklaufquote ist nachweislich bei persönlich bestehendem Kontakt höher (35), was den geringeren Rücklauf hier erklären könnte.

Die Befragung erfolgte nur in Briefform und nicht als Online-Befragung. Eine Online-Befragung hätte dazu beitragen können, dass auch diejenigen an der Studie teilnehmen, denen der Aufwand einer Briefsendung zu hoch war, jedoch zeigt die Studie „Hausärzte online: Gute Voraussetzungen, aber geringe Nutzung des Internets zur Fortbildung“ (36), dass obwohl fast alle Hausärzte privat einen Internetzugang haben und die subjektiven Einschätzungen der

Fähigkeiten mit dem Internet umzugehen gut sind (36), nur die Hälfte auch einen Internetzugang in der Praxis haben (36). Dies wird vor allem mit Datenschutzgründen erklärt (36). Daher kann nicht eindeutig gesagt werden, dass eine Online-Befragung zu einem besseren Rücklauf geführt hätte. Außerdem sollte sichergestellt sein, dass auch Ärzte mit einbezogen werden, die wenig mit dem Internet zu tun haben oder über keinen Internetzugang verfügen. Ein weiterer wichtiger Grund für die postalische Befragung war die Sicherstellung des Datenschutzes. Das bedeutet, dass man vor allem den Rücklauf der Hausärzte bei der Interpretation der Ergebnisse beachten muss, um keine falschen Rückschlüsse auf die Gesamtheit der Hausärzte zu schließen. Die Ergebnisse können dadurch verzerrt sein, dass vermehrt Hausärzte teilgenommen haben, die bereits Interesse für das Thema psychische und psychosomatische Erkrankungen im Betrieb hatten und Erfahrungen gemacht haben.

Durch das im Großen und Ganzen homogene Antwortverhalten beider Ärztegruppen kann man davon ausgehen, dass die Fragestellungen verständlich waren und in der Regel die gewünschte Information liefern konnten. Die Befragten haben sich demnach differenziert mit der Fragestellung im Fragebogen auseinander gesetzt und z. B. zwischen den Präventionsbereichen Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention in Frage 2.2 („Wer sollte sich in der Prävention psychischer/ psychosomatischer Erkrankungen Ihrer Meinung nach besonders engagieren“) unterschieden. Abschließend bleibt festzuhalten, dass aus der vorliegenden Querschnittstudie keine Rückschlüsse auf kausale Zusammenhänge gezogen werden können.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Themenblock I – Erfahrungen mit PPE

Im gesamten Themenblock I ging es um die Erfahrungen der Haus- und Betriebsärzte mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Insgesamt kann man sagen, dass die Mehrheit der Befragten Erfahrungen

damit gemacht hat. Es handelt sich um ein in beiden Berufsgruppen bekanntes Thema. Schaut man sich dabei die dadurch erfolgten bzw. nötigen Kontakte in Bezug auf psychische und psychosomatische Erkrankungen mit der jeweils anderen Berufsgruppe an, so scheinen zum einen die Kontakte in den meisten Fällen zustande zu kommen und zum anderen wurden diese Erfahrungen eher positiv bewertet, wobei Betriebsärzte den Kontakt besser bewerteten als Hausärzte. Zu beachten ist allerdings, dass hier nicht die Hausärzte befragt wurden, die von den Betriebsärzten beurteilt wurden und andersherum. Hätte man Haus- und Betriebsarztpaare sich gegenseitig beurteilen lassen, wären die Ergebnisse wahrscheinlich auf beiden Seiten noch besser ausgefallen.

In der Literatur sind Barrieren und Hindernisse in der Kooperation von Haus- und Betriebsärzten beschrieben. Zum einen bestehen im Bereich Kommunikation und Zusammenarbeit Defizite (27), zum anderen bestehen auf beiden Seiten deutliche Barrieren, die die Zusammenarbeit erschweren, wie z.B. Vorurteile und Misstrauen von Hausärzten gegenüber Betriebsärzten (27), (29) oder aber auch „Unkenntnis über Einflussmöglichkeiten der Betriebsärzte“ und deren „eingeschränkter Handlungsspielraum“ (27). Dennoch erachten beide Berufsgruppen eine verbesserte Zusammenarbeit als wichtig und wünschenswert (29). Dabei wünschen Hausärzte eine Mitvergütung der Zusammenarbeit über den Arbeitgeber, eine höhere Bereitschaft zur Kooperation von Seiten der Betriebsärzte, sowie eine verbesserte Wahrnehmung ihres eigenen Berufsstandes (28). Auch Betriebsärzte wünschen sich eine verbesserte Wahrnehmung ihrer Fachrichtung, Informationen über hausärztliche Qualitätskreise, sowie eine Vereinbarung der Vergütung (28). Insgesamt empfinden Betriebsärzte die Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit wichtiger als Hausärzte (28).

Die Kontaktaufnahme ging in dieser Studie signifikant häufiger von Betriebsärzten aus. Teilweise war dies zu erwarten, da, wie auch in der Studie von Moßhammer et al. beschrieben wird, Betriebsärzte auch bei präventiven Maßnahmen ihre Patienten zu deren Hausärzten schicken („[...] even preventive measures by OPs prompt patients to see their GPs [...]“) (28). Auch dürfen Betriebsärzte keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen (37) und

sind auf das Mitwirken ihrer Kollegen angewiesen. Es stellt sich die Frage, warum Hausärzte anscheinend weniger Interesse an einem Kontakt zum Betriebsarzt zeigen, als andersherum. Empirische Befunde zeigten, dass Hausärzte gegenüber Betriebsärzten oft skeptisch waren, da sie deren Aufgabenfeld nicht genau einschätzen können (27), außerdem Betriebsärzte aus Sicht der Hausärzte im Verdacht standen im Sinne des Arbeitgebers zu handeln (27) und der Mehraufwand für die Kooperation ohne Extravergütung für Hausärzte kaum zu tragen sei (28). Insgesamt kann man sagen, dass zwar eine bessere Zusammenarbeit auf beiden Seiten erwünscht ist, dennoch deutliche Unstimmigkeiten in Bezug auf Handlungsfelder, Vergütung und Aufgaben weiterhin bestehen (29).

Die Aufgaben eines Betriebsarztes werden durch das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG, 1996) (38), das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG, 1973) (39) und die Versorgung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV, 2008) (40) geregelt (41). Unter anderem gehört die „Untersuchung der Arbeitsbedingungen mit arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen und ergonomischen Methoden“ zu den Aufgaben eines Betriebsmediziners. Daher und da laut der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg Betriebsärzte zur „ärztlichen Begutachtung bei arbeitsbedingten Erkrankungen, der Beurteilung von Arbeits-, Berufs-, und Erwerbsfähigkeit“ (42) verpflichtet sind, war das Ergebnis, dass sich Betriebsärzte signifikant häufiger mit dem Thema psychische und psychosomatische Erkrankungen beschäftigen, zu erwarten. Außerdem zeigt sich, dass in den hier befragten Gruppen mehr Betriebsärzte angaben, die Fortbildung der psychosomatischen Grundversorgung absolviert zu haben, als Hausärzte. Dies ist allerdings verwunderlich, da sowohl in der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, als auch in der Weiterbildung für Quereinsteiger seit 2006 eine 80stündige Kurs- Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung obligat ist (42). Da die hier teilnehmenden Hausärzte im Mittel 16,7 Jahren Berufserfahrung als niedergelassene Hausärzte angeben ist ein wahrscheinlicher Grund hierfür, dass die hier befragten Hausärzte ihre Weiterbildung absolviert haben, bevor

die psychosomatische Grundversorgung verpflichtend in der Weiterbildungsordnung geregelt wurde.

Allerdings ist in den soziodemographischen Daten zu sehen, dass Hausärzte häufiger, aber nicht signifikant, über Vorerfahrungen in psychischen/psychosomatischen Versorgungsgebieten während der Fachweiterbildung berichten, als Betriebsärzte. Möglicherweise relativiert dies die Differenz zwischen den beiden befragten Gruppen in der Fortbildung zur psychosomatischen Grundversorgung. Allerdings haben auch mehr Hausärzte die Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Eine Begründung für den signifikanten Unterschied zwischen Haus- und Betriebsärzten bei der Beschäftigung mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen kann darin liegen, dass im Kollektiv der Hausärzte die Beschäftigung mit dem Thema längere Zeit zurück liegt und somit von den Befragten nicht mehr als relevant eingestuft wurde.

5.2.2 Themenblock II – Subjektive Bedeutung von Faktoren

In diesem Themenblock wurden die befragten Ärzte gebeten, Einschätzungen zur Bedeutung psychischer Faktoren zu geben. Passend zur Publikation von Wolfgang Schneider ‚Psychosoziale Herausforderungen der Arbeitswelt in der postmodernen Gesellschaft‘ (43) in der der Zusammenhang von psychischen Belastungen, Arbeitsumgebung und individuellen Ressourcen dargestellt wird, fanden auch hier beide Kollektive arbeitsgestaltende Faktoren, wie z.B. Arbeitszeitgestaltung, Entwicklungsmöglichkeiten, soziale Beziehungen am Arbeitsplatz und Führungsstil eher/sehr bedeutsam für die Entstehung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Außerdem heißt es in dem Artikel „[...] spielen die individuellen Bewertungsprozesse in ihrer Wechselwirkung mit den „äußeren Faktoren“ eine bedeutsame Rolle“ (43). Dies steht in Einklang mit der in dieser Studie erhobenen Einschätzung von Haus- und Betriebsärzten, dass das individuelle Risiko ebenfalls eher/sehr bedeutsam ist im Bezug zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Denn nicht jeder leidet gleich unter derselben Belastung am Arbeitsplatz. Wie ein Mitarbeiter äußere Faktoren bewertet – ob er sich z.B. psychisch belastet oder

herausgefordert fühlt – liegt an den jeweiligen Bewältigungsstrategien und Bewertungsstilen, die „zu einem großen Teil von biografisch erworbenen Kompetenzen und individuellen Ressourcen [abhängen]“ (43).

Auch wurde die Zuständigkeit einzelner Akteure/Institutionen in den Präventionsbereichen primär, sekundär und tertiär erfragt. Primärprävention richtet sich an den gesunden Menschen, um Krankheiten vorzubeugen, wobei primär Maßnahmen genutzt werden sollen, die sich auf Verhältnisse, z.B. Organisation, Struktur, Prozesse, beziehen (44). Bezogen auf die Arbeitswelt z.B. durch geregelte Arbeitszeiten, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten oder durch eine günstige Arbeitsumgebung. Sekundärprävention soll der Früherkennung und der Frühintervention eines Behandlungsbedarfs dienen, sodass ein Ausbruch der Krankheit verhindert werden kann. Zum Beispiel über betriebspsychologische und -ärztliche Angebote. Eine neue Versorgungsform stellt hier die sogenannte Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb dar (9). Tertiärprävention richtet sich an bereits erkrankte Menschen, um eine Progredienz bzw. einen Rückfall zu verhindern und Rehabilitation zu fördern, z.B. durch eine betriebliche Wiedereingliederung.

Betriebsärzte sind durch ihre Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg als „präventivmedizinisches Fach“ für „die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen, die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Begutachtung arbeits- und umweltbedingter Erkrankungen und [...] die Vergütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen [...] und berufsfördernde Rehabilitation“ zuständig (42). Deren Zuständigkeitsbereich fällt demnach in alle drei Präventionsbereiche. Die befragten Betriebsärzte sahen dementsprechend in allen drei Präventionsbereichen die Zuständigkeit ihrer Berufsgruppe. Die Gruppe der Hausärzte empfand die Zuständigkeit der Betriebsärzte vorwiegend in der Primär- und Sekundärprävention. Hier zeigt sich, passend zur qualitativen Studie zur Zusammenarbeit von Haus- und Betriebsärzten von Moßhammer et al ein Hinweis darauf, dass Hausärzte mit dem Tätigkeitsfeld von Betriebsärzten nicht sehr vertraut sind (27).

Der Einsatz von Psychotherapeuten in der Prävention wird zunehmend sowohl von der Bundespsychotherapeuten Kammer (BPtK), als auch von der Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) gesehen und gefordert. In Ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) vom 21.11.2014 fordert die BPtK sogar das Mitwirken von Psychotherapeuten in der Primärprävention, da „die Veränderung gesundheitsschädigenden Verhaltens und die Realisierung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise [...] bekanntermaßen von einer Reihe emotionaler, motivationaler und sozialer Faktoren abhängig [sind]“ (45). Die DPtV bietet dazu speziell für die betriebliche Prävention ein Curriculum „Klinische Organisationspsychologie“ an, die „approbierten Psychotherapeuten den Erwerb spezifischer Kompetenzen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Rahmen der betrieblichen Prävention ermöglicht“ (46). Aber auch in der Sekundär- und Tertiärprävention sind Psychotherapeuten von großer Bedeutung, da sie Behandlungsbedarf frühzeitig erkennen, Interventionen einleiten und Rehabilitation fördern können. Dieses Bild der Präventionszuständigkeit spiegelt sich auch im Antwortverhalten der hier befragten Haus- und Betriebsärzte wieder. Beide Gruppen haben jeweils signifikant häufiger die Zuständigkeit der Psychotherapeuten im Bereich Sekundär- und Tertiärprävention gesehen. Hausärzte haben ein großes Potential, um präventiv tätig sein zu können. Dementsprechend heißt es in Sozialgesetzbuch V (SGB V) „Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere [...] die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen“ (§73) (47). Aufgrund der meist langjährigen Beziehung zu ihren Patienten verfügen Hausärzte über einen umfassenden Kontext zur Lebenssituation ihrer Patienten und können so frühzeitigen Interventionsbedarf erkennen. Außerdem ist der Zugang zur Hausarztpraxis sehr niederschwellig, sodass ca. 80% der Erwachsenen einmal pro Jahr zu ihrem Allgemeinarzt gehen (48). Weitere definitiv gesetzlich verankerte Präventionsbereiche sind die Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen ab 35 Jahren (§25 SGB V), die

Screeningprogramme zur Früherkennung von Krebserkrankungen (§25a SGB V) und die Kinderuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (§26 SGB V). Das gesamte Gebiet der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist hier nicht mit inbegriffen. Dabei wäre genau hier der Ansatzpunkt für Primärprävention in der Hausarztpraxis, aufgrund der langjährigen Beziehung zum Patienten. Die Kollektive der Betriebs- und Hausärzte schätzen auch hier die Zuständigkeit der Hausärzte ähnlich ein. So sehen beide Gruppen die Verantwortung bezogen auf psychische und psychosomatische Erkrankungen signifikant häufiger in der Sekundär- und Tertiärprävention. Dies lässt vor allem in der Gruppe der Hausärzte darauf schließen, dass sie sich nicht ausreichend ausgebildet fühlen, um psychische und psychosomatische Erkrankungen eindeutig erkennen und frühzeitig intervenieren zu können. Dies passt zu der Studie von Ani, C. 'Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings' (49) und von Löwe, B. 'Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnosis' (50).

Betriebs- und Personalräte stellen die Interessenvertretung der Arbeitnehmer dar. In privaten Betrieben wird der Betriebsrat gewählt, in öffentlichen Betrieben der Personalrat. Zu den Aufgaben im Blick auf Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen gehören unter anderem die Mitwirkung an der betrieblichen Wiedereingliederung, der Gestaltung der Arbeitsplätze und -zeiten und am betrieblichen Arbeitsschutz (51). Bei Konflikten am Arbeitsplatz, z.B. Gestaltung von Arbeitszeiten, kann der Betriebs- bzw. Personalrat beim Arbeitgeber auf aktive gesundheitsfördernde Maßnahmen hinwirken.

Das Antwortverhalten der Betriebsärzte zeigt, dass sie die Zuständigkeit der Betriebs- und Personalräte vor allem in der Primärprävention sehen. Hausärzte dagegen schätzen die Zuständigkeit in allen Präventionsbereichen ungefähr gleich ein. Im Hinblick auf betrieblichen Arbeitsschutz, sowie Gestaltung der Arbeitsplätze und -zeiten können Betriebs- und Personalräte die Primärprävention im Sinne der Arbeitnehmer fördern. Auch in der Tertiärprävention – Stichwort Wiedereingliederung – haben sie eine große

Bedeutung. Für die Zuständigkeit in der Sekundärprävention gibt es keine Literaturhinweise, sodass anzunehmen ist, dass hier die Zuständigkeit unklar ist. Es ist anzunehmen, dass Betriebs- und Personalräte keine Ressourcen haben, um die Früherkennung bzw. eine Frühintervention eines Behandlungsbedarfs abzudecken. Der einzige signifikante Unterschied zwischen den beiden befragten Berufsgruppen liegt hier im Bereich der Sekundärprävention. Man kann annehmen, dass die Betriebsärzte durch ihre Zusammenarbeit mit Betriebs- und Personalräten deren Aufgabenbereiche besser kennen und einschätzen können und deswegen die Zuständigkeit im Bereich Sekundärprävention geringer empfinden. Im Antwortverhalten der Hausärzte gab es keine Unterschiede zwischen den Präventionsbereichen, sodass es nahe liegt, dass sie in der Bewertung der Tätigkeit von Betriebs- und Personalräten keine Differenzierung in Bezug auf die verschiedenen Präventionsbereiche getätigt haben.

Die Aufgaben von Personalverantwortlichen sind sehr vielseitig; man kann sie in ökonomische und soziale Ziele einteilen (52). Zu den ökonomischen Zielen gehören zum Beispiel „Beschaffung von Arbeitskräften“, „Förderung des Mitarbeiterpotenzial“, oder „Vermeidung von Fehlzeiten“ (52). Soziale Ziele sind „Gesundheitsförderung“, „Anerkennung der Arbeit“ oder „Arbeitsplatzsicherung“ (52). Das heißt sie nehmen unter anderem die Verantwortung des Arbeitgebers für den Arbeitsschutz und die Arbeitsgestaltung wahr. Auch beim Thema Wiedereingliederung, Umschulung oder Kurzarbeit spielen die Personalverantwortlichen eine entscheidende Rolle. Betriebs- und Hausärzte sehen die Verantwortung der Personalverantwortlichen in allen Präventionsbereichen gleich stark an. Die Zuordnung der Personalverantwortlichen in die Sekundärprävention durch beide befragten Gruppen muss auch hier die genaue Differenzierung der Aufgabenfelder im Personalwesen durch die Studienteilnehmer hinterfragen. Die Zuständigkeit in der Sekundärprävention, das bedeutet in der Früherkennung bzw. Frühintervention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist bedingt durch die Aufgabenfelder der Personalverantwortlichen eher fraglich.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat in Deutschland einen im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V- §1) verankerten Präventionsauftrag. Darin heißt es „Die Krankenversicherung [...] hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. [...]Die Krankenkassen haben [...] dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken“ (47). Die Zuständigkeit der GKV liegt somit in allen drei Präventionsbereichen, jedoch in der Tertiärprävention lediglich ersatzweise, da hier zunächst die Deutsche Rentenversicherung Kosten einer Rehabilitation übernimmt. Die befragten Betriebs- und Hausärzte ordneten jedoch die Krankenkassen signifikant häufiger der Tertiärprävention zu. Die geringste Zuständigkeit sahen die Befragten in der Primärprävention. Hier muss man annehmen, dass der gesetzlich verankerte Präventionsauftrag der GKV bei Haus- und Betriebsärzten nicht bekannt ist oder, dass diesbezüglich noch keine Erfahrungen seitens der Haus- und Betriebsärzte gemacht wurden.

Die Deutsche Rentenversicherung hat, bezogen auf Prävention, ihr Hauptaugenmerk in der Tertiärprävention. Dabei kann sich die Rehabilitation „im Einzelfall von einer medizinischen Leistung über die Umschulung bis hin zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erstrecken“ (53). Das Ziel dabei ist die wesentliche Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten. Hier gibt es das Präventionsangebot ‚Betsi‘ (Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern), welches sich an Arbeitnehmer richtet, die noch keine massiven gesundheitlichen Beschwerden aufweisen, um mit ihnen ein Konzept zu entwickeln, dass sie ihre Erwerbsfähigkeit, Lebensqualität und Gesundheit langfristig erhalten (54). Diese betriebsspezifische Prävention beinhaltet drei Phasen. Die Initialphase dauert eine Woche und erfolgt stationär. Die Trainingsphase erfolgt berufsbegleitend für ungefähr zwölf Wochen. Die Nachsorge als dritte Phase erfolgt wiederum stationär in der Klinik, in der auch die Initialphase erfolgte (55). Haus- und Betriebsärzte haben die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung vor allem in der Tertiärprävention gesehen. Auch innerhalb der Gruppen wurde die Zuständigkeit signifikant häufiger in der Sekundärprävention als in der

Primärprävention. Dies passt zu dem oben beschriebenen Präventionsangebot der Deutschen Rentenversicherung, die in den Bereich Sekundärprävention fällt. Allerdings kann man mit Blick auf die fehlenden Angaben (Abb. 10 und Abb. 11) sagen, dass, bezüglich der Tätigkeitsfelder, eine deutliche Unsicherheit bei den Befragten herrschte.

Die Unfallversicherung/BG hat ebenfalls eine gesetzlich bestehende Pflicht „zur Prävention, Rehabilitation und zur Entschädigung“ (56). Vor allem wird die Prävention „als vorrangiges Ziel“ wahrgenommen. Die hier bestehende Präventionsarbeit liegt in der Primärprävention – „Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren [...] verhindern“ (56). Die Rehabilitation bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten fällt in den Bereich der Tertiärprävention. Das Kollektiv der Betriebsärzte attribuiert die Zuständigkeit der Unfallversicherung/BG in alle Bereiche gleichermaßen. Die Hausärzte sehen die Zuständigkeit eher im Bereich der Tertiärprävention, allerdings nicht signifikant häufiger als die Betriebsärzte. Auch hier scheint das Wissen über die Tätigkeiten der Unfallversicherung/BG bei den Befragten im Blick auf Prävention nicht sehr differenziert zu sein.

Insgesamt kann man erkennen, dass häufig die Tätigkeitsbereiche der Institutionen/Akteure nicht gänzlich bekannt waren, allerdings dennoch oft eine zum Teil passende Attribuierung stattgefunden hat. Bei der Beantwortung der Frage scheint keine der beiden Gruppen wahllos vorgegangen zu sein, wodurch sich ein sehr ähnliches Ergebnis in beiden Gruppen abbildet. Hätten die Befragten unüberlegt geantwortet, wäre das Antwortverhalten beider Gruppen wahrscheinlich unterschiedlicher ausgefallen.

5.2.3 Themenblock III – Allgemeine und betriebliche Maßnahmen zur Prävention

Im dritten Themenblock ging es um allgemeine und betriebliche Maßnahmen zur Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und um die Wünsche der Befragten zu diesem Thema. Beide Gruppen schätzten die Bedeutung sowohl der betrieblichen, als auch der allgemeinen Maßnahmen

ähnlich wichtig ein und sehen hier ein großes Potenzial zur Prävention. So waren unter den allgemeinen Maßnahmen Eigenverantwortung und Fortbildungen für die unterschiedlichen Gruppen (Betriebs- und Hausärzte, Personalverantwortliche, Psychotherapeuten) zum Thema psychische und psychosomatische Erkrankungen sehr wichtig. Unter den betrieblichen Maßnahmen waren Schulung der Führungskräfte, Arbeitszeitregelungen und Achtung der Freizeit führend. Dieses Ergebnis war zu erwarten. Die Verbesserung der Zusammenarbeit wird passend zur Studie von Moßhammer et al. 2016 (29) vor allem von Betriebsärzten genannt. Allerdings sollte auch die Zusammenarbeit von Betriebsärzten mit psychotherapeutischen Kollegen, im Sinne einer Unterstützung der Betriebsärzte bei Früherkennung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, ausgebaut werden, da dies bei psychisch erkrankten Mitarbeitern die Erkrankungsdauer verkürzen kann (8).

Aber auch die Verantwortung der Betriebe für ihre Mitarbeiter wird erwartungsgemäß hoch bewertet, jedoch sehen beide Kollektive, aber vor allem Hausärzte das Engagement der Betriebe zur Prävention als eher bis sehr niedrig an. Im Vortrag „Die Zusammenarbeit von Betriebsarzt und Psychiater bei Früherkennung und Wiedereingliederung“ von Dr. Hans-Peter Unger 2012 (Bundesärztekammer) wird passend zur Einschätzung der beiden Kollektive die Reaktion eines Betriebes auf psychische und psychosomatische Erkrankungen wie folgt beschrieben. „Langes Wegschauen, späte Intervention, lange Ausfallzeiten, Produktivitätsverluste durch psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz („Präsentismus“).“

Dass jedoch genau betriebliche Maßnahmen, wie z.B. regelmäßige Pausen, Optimierung der Arbeitsumgebung und -abläufe und Förderung des „Verständnis[es] aller Beteiligten für den Umgang mit psychischer Erkrankung“ (5), die betriebliche Gesundheit stärkt ist im Artikel „Psychische Erkrankung am Arbeitsplatz“ von Bungart et al. beschrieben. Bungart differenziert sogar zwischen Maßnahmen mit „eher geringem Wirkungsgrad“ und „eher hohem Wirkungsgrad“ zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die geäußerten Wünsche der Betriebs- und Hausärzte greifen die hier genannten Maßnahmen zur Stärkung der betrieblichen Gesundheit auf und fordern noch mehr. So wünschen sich Betriebsärzte vor allem eine verbesserte Leitung der Betriebe durch die Führungskräfte, eine Anpassung der Arbeit an den Menschen und einen optimierten Zugang zu Psychotherapie. Es ist auffällig, dass Hausärzte im Gegensatz zu Betriebsärzten kaum Wünsche bezogen auf das große Thema Psychotherapie äußern. Dafür wünschen sie sich vermehrt Verantwortungsbewusstsein in der Führungsebene, bessere Arbeitsbedingungen und eine verbesserte Kommunikation sowohl bei Führungskräften, als auch unter den Mitarbeitern. Der Stellenwert der Führungskräfte in Bezug auf Prävention von psychischen und psychosomatischen Belastungen wird auch in der Literatur beschrieben. So wird mehr Fortbildungsangebot, Beratung und Unterstützung zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen für Führungskräfte gefordert (57).

6 Ausblick

In Zukunft werden psychische und psychosomatische Erkrankungen auch in den Betrieben einen immer größeren Stellenwert erlangen. Obwohl die Ursachen dafür nicht nur im Betrieb liegen, werden die Auswirkungen hier spürbar sein. Arbeitgeber müssen sich Gedanken machen, wie sie in Zeiten des demographischen Wandels weiterhin gute Arbeitnehmer einstellen und halten können. Bei immer schlechter werdenden Arbeitsbedingungen wird dies nicht möglich sein, da sich Arbeitnehmer zum einen hin zu anderen Betrieben orientieren können und zum anderen die Wahrscheinlichkeit steigt, dass sie aufgrund krankheitsbedingter Ursachen ausfallen.

Hier wird vor allem die Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen Einzug erhalten müssen. Die vorliegenden Studienergebnisse zeigen viele Ansatzpunkte für weiterführende Maßnahmen auf. In Bezug auf den Betriebsarzt sollte seine Arbeit und seine präventive Rolle sowohl für Arbeitnehmer, als auch für Hausärzte verdeutlicht werden, da die Stellung des Betriebsarztes innerhalb der Betriebe in Zukunft noch wichtiger wird.

Präventive Maßnahmen der Arbeitsgestaltung, wie z. B. die Unterbindung von dauerhafter Erreichbarkeit der Arbeitnehmer und die Steigerung der Resilienz, z. B. durch Sportangebote für Mitarbeiter, werden zunehmen müssen. Aber auch die Eigeninitiative und die Eigenverantwortung der Mitarbeiter muss vom Betriebsarzt geweckt und gefördert werden. Betriebe müssen erkennen, dass die Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und somit leistungsstärkere und motivierte Mitarbeiter langfristig gesehen günstiger und lukrativer sind, als chronisch erkrankte Mitarbeiter, auch wenn diese über betriebliche Wiedereingliederungsmaßnahmen (BEM) wieder in den Arbeitsalltag einsteigen können. Allerdings fällt vielen Betrieben die Umsetzung präventiver Maßnahmen schwer, da „die genauen Wirkungen nicht immer eindeutig zugeordnet werden können“ (5).

Auch die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Betriebsärzten muss sich verbessern, damit beide voneinander profitieren können und bei ihren Patienten Zeichen einer psychischen und psychosomatischen Erkrankung früh erkennen

und somit auch früh handeln können. Gemeinsame Fortbildungen zum Thema Kooperation und zum Thema Arbeitsbereiche und Schweigepflicht bei Betriebsärzten würden die Zusammenarbeit fördern.

Auch sind niederschwellige Angebote zu psychologischen Sprechstunden im Betrieb sinnvoll, um möglichst frühzeitig Anzeichen von psychischen Erkrankungen bzw. psychischer Überforderung bei den Arbeitnehmern zu erkennen und diese effektiv zu behandeln, bevor es zu einer Manifestation kommt. Dies zeigt auch die qualitative Studie von Preiser et al. zur neuen Versorgungsform einer sogenannten psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb (9). Hier heißt es „[...] allows employees quick access to a neutral, external specialist or psychotherapist, who can help [...] to deal with subjectively stressful and/or conflictual personal issues. For companies, the psychosomatic consultation allows [...] to be identified as early as possible and may offer early treatment, meaning that long periods of absenteeism and the related costs can be avoided” (9).

Der Trend der Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen wird und muss weiter gehen, sodass Mitarbeiter solche Sprechstunden eher in Anspruch nehmen können ohne Angst haben zu müssen, aufgrund ihrer Erkrankung stigmatisiert zu werden.

Einen großen Stellenwert, um präventiv gegen psychische und psychosomatische Erkrankungen im Betrieb vorgehen zu können, hat die Führungsebene eines Betriebes inne. Zum einen ist es wichtig, dass der Chef dem Thema gegenüber offen ist und zum anderen, dass er mit gutem Beispiel bezüglich der Stigmatisierung Betroffener vorangeht. Auch die Kommunikation zwischen der Leitung und innerhalb der Mitarbeiter ist enorm wichtig. Zum Beispiel sollte Mobbing erkannt und unterbunden werden. Wünschenswert wäre eine Sensibilisierung der Führungsetage auf krankmachende Arbeitsbedingungen. Hier zeigt sich die schwierige Aufgabe Wirtschaftlichkeit und Gesundheitsbewusstsein in Balance zu halten.

Das Thema psychische und psychosomatische Erkrankungen wird in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Daher sind Studien zur Verbesserung der

Arbeitsqualität und Modelle zur Verbesserung der Kooperation zwischen Haus- und Betriebsärzten sehr wichtige und notwendige Projekte.

7 Zusammenfassung

Bei der stetig steigenden Zahl der AU-Tage durch psychische und psychosomatische Erkrankungen gilt es Ursachen, Folgen und Lösungsmöglichkeiten zu betrachten. Eine erste Einschätzung wird mit dieser Arbeit zu Meinungen und Erfahrungen von Haus- und Betriebsärzten zu psychischen Erkrankungen im Betrieb erhoben. Haus- und Betriebsärzte gehören zu den ersten Ansprechpartnern von Arbeitnehmern, die an psychischen oder psychosomatischen Beschwerden leiden. Daher ist es von Interesse deren Erfahrung, Haltung und auch die Kooperation untereinander zu diesem Thema zu erfassen. Die Datenerhebung erfolgte über einen, auf Grundlage von vorangegangenen Studien, selbstgenerierten Fragebogen. Dieser wurde an insgesamt 1000 randomisiert ausgewählte Hausärzte, deren Adressen über die im Internet öffentlich zugängliche KV-Liste generiert wurden, sowie an 450 Betriebsärzte über den VDBW, im Sinne einer Vollerhebung, postalisch gesandt. Der Rücklauf betrug in der Gruppe der Hausärzte 14% (n=136), in der Gruppe der Betriebsärzte 30% (n=133). Insgesamt war die Datenqualität der Antworten gut. Ebenso waren beide Gruppen gut miteinander vergleichbar. Die statistische Auswertung erfolgte im Sinne einer inferenzstatistischen Analyse mittels einer bivariaten Auswertung. Im Falle von nominalen Daten wurde der Chi²-Test durchgeführt, bei ordinalen Daten wurde der Man-Whitney-U-Test genutzt. Das Signifikanzniveau wurde jeweils auf $p=0,05$ festgelegt. Insgesamt haben beide Gruppen relativ homogen geantwortet. Einige signifikante Unterschiede im Antwortverhalten gab es bei der Frage zur Beschäftigung mit dem Thema psychische und psychosomatische Erkrankungen, bei der Kontakthäufigkeit zwischen beiden Berufsgruppen, sowie bei der Attribuierung der Zuständigkeit von Betriebsärzten in die Sekundärprävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Im Bezug auf Einflussfaktoren zur Entstehung und auf Maßnahmen zur Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ergab sich ebenfalls ein einheitliches Bild. In der Auswertung der Wünsche der Befragten zeigte sich, dass eine Schulung

und Sensibilisierung von Führungskräften, Anpassung der Arbeit an den Menschen, sowie eine verbesserte Kommunikation innerhalb der Betriebe führend waren. Insgesamt zeigt sich hier ein Themenbereich, der, aufgrund der Arbeitsverhältnisse und des demographischen Wandels, zukünftig an Bedeutung gewinnen wird und daher umso mehr Beachtung im Rahmen der Prävention erleben muss.

8 Veröffentlichungen

Michaelis M, **Lange R**, Junne F, Rothermund E, Zipfel S, Gündel H, Rieger MA. Prevention of common mental disorders in employees – Conception, study design and sample characteristics of a multi-target survey. *Mental Health & Prevention*; 2016; 4(2):88-95.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhp.2016.03.001>

Eva Rothermund, Martina Michaelis, **Rahna Lange**, Stephan Zipfel, Harald Gündel, Monika A. Rieger, Florian Junne

Experiences and attitudes of occupational health physicians, primary care physicians and psychotherapists towards their collaboration with regard to common mental disorders of employees: a multi-target survey

(derzeit Erstellen der zweiten Version, nach ablehnendem Review der ersten Version; Stand 16.01.2018; BMC Health Services Research)

Eva Rothermund, Martina Michaelis, Marc Jarczok, Elisabeth Balint, **Rahna Lange**, Stephan Zipfel, Harald Gündel, Monika Rieger, Florian Junne

Prevention of common mental disorders in employees. Perspectives on collaboration from three health care professions

(Erneute Einreichung nach Review: *International Journal of Environmental Research and Public Health*; Stand 16.01.2018)

8.1 Kongressbeiträge

Michaelis M, Junne F, Rothermund E, **Shahriari R**, Zipfel S, Gündel H, Rieger MA.

Wie bedeutsam ist die Arbeitswelt für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen?

Einschätzungen von Haus- und Betriebsärzten.

56. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.

09.-11. März 2016 München. Abstracts der Vorträge und Poster, S.159-160

Michaelis M, Junne F, Rothermund E, Gündel H, Zipfel S, **Shahriari R**, Rieger MA .

Psychische und psychosomatische Erkrankungen von Beschäftigten – zur Qualität der Zusammenarbeit an den Schnittstellen der Versorgung.

14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

7.- 9. Oktober 2015 Berlin. DOI: 10.3205/15dkvf030

Rieger MA, Michaelis M, **Shahriari R**, Junne F, Rothermund E, Zipfel S, Gündel H.

Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen bei Beschäftigten – Welche Ansichten haben Betriebsärzte, Hausärzte, Psychotherapeuten und Personalverantwortliche?

55. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.

18.- 20. März 2015 München. Abstracts der Vorträge und Poster, S. 72.

Shahriari R, Michaelis M, Gröber-Grätz D, Junne F, Rothermund E, Gündel H, Zipfel S, Rieger MA.

Wer ist für die Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zuständig? Ergebnisse aus einer quantitativen Befragung von Betriebsärzten und Hausärzten.

In: Böckelmann, I, Lorenz A, Sammito S, Darius S (Hrsg.):

18. Symposium Arbeitsmedizin und Arbeitswissenschaft für Nachwuchswissenschaftler.

Magdeburg, 7.- 9.11.2014. Abstract (V10), s21. ISBN 978-3-00-046650-2.

Rothermund E, Gündel H, Rieger MA, Michaelis M, **Shariari R**, Zipfel S, Junne F

Wer ist für die Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zuständig? Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten.

State of-the-Art-Satellitensymposium "Update Arbeit und Gesundheit", Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 25.-28. März 2015, Berlin

9 Danksagung

Mein besonderer Dank geht an meinen Ehemann Bruno Lange, für den Rückhalt und die Unterstützung während der Fertigstellung der Arbeit.

Auch möchte ich mich sehr herzlich bei meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Rieger und meiner Betreuerin Frau Dr. Michaelis für die sehr gute und geduldige Unterstützung in der gesamten Zeit bedanken.

Ich bedanke mich auch bei meinen Eltern Monika Rother-Shahriari und Mohammad Shahriari, sowie meinen engsten Freunden und Kommilitonen Corinna Fischer, Isabel Spielhaupter, Carolin Land, Julia Wohlert, Lisa Lorenz und Marlene Böcker für die moralische Unterstützung im gesamten Studium.

10 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

10.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Art und Weise der Beschäftigung mit PPE.....	24
Abb. 2 Gründe für erfolglose Kontakte (F1.2.2).....	26
Abb. 3 Bewertung letzter Zusammenarbeit (F1.3).....	27
Abb. 4 Bewertung aller Zusammenarbeiten (F1.3).....	28
Abb. 5 Bedeutsamkeit des individuellen Risikos (F2.1.1).....	31
Abb. 6 Primärprävention- Attribuierte Zuständigkeit (F2.2)	33
Abb. 7 Sekundärprävention- Attribuierte Zuständigkeit (F2.2).....	33
Abb. 8 Tertiärprävention- Attribuierte Zuständigkeit (F2.2).....	34
Abb. 9 Bereitschaft in Betrieben sich für Prävention von PPE zu engagieren (F3.3).....	41
Abb. 10 Hausärzte - "weiß nicht"-/ fehlende Angaben der jeweiligen Präventionsbereiche (F2.2)	77
Abb. 11 Betriebsärzte - "weiß nicht"-/fehlende Angaben der jeweiligen Präventionsbereiche (F.2.2)	77

10.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Fragen aus dem ersten Themenbereich des Fragebogens.....	14
Tab. 2 Fragen aus dem zweiten Themenbereich des Fragebogens	15
Tab. 3 Fragen aus dem dritten Themenbereich des Fragebogens.....	15
Tab. 4 Soziodemokratische Daten und Qualifikationen der Befragten	20
Tab. 5 Praxisgröße (HÄ)	21
Tab. 6 Branchen der betreuten Betriebe durch Betriebsärzte	22
Tab. 7 Kontakthäufigkeit mit der jeweils anderen Berufsgruppe-in den letzten 24 Monaten (F1.2).....	25
Tab. 8 Bedeutung psychischer Faktoren in der Arbeitswelt (F2.1) mit statistischen Kennwerten	30

Tab. 9 Attribuierte Zuständigkeit in den jeweiligen Präventionsbereichen mit statistischen Kennwerten zu Gruppenunterschieden innerhalb einer attribuierten Zielgruppe	36
Tab. 10 Attribuierte Zuständigkeit in den jeweiligen Präventionsbereichen mit statistischen Kennwerten zu Gruppenunterschieden innerhalb einer attribuierten Zielgruppe	37
Tab. 11 Wichtigkeit allgemeiner Maßnahmen zur Prävention von PPE (F3.1) .	39
Tab. 12 Wichtigkeit betrieblicher Maßnahmen zur Prävention von PPE (F3.2)	40
Tab. 13 Anzahl der Wünsche pro Person (F3.4)	42
Tab. 14 BÄ-Häufigkeit der Wünsche (F3.4).....	43
Tab. 15 HÄ- Häufigkeit der Wünsche (F3.4).....	44
Tab. 16 Fehlende Angaben in den einzelnen Fragen.....	69
Tab. 17 Vollständige Zusatzbezeichnungen im Fragebogen der Betriebsärzte	72
Tab. 18 Vollständige Zusatzbezeichnungen im Fragebogen der Hausärzte	73
Tab. 19 Statistische Kennwerte beim Vergleich von "Alter".....	74
Tab. 20 Statistische Kennwerte beim Vergleich von „Geschlecht“ und "Erfahrung mit BEM"	74
Tab. 21 Betriebsärzte-Betriebliche Anbindung	74
Tab. 22 BÄ-Anzahl der betreuten Betriebe (Mehrfachnennung).....	75
Tab. 23 Betriebsärzte-Betriebsgröße des zuletzt betreuten Betriebs	75
Tab. 24 Statistische Kennwerte „Art und Weise der Beschäftigung mit PPE“ (F1.1).....	75
Tab. 25 Kontakt zur jeweils anderen Berufsgruppe.....	76
Tab. 26 Kontakterfolge	76
Tab. 27 Statistische Kennwerte "Bedeutsamkeit individuelles Risiko"	76
Tab. 28 Statistische Kennwerte "Attribuierte Zuständigkeit"	78
Tab. 29 Statistische Kennwerte "Wichtigkeit allgemeiner Maßnahmen" ohne die Items 13 und 14 (Bessere Zusammenarbeit), da hier kein Vergleich gezogen wurde.	79
Tab. 30 Statistische Kennwerte "Wichtigkeit betrieblicher Maßnahmen"	80
Tab. 31 Engagement der Betriebe für Prävention von PPE	80

11 Anhang

11.1 Zu Methoden

Tab. 16 Fehlende Angaben in den einzelnen Fragen

	Frage	BÄ (n=133)	HÄ (n=136)
Themenblock 1	1.2 Kontakte mit der jeweils anderen Berufsgruppe	0,8% (n=1)	0,7% (n=1)
	- Patientenzahl	0,8% (n=1)	0
	- Kontakt	12,8% (n=17)	8,1% (n=11)
	- aktiver Kontakt	12,0% (n=16)	8,8% (n=12)
	1.2.2 Nicht zustande gekommener Kontakt	13,5% (n=18)	0
Themenblock 1	1.3 Bewertung der Zusammenarbeit		
	Letzte Zusammenarbeit	3,4% (n=4)	9,3% (n=5)
	Alle Zusammenarbeiten	12,0% (n=14)	29,6% (n=16)
Themenblock 2	2.1 Subjektive Bedeutung von Aspekten in der Arbeitswelt		
	1. Quantitative Arbeitsanforderungen	0% (n=0)	0% (n=0)
	2. Qualitative Arbeitsanforderungen	0% (n=0)	1% (n=2)
	3. Arbeitsumgebung	0% (n=0)	2% (n=3)
	4. Arbeitsabläufe	1% (n=1)	1% (n=2)
	5. Arbeitszeitgestaltung	0% (n=0)	0% (n=0)
	6. Emotionale Anforderungen bei der Arbeit	2% (n=2)	1% (n=1)
	7. Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten bei der Arbeit	2% (n=2)	0% (n=0)
	8. Vereinbarkeit aus Arbeit und Privatleben	1% (n=1)	0% (n=0)
	9. Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz	1% (n=1)	0% (n=0)
	10. Kommunikationskultur im Team/ im Betrieb	0% (n=0)	1% (n=1)
	11. Betriebliche Führungsstruktur	2% (n=2)	0% (n=0)
	12. Führungsstil von Vorgesetzten	5% (n=6)	1% (n=1)
	2.1.1 Subjektive Bedeutung des individuellen Risikos	1,5% (n=2)	0
	2.2 Zuständigkeit für Prävention		
	Primärprävention	1,5% (n=2)	0
	Sekundärprävention	1,5% (n=2)	2,9% (n=4)
	Tertiärprävention	6,0% (n=8)	5,9% (n=8)

Themenblock 3	<u>3.1 Subjektive Bedeutung allgemeiner Maßnahmen zur Prävention</u>		
	1. Fortbildung HÄ zu PPE	2% (n=2)	1% (n=1)
	2. Fortbildung HÄ zum Erwerb psychotherapeutischer Kompetenzen	1% (n=1)	1% (n=2)
	3. Fortbildung HÄ zu arbeitsbedingten psychischen Belastungsfaktoren	2% (n=3)	1% (n=2)
	4. Fortbildung BÄ zu PPE	1% (n=1)	1% (n=2)
	5. Fortbildung BÄ zum Erwerb psychotherapeutischer Kompetenzen	2% (n=2)	3% (n=4)
	6. Fortbildung BÄ zur psychosomatischen Grundversorgung	1% (n=1)	3% (n=4)
	7. Fortbildung BÄ zu arbeitsbedingten psychischen Belastungsfaktoren	1% (n=1)	2% (n=3)
	8. Fortbildung Psychotherapeuten zu PPE	0% (n=0)	1% (n=2)
	9. Fortbildung Personalverantwortliche zu psychischen/ psychosomatischen Erkrankungen	1% (n=1)	0% (n=0)
	10. Fortbildung Personalverantwortliche zu arbeitsbedingten psychischen Belastungsfaktoren	2% (n=2)	0% (n=0)
	11. Bessere Zusammenarbeit BÄ und HÄ	0% (n=0)	0% (n=0)
	12. Bessere Zusammenarbeit BÄ/HÄ und Psychotherapeuten	0% (n=0)	0% (n=0)
	13. Bessere Zusammenarbeit BÄ/HÄ und Personalverantwortliche	0% (n=0)	1% (n=2)
	14. Finanzielle Anreize für Psychotherapeuten zur Früherkennung/ Intervention von PPE	2% (n=2)	4% (n=6)
15. Finanzieller Ausgleich für Psychotherapeuten	3% (n=4)	4% (n=5)	
<u>3.2 Subjektive Bedeutung betrieblicher Maßnahmen zur Prävention</u>			
1. Gestaltung der Arbeitsumgebung	1% (n=1)	0% (n=0)	
2. Strukturelle (Re-) Organisation von Arbeitsabläufen	0% (n=0)	0% (n=0)	
3. Gestaltung von Arbeitszeitregelungen	0% (n=0)	0% (n=0)	
4. Achten der Freizeit der Beschäftigten	0% (n=0)	0% (n=0)	
5. Systematische Gefährdungsbeurteilung von psychischen Belastungen	1% (n=1)	1% (n=1)	
6. Anpassung von inhaltlichen/ technischen Anforderungen an die Beschäftigten	2% (n=2)	0% (n=0)	

7. Verbesserung der fachlichen Qualifikation	2% (n=2)	0% (n=0)
8. Fortbildung zum Umgang mit PPE für Führungskräfte	1% (n=1)	0% (n=0)
9. Fortbildung zum Umgang mit PPE für Beschäftigte	1% (n=1)	1% (n=1)
10. Coaching von Führungskräften	2% (n=3)	1% (n=1)
11. Supervision von Führungskräften	2% (n=3)	0% (n=0)
12. Supervision von Arbeitsteams	2% (n=3)	1% (n=1)
13. Stressbewältigungstraining	1% (n=1)	0% (n=0)
14. Ausdauersport	1% (n=1)	0% (n=0)
15. Niederschwellige Beratungsangebote durch Psychotherapeuten	1% (n=1)	0% (n=0)
<u>3.3 Persönliche Meinung zur Bereitschaft der Betriebe</u>	1,5% (n=2)	1,5% (n=2)
<u>3.4 Größte Wünsche - offene Frage</u>	45,9% (n=61)	50,7% (n=69)

BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte, n=Anzahl der gültigen Antworten

Tab. 17 Vollständige Zusatzbezeichnungen im Fragebogen der Betriebsärzte

	Betriebsärzte (n=133)	Prozent	n (gült.)
Im Fragebogen vorgegeben	FA Allgemeinmedizin	76,1%	102
	Praktische(r) Arzt	5,2%	7
	FA Innere Medizin	23,1%	31
	FA Arbeitsmedizin	0,7%	1
	FA Betriebsmedizin	4,5%	6
	Psychotherapie	4,5%	6
Sonstiges	FA für Anästhesie	1,5%	2
	FA für Lungen-und Bronchialerkrankungen	0,8%	1
	FA für Allgemeinchirurgie	0,8%	1
	FA Dermatologie	0,8%	1
	FA Rheumatologie	0,8%	1
	Sportmedizin (WB)	2,3%	3
	Psychosomatische Grundversorgung (WB)	4,5%	6
	Sozialmedizin und Rehabilitationswesen (WB)	2,3%	3
	Notfallmedizin (WB)	2,3%	3
	Umweltmedizin (WB)	0,8%	1
	Suchtmedizin (WB)	0,8%	1
	Ärztliches Qualitätsmanagement (WB)	0,8%	1
	Rheumatologie (WB)	0,8%	1
	Diplom Ingenieur	0,8%	1

n=Anzahl an Befragten, n(gült.)=Gültige Antworten, FA=Facharzt, WB=Weiterbildung

Tab. 18 Vollständige Zusatzbezeichnungen im Fragebogen der Hausärzte

	Hausärzte (n=133)	Prozent	n (gült.)
Im Fragebogen vorgegeben	FA Allgemeinmedizin	76,1%	102
	Praktische(r) Arzt	5,2%	7
	FA Innere Medizin	23,1%	31
	FA Arbeitsmedizin	0,7%	1
	FA Betriebsmedizin	4,5%	6
	Psychotherapie	4,5%	6
Sonstiges	FA Kinderheilkunde/Jugendmedizin	1,5%	2
	FA Anästhesiologie und/oder Notfallmedizin	3,7%	5
	FA für Lungen- und Bronchialheilkunde	0,7%	1
	FA Chirurgie	0,7%	1
	Naturheilverfahren	3,0%	4
	Psychotherapie	1,5%	2
	Psychosomatische Grundversorgung/ Psychosomatik	2,2%	3
	Umweltmedizin	1,5%	2
	Palliativmedizin	1,5%	2
	Ernährungsmedizin	0,7%	1
	Tropenmedizin	0,7%	1
	Sportmedizin	0,7%	1
	Chirotherapie	0,7%	1
	Suchtmedizin	0,7%	1

n=Anzahl an Befragten, n(gült.)=Gültige Antworten, FA=Facharzt

Tab. 19 Statistische Kennwerte beim Vergleich von "Alter"

	U	w	p	n (gült.)
BÄ-HÄ	-1,17	-0,07	0,243	263

U=Prüfgröße; w=Effektstärke; p=Signifikanzniveau; n(gült)=Anzahl gültiger Antworten

Tab. 20 Statistische Kennwerte beim Vergleich von „Geschlecht“ und "Erfahrung mit BEM"

	Vergleich von	Chi²	phi	p	n (gült)
BÄ-HÄ	Geschlecht	1,31	-0,07	0,252	263
	Erfahrung mit BEM	14,65	-0,239	0,000	225

Chi²= Prüfgröße, phi=Effektstärke, p=Signifikanzniveau, n(gült)=Anzahl gültiger Antworten

Tab. 21 Betriebsärzte-Betriebliche Anbindung

	n	%	%gült
1. In Betrieb angestellt	51	38,3	38,3
2. Für überbetrieblichen Dienst tätig	26	19,5	19,5
3. Niedergelassen (eigene Praxis)	37	27,8	27,8
4. Freiberuflich ohne Praxis oder Anbindung	6	4,5	4,5
Kombi 1 und 3	3	2,3	2,3
Kombi 2 und 3	5	3,8	3,8
Fehlend	5	3,8	3,8

n=Anzahl; %gült=gültiger Prozentsatz

Tab. 22 BÄ-Anzahl der betreuten Betriebe (Mehrfachnennung)

	MW	SD	Med	Min	Max	n(gült)
Anzahl der Nennungen	4,05	2,934	4,00	1	15	133

MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung; Med=Median; Min=Minimum; Max=Maximum; n(gült)=Anzahl

Tab. 23 Betriebsärzte-Betriebsgröße des zuletzt betreuten Betriebs

	n(gült)	%	%gült
Kleinunternehmen (<50 MA)	2	1,5	1,7
Mittleres Unternehmen (<250 MA)	5	3,8	4,3
Großunternehmen (≥250 MA)	108	81,2	93,9
Fehlend	18	13,5	

n(gült)=Anzahl gültiger Fragebögen; %gült=gültiger Prozentsatz, MA=Mitarbeiter

11.2 Zu Ergebnisse

Tab. 24 Statistische Kennwerte „Art und Weise der Beschäftigung mit PPE“ (F1.1)

	Medium	Chi ²	phi	p	n (gült)
BÄ-HÄ	M1	68,37	-0,51	0,000	268
	M2	61,20	-0,48	0,000	268
	M3	24,11	-0,30	0,000	268
	M4	116,23	-0,66	0,000	268
	M5	56,91	-0,46	0,000	268

Chi²= Prüfgröße, phi=Effektstärke, p=Signifikanzniveau, n(gült)=Anzahl gültiger Antworten, M1=Fachliteratur gelesen, M2=Veranstaltung/Kurs/Seminar besucht, M3=Selbst Kurs/Seminar zu dem Thema gegeben, M4=Betrieb zu dem Thema beraten, M5=Selbst Vortrag zu dem Thema gehalten

Tab. 25 Kontakt zur jeweils anderen Berufsgruppe

	BÄ->HÄ			HÄ->BÄ		
	n(gült)	%	%gült	n(gült)	%	%gült
ja, schon einmal Kontakt	117	88,0	88,6	54	40	39,7
nein, noch nie Kontakt	15	11,3	11,4	82	60	60,3
Fehlend	1	0,8		-	-	

n(gült)=Anzahl der gültigen Fragebögen; %gült= gültiger Prozentsatz

Tab. 26 Kontakterfolge

	BÄ			HÄ		
	n(gült)	%	%gült	n(gült)	%	%gült
Kontakt erfolgreich	99	74,4	86,1	49	36,0	90,7
Kontakt nicht erfolgreich	16	12,0	13,9	5	3,7	9,3
Kein Kontakt zur Zielgruppe	15	11,3		82	60,3	
Fehlend	3	2,3		-	-	

BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte, n(gült)=Anzahl der gültigen Fragebögen; ; %gült=gültiger Prozentsatz

Tab. 27 Statistische Kennwerte "Bedeutsamkeit individuelles Risiko"

	U	w	p	n(gült)
BÄ-HÄ	-0,18	-0,01	0,859	268

U=Prüfgröße; w=Effektstärke; p=Signifikanzniveau; n(gült)=Anzahl gültiger Antworten

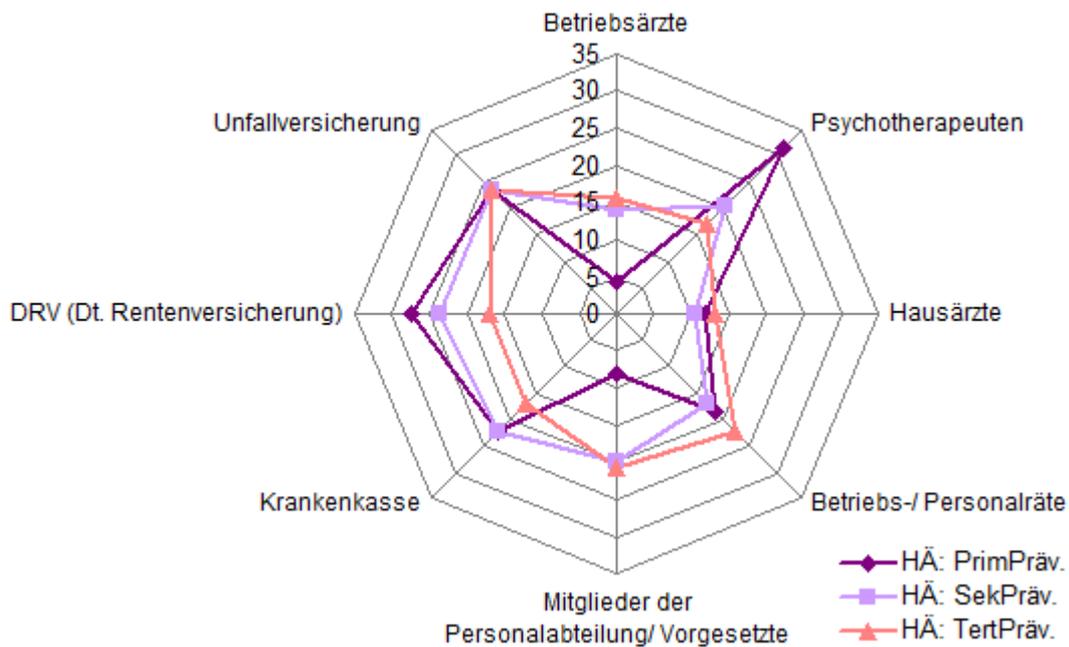


Abb. 10 Hausärzte - "weiß nicht" / fehlende Angaben der jeweiligen Präventionsbereiche (F2.2)
 PrimPräv.=Primärprävention, SekPräv.=Sekundärprävention, TertPräv.=Tertiärprävention

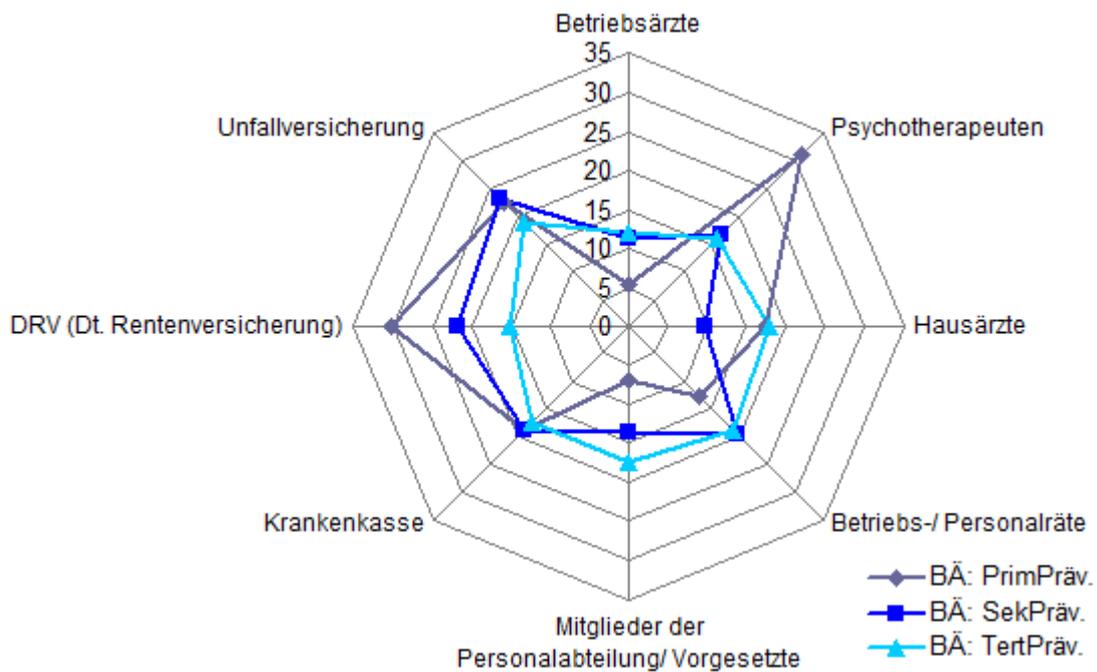


Abb. 11 Betriebsärzte - "weiß nicht" / fehlende Angaben der jeweiligen Präventionsbereiche (F.2.2)
 PrimPräv.=Primärprävention, SekPräv.=Sekundärprävention, TertPräv.=Tertiärprävention

Tab. 28 Statistische Kennwerte "Attribuierte Zuständigkeit"

		Chi ²	phi	p	n(gült)
Primär- prävention	Betriebsärzte	0,22	0,03	0,684	269
	Psychotherapeuten	0,06	0,02	0,870	269
	Hausärzte	0,60	0,05	0,454	269
	Betriebs-/Personalräte	0,06	0,02	0,888	269
	Mitglieder d. Personalabteilung/ Vorgesetzte	0,65	-0,05	0,455	269
	Krankenkassen	4,05	-0,12	0,051	269
	Dt. Rentenversicherung (DRV)	0,06	0,02	0,899	269
	Unfallversicherung	3,57	-0,12	0,068	269
Sekundär- prävention	Betriebsärzte	1,01	-0,06	0,372	269
	Psychotherapeuten	0,15	-0,02	0,699	269
	Hausärzte	0,01	0,00	1,000	269
	Betriebs-/Personalräte	5,21	0,14	0,024	269
	Mitglieder d. Personalabteilung/ Vorgesetzte	1,71	-0,08	0,196	269
	Krankenkassen	1,77	-0,08	0,216	269
	Dt. Rentenversicherung (DRV)	0,85	-0,06	0,394	269
	Unfallversicherung	0,81	-0,05	0,393	269
Tertiär- prävention	Betriebsärzte	1,23	-0,07	0,310	269
	Psychotherapeuten	0,00	0,00	1,000	269
	Hausärzte	1,33	0,07	0,291	269
	Betriebs-/Personalräte	0,42	0,04	0,524	269
	Mitglieder d. Personalabteilung/ Vorgesetzte	0,09	-0,02	0,787	269
	Krankenkassen	0,34	-0,04	0,582	269
	Dt. Rentenversicherung (DRV)	1,92	-0,08	0,184	269
	Unfallversicherung	2,19	-0,09	0,169	269

Chi²= Prüfgröße, phi=Effektstärke, p=Signifikanzniveau, n(gült)=Anzahl gültiger Antworten

Tab. 29 Statistische Kennwerte "Wichtigkeit allgemeiner Maßnahmen" ohne die Items 13 und 14 (Bessere Zusammenarbeit), da hier kein Vergleich gezogen wurde.

Item	BÄ-HÄ			
	U	w	p	n(gült)
1. Fortbildung HÄ zu PPE	0,00	0,00	0,998	266
2. Fortbildung HÄ zum Erwerb psychotherapeutischer Kompetenzen	-0,53	-0,03	0,598	266
3. Fortbildung HÄ zu arbeitsbedingten psychischen Belastungsfaktoren	-0,90	-0,06	0,367	264
4. Fortbildung BÄ zu PPE	-1,65	-0,10	0,099	266
5. Fortbildung BÄ zum Erwerb psychotherapeutischer Kompetenzen	-0,78	-0,05	0,436	263
6. Fortbildung BÄ zur psychosomatischen Grundversorgung	-0,86	-0,05	0,389	264
7. Fortbildung BÄ zu arbeitsbedingten psychischen Belastungsfaktoren	-0,48	-0,03	0,629	265
8. Fortbildung PSY zu PPE	-1,21	-0,07	0,228	267
9. Fortbildung PE zu PPE	-0,88	-0,05	0,378	268
10. Fortbildung PE zu arbeitsbedingten psychischen Belastungsfaktoren	-1,35	-0,08	0,177	267
11. Finanzielle Anreize für PSY zur Früherkennung/ Intervention von PPE	-2,34	-0,14	0,019	261
12. Finanzieller Ausgleich für PSY	-1,65	-0,10	0,100	260

U=Prüfgröße; w=Effektstärke; p=Signifikanzniveau; n(gült)=Anzahl gültiger Antworten
 BÄ=Betriebsärzte, HÄ=Hausärzte, PSY=Psychologen, PPE=psychische und psychosomatische Erkrankung

Tab. 30 Statistische Kennwerte "Wichtigkeit betrieblicher Maßnahmen"

	BÄ-HÄ			
	U	w	p	n(gült)
1. Gestaltung der Arbeitsumgebung	-2,53	-0,15	0,012	268
2. Strukturelle (Re-) Organisation von Arbeitsabläufen	-0,55	-0,03	0,585	304
3. Gestaltung von Arbeitszeitregelungen	-2,79	-0,17	0,005	269
4. Achten der Freizeit der Beschäftigten	-2,02	-0,12	0,043	269
5. Systematische Gefährdungsbeurteilung von psychischen Belastungen	-1,64	-0,10	0,101	267
6. Anpassung von inhaltlichen/ technischen Anforderungen an die Beschäftigten	-0,60	-0,04	0,546	267
7. Verbesserung der fachlichen Qualifikation	-1,46	-0,09	0,144	267
8. Fortbildung zum Umgang mit PPE für Führungskräfte	-1,11	-0,07	0,269	268
9. Fortbildung zum Umgang mit PPE für Beschäftigte	-1,54	-0,09	0,122	267
10. Coaching von Führungskräften	-1,46	-0,09	0,145	265
11. Supervision von Führungskräften	-0,03	0,00	0,974	266
12. Supervision von Arbeitsteams	-1,74	-0,11	0,081	265
13. Stressbewältigungstraining	-2,28	-0,14	0,023	268
14. Ausdauersport	-3,23	-0,20	0,001	268
15. Niederschwellige Beratungsangebote durch Psychotherapeuten	-0,22	-0,01	0,824	268

U=Prüfgröße; w=Effektstärke; p=Signifikanzniveau; n(gült)=Anzahl gültiger Antworten

Tab. 31 Engagement der Betriebe für Prävention von PPE

	U	w	p	n(gült)
BÄ-HÄ	-4,37	6518,0	0,000	265

U=Prüfgröße; w=Effektstärke; p=Signifikanzniveau; n(gült)=Anzahl gültiger Antworten
PPE=psychische und psychosomatische Erkrankungen

12 Literatur

1. Jacobi F. Nehmen psychische Störungen zu. Report Psychologie 2009; 34(1):16–28.
2. Knieps F, Pfaff H, André S, editors. Langzeiterkrankungen: Zahlen, Daten, Fakten. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015. (BKK Gesundheitsreport; vol 2015). Available from: URL: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2015/BKK_Gesundheitsreport_2015.pdf
3. N.N. Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin; 01/2014 [cited 2017 Jun 8]. Available from: URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/positionspap_psych_Erkrankung.pdf.
4. Marschall J, Hildebrandt S, Sydow H, Nolting H-D. DAK-Gesundheitsreport 2016: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten.: DAK-Gesundheit; 2016. Available from: URL: https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2016_-_Warum_Frauen_und_Maenner_anders_krank_sind-1782660.pdf.
5. Bungart J. Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz und die Möglichkeiten von Unterstützungssystemen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben: Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung - BAG UB; 2007.
6. Becker T. Psychische Gesundheit im Betrieb: Arbeitsmedizinische Empfehlung; Ausschuss für Arbeitsmedizin. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales,; Dez. 2016. Available from: URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a450-psychische-gesundheit-im-betrieb.pdf?__blob=publicationFile&v=5.
7. Bundespsychotherapeutenkammer. BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement: Bundespsychotherapeutenkammer; 2015. Available from: URL: http://www.bptk.de/uploads/media/20150305_bptk_austudie_2015_psychische-erkrankungen_und_krankengeldmanagement.pdf.

8. Bundespsychotherapeutenkammer. BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung; 2013. Available from: URL: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/Arbeits-_und_Erwerbsunfaehigkeit/20140128_BPtK-Studie_Arbeits-_und_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf.
9. Preiser C, Rothermund E, Wittich A, Gündel H, Rieger M. Psychosomatic consultation in the workplace: opportunities and limitations of the services offered--results of a qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health* 2016; 89(4):599–608.
10. Schäfer A. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt:: Daten & Fakten: Initiative Neue Qualität der Arbeit. Available from: URL: <http://psyga.info/psychische-gesundheit/daten-und-fakten/>.
11. Siegrist J, Dragano N. Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben.: Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. 2008.
12. Gunkel L, Böhm S, Tannheimer N. Resiliente Beschäftigte - eine Aufgabe für Unternehmen, Führungskräfte und Beschäftigte. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M, editors. *Fehlzeiten-Report 2014*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2014. p. 257–68.
13. Rieger M. Vorlesung Arbeitsmedizin Grundlagen der Arbeitsphysiologie Arbeitszeitgestaltung. Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen; Wintersemester 2015/2016.
14. Schütte M, Köper B. Veränderung der Arbeit. *Bundesgesundheitsblatt* 2013; (56).
15. Ulich E. Gesundheitliche Belastungen in der Arbeitswelt: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. In: Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP), editor. *Psychologie Gesellschaft Politik - 2008: Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland*. Berlin;

2008. p. 8–15 Available from: URL: <http://www.bdp-verband.de/aktuell/2008/bericht/BDP-Gesundheitsbericht-2008.pdf>.

16. Gangl K. Stress: Aktuelle Bevölkerungsbefragung: Ausmaß, Ursachen und Auswirkungen von Stress in Deutschland; 2009. Available from: URL: https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CDgQFjADahUKEwit9eKkj5nHAhXHkCwKHxiiDHA&url=https%3A%2F%2Fwww.vdma.org%2Fdocuments%2F105628%2F244511%2FTK_Studie%2520Stress.pdf%2F15ff404a-1799-457f-81cc-1bd640f8f56f&ei=ssTFVa3UDsehsgH4yrKABw&usg=AFQjCNHUjaa0PKUhjlq2CZh3MvDfgshOqw&bvm=bv.99804247,d.bGg.

17. Bauer M, Banaschewski T, Heinz A, Kamp-Becker I, Meyer-Lindenberg A, Padberg F et al. Das deutsche Forschungsnetz zu psychischen Erkrankungen. Nervenarzt 2016; 87(9):989–1010.

18. Kroll L, Lampert T. Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Berlin: Robert Koch Institut; 01/2012. Available from: URL: <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2012-1/PDF/1.pdf>.

19. Unbekannt. Kein Stress mit dem Stress: Eine Handlungshilfe für Beschäftigte; Das Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – psyGA“. Berlin; 03/2015.

20. Bundesministerium für Gesundheit. Präventionsgesetz: 2015 [cited 2018 Jan 18]. Available from: URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html>.

21. N.N. Leitfaden für Betriebsärzte zu Aufgaben und Nutzen betriebsärztlicher Tätigkeit: 2., vollständig überarbeitete Auflage. 2. Aufl., Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung; 2014. Available from: URL: http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/praev_gremien/arbeitsmedizin/prprodukte/leitfaeden/leitfaden_nutzen.pdf

22. Barth C, Hamacher W, Eickholt C. Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland; Forschung Projekt F 2326. Dortmund/Berlin/Dresden:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2014. Available from: URL: www.baua.de/dok/4964402.

23. Glomm D. Gesunde Arbeit für alle – empirische Studie der Deutschen Rentenversicherung Nord; 2010 [cited 2017 Jul 29]. Available from: URL: <https://www.vdbw.de/Aktuell-Detailansicht.27+M553b0be3b96.0.html>

24. Andrea H, Metsemakers, J F M, Kant IJ, Beurskens, A J H M, Swaen, G M H, van Schayck, C P. Seeking help in relation to work--visiting the occupational physician or the general practitioner. *Occup Med (Lond)* 2004; 54(6):419–21.

25. N.N. Fachdefinition - DEGAM; 2002 [cited 2017 May 24]. Available from: URL: <http://www.degam.de/fachdefinition.html>.

26. Østerås N, Gulbrandsen P, Benth JS, Hofoss D, Brage S. Implementing structured functional assessments in general practice for persons with long-term sick leave: a cluster randomised controlled trial. *BMC Family Practice* 2009; 10.

27. Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger M. Die Kooperation zwischen Haus- und Betriebsärzten in Deutschland: Wo befinden sich Defizite und Barrieren?: Eine qualitative Analyse anhand von Fokusgruppeninterviews. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2012; 106(9):639–48.

28. Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger M. Cooperation between general practitioners and occupational health physicians in Germany: how can it be optimised? A qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health* 2014; 87(2):137–46. Available from: URL: 23344646.

29. Moßhammer D, Michaelis M, Mehne J, Wilm S, Rieger M. General practitioners' and occupational health physicians' views on their cooperation: a cross-sectional postal survey. *Int Arch Occup Environ Health* 2016; 89(3):449–59.

30. Rothermund E, Gündel H, Kilian R, Hölzer M, Reiter B, Mauss D et al. Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext: Konzept und erste Daten. *Z Psychosom Med Psychother* 2014 [cited 2017 Jul 29]; 60(2):177–89.

31. Michaelis M, Lange, R.Junne, F., Rothermund E, Zipfel S, Gündel H, Rieger M. Prevention of common mental disorders in employees – Conception, study design and sample characteristics of a multi-target survey. *Mental Health & Prevention* 2016; 4(2):88–95.
32. Bühner M, Ziegler M. *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. 3. Aufl. München: Pearson Studium; 2012. (Always learning).
33. Unbekannt. Bonferroni-Korrektur [cited 2017 Dec 28]. Available from: URL: <https://www.statsoft.de/glossary/B/BonferroniAdjustment.htm>.
34. Unbekannt. Mehrfaktorielle Varianzanalyse (ohne Messwiederholung): Universität Zürich; 2016. Available from: URL: <http://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse/unterschiede/zentral/mvvarianz.html#top> 28.12.2017
35. GÜthlin C. Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte: Erfahrungen aus fünf allgemeinmedizinischen Studien. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2012; 88(4):173–81. Available from: URL: <http://epaper.online-zfa.de/?issueHeadline=04/2012&volumeHeadline=2012&storyKey=5fbf2093aa5e42079874a1e2d567183b>.
36. Ruf D, Berner MM, Kriston L, Maier I, Härter M. Hausärzte online: Gute Voraussetzungen, aber geringe Nutzung des Internets zur Fortbildung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2008; 102(5):291–7.
37. Kuhlmann R. Betriebsärzte/Betriebsarzt. Available from: URL: <http://www.betriebsaerzte.net/> 28.12.2017
38. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit: ArbSchG. In: *Arbeitsrecht*. p. 1–11 [cited 2015 Oct 17]. Available from: URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html.
39. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für

Arbeitssicherheit: ASiG vom 20.04.2013 In: Arbeitsrecht. p. 1–8 Available from: URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/asig/ASiG.pdf>.

40. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge: ArbMedVV. In: Arbeitsrecht. p. 1–11 Available from: URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/arbmedvv/ArbMedVV.pdf>.

41. Rieger M, Völter-Mahlknecht S. Vorlesung Arbeitsmedizin Lehre in Arbeitsmedizin und Sozialmedizin: Einführung Arbeitsmedizin. Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen; Wintersemester 2015/2016.

42. Landesärztekammer BW, Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg: WBO; 2006. Available from: URL: <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/09/wbo.pdf>.

43. Schneider W. Psychosoziale Herausforderungen der Arbeitswelt in der postmodernen Gesellschaft. Psychotherapeut 2011; 56(1):8–15.

44. Beck D, Berger S, Breutmann N, Fergen A, Gregersen S, Morschhäuser M et al. Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung; Arbeitsschutz in der Praxis. Referat IIIb 2, Berlin: c/o Bundesministerium für Arbeit und Soziales; 2016 Jan 4.

45. Bundespsychotherapeutenkammer. Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG): Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 21.11.2014; 2014. Available from: URL: http://www.bptk.de/uploads/media/20141126_STN_BPtK_Praeventionsgesetz.pdf.

46. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. Betriebliche Prävention [cited 2015 Oct 1]. Available from: URL: <http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fachgruppen/betriebliche-praevention/>.

47. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung: SGB V. In: Fünftes Buch

Sozialgestzbuch vom 18.07.2017 [cited 2015 Oct 17]. Available from: URL: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>.

48. Kaplan, M. Dr. Prävention in der Hausarztpraxis; 2014. (117. Deutscher Ärztetag 2014). Available from: URL: http://www.bundesaerztekammer.de/arzt2014/media/presentationen/TOP_II_Praesentation-Praevention_Kaplan.pdf.

49. Ani C, Bazargan M, Hindmann D, Bell D, Faroog M, Akhanjee L et al. Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. BMC Family Practice 2008; (9 (1)):1–9. Available from: URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/9/1>.

50. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnosis. Journal of Affective Disorders 2004; (78):131–40. Available from: URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032702002379>.

51. Habermaaß S. Betriebsrat oder Personalrat; 2015 [cited 2015 Oct 17]. Available from: URL: <http://ausbildung.info/betriebsrat-personalrat-berufseinstieg>.

52. Koprek M. Personalwesen; 2010-2013. Available from: URL: <http://www.wirtschaftswissen.info/bwl/personalwesen/>.

53. Deutsche Rentenversicherung - Leistungen; 2015 [cited 2015 Oct 17]. Available from: URL: http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitation/02_leistungen/leistungen_index_node.html.

54. Deutsche Rentenversicherung - Präventionsangebot Betsi [cited 2017 Oct 3]. Available from: URL: http://www.deutscherentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Reha/01_Modellprojekte/Betsi_node.html.

55. Rieger M., Vorlesung Arbeitsmedizin, Demografischer Wandel-Handeln des Betriebsarztes im Betrieb und an der Schnittstelle zur Gesundheitsversorgung.

Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen;
Wintersemester 2015/2016.

56. N.N. Prävention lohnt sich: Grundlagen der Prävention [cited 2017 Oct 3].
Available from: URL:
[http://www.dguv.de/de/praevention/praev_lohnt_sich/grundlagen_praev/index.js
p.](http://www.dguv.de/de/praevention/praev_lohnt_sich/grundlagen_praev/index.jsp)

57. Paridon H, Bindzius F, Windemuth D, Hanßen-Pannhausen R, Boege K,
Schmidt N et al. Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer
Belastung bei der Arbeit: Ergebnisse einer Befragung von
Arbeitsschutzexperten; 2004 [cited 2017 Jul 29]. Available from: URL: [www.iga-
info.de](http://www.iga-info.de).

13 Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde im Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen unter Betreuung von Prof. Dr. med. Monika Rieger durchgeführt. Die Konzeption der Studie einschließlich der Entwicklung des Fragebogens erfolgte in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Martina Michaelis, **Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS), Freiburg i.Br.**, Herrn Dr. Florian Junne **Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, Frau Dr. Eva Rothermund, **Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm**, Herrn Prof. Dr. Stephan Zipfel, **Medizinische Universitätsklinik Tübingen, Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** und Herrn Prof. Dr. Harald Gündel, **Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ulm**.

Die Ausarbeitung der Fragebögen erfolgte durch mich, ebenso die Stichprobenziehung. Darüber hinaus wirkte ich an allen Phasen der Studienführung mit.

Die statistische Auswertung erfolgte durch Frau Dr. Martina Michaelis.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Datum/Unterschrift