

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät

**Psychische Gesundheit in Organisationen – Empirische Analysen zu Einflussfaktoren
der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention**

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN GRADES
„DOKTOR DER WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFT“
(DOCTOR RERUM POLITICARUM – DR. RER. POL.)
AN DER WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTLICHEN FAKULTÄT
DER HEINRICH-HEINE-UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

eingereicht im Januar 2022

von

Ines Catharina Wulf M. Sc.

Diese Arbeit wurde als Dissertation von der Wirtschaftswissenschaftlichen
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf angenommen.

Erstgutachter: Univ.-Prof. Dr. Stefan Süß

Zweitgutachter: Univ.-Prof. Dr. Rüdiger Hahn

Datum der Disputation: 05.04.2022

Danksagung

Bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit wurde ich durch verschiedene Personen unterstützt. Einigen davon möchte ich im Folgenden meinen Dank aussprechen, der sich aber ebenso an alle hier nicht erwähnten Beteiligten richtet.

Mein größter Dank gilt meinem Doktorvater Univ.-Prof. Dr. Stefan Süß, der die vorliegende Arbeit zum einem ermöglicht hat sowie zum anderen meinen Promotionsweg fachlich sowie menschlich stark geprägt hat. Stefan, ich danke Dir für alles, was ich von Dir lernen durfte. Mit viel Zuversicht hast Du mein Promotionsvorhaben betreut und mir stets das Gefühl gegeben, dass ich mein Ziel erreichen kann. Neben der hervorragenden Betreuung der Arbeit danke ich Dir auch für die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten, die Du mir im Laufe meiner Zeit an Deinem Lehrstuhl eröffnet hast.

Ich bedanke mich auch bei Herrn Univ.-Prof. Dr. Rüdiger Hahn für die Übernahme des Zweitgutachtens und dessen schnelle Erstellung.

Ein besonderer Dank gilt all jenen Personen, die im Rahmen der Arbeit für Interviews und Befragungen zur Verfügung standen. Ohne ihre Bereitschaft wären die in Kapitel 4 bis 7 beschriebenen Untersuchungen nicht möglich gewesen. Ich danke daher allen Studienteilnehmern für ihre Zeit, ihr Vertrauen und ihre Teilnahmebereitschaft.

Bedanken möchte ich mich außerdem für die Unterstützung, den fachlichen Austausch und das freundschaftliche Arbeitsklima bei meinen aktuellen und ehemaligen Kollegen. Es freut mich sehr, dass der Kontakt zum Team des Lehrstuhls für BWL, insb. Arbeit, Personal und Organisation, auch nach meinem Wechsel zum Institut für medizinische Soziologie weiterhin rege und fruchtbar geblieben ist. Besonderen Dank möchte ich Dr. Stefanie Faupel und PD Dr. Sascha Ruhle für die angenehme Zusammenarbeit bei gemeinsamen Publikationen und für die fachlichen Diskussionen aussprechen, die stets sehr inspirierend und bereichernd waren. Danken möchte ich an dieser Stelle auch Dr. Mathias Diebig für seine Unterstützung im Rahmen unseres gemeinsamen Aufsatzprojektes.

Darüber hinaus möchte ich mich bei Dr. Ingo Klingenberg, Dr. Rouven Kollitz, René Schmoll und Prof. Dr. Eva-Ellen Weiß für die Motivation, Unterstützung und Freundschaft bedanken, die meine Promotionszeit zu etwas ganz Besonderen gemacht haben.

Die Promotionszeit stellt nicht nur für die Doktorandin eine Herausforderung dar, auch Freunde und Familie tragen einen nicht weniger beachtlichen Teil der Last. Große Dankbarkeit gilt daher meinen wunderbaren Eltern, Annett und Karl-Heinz, sowie meiner wunderbaren Schwester Jana. Euer unerschütterliches Vertrauen sowie Eure liebevolle und vielseitige Unterstützung haben meinen Weg zur Promotion überhaupt erst möglich gemacht.

Von Anfang an stand mein Verlobter Max an meiner Seite, der mir für die Promotion nach Düsseldorf folgte. Max, mit Deiner Geduld, Deinem Humor und Deiner Zuversicht hast Du mir während der Entstehung dieser Arbeit die nötige Kraft gegeben. Als wir eine kleine Familie wurden, hast Du mir oft den Rücken freigehalten und mit viel Verständnis dazu beigetragen, dass ich diese Arbeit erfolgreich abschließen konnte – dafür möchte ich Dir von Herzen danken.

Schließlich möchte ich mich bei unserer kleinen Tochter Cleo für ihr ansteckendes Lachen bedanken. Cleo, Du erinnerst mich jeden Tag mit Deiner bezaubernden Art daran, worauf es im Leben ankommt.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangssituation	1
1.2 Problemstellung.....	8
1.3 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	12
2 Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen	15
2.1 Psychische Gesundheit und Krankheit.....	15
2.1.1 Begriffsverständnis	15
2.1.2 Entstehung psychischer Erkrankungen	20
2.1.3 Folgen psychischer Erkrankungen	26
2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliche Krankheitsprävention	30
2.2.1 Definition und Beschreibung	30
2.2.2 Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention	35
2.2.3 Stresspräventionsmaßnahmen	40
2.3 Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention	46
2.3.1 Definition und Beschreibung	46
2.3.2 Organisationale Einflussfaktoren	49
2.3.3 Individuelle Einflussfaktoren	54
2.3.4 Entwicklung eines Forschungsmodells zu Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention	59
3 Einordnung der Kapitel 4 bis 7 in das Forschungsmodell	63
4 Akteure der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Perspektiven und Konflikte im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz	71
4.1 Einleitung	71
4.2 Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen	73

4.3	Methodik	75
4.3.1	Beschreibung der Stichprobe	75
4.3.2	Vorgehen im Rahmen der Datenerhebung.....	76
4.3.3	Vorgehen im Rahmen der Analyse	77
4.4	Ergebnisse	79
4.4.1	Eigen- und Fremdwahrnehmung der Rolle betrieblicher Akteure in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung.....	79
4.4.2	Interaktion und Konflikte in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung	81
4.5	Diskussion	85
4.6	Limitationen und weiterer Forschungsbedarf.....	89
5	Legitimität und Legitimitätssicherung von Betriebs- und Personalrat in organisationalen Veränderungen – Eine qualitative Analyse.....	91
5.1	Einleitung	91
5.2	Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen	95
5.2.1	Betriebs- und Personalrat in organisationalen Veränderungen	95
5.2.2	Legitimität und Legitimitätssicherung von Betriebs- und Personalrat.....	97
5.2.3	Legitimität und Legitimitätssicherung von Betriebs- und Personalrat in organisationalen Veränderungen..	100
5.3	Methodik	101
5.3.1	Beschreibung der Stichprobe	101
5.3.2	Vorgehen im Rahmen der Datenerhebung.....	102
5.3.3	Vorgehen im Rahmen der Analyse	103
5.4	Ergebnisse	105
5.4.1	Rahmenbedingungen der organisationalen Veränderungen	105
5.4.2	Legitimität und Legitimitätssicherung des Betriebsrats in organisationalen Veränderungen	106
5.4.3	Legitimität und Legitimitätssicherung des Personalrats in organisationalen Veränderungen	110
5.5	Diskussion	114

5.6	Limitationen und weiterer Forschungsbedarf.....	119
6	Psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz – Validierung und Anpassung einer deutschsprachigen Version des Mental Health Literacy Tool for the Workplace.....	121
6.1	Einleitung	121
6.2	Methodik	124
6.2.1	Übersetzung und Anpassung des Mental Health Literacy Tool for the Workplace.....	124
6.2.2	Beschreibung der Stichproben	128
6.2.3	Beschreibung der Messinstrumente	128
6.2.4	Datenanalyse	131
6.3	Ergebnisse	132
6.3.1	Ergebnisse der Stichprobe mit Studierenden	132
6.3.2	Ergebnisse der Stichprobe mit Berufstätigen.....	134
6.4	Diskussion	138
6.5	Limitationen und weiterer Forschungsbedarf.....	141
7	Help-seeking and Help-outreach Intentions of Health Care Professionals – The Role of Mental Health Literacy and Stigma in the Workplace.....	143
7.1	Introduction	143
7.2	Conceptual background and development of hypotheses	146
7.2.1	Help-seeking behavior and help-outreach behavior... 146	
7.2.2	The role of stigma for help-seeking behavior and help-outreach behavior.....	148
7.3	Method.....	152
7.3.1	Description of study design and sample.....	152
7.3.2	Description of measures	153
7.3.3	Statistical analyses	155
7.4	Results	156
7.4.1	Responder analysis.....	156
7.4.2	Descriptive statistics.....	156
7.4.3	Factor analysis.....	160
7.4.4	Path model and hypothesis testing	160
7.5	Discussion	164

7.6	Limitations and future research	168
8	Beiträge und Schlussfolgerungen	170
8.1	Zusammenfassende Beiträge zu Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention	170
8.2	Übergreifende Beiträge zur wissenschaftlichen Diskussion über psychische Gesundheit in Organisationen.....	174
8.2.1	Beiträge zur Diskussion über betriebliche Mitbestimmung in der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention auf organisationaler Ebene	174
8.2.2	Beiträge zur Diskussion über das Hilfesuchverhalten und das Anbieten von Hilfe im Umgang mit psychischen Erkrankungen auf individueller Ebene.....	179
8.2.3	Beiträge zur Diskussion über Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention an der Schnittstelle zwischen Organisation und Umwelt.....	183
8.2.4	Beiträge zur Diskussion über zielgruppenspezifische Stresspräventionsmaßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention	189
8.3	Schlussfolgerungen	192
8.3.1	Praxisimplikationen.....	192
8.3.2	Grenzen der Arbeit.....	198
8.3.3	Weiterer Forschungsbedarf.....	200
	Literaturverzeichnis.....	206

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1:	Das Konzept des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums nach Antonovsky	18
Abb. 2.2:	Allgemeines Modell zur Entstehung psychischer Fehlbelastung, Fehlbeanspruchung und Beanspruchungsfolgen.....	24
Abb. 2.3:	Das betriebliche Gesundheitsmanagement.....	34
Abb. 2.4:	Forschungsmodell zu den organisationalen und individuellen Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention	60
Abb. 3.1:	Einordnung der Kapitel 4 bis 7 in das Forschungsmodell....	65
Abb. 4.1:	Kategoriensystem der qualitativen Analyse	78
Abb. 5.1:	Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse	104
Abb. 6.1:	Übersetzungsprozess des MHL-W vom Englischen ins Deutsche	125
Abb. 6.2:	Instrument zur Messung psychischer Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz (MHL-W-G)	127
Abb. 6.3:	Modellstruktur des übersetzten MHL-W-G als Konstrukt zweiter Ordnung.....	135
Fig. 7.1:	Conceptional model of mental health literacy and stigma on help-seeking and help-outreach intentions in the workplace of health care professionals	151
Fig. 7.2:	Workplace mental health literacy as predictor of overall workplace help-seeking intention and help-outreach intention.....	162

Tabellenverzeichnis

Tab. 5.1: Übersicht über die berichteten Veränderungen in den Interviews	105
Tab. 6.1: Explorative Faktorenanalyse	133
Tab. 6.2: Mittelwerte, Standardabweichungen, Reliabilitäten und Korrelationen.....	137
Tab. 7.1: List of sources of help	157
Tab. 7.2: Behavior list of offering support	157
Tab. 7.3: Means, standard deviations and correlation	159
Tab. 7.4: SEM results	161
Tab. 7.5: Results of the mediation analysis	163

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AIC	Akaike information criterion
APA	American Psychiatric Association
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASA	Arbeitsschutzausschuss
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BA#	Betriebsarzt
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIC	Bayesian information criterion
BPersVG	Bundespersönlichkeitsvertretungsgesetz
BR#	Betriebsratsmitglied
CFA	konfirmatorische Faktorenanalyse/confirmatory factor analysis
CFI	comparative fit index
CI	confidence interval
CMV	common method variance
df	degrees of freedom
DIN	Deutsche-Industrienorm(en)/Deutsches Institut f. Normung e.V.
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
e. g.	exempli gratia (zum Beispiel)
EFA	explorative Faktorenanalyse/exploratory factor analysis
EN	Europäische Norm
ERI-Model	Effort-Reward-Imbalance-Model
EU-OSHA	European Agency for Safety and Health at Work
Exp#	Experte
Fig.	Figure
FK#	Führungskraft

GB-Psyché	Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung
GF#	Geschäftsführer
GFI	goodness of fit index
HR#	Mitarbeiter der Personalabteilung
ICC	Intraklassenkorrelationen
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision
ISO	International Organization for Standardization
JDC-Model	Job-Demand-Control-Model
JDR-Model	Job-Demands-Resources-Model
KI	Konfidenzintervall
M	Mittelwert/Mean
MHFA	Mental Health First Aid
MHL-W	Mental Health Literacy Tool for the Workplace
MHL-W-G	deutschsprachige Version des MHL-W
n	Stichprobengröße
NAK	Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz
o. H.	ohne Heftnummer
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
p.	page (Seite)
PR#	Personalratsratsmitglied
PrävG	Präventionsgesetz
RMSEA	root mean square error of approximation
SD	Standardabweichung/standard deviation
SEM	structural equation modelling
SGB	Sozialgesetzbuch
SiFa#	Sicherheitsfachkraft
t1	first time of measurement
t2	second time of measurement
Tab.	Tabelle/Table
TLI	Tucker-Lewis index
WHO	Weltgesundheitsorganisation/World Health Organisation

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Im letzten Jahrzehnt war ein starker Anstieg krankheitsbedingter Fehlzeiten aufgrund **psychischer Erkrankungen** zu verzeichnen: Seit 2010 stiegen die Fälle von Arbeitsunfähigkeit in Deutschland infolge psychischer Erkrankungen um rund 36% und die damit verknüpften Fehltage um 63% (vgl. Meyer/Wiegand/Schenkel 2020, S. 403-404). Manifeste psychische Erkrankungen, z. B. Depressionen, Verhaltensstörungen und Angststörungen, gehen oft mit „belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen“ (WHO 2019, S. 1) einher. Dies führt dazu, dass sowohl das individuelle Wohlbefinden als auch die Fähigkeit, am Arbeits- und Gesellschaftsleben teilzunehmen, reduziert werden. Nahezu jede zweite bzw. dritte krankheitsbedingte Frühverrentung (47,8% bei Frauen; 35,5% bei Männern) ist auf eine psychisch bedingte Erwerbsminderung zurückzuführen (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2020, S. 57). Erschwerend kommt hinzu, dass die durchschnittliche Ausfallzeit infolge psychischer Erkrankungen (28,5 Tage) mehr als doppelt so lang ist wie die durchschnittliche krankheitsbedingte Abwesenheitsdauer (12,3 Tage) (BAuA 2020a, S. 109). Darüber hinaus gehen psychische Erkrankungen häufig mit einer hohen Komorbidität einher (vgl. Kessler et al. 2003, S. 3100; WHO 2019, S. 2) und können so zusätzlich körperliche Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach sich ziehen (vgl. Siegrist/Dragano 2008, S. 308; Portuné 2012, S. 124-125).

Häufig wird **Stress am Arbeitsplatz** als eine Ursache von psychischen Erkrankungen diskutiert (vgl. z. B. Kauffeld/Ochmann/Hoppe 2019, S. 306-309). Dabei gefährden durch ungünstige Arbeitsbedingungen oder schlechte soziale Beziehungen (in Abhängigkeit von der individuellen Konstitution) verursachte psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz die Mitarbeitergesundheit (vgl. Neuner 2019, S. 9-22). Laut einer bundesweiten Umfrage des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) gaben 53% der über 6500 befragten Arbeitnehmer¹ an, sich bei der Arbeit gehetzt und überlastet zu fühlen

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

(vgl. DGB 2019, S. 4). Insgesamt kommt die seit dem Jahr 2007 jährlich stattfindende Studie „Index Gute Arbeit“ zu dem Ergebnis, dass das arbeitsplatzbezogene Stresserleben in Deutschland weiterhin auf einem hohen Niveau ist (vgl. DGB 2019, S. 3). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch für Beschäftigte im öffentlichen Dienst (vgl. BAuA 2020b, S. 1-2). Die empirische Evidenz der letzten vier Jahrzehnte zeigt, dass Stress am Arbeitsplatz langfristig das individuelle Wohlbefinden reduziert und die Entstehung von verschiedenen physischen oder psychischen Erkrankungen (z. B. Depressionen) begünstigt (vgl. Rätzel-Kürzdörfer 2018, S. 290-293; Siegrist/Knesebeck 2018, S. 271).

Neben dem individuellen Leid geht die **Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit** auch mit (un)mittelbaren Kosten für Staat und Organisationen einher (vgl. Rebscher et al. 2016, S. 20). Die durch psychische Erkrankungen entstandenen volkswirtschaftlichen Kosten wurden für das Jahr 2018 auf 22,8 Mrd. Euro Bruttowertschöpfungsverlust geschätzt (vgl. BAuA 2020, S. 2). Durch den Arbeitsausfall betroffener Mitarbeiter entstehen zusätzliche Kosten für die Beschaffung von Personalersatz in Organisationen. Auch andere Mitarbeiter sind ggf. aufgrund der Übernahme von zusätzlichen Aufgaben von Mehrbelastung betroffen. Zusätzlich wirken sich psychische Erkrankungen negativ auf die Motivation, Leistungsfähigkeit, Produktivität sowie Arbeitszufriedenheit der betroffenen Mitarbeiter aus (vgl. Schermuly/Schermuly/Meyer 2011, S. 259-260; OECD 2015, S. 32-36). Für das Individuum ist die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit mit einer reduzierten Lebensqualität und einer deutlich geringeren Lebenserwartung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung verbunden (vgl. Walker/McGee/Druss 2015; WHO 2016, S. 8).

Angesichts hoher Prävalenzraten und der negativen Folgen psychischer Erkrankungen ist das Interesse an der Förderung der psychischen Gesundheit sowie der Prävention psychischer Erkrankungen in Organisationen begründet. Psychische Erkrankungen wie Depressionen können durch Präventionsmaßnahmen in ihrem Auftreten reduziert bzw. in ihrem Verlauf gemildert werden (vgl. Rätzel-Kürzdörfer 2018, S. 290-293). Dafür stehen Organisationen im Rahmen der **betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention** verschiedene theoretisch fundierte

Stresspräventionsmaßnahmen zur Verfügung (vgl. Bräunig et al. 2015; Pieper/Schröer/Eilerts 2019). Darunter sind arbeitsplatznahe Maßnahmen zu verstehen, die der Förderung von Gesundheitspotentialen und der Vermeidung von Gesundheitsrisiken dienen (vgl. Badura/von dem Knesebeck 2016). Stresspräventionsmaßnahmen reichen von Trainingsangeboten zum Umgang mit beruflichem Stress (u. a. Achtsamkeitstraining, Zeitmanagement-Kurs) bis hin zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess der sogenannten Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (GB-Psyche). Bei der GB-Psyche werden beispielsweise auf Basis von umfassenden Belastungsanalysen passende Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern abgeleitet und nachgehalten.

Obwohl die meisten evaluierten Stresspräventionsmaßnahmen grundsätzlich wirksam sind (vgl. Tetrick/Winslow 2015, S. 587-589; Brisson et al. 2016, S. 357; Yunus/Musiat/Brown 2018, S. 72; Proper/van Oostrom 2019, S. 554-555; Phillips/Gordeev/Schreyögg 2019, S. 565-569), variieren ihr Umsetzungsgrad (vgl. Lenhardt/Beck 2016; Beck/Lenhardt 2019) und Erfolg zwischen Organisationen erheblich (vgl. Rongen et al. 2013, S. 411-412). Organisationen berichten in diesem Zusammenhang beispielweise von verschiedenen **Umsetzungsproblemen** bei der GB-Psyche (vgl. Portuné 2012, S. 128; Leitão/Greiner 2017, S. 84-85). Aus den Umsetzungsproblemen resultiert laut einer Studie von Beck und Lenhardt (2019, S. 439), dass lediglich 21 % der 6500 befragten Unternehmen ihren gesetzlichen Verpflichtungen zum Schutz der psychischen Mitarbeitergesundheit nachkommen. In den wenigen Unternehmen, in denen eine GB-Psyche durchgeführt wird, bleibt diese zudem meist unvollständig, sodass davon auszugehen ist, dass lediglich 5 % der befragten Unternehmen alle Anforderungen erfüllt haben (vgl. Beck/Lenhardt 2019, S. 439).

Der unterschiedliche Umsetzungsgrad und Erfolg von Stresspräventionsmaßnahmen erklären sich vor dem Hintergrund von **Einflussfaktoren**, unter denen diese Maßnahmen in Organisationen Anwendung finden (vgl. Bamberg/Busch 2006, S. 224; Wierenga et al. 2013). Einflussfaktoren beziehen sich auf spezifische Rahmenbedingungen und Merkmale, die (in)direkt auf die Stresspräventionsmaßnahmen in Organisationen hemmend oder fördernd wirken (vgl. Nielsen/Miraglia 2017; Rojatz/Merchant/Nitsch 2017,

S. 833-836). Bleiben die Einflussfaktoren unbeachtet, kann dies dazu führen, dass wissenschaftlich fundierte Stresspräventionsmaßnahmen in der betrieblichen Praxis nicht zur Anwendung kommen (vgl. EU-OSHA 2019, S. 2), scheitern oder nicht die gleiche Wirkung entfalten, die in randomisiert kontrollierten Studien beschrieben wird (vgl. Nielsen/Randall 2013, S. 601-602). Anders ausgedrückt wird der Transfer von wissenschaftlicher Erkenntnis in die betriebliche Präventionspraxis ohne das Wissen über mögliche Einflussfaktoren erschwert (vgl. Feldstein/Glasgow 2008). Bleibt der erwünschte Erfolg ergriffener Stresspräventionsmaßnahmen, also die Förderung und der Schutz der Mitarbeitergesundheit, aus, sind Gesellschaft, Organisation und Individuum mit den eingangs skizzierten nachteiligen Folgen konfrontiert.

Findet dieselbe Stresspräventionsmaßnahme in verschiedenen Organisationen Anwendung, kann sie aufgrund der spezifischen Ausprägung von Einflussfaktoren zu unterschiedlichen Ergebnissen führen (vgl. Bothe/Pförtner/Pfaff 2018, S. 398). Dabei lassen sich (a) aus der Umwelt resultierende, (b) organisationale und (c) individuelle Einflussfaktoren unterscheiden (vgl. Nielsen/Miraglia 2017; Rojatz/Merchant/Nitsch 2017, S. 833-836):

(a) **Aus der Umwelt resultierende Einflussfaktoren** betreffen wirtschaftliche, politische und gesellschaftliche Merkmale, u. a. die Landeskultur, gesetzliche Bestimmungen und staatliche Kontrollen, die geografische Lage sowie die allgemeine ökonomische Situation (vgl. Chaudoir/Dugan/Barr 2013, S. 2; Naidoo/Wills 2019, S. 55-61). Als wesentliches Beispiel kann das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) genannt werden, das in Deutschland den Schutz und die Förderung der psychischen Mitarbeitergesundheit regelt. Demnach ist der Arbeitgeber laut § 5 Abs. 3 Nr. 6 ArbSchG zur Analyse und Reduktion der aus der Arbeitstätigkeit resultierenden psychosozialen Risiken im Rahmen der GB-Psyche verpflichtet. Die Umsetzung in den Organisationen wird durch staatliche Aufsichtsbehörden kontrolliert. Studienergebnisse zeigen, dass die Kontrolle durch Aufsichtsbehörden einer der aussagekräftigsten Prädiktoren für die Umsetzung einer GB-Psyche ist (vgl. Beck/Lenhardt 2019, S. 445).

(b) **Organisationale Einflussfaktoren** beziehen sich auf die Rahmenbedingungen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. Sie umfassen einerseits situative Merkmale der Organisation, z. B. aktuelle Restrukturierungsprozesse (vgl. Nielsen/Randall 2013, S. 607). Andererseits zählen dazu auch allgemeine Merkmale der Organisation, z. B. die Unternehmenskultur, Organisationsgröße und -branche, wirtschaftliche Situation, Hierarchien sowie die Verfügbarkeit von Expertenwissen und das Vorhandensein einer Interessensvertretung (vgl. Beck et al. 2015, S. 4-5). So zeigt sich beispielsweise hinsichtlich der Organisationsgröße, dass kleine Organisationen mit maximal zehn Mitarbeitern aufgrund mangelnder Ressourcen seltener eine GB-Psyche durchführen als größere Organisationen (vgl. Beck/Lenhardt 2019, S. 442).

(c) **Individuelle Einflussfaktoren** bezeichnen in der Person liegende Merkmale, die u. a. die individuelle Reaktion auf Präventionsmaßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention beeinflussen. Diese Merkmale können z. B. die Teilnahmemotivation sowie gesundheitsrelevante Überzeugungen und Kompetenzen betreffen (vgl. Beelmann/Karing 2014, S. 132-134; Rojatz/Merchant/Nitsch 2015, S. 142-143; 2017, S. 835). Als ein Beispiel für individuelle Einflussfaktoren kann die wahrgenommene Notwendigkeit von Stresspräventionsmaßnahmen angeführt werden. Diese kann die Teilnahmemotivation von Mitarbeitern an der GB-Psyche beeinflussen (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2017, S. 836).

Der **Fokus** der vorliegenden Arbeit liegt auf organisationalen und individuellen Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention, da hier die größten Einfluss- und Gestaltungspotentiale für Organisationen zu finden sind. Organisationen haben in der Regel nur begrenzte Möglichkeiten, aus der Umwelt resultierende Einflussfaktoren (z. B. die Gesetzgebung oder Landeskultur) direkt zu gestalten. Darüber hinaus bilden die gesundheitlichen Konsequenzen der aus der Umwelt resultierenden Einflussfaktoren einen zentralen medizin-soziologischen Forschungsschwerpunkt und wurden bereits umfassend untersucht (vgl. z. B. Naidoo/Wills 2019). Da die aus der Umwelt resultierenden Einflussfaktoren aber den äußeren Handlungsrahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention widerspiegeln, sollen sie zwar an

geeigneter Stelle thematisiert werden, jedoch keinen Arbeitsschwerpunkt darstellen.

Standen bislang physische Erkrankungen wie Muskel- und Skeletterkrankungen im Vordergrund der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention, sehen sich Organisationen zunehmend mit psychosozialen Risiken und deren Folgen (z. B. Burnout) konfrontiert (vgl. Ahlers 2014, S. 35-37; Aronsson et al. 2017, S. 8-9; Meyer/Wiegand/Schenkel 2020, S. 429-431). Im Vergleich zu physischen Risiken fällt jedoch vielen Organisationen der Umgang mit psychosozialen Risiken besonders schwer (vgl. EU-OSHA 2019, S. 8). Folglich werden Stresspräventionsmaßnahmen seltener durchgeführt, sodass von einem **Umsetzungsdefizit** ausgegangen werden muss (vgl. Portuné 2012, S. 127-128; Ahlers 2015a, S. 198). Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass deutsche Unternehmen in der Stressprävention hinter dem europäischen Durchschnitt zurückbleiben (vgl. EU-OSHA 2016, S. 53-58).

Als Gründe für das Umsetzungsdefizit werden einerseits das mangelnde Problembewusstsein bei Mitarbeitern sowie Führungskräften und die fehlende Bereitschaft, das Thema psychische Gesundheit zu thematisieren, genannt (vgl. EU-OSHA 2019, S. 8-9). Andererseits mangelt es in Organisationen an Fachkenntnissen zum Umgang mit psychosozialen Risiken bzw. es fehlt die Unterstützung durch Experten, z. B. Psychologen (vgl. EU-OSHA 2019, S. 8-9). Erschwerend kommt hinzu, dass die klassischen Ansätze des mit der betrieblichen Prävention beauftragten Arbeitsschutzes bei psychosozialen Risiken oft nicht greifen (vgl. Faller 2017a, S. 34).

Der ‚klassische‘ Arbeitsschutz in Organisationen adressiert mit seinem technisch-ingenieurwissenschaftlichen Selbstverständnis vorrangig physische Risiken (vgl. Faller 2017a, S. 34). Dabei bilden eindeutige Ursache-Wirkungs-Beziehungen, z. B. die Dauer einer Lärmexposition und resultierende Gehörschäden (vgl. BAuA 2022c), die Grundlage für die Prävention arbeitsbezogener Unfälle und Erkrankungen. Aufgrund klarer gesetzlicher Vorgaben werden objektive Daten erhoben und mit Grenzwerten verglichen sowie entsprechende Präventionsmaßnahmen (z. B. Gehörschutz) ergriffen. Im Kontrast dazu zeichnen sich psychosoziale Risiken und deren Folgen durch individu-

elle Wahrnehmung, Disposition sowie zahlreiche miteinander verzahnte Prädiktoren aus (vgl. Faller 2017a, S. 34-35). Eine Vielzahl an ungünstigen Arbeitsbedingungen (u. a. ein Mangel an Anerkennung, ständige Erreichbarkeit) können z. B. in Verbindung mit verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen (u. a. Neurotizismus, Intraversion) das Auftreten der unter dem Begriff ‚Burnout‘ zusammengefassten Symptome begünstigen (vgl. Sisolefsky/Rana/Herzberg 2017, S. 10-12). Allerdings lässt sich nicht verallgemeinern, dass ungünstige Arbeitsbedingungen zwingend zu psychischen Erkrankungen beim Mitarbeiter führen müssen (vgl. Rigotti/Mohr 2011, S. 71). Die komplexe Ursache-Wirkung-Beziehung von psychosozialen Risiken und deren Folgen (vgl. Rigotti/Mohr 2011, S. 76) übersteigt daher oft das klassische Präventionsverständnis und somit die Präventionsansätze des betrieblichen Arbeitsschutzes.

Vor diesem Hintergrund werden psychosoziale Risiken auch als „**wicked problems**“ (Jespersen/Hasle/Nielsen 2016, S. 28 unter Bezugnahme auf Rittel/Webber 1973) bezeichnet. Typische Eigenschaften von wicked problems umfassen zum einen eine ausgeprägte politische und regulatorische Komplexität. Zum anderen existiert eine Vielzahl an Lösungsansätzen, da kein Konsens über die Ursache-Wirkung-Beziehung besteht (vgl. Jespersen/Hasle/Nielsen 2016, S. 29). Überdies erfolgt die Bearbeitung dieser komplexen Probleme durch unterschiedliche Akteure (z. B. Mitarbeiter, Führungskräfte und betriebliche Interessenvertretungen), ist mit hoher Unsicherheit verbunden und birgt Konfliktpotential (vgl. Jespersen/Hasle/Nielsen 2016, S. 29). Dies erklärt den Befund, dass psychosoziale Risiken im Vergleich zu physischen Risiken in der betrieblichen Krankheitsprävention deutlich seltener Berücksichtigung finden: Nur in etwa 42% der Betriebe in Deutschland, die Gefährdungsbeurteilungen durchführen, werden neben physischen auch psychosoziale Risiken untersucht (vgl. Beck/Lenhardt 2019, S. 439). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Förderung und der Schutz der psychischen Mitarbeitergesundheit vor dem Hintergrund der besonderen Charakteristika psychosozialer Risiken besonderen Bedingungen unterliegen und sich daraus ein Forschungsfokus ableitet.

1.2 Problemstellung

Für den Erfolg von Stresspräventionsmaßnahmen in Organisationen ist neben der Effektivität der jeweiligen Präventionsmaßnahme gleichwohl die Effektivität ihrer Umsetzung entscheidend. Erst durch den Abgleich zwischen geplanter Präventionsmaßnahme und ihrem Umsetzungsgrad können Aussagen über ihren Erfolg getroffen werden (vgl. Petermann 2014, S. 122-123). Vor diesem Hintergrund überraschen die Ergebnisse eines Reviews zu betrieblichen Präventionsmaßnahmen von Wierenga und Kollegen (2013), da nur 22 von den 307 identifizierten Wirksamkeitsstudien auch förderliche und hinderliche Faktoren der Umsetzung berichten. In nur knapp 2% der 307 Studien wird ein Zusammenhang zwischen Umsetzung und Wirksamkeit einer Präventionsmaßnahme untersucht. Dabei wird deutlich, dass beispielsweise der erwünschte Effekt einer Präventionsmaßnahme (z. B. Nikotinabstinenz) auch von deren Vollständigkeit und Wiedergabetreue (Umsetzungsgrad) abhängig ist (vgl. Wierenga et al. 2013, S. 8). Der Erkenntnismangel hinsichtlich der Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen ist insofern problematisch, als die Reduktion von psychosozialen Risiken nur erreicht werden kann, wenn die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention auch erfolgreich in Organisationen Anwendung finden. Mit Hilfe der Betrachtung von Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention lässt sich die Übersetzung wissenschaftlicher Ergebnisse in die Unternehmenspraxis überprüfen (vgl. Zoni/Lucchini 2012, S. 43; 47) und so das beschriebene Umsetzungsdefizit reduzieren (vgl. Wandersman et al. 2008; Olswang/Prelock 2015).

Die bisherigen **Forschungserkenntnisse zu Einflussfaktoren** der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention sind unvollständig, wenig differenziert und teils widersprüchlich. Im Vergleich zur großen Anzahl an Wirksamkeitsstudien zu Stresspräventionsmaßnahmen wurden mögliche Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention bislang nur selten untersucht (vgl. Elkeles/Beck 2017, S. 257-259; Barthelmes et al. 2019, S. 44), sodass die Forschung **unvollständig** bleibt. Dies ist problematisch, da eine Vielzahl an Faktoren Einfluss auf die Umsetzungsqualität von Stresspräventionsmaßnahmen in Organisationen nehmen können (vgl. z. B. Durlak/DuPre 2008,

S. 337-338). Zwar wird in den Wirksamkeitsstudien am Rande auch über die Umsetzung der Stresspräventionsmaßnahmen berichtet, allerdings erfolgt in der Regel keine tiefergehende Analyse. So verwundert es kaum, dass ein Meta-Review zum Ergebnis kommt, dass bislang vor allem Erkenntnisse zu Einflussfaktoren mit Bezug zu physischen Risiken vorliegen oder aber Einflussfaktoren undifferenziert betrachtet werden (vgl. Barthelmes et al. 2019, S. 51-54).

Erst im jüngeren Forschungsstrang der Präventions- und Interventionsforschung finden sich Untersuchungen zu Einflussfaktoren, die ihren Schwerpunkt auf die besonderen Herausforderungen von psychosozialen Risiken legen (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2015; Rojatz/Merchant/Nitsch 2017; Martin/Shann/La Montagne 2020). Die vorhandenen Übersichtsarbeiten zu hemmenden und fördernden Faktoren decken Einflussfaktoren auf der Ebene der Umwelt, der Organisation, des Individuums sowie der Intervention ab (vgl. z. B. Kliche/Kröger/Meister 2010; Nielsen et al. 2010; Nielsen/Miraglia 2017; Rojatz/Merchant/Nitsch 2017; Barthelmes et al. 2019). Allerdings zeigt sich, dass ein Teil der Erkenntnisse aus anderen Kulturkreisen und sozialen Kontexten stammt, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf deutsche Organisationen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Versorgungssysteme, Qualifizierungen und gesetzlicher Vorgaben einschränkt (vgl. Beelmann/Karling 2014, S. 136-137, Barthelmes et al. 2019, S. 52).

Zusätzlich wird bemängelt, dass die Studien zu organisationalen Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention die Umsetzungspraxis zumeist **unvollständig wiedergeben** (vgl. z. B. EU-OSHA 2016) oder auf Einzelfällen beruhen (vgl. z. B. Janetzke/Ertel 2016). Sie untersuchen organisationale Einflussfaktoren wie zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie die Unterstützung durch das Top-Management (vgl. Chaudoir/Dugan/Barr 2013). Zur Rolle und zu den Interaktionen der mit der Umsetzung betrauten Akteure im Umgang mit psychosozialen Risiken und ihren Folgen liegen allerdings kaum Erkenntnisse vor (vgl. BAuA 2014; Lenhardt 2017a). Der Erkenntnismangel ist in Anbetracht des Umstandes, dass organisationale Einflussfaktoren alle Anstrengungen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention beeinflussen, überraschend. Darüber hinaus trägt der Arbeitgeber eine

rechtliche Verantwortung zur Förderung und zum Schutz der psychischen Mitarbeitergesundheit, die ausdrücklich die organisationale Ebene mit einbezieht (vgl. ArbSchG).

Hinsichtlich individueller Einflussfaktoren liegen **widersprüchliche Forschungsergebnisse** vor. So wird gezeigt, dass sowohl Kompetenzen (vgl. Rüsç/Thornicroft 2014) als auch Einstellungen (vgl. Barthelmes et al. 2019) die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und das Anbieten von Unterstützung im Falle von psychischen Problemen determinieren. Dass zur Beziehung der beiden individuellen Einflussfaktoren widersprüchliche Ergebnisse vorliegen (vgl. Jung/von Sternberg/Davis 2017; Moll et al. 2018), kann als Zeichen komplexer Zusammenhänge gedeutet werden. Zur Auflösung der Widersprüche ist eine tiefergehende Analyse notwendig. Diese wird jedoch dadurch erschwert, dass die Untersuchungen zu Kompetenzen im Umgang mit psychosozialen Risiken bislang schwerpunktmäßig im privaten Umfeld liegen (vgl. Rossetto/Jorm/Reavley 2016; Jung/von Sternberg/Davis 2017; Schnyder et al. 2017). Nur wenig Berücksichtigung fand die Untersuchung des Arbeitskontexts (für eine Ausnahme vgl. Moll et al. 2017). Darüber hinaus stammen die eingesetzten Ansätze und Messinstrumente aus der klinischen Forschung (vgl. Moll et al. 2017), sodass die Übertragbarkeit auf den betrieblichen Kontext zunächst zu prüfen ist.

Insgesamt kann ein **Erkenntnisdefizit bezüglich organisationaler und individueller Einflussfaktoren** der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention, die Einfluss auf die Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen in Organisationen nehmen, festgestellt werden. Dies ist in Bezug auf das Ziel der Übertragbarkeit empirisch gewonnener Erkenntnisse auf verschiedene Organisationskontexte als unzureichend zu bezeichnen. Erreichen präventive Maßnahmen die Mitarbeiter nicht, verfehlen die oft kostenintensiven Angebote ihre positive Wirkung auf die Mitarbeitergesundheit (vgl. Kessler et al. 2003; Wang et al. 2005; WHO 2017). Darüber hinaus können die Ergebnisse zur Wirksamkeit von Stresspräventionsmaßnahmen ohne Kenntnis über mögliche Einflussfaktoren nur eingeschränkt interpretiert werden (vgl. Phillips/Gordeev/Schreyögg 2019, S. 560), was die Präventionsforschung und das junge Forschungsfeld der Implementierungs-

forschung zusätzlich schwächt. Zudem bleibt die Analyse der Gründe für bestehende Umsetzungsdefizite in der Praxis unvollständig (vgl. Portuné 2012, S. 127-128; Ahlers 2015a, S. 198).

Die hohe **Relevanz** der wissenschaftlichen Betrachtung organisationaler und individueller Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention erklärt sich vor dem Hintergrund der Auswirkungen von psychischen Erkrankungen auf die Gesellschaft, die Organisation und das Individuum (siehe auch 2.1.2). Fallen erkrankte Mitarbeiter langfristig aus, trägt die Gesellschaft die volkswirtschaftlichen Kosten in Form von psychisch bedingten Erwerbsminderungen und Frühverrentungen (vgl. Meyer/Wehner/Cichon 2017, S. 308-310). Da dies immer häufiger der Fall ist, wird das Sozialsystem zunehmend belastet (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2020, S. 57). Für Organisationen ergeben sich Wettbewerbsnachteile, da sie die Kosten für die Produktivitätseinbußen (vgl. z. B. Evans-Lacko/Knapp 2016) und – im Falle eines krankheitsbedingten Mitarbeiterausfalls – für die Beschaffung von Personalersatz tragen. Dies ist als besonders kritisch anzusehen, da vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und alternder Belegschaften die Notwendigkeit des Erhalts der Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern steigt (vgl. Esslinger 2019, S. 725-728). Neben einer Reduktion der individuellen Lebensqualität (vgl. WHO 2019, S. 1) sind psychische Erkrankungen auch mit negativen Folgen für das Berufs- und Privatleben verknüpft (vgl. z. B. Thornicroft et al. 2007).

Um den nachteiligen Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Gesellschaft, die Organisation und das Individuum entgegenzuwirken, besteht Bedarf an wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit den Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention im Umgang mit psychosozialen Risiken und ihren Folgen. Neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn tragen die unter psychologischen, arbeitswissenschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten gewonnenen Erkenntnisse auch zum Abbau des Umsetzungsdefizits von Stresspräventionsmaßnahmen und zur Reduktion psychosozialer Risiken sowie deren Folgen in Organisationen bei. Dies unterstützt wiederum die Zielerreichung von Organisationen und trägt zur Gesundheit von Individuum und Gesellschaft bei.

1.3 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Vor diesem Hintergrund ist es das **Ziel** der vorliegenden Arbeit, psychische Gesundheit in Organisationen unter besonderer Berücksichtigung organisationaler und individueller Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention zu analysieren.

Die Arbeit umfasst insgesamt acht Kapitel. In **Kapitel 2** werden zunächst die begrifflichen und konzeptionellen Grundlagen für die anschließenden Kapitel gelegt. In einem ersten Schritt erfolgen eine allgemeine Begriffsklärung von psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit sowie die Erläuterung der wechselseitigen Beziehung von Arbeit und Gesundheit. Anschließend werden Ziele, Aufbau und Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention skizziert und Stresspräventionsmaßnahmen anhand verschiedener Kriterien differenziert. Im nächsten Schritt erfolgt die Vorstellung des aktuellen Forschungsstands zu organisationalen und individuellen Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. Basierend auf den Grundlagen wird im letzten Schritt das der Arbeit zugrunde liegende Forschungsmodell entwickelt.

Kapitel 3 dient der Einordnung der Kapitel 4 bis 7 in das zuvor entwickelte Forschungsmodell zu den organisationalen und individuellen Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. Dazu werden die einzelnen Studienschwerpunkte skizziert und inhaltliche Zusammenhänge kapitelübergreifend herausgearbeitet. Für die Analyse wurden sowohl qualitative als auch quantitative Studiendesigns gewählt, die es erlauben, den Forschungsgegenstand aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten.

In den Kapiteln 4 bis 7 werden mit Hilfe von vier empirischen Untersuchungen neue Erkenntnisse zu organisationalen und individuellen Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention gewonnen. Dabei werden in den Kapiteln 4 und 5 organisationale Einflussfaktoren näher betrachtet, die die Rolle und Interaktion relevanter Akteure betreffen. Mittels einer qualitativen Studie wird in **Kapitel 4** die Zu-

sammenarbeit der (über)betrieblichen Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention fokussiert. Am Beispiel der gesetzlich verpflichtenden GB-Psychologie werden Konflikte zwischen den beteiligten Akteuren betrachtet und als Einflussfaktor der betrieblichen Präventionspraxis auf organisationaler Ebene analysiert. Die betriebliche Interessenvertretung ist ein zentraler Akteur der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. Ihre Perspektive wird in **Kapitel 5** vertieft. In ambivalenten, psychisch beanspruchenden Veränderungen stellt die Partizipation der Mitarbeiter eine wertvolle Gesundheitsressource dar. Die institutionalisierte Interessenvertretung kann eine solche kollektive Partizipation ermöglichen. Dies gelingt jedoch nur, wenn Betriebs- und Personalräte durch die Mitarbeiter legitimiert sind (vgl. Rami/Hunger 2011, S. 171). Mittels einer qualitativen Interviewstudie werden Erkenntnisse zur Legitimität und Legitimitätssicherung von betrieblichen Interessenvertretungen in belastenden Veränderungsprozessen auf organisationaler Ebene gewonnen.

In den Kapiteln 6 und 7 werden individuelle Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention betrachtet. Insbesondere soll aufgezeigt werden, welche Einflussfaktoren die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und das Anbieten von Unterstützung im Falle von psychischen Problemen determinieren. In **Kapitel 6** wird die psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz als bedeutsamer individueller Einflussfaktor im Umgang mit betrieblichen Hilfsangeboten in einer quantitativen Studie adressiert. Basierend auf der Arbeit von Moll und Kollegen (2017) wird eine deutschsprachige Skala zur Messung der psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz entwickelt und anhand von zwei Stichproben psychometrisch validiert. Die entwickelte Skala findet in **Kapitel 7** in einer quantitativen Studie mit zwei Messzeitpunkten Anwendung. Anhand einer Stichprobe mit jungen Pflegefachkräften wird untersucht, inwieweit die Einflussfaktoren psychische Gesundheitskompetenz und Stigma psychischer Erkrankung die Intention beeinflussen, Hilfe bei psychischen Problemen im Arbeitskontext zu suchen und anzubieten. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Analyse der komplexen Beziehung der individuellen Einflussfaktoren gelegt.

In **Kapitel 8** werden abschließend Beiträge und Schlussfolgerungen aus den Studien zusammengetragen. Zunächst werden die Beiträge zu den organisationalen und individuellen Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention zusammengefasst. Es folgen übergreifende Beiträge zur wissenschaftlichen Diskussion über die psychische Gesundheit in Organisationen, die auch Beiträge zur Interaktion an der Schnittstelle zwischen Organisation und Umwelt beinhalten. Darüber hinaus werden Praxisimplikationen und Grenzen der Arbeit aufgezeigt. Abschließend wird der aus der vorliegenden Arbeit resultierende Forschungsbedarf abgeleitet.

2 Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen

2.1 Psychische Gesundheit und Krankheit

2.1.1 Begriffsverständnis

Psychische Gesundheit beschreibt das geistige und seelische Wohlbefinden eines Menschen und ist neben dem physischen Wohlbefinden Bestandteil der Gesundheit eines Individuums. Da für das Begriffsverständnis von Gesundheit und Krankheit eine künstliche Trennung zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit nicht zielführend ist (vgl. Stemmer-Lück 2009, S. 19), bezieht sich der Begriff ‚Gesundheit‘ im Folgenden zunächst auf beide Dimensionen. Im allgemeinen Sprachgebrauch bezeichnet der Gesundheitsbegriff vor allem das Fernbleiben von Krankheit (vgl. Duden online 2022). Allerdings liegt keine einheitliche oder allgemeingültige wissenschaftliche **Definition** des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs vor. Vielmehr werden in den Wissenschaftsdisziplinen der Biologie, Psychologie, Soziologie, Philosophie und Ökonomie unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, die sich zwar nicht gegenseitig ausschließen, sich aber auch nicht widerspruchsfrei zusammenführen lassen (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 113-114). Neben der Disziplingebundenheit der Definition von Gesundheit und Krankheit kommt erschwerend hinzu, dass sich wissenschaftliche Definitionen stets im Kontrast zu Alltagsvorstellungen und dem umgangssprachlichen Gebrauch der Begriffe befinden (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 115-116). Dies gilt sowohl für die deutsche als auch für die englische Sprache.

Hinsichtlich der Annäherung an eine wissenschaftliche Begriffsbildung und Definition von Gesundheit und Krankheit herrscht interdisziplinär Einigkeit darüber, dass diese in Abhängigkeit vom jeweiligen Bezugssystem zu definieren sind (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 113-116; Cockerham 2017, S. 10-11; Faller 2019). Dabei lassen sich die drei **Bezugssysteme** Individuum, Medizin und Gesellschaft unterscheiden, die einen jeweils anderen Blickwinkel auf die Konstrukte Gesundheit und Krankheit repräsentieren (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 115-116). Dies schlägt sich auch in der sprachlichen Regelung für die Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ nieder, z. B. gibt es im englischsprachigen Kontext für Krankheit mindestens drei

Begriffe (illness, sickness, disease), die je nach Bezugssystem und Perspektive Anwendung finden (vgl. Cockerham 2017).

Aus **individueller Sicht** verkörpert der Begriff ‚Gesundheit‘ ein positives Gefühl des Wohlbefindens, das mit einer gewissen Lebensqualität und der Teilhabe am Arbeits- und Sozialleben verbunden ist (vgl. Faller 2019, S. 4-8). Interindividuelle Unterschiede hinsichtlich der Persönlichkeit, Krankheitskonzepte und Symptomwahrnehmung sowie -interpretation führen dazu, dass Gesundheit bzw. Krankheit ein subjektiver Charakter innewohnt (vgl. Cockerham 2017, S. 188-190). Im Bezugssystem Individuum wird Krankheit aus der Perspektive der Selbstwahrnehmung mit „sich krank fühlen“ (Hurrelmann/Richter 2013, S. 115) (englisch: ‚illness‘) definiert.

Aus **gesellschaftlicher Sicht** ist Gesundheit mit der Erfüllung von sozialen Rollen verknüpft, z. B. die Rolle als Mutter, Vorgesetzte u. a. (vgl. Faller 2019, S. 4; 12; 13). Krankheit wird hingegen als Abweichung von der gesundheitlichen Norm betrachtet und kann mit dem sozial-gesellschaftlichen Phänomenen der Stigmatisierung verbunden sein (vgl. Cockerham 2017, S. 189-194; 211) (vgl. 2.1.3). Erkrankt ein Individuum, kann dies zu einer Leistungsminderung bis hin zu dem Nichterfüllen seiner gesellschaftlichen Rolle (z. B. im Arbeitskontext) führen (vgl. Cockerham 2017, S. 189). Die Rolle des Kranken beinhaltet auch die Annahme von formeller und informeller Unterstützung, z. B. über die Sozialversicherung (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 116). Im Englischen als ‚sickness‘ bezeichnet, kann die gesellschaftliche Perspektive mit „Status des Krankseins“ (Hurrelmann/Richter 2013, S. 116) übersetzt werden.

In der **medizinischen Sicht** findet oft ein dichotomes Modell der Gesundheit Anwendung, das auf Grundlage von diagnostischen Kriterien das Vorliegen von Gesundheit oder Krankheit definiert (vgl. Faller 2019, S. 4-7). Die Abweichung von objektivierbaren physiologischen Normen und Regulationen bzw. Organfunktionen wird als Krankheit definiert (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 34-39), die diagnostiziert und anschließend therapiert wird. Als Grundlage zur Diagnosestellung dienen die beiden international gültigen Klassifikationssysteme ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision) und DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) (vgl. Faller 2019, S. 10). Mit

Hilfe der Manuale prüfen Ärzte und Psychotherapeuten verschiedene Kriterien wie die Dauer, Häufigkeit, Intensität und Anzahl von Symptomen (vgl. Faller 2019, S. 10). Im Bezugssystem der Medizin wird also aus der Fremdwahrnehmung von Professionellen heraus auf Grundlage von objektiven Kriterien ein Individuum „als krank definiert“ (Hurrelmann/Richter 2013, S. 116), was mit dem englischen Begriff ‚disease‘ übersetzt werden kann.

Eine vielzitierte Definition von Gesundheit und Krankheit im wissenschaftlichen Diskurs ist bereits mehr als 70 Jahre alt und stammt aus der Satzung der Weltgesundheitsorganisation (vgl. WHO 1946). Demnach ist Gesundheit ein Zustand des vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht einfach die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen (vgl. WHO 1946). Obwohl nach der **Definition der WHO** Gesundheit erstmals als mehrdimensionales Konstrukt beschrieben und somit eine interdisziplinäre Perspektive eingenommen wird, wird die Definition für die wissenschaftliche Arbeit als nicht mehr zeitgemäß beurteilt (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 117-119; Faller 2019, S. 4). Die Kritik bezieht sich einerseits auf den utopisch anmutenden Idealzustand des ‚vollkommenen Wohlbefindens‘ (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 117-118), denn auch Menschen, die als gesund bezeichnet werden, erleben häufig körperliche Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen), die in der Regel vorübergehender Natur und unbedenklich sind (vgl. Faller 2019, S. 4-5). Betroffene Individuen würden sich in diesem Fall nicht als krank definieren und Ärzte würden keine Diagnose stellen. Andererseits wird der statische Charakter des ‚Zustands‘ kritisiert, der der tatsächlichen Dynamik von Gesundheit und Krankheit nicht gerecht wird (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 119). Trotz der genannten Kritikpunkte am Ansatz der WHO bleibt dieser ein bedeutsamer Meilenstein und Ausgangspunkt (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 119-120) für die weiteren Überlegungen.

Abweichend von der Definition der WHO prägte der Soziologe Antonovsky (1987) das Konzept des **Gesundheits-Krankheits-Kontinuums**, das dem dichotomen Verständnis der Medizin entgegensteht und den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand widerspiegelt (vgl. Rigotti/Mohr 2011, S. 67-68; Faller 2019, S. 4). Wie in Abbildung 2.1 visualisiert, ist in diesem Kontinuum

die Verortung des Gesundheitsstatus zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit als ein dynamischer Prozess zu verstehen, der eine Alternative zur dichotomen Trennung der Begriffe bietet (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 124-125). Demnach ist Gesundheit kein fixer Zustand, sondern ein sich ständig verändernder Prozess. In Abhängigkeit von verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren trägt jedes Individuum gleichzeitig gesunde wie auch kranke Anteile in sich, sodass die Extremausprägungen völlige Gesundheit oder Krankheit eher die Ausnahme beschreiben (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 120-128). Das Konzept ermöglicht es, bereits erste Anzeichen und auslösende Faktoren noch vor der Krankheitsentstehung einzubeziehen, was eine Ableitung von frühzeitigen, gesundheitsförderlichen und präventiven Ansätzen erlaubt (vgl. 2.2.2).

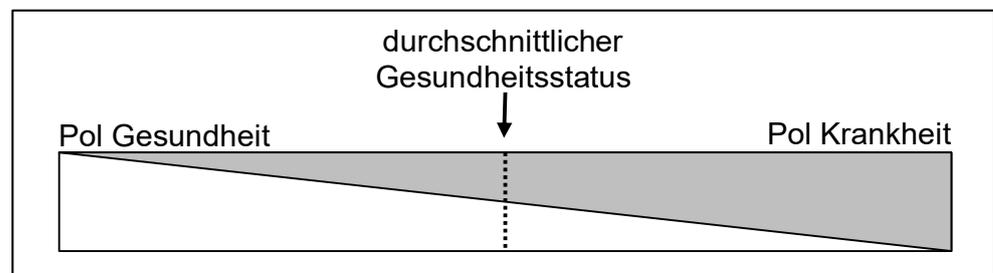


Abb. 2.1: Das Konzept des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums nach Antonovsky (1987, eigene Darstellung; in Anlehnung an Hurrelmann/Richter 2013, S. 125)

Diese Herangehensweise ist gerade in Bezug auf psychische Leiden hilfreich, da bereits erste Anzeichen wie ein geringes Selbstwertgefühl, Ängstlichkeit oder depressive Verstimmungen früh beobachtbar sind (vgl. Rigotti/Mohr 2011, S. 67) und durch die rechtzeitige Förderung von positiven Faktoren der Manifestierung einer psychischen Störung entgegengewirkt werden kann. Zusätzlich berücksichtigt das dynamische Gesundheits-Krankheits-Kontinuum das breite Spektrum psychischer Gesundheit, anstatt Beeinträchtigungen aufgrund eines normativ gesetzten Grenzwerts als psychische Störung zu klassifizieren (vgl. Rigotti/Mohr 2011, S. 68). Letztendlich bietet sich das Konzept des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums als ein mehrperspektivischer Ansatz an, der die Selbst- und Fremdwahrnehmung von Gesundheit vereint. Dadurch wird eine interdisziplinäre Betrachtung ermöglicht und der Austausch zwischen den Disziplinen zum Thema Gesundheit erleichtert.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Bezugssysteme, der WHO-Definition und des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums leiten Hurrelmann und Richter (vgl. 2013, S. 138-148) eine sogenannte **konsensfähige Definition** ab, welche die verschiedenen Ansätze integriert und aufgrund ihres interdisziplinären Charakters auch für die vorliegende Arbeit relevant ist. Demnach bezeichnet Gesundheit das „Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann/Richter 2013, S. 147). Entsprechend ist Krankheit „das Stadium des Ungleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann/Richter 2013, S. 147).

Zur Beschreibung von Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit werden vielfach metaphorische und sogar abwertende Formulierungen gewählt, die Menschen mit psychischen Erkrankungen als gefährlich, unberechenbar oder unsozial darstellen (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2022a). Dies ist für Betroffene und deren soziales Umfeld mit weitreichenden negativen Folgen verbunden. Vor diesem Hintergrund ersetzen die WHO und die American Psychiatric Association (APA) in ihren Klassifikationssystemen den Begriff der „psychischen Erkrankung“ durch „psychische Störung“ (vgl. Häfner 2019, S. 688) – mit dem Ziel, die Stigmatisierung betroffener Individuen abzubauen (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit 2022b). Nichtsdestoweniger werden die beiden Begriffe ‚Erkrankung‘ und ‚Störung‘ in der Wissenschaft und in der Alltagssprache oft synonym verwendet (vgl. Häfner 2019, S. 693).

Psychische Störungen entwickeln sich in der Regel über einen längeren Zeitraum hinweg (vgl. z. B. Kessler et al. 2007; Wang et al. 2007). Entsprechend dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (vgl. Antonovsky 1987) ist davon auszugehen, dass Individuen zunächst erste Anzeichen zeigen, bevor sich

eine psychische Störung manifestiert und sich später ggf. chronifiziert. Eine psychische Störung wird als „klinisch bedeutsam“ (Rigotti/Mohr 2011, S. 65-66) bezeichnet, wenn eine Gefährdung der eigenen (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 55-61) oder einer dritten Person zu befürchten ist, persönliches Leid besteht oder allgemeine soziale Normen verletzt werden. Für die vorliegende Arbeit sollen als übergeordnete Begriffe ‚psychische Erkrankung‘ bzw. ‚psychisches Gesundheitsproblem‘ genutzt werden, um das gesamte Kontinuum von ersten Anzeichen bis hin zu manifesten psychischen Störungen zu beschreiben. Liegt der alleinige Fokus hingegen auf klinisch relevanten psychischen Symptomen oder diagnosewürdigen psychischen Beschwerden, wird der Begriff ‚psychische Störung‘ genutzt.

2.1.2 Entstehung psychischer Erkrankungen

Verschiedene Determinanten beeinflussen den psychischen Gesundheitsstatus eines Individuums. Dazu zählen neben allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt auch persönliche Faktoren wie die physische und psychische Konstitution (z. B. Genetik) und Verhaltensfaktoren (z. B. Vorsorgeverhalten) (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 55-61). Eine zentrale Rolle kommt den Arbeitsbedingungen als Verhältnisfaktor in der modernen Gesellschaft zu (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 24, 43). Dies erklärt sich dadurch, dass die meisten Menschen im erwerbtätigen Alter neben unbezahlten Arbeiten im Haushalt einen bedeutenden Anteil ihrer zur Verfügung stehenden Zeit mit Arbeit zum Geldverdienst verbringen (vgl. Habermann-Horstmeier 2018, S. 15). Dadurch nehmen die Bedingungen, unter denen die **Erwerbsarbeit** erfolgt, einen starken Einfluss auf die Tagesstruktur und letztendlich auch auf die Gesundheit von Individuen (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 44).

Grundsätzlich stellt die Erwerbsarbeit eine bedeutende Ressource für die Gesundheit dar: Neben der Sicherung der Existenzgrundlage kann Arbeit dem sozialen Austausch, der Selbstbestätigung und -verwirklichung sowie dem Lebenssinn dienlich sein (vgl. Rigotti/Mohr 2011, S. 70-71; Habermann-Horstmeier 2018, S. 16-17). Dies zeigt sich auch mit Blick auf die Forschung zu **Arbeitslosigkeit** und Gesundheit (vgl. Holleederer 2017, S. 425-428): Mit dem Verlust der Erwerbsarbeit steigen das Morbiditätsrisiko für eine Vielzahl von Erkrankungen sowie das Mortalitätsrisiko. Arbeitslose leiden unter dem

Verlust sozialer Interaktionsmöglichkeiten, des Selbstwertgefühls und der Lebenszufriedenheit. Insbesondere psychische Störungen wie Depressionen und Angststörungen nehmen zu und erschweren damit oft zusätzlich die Arbeitsplatzsuche und die Rückkehr in ein Beschäftigungsverhältnis (vgl. Holleder 2017, S. 427). Mit dem Wiedereinstieg in eine Beschäftigung verbessert sich in der Regel die psychische Gesundheit (vgl. Holleder 2017, S. 426-429).

Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist der Eindruck überraschend, der mit Blick auf die Publikationen zum Thema Arbeit und Gesundheit entsteht, nämlich dass die aus der Arbeitstätigkeit resultierenden gesundheitlichen Risiken überwiegen. Tatsächlich muss aber von einem „Janusgesicht der Arbeit“ (Rigotti/Mohr 2011, S. 70) ausgegangen werden, das sowohl positive (z. B. Sinnstiftung, sozialer Austausch) als auch negative Auswirkungen (z. B. arbeitsbezogenes Stresserleben) auf die psychische Gesundheit symbolisiert. Aufgrund der **Komplexität der Wirkungszusammenhänge** zwischen (Arbeits-)Umwelt und Individuum (vgl. Ahlers 2014, S. 35) lässt sich zudem eine eindeutige kausale Beziehung zwischen psychosozialen Arbeitsbelastungen und der individuellen Mitarbeitergesundheit nur schwer darstellen (vgl. Rigotti/Mohr 2011, S. 71).

Im Folgenden sollen verschiedene Ansätze aufgezeigt werden, die erklären, wie eine Disbalance psychischer Gesundheit entstehen kann und welche Rolle Anforderungen sowie individuelle Risiko- und Schutzfaktoren bei dem Entstehungsprozess tragen. Zur Erklärung des komplexen Zusammenspiels zwischen Individuum und (Arbeits-)Umwelt sowie dessen Folgen für die Mitarbeitergesundheit (vgl. Rigotti/Mohr 2011, S. 76) wurden verschiedene Theorien und Modelle entwickelt (für eine Übersicht vgl. z. B. Kauffeld/Ochmann/Hoppe 2019). Zu den international etablierten Modellen zählen das Job-Demand-Control(JDC)-Model (vgl. Karasek 1979), das Effort-Reward-Imbalance(ERI)-Model (vgl. Siegrist 1996) und das Job-Demands-Resources(JDR)-Model (vgl. Bakker/Demerouti 2007). Ungeachtet der heterogenen Begriffsdefinitionen in den verschiedenen Modellen stimmen diese hinsichtlich der Annahme überein, dass negative Gesundheitsfolgen aus der Wechselwirkung zwischen (potentiell schädlichen) Anforderungen bzw.

Stressoren und (potentiell förderlichen) Ressourcen resultieren (vgl. BAuA 2014, S. 29; NAK 2018, S. 21-23; Neuner 2019, S. 9-13).

Die grundlegenden Wirkungszusammenhänge bei der Entstehung psychischer Erkrankungen sollen im Rahmen der vorliegenden Arbeit anhand des **Belastungs-Beanspruchungs-Modells** erläutert werden (vgl. Rutenfranz/Rohmert 1975). Dieses universelle Modell subsumiert die wesentlichen Aspekte der oben angeführten etablierten Modelle. Mit Hilfe des mechanischen Sinnbilds der Blechbiegeprobe wird das Zusammenspiel von äußerem Druck als Belastung und daraus resultierender Beanspruchung des Materials beschrieben (vgl. Richter/Schütte 2017, S. 123-124). Das ursprünglich aus den Arbeitswissenschaften stammende und auf die physikalischen Einflüsse bezogene Modell (vgl. Rutenfranz/Rohmert 1975) wurde später um die Beschreibung von psychischer Belastung und Beanspruchung erweitert (vgl. Rohmert 1984). Als eines der ersten formulierten Modelle diente es vielen stresstheoretischen Ansätzen als Grundlage und ging in die internationale Norm DIN EN ISO 10075-1 ein. Seitdem wird es als interdisziplinäre Verständigungsgrundlage zu den Wirkungszusammenhängen bei der Entstehung psychischer Erkrankungen in Wissenschaft und Praxis genutzt (vgl. DIN 2000) und ist somit geeignet, um im Folgenden den Entstehungsprozess psychischer Erkrankungen zu erläutern.

Am Arbeitsplatz wirken verschiedene psychosoziale Arbeitsbelastungen oder psychosoziale Risikofaktoren (vgl. Dragano/Wahl 2015, S. 22), die sich aus dem Inhalt sowie den Bedingungen der Tätigkeit ergeben, auf jeden dort beschäftigten Mitarbeiter gleichermaßen ein (vgl. Metz/Rothe 2017, S. 8-10; Richter/Schütte 2017, S. 124). Psychosoziale Arbeitsbelastungen ergeben sich aus der Arbeitsaufgabe, Arbeitsumgebung, Arbeitsorganisation und sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz (vgl. NAK 2018, S. 21-23) und führen zur psychischen Belastung im Individuum (vgl. Metz/Rothe 2017, S. 10; Neuner 2019, S. 12-13). Der Begriff der psychischen **Belastung** wird laut DIN EN ISO 10075-1 neutral verwendet und bezieht sich auf die aus der Arbeitssituation resultierende „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (vgl. DIN 2000, S. 3). Nachteilige Belastung wie erhöhter Leistungs- und Zeitdruck (sogenannte psychische Fehlbelastung) kann zu einer psychischen

(z. B. Anspannung) und physiologischen Stressreaktion (z. B. Blutdrucksteigerung) beim Individuum führen.

Dem Belastungs-Beanspruchungs-Modell (vgl. Rutenfranz/Rohmert 1975; Rohmert 1984) zufolge resultiert die psychische Belastung in Abhängigkeit von individuellen Risiko- und Schutzfaktoren unmittelbar in der psychischen Beanspruchung des Individuums (vgl. DIN 2000, S. 3-4). Individuelle **Risiko- und Schutzfaktoren** beschreiben Eigenschaften, Merkmale und Kompetenzen, die bei der Bewältigung von psychischen Fehlbelastungen eine Rolle spielen (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 122-124; Metz/Rothe 2017, S. 11-12). Beispielsweise werden Konflikte am Arbeitsplatz und eine hohe Arbeitsbelastung von resilienten Mitarbeitern als weniger negativ wahrgenommen als von Mitarbeitern mit einer geringer ausgeprägten inneren Widerstandskraft (vgl. Lanz/Bruk-Lee 2017). Auch andere individuelle Merkmale wie die Qualifikation für die Tätigkeit, Alter und Geschlecht sowie die aktuelle Tagesform können die Beziehung zwischen Belastung und Beanspruchung beeinflussen (vgl. Richter/Schütte 2017, S. 126-127). So drücken sich beispielsweise geschlechtsspezifische Unterschiede dahingehend aus, dass Frauen auf die fehlende Unterstützung durch die Führungskraft mit höherem Stresserleben reagieren als ihre männlichen Kollegen (vgl. z. B. Padkapayeva et al. 2018).

Bei der Auseinandersetzung mit der Arbeitstätigkeit wird das Individuum psychisch beansprucht. Ebenso wie der Begriff der psychischen Belastung wird auch der Begriff der psychischen **Beanspruchung** neutral verwendet (vgl. Metz/Rothe 2017, S. 11). Die unmittelbaren Effekte können für das Individuum positiv (z. B. Aktivierung, Aufwärmefekte) oder negativ (z. B. psychische Ermüdung, Monotonie-Erleben, herabgesetzte Wachsamkeit) sein (vgl. Metz/Rothe 2017, S. 12-13). Überwiegen die negativen Wirkungen dauerhaft die positiven, wird von psychischer Fehlbeanspruchung des Individuums gesprochen und das Risiko gesundheitlicher Konsequenzen ist erhöht (vgl. BAuA 2014, S. 29).

Langfristig können aus unausgewogener Beanspruchung negative **Beanspruchungsfolgen** in Form von psychischen, physischen oder psychosomatischen Störungen resultieren (vgl. Metz/Rothe 2017, S. 7-15). Psychische Beanspru-

chungsfolgen können dabei von psychosomatischen Beschwerden wie Rückenschmerzen über gesteigerten Alkohol- und Medikamentenkonsum bis hin zu depressiven Episoden reichen (vgl. Kaufmann/Pornschlegel/Udris 1982, S. 13-48; Metz/Rothe 2017, S. 13-14). Doch auch physische Erkrankungen (z. B. des kardiovaskulären Systems) werden begünstigt (vgl. WHO 2019, S. 2). Negative Beanspruchungsfolgen des Individuums können letztendlich in negativen Auswirkungen für die Organisation resultieren, z. B. verminderte Leistungsfähigkeit, Anstieg von krankheitsbedingten Fehlzeiten und Fehlerrate sowie ungünstiges Betriebsklima (vgl. Kaufmann/Pornschlegel/Udris 1982, S. 24; Metz/Rothe 2017, S. 14). Abbildung 2.2 skizziert den Prozess der Entstehung psychischer Fehlbelastung, Fehlbeanspruchung und Beanspruchungsfolgen:

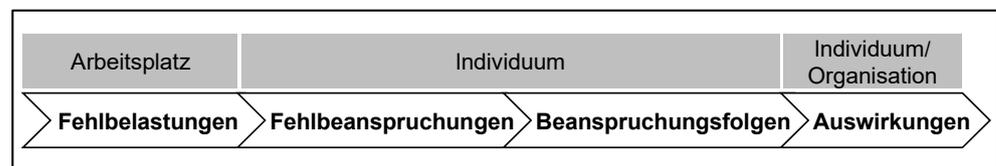


Abb. 2.2: Allgemeines Modell zur Entstehung psychischer Fehlbelastung, Fehlbeanspruchung und Beanspruchungsfolgen (in Anlehnung an Richter/Schütte 2017, S. 127)

Einer umfangreichen Lebenszeitprävalenzstudie zufolge leidet jeder dritte Deutsche im Laufe seines Lebens unter psychischen Symptomen, welche die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllen (vgl. Kessler et al. 2007, S. 172). Viele **psychische Störungen** entwickeln sich zwar bereits im Kindes- oder frühen Erwachsenenalter (vgl. Kessler et al. 2007, S. 171-173), werden jedoch erst Jahrzehnte später oder gar nicht behandelt (vgl. Wang et al. 2007, S. 182). Zu den häufigsten Störungsformen zählen affektive Störungen (z. B. Depression), somatoforme Störungen (z. B. unklare Beschwerden wie Rückenschmerzen ohne körperliche Ursache), Substanzmissbrauch (z. B. Alkoholabhängigkeit) und verschiedene Angststörungen (vgl. Jacobi/Kessler-Scheil 2013, S. 195). Auch der Einfluss der psychischen Gesundheit auf körperliche Beschwerden gilt als bestätigt (vgl. Rigotti/Mohr 2011, S. 64). Dies erklärt u. a. die hohe Gefahr von Begleiterkrankungen psychischer Störungen, z. B. Diabetes, Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. WHO 2019, S. 2). Hinzu kommen geschlechterspezifische Unter-

schiede: Männer sind häufiger von Substanzmissbrauch betroffen, Frauen leiden doppelt so häufig an affektiven Störungen (insbesondere Depressionen und Angststörungen) sowie somatoformen Störungen (vgl. Rigotti/Mohr 2011, S. 66).

Seit mehr als zehn Jahren ist ein Anstieg krankheitsbedingter Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen zu verzeichnen (vgl. Meyer/Wehner/Cichon 2017, S. 358-359; Meyer/Wiegand/Schenkel 2020, S. 403-404). Die Diskussion, inwieweit die **Prävalenz** psychischer Störungen tatsächlich gestiegen ist und welche Ursachen dem zugrunde liegen können, ist nicht abschließend geklärt. Am ehesten ist von einem Zusammenspiel verschiedener Ursachen auszugehen (vgl. Bungart 2017, S. 336). Zum einen können in Folge der digitalen Transformation veränderte psychosoziale Risiken (u. a. verursacht durch Arbeitsverdichtung, Zeitdruck, Entgrenzung und Informationsüberflutung) als eine Erklärung für den Anstieg krankheitsbedingter Fehlzeiten in Folge psychischer Störungen angeführt werden (vgl. Ducki 2019, S. 2-4). Zum anderen wird die Zunahme durch die verstärkte Vergabe von auf die Psyche bezogenen Diagnosen (z. B. Burnout) sowie durch veränderte Diagnosesysteme erklärt (vgl. Jacobi/Kessler-Scheil 2013, S. 196-197). Durch die gestiegene gesellschaftliche Sensibilität gegenüber psychischen Störungen kann auch davon ausgegangen werden, dass Betroffene schneller professionelle Hilfe aufsuchen (vgl. Jacobi/Kessler-Scheil 2013, S. 196). Trotz der kontroversen Debatten über mögliche Ursachen der gestiegenen Kennzahlen ist die Bedeutung psychischer Störungen unbestritten (vgl. Jacobi/Kessler-Scheil 2013, S. 202), zumal ein weiterer Anstieg bis zum Jahr 2030 weltweit prognostiziert wird (vgl. WHO 2011).

2.1.3 Folgen psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen können mit weitreichenden Folgen für Gesellschaft, Organisation und Individuum verbunden sein, welche die Bedeutung des Schutzes und der Förderung der psychischen Gesundheit unterstreichen. Psychische Erkrankungen stellen eine besondere Belastung für das Sozialsystem der **Gesellschaft** dar. Fallen Mitarbeiter aufgrund psychischer Erkrankungen mehr als sechs Wochen aus, trägt nicht mehr der Arbeitgeber die Kosten für die Lohnfortzahlung, sondern die Krankenkassen übernehmen die Zahlung des Krankengelds (vgl. SGB). Da Mitarbeiter mit psychischen Erkrankungen in der Regel längerfristig ausfallen (vgl. BAuA 2020a, S. 109), werden die sozialen Sicherungssysteme durch die Folgekosten belastet. Ist der betroffene Mitarbeiter dauerhaft nicht arbeitsfähig, trägt die Gesellschaft die Kosten psychisch bedingter Erwerbsminderungen und Frühverrentungen (vgl. Meyer/Wehner/Cichon 2017, S. 308-310).

Laut einer Statistik der Deutschen Rentenversicherung (2020, S. 57) sind knapp die Hälfte der gesundheitsbedingten Frühverrentungen von Frauen und rund 35 % der von Männern auf eine psychische Störung zurückzuführen. Die Relevanz von psychischen Störungen wird insbesondere im Vergleich mit anderen Ursachen für Frühverrentungen deutlich: Beispielsweise schlagen Muskel-Skelett-Erkrankungen mit nur ca. 13 % bei den Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu Buche. Eine Verrentung wegen verminderter Erwerbstätigkeit erfolgt in vielen Fällen mehrere Jahre vor der Regelaltersgrenze (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2020, S. 68) und verursacht somit über Jahre Kosten für das Sozialsystem. Das durchschnittliche Rentenzugangsalter aufgrund einer gesundheitsbedingten Erwerbsminderung wegen psychischer Störungen liegt bei ca. 49 Jahren (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2013, S. 15).

Durch die Externalisierung der im Zusammenhang mit psychischen Störungen entstehenden Kosten auf die Gesellschaft werden das Gesundheits-, Renten- und Pflegesystem belastet. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird zudem die Balance zwischen Erwerbstätigen und Leistungsempfängern zu Ungunsten der Erwerbstätigen verschoben (vgl. Roschker 2014, S. 32). Hinzu kommen einer Schätzung der BAuA (2020a, S. 45) zufolge die volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle durch Arbeitsunfähigkeit

aufgrund psychischer Störungen, die sich im Jahr 2018 auf 13,3 Mrd. Euro beliefen. Der Ausfall an Bruttowertschöpfung aufgrund psychischer Erkrankungen schlug sich mit 22,8 Mrd. Euro nieder (vgl. BAuA 2020, S. 45).

Psychische Erkrankungen und ihre Folgen gefährden die wirtschaftlichen und sozialen Ziele von **Organisationen**. Eine Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten verschiedener Krankenkassenverbände ergab, dass im Jahr 2018 in Deutschland mehr als 90 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen anfielen (vgl. BAuA 2020a, S. 8). Erschwerend kommt hinzu, dass betroffene Mitarbeiter mit einer psychischen Erkrankung in der Regel im Vergleich zur durchschnittlichen krankheitsbedingten Abwesenheitsdauer (12,3 Tage) mehr als doppelt so lang ausfallen (vgl. BAuA 2020, S. 109).

Der krankheitsbedingte Ausfall von Mitarbeitern beeinflusst die wirtschaftlichen Ziele von Organisationen: Hierbei tragen diese nicht nur die Kosten von Produktionseinbußen und der Beschaffung von Personalersatz, sondern müssen auch eine Mehrbelastung für andere Mitarbeiter in Kauf nehmen. Mit Blick auf den Fachkräftemangel gestaltet sich die oft kurzfristige Beschaffung von adäquatem Personalersatz in einigen Regionen und Berufen schwierig (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2019), zumal das Problem besteht, dass die Stelle während der andauernden Erkrankung eines Mitarbeiters nicht neu vergeben werden kann. Daher wird Ersatzpersonal häufig nur befristet eingestellt, was sich einerseits auf die Motivation des neuen Mitarbeiters auswirken kann (vgl. Shoss 2017). Andererseits führt dies bei den übrigen Mitarbeitern aufgrund der Einarbeitung des neuen Mitarbeiters zu Mehraufwand. Zusätzlich wirken sich psychische Störungen, z. B. Depressionen, Angststörungen und Burnout, negativ auf das berufliche Engagement (vgl. Dyrbye et al. 2017, S. 2) und die Produktivität der betroffenen Mitarbeiter mit einer psychischen Erkrankung aus (vgl. OECD 2015; Evans-Lacko/Knapp 2016).

Daher verwundert es kaum, dass sich Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit negativ auf die Beschäftigungsfähigkeit (Employability) der betroffenen Mitarbeiter auswirken können (vgl. Berntson/Marklund 2007, S. 288-289; Apel/Fertig 2009). Dabei ist eine hohe Employability nicht nur für freiberuflich Tätige von großer Bedeutung, die ihre Aufträge eigenverant-

wortlich akquirieren müssen (vgl. Becker/Süß/Sieweke 2014). Auch für Organisationen ist die Employability ihrer Mitarbeiter wettbewerbsrelevant (vgl. Barney/Wright 1998, S. 38). Fallen diese aus, kann durch Produktions- oder Dienstleistungsausfälle die Kundenzufriedenheit gefährdet werden (vgl. Roschker 2014, S. 27). Ein Ausfall führt langfristig auch zu Unsicherheiten in der Personalplanung bis hin zum Verlust von Fach- und Erfahrungswissen (vgl. Roschker 2014, S. 27).

Werden die gesetzlichen Anforderungen zum Schutz und zur Förderung der psychischen Mitarbeitergesundheit in einer Organisation trotz wiederholter Aufforderung nicht umgesetzt (vgl. ArbSchG), wird dies bei einer behördlichen Kontrolle mit einer Bußgeldstrafe geahndet. Auch bei der kriteriengestützten Auswahl von Zuliefer-Betrieben stellt eine mangelhafte betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliche Krankheitsprävention einen Wettbewerbsnachteil dar. Die wirtschaftlichen Ziele von Organisationen können aber auch durch die unvollständige Umsetzung von betrieblichen Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit gefährdet werden. Bleibt der wirtschaftliche Nutzen (z. B. im Sinne einer Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen) einer Maßnahme aus, steigt die Gefahr von Fehlinvestitionen, was langfristig Einbußen an zeitlichen und finanziellen Ressourcen zur Folge hat.

Neben den wirtschaftlichen Zielen werden auch die sozialen Ziele einer Organisation durch die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und des subjektiven Wohlbefindens der betroffenen Mitarbeiter beeinflusst. So sinken mit steigender psychischer Fehlbeanspruchung die Arbeitszufriedenheit und das Commitment gegenüber der Organisation, was beim Individuum zu stärkeren Wechselabsichten führt (vgl. Podsakoff/LePine/LePine 2007, S. 447). Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass sich das Scheitern von Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit u. a. negativ auf das Betriebsklima, das subjektive Wohlbefinden sowie das Vertrauen von Mitarbeitern in das Management auswirkt (vgl. Badura 2011, S. 32-36). Dies kann wiederum zu einer Reduktion der Attraktivität der Organisation führen (vgl. Esslinger 2019, S. 727) und dadurch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in vielen Bereichen der Wirtschaft mit Wettbewerbsnachteilen verbunden sein (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2019).

Individuen mit schweren psychischen Störungen (z. B. Schizophrenie, schwere Depressionen) sterben im Vergleich zur Gesamtbevölkerung durchschnittlich zehn bis 20 Jahre früher (vgl. WHO 2016, S. 21). Dabei lässt sich die erhöhte Sterblichkeit größtenteils auf vermeidbare physische Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes oder Krebs zurückführen und ist nicht etwa allein Folge von Suiziden oder Unfällen (vgl. WHO 2016, S. 26-37). Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass physische Beschwerden von Menschen mit psychischen Störungen sowohl von den Betroffenen selbst als auch von Pflegepersonal und Ärzten häufig nicht ernst genommen werden.

Des Weiteren scheiden Individuen mit einer psychischen Störung in vielen Fällen ganz aus dem Erwerbsleben aus. Dies ist zum einen mit einem erhöhten Armutsrisiko verknüpft (vgl. Hagen/Himmelreicher 2014). Zum anderen steigen aufgrund der fehlenden Teilhabe am Arbeitsleben auch die Wahrscheinlichkeit für weitere Erkrankungen sowie das Mortalitätsrisiko (vgl. Holleder 2017, S. 425-428). Neben dem seelischen und körperlichen Leid, das mit psychischen Erkrankungen einhergeht, sind Individuen zumeist auch mit weitreichenden negativen Folgen für ihr Privat- und Berufsleben konfrontiert. Diese doppelte Belastung der betroffenen Personen ist vor dem Hintergrund des Stigmas psychischer Erkrankungen zu erklären, das wegen seiner Folgeschwere auch als ‚zweite Erkrankung‘ bezeichnet wird (vgl. Finzen 2020, S. 28). Die Stigmatisierung von Personen mit einer psychischen Erkrankung geht mit Ignoranz, Vorurteilen und Diskriminierung einher (vgl. Thornicroft et al. 2007). Zusätzlich zu den Krankheitssymptomen leiden betroffene Individuen daher unter Schamgefühlen, einem herabgesetzten Selbstwertgefühl und der Schrumpfung ihres sozialen Netzwerks (vgl. Krupchanka/Thornicroft 2017, S. 133-134).

Im Berufsleben kann sich dies darin äußern, dass Individuen mit einer psychischen Störung bei der Arbeitsplatzsuche benachteiligt werden (vgl. Brohan et al. 2012, S. 9). Studien zeigen, dass Personalverantwortliche sehr viel eher bereit sind, Bewerber ohne gesundheitliche Einschränkung bzw. mit einer physischen Einschränkung (z. B. Diabetes, Gehbehinderung) einzustellen als solche, die an einer psychischen Störung (z. B. Depression, Angststörung) erkrankt waren oder sind (vgl. z. B. Koser/Matsuyama/Kopelman 1999; Kapoor 2017; Dolce/Bates 2019). Ferner zeigt sich, dass Arbeitssuchende, die

an einer physischen Erkrankung mit depressionsähnlichen Symptomen leiden (Schilddrüsenunterfunktion), Bewerber mit einer Depression vorgezogen werden (vgl. Kapoor 2017). Daraus leitet sich ab, dass nicht die Sorge vor einer Beeinträchtigung der Arbeitsleistung, sondern vielmehr das Stigma der psychischen Erkrankung die Einstellungsentscheidung prägt. Arbeitgeber, die bereits Mitarbeiter mit einer psychischen Störung beschäftigt haben, haben hingegen weniger Bedenken hinsichtlich der Organisations- und Leistungsfähigkeit und sind eher bereit, betroffenen Individuen eine Anstellung anzubieten (vgl. Brohan et al. 2012, S. 10). In einem bestehenden Arbeitsverhältnis kann es aufgrund von stigmatisierenden Einstellungen und Verhaltensweisen zu sozialer Ausgrenzung sowie fälschlicher Assoziation von Fehlern bis hin zu verletzendem Klatsch kommen (vgl. Krupchanka/Thornicroft 2017). Darüber hinaus können stigmatisierende Einstellungen und Verhaltensweisen zu veränderten Arbeitsaufgaben, Nachteilen bei einer anstehenden Beförderung und verstärkten Arbeitskontrollen beim betroffenen Mitarbeiter führen (vgl. Mendel/Hamann/Kissling 2010, S. 26; Brouwers et al. 2016, 3-4; Reavley/Jorm/Morgan 2017, S. 258-259). Zusammenfassend stellt die Stigmatisierung am Arbeitsplatz aufgrund psychischer Erkrankungen weltweit ein umfängliches Problem dar und ist für das Individuum mit beachtlichen beruflichen wie auch privaten Nachteilen verbunden (vgl. Brouwers et al. 2016, S. 4).

2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliche Krankheitsprävention

2.2.1 Definition und Beschreibung

Im Laufe ihres Lebens sind Individuen Teil verschiedener Organisationen oder kooperieren mit ihnen, angefangen vom Krankenhaus und Kindergarten über die Schule und Unternehmen bis hin zu Pflegeheimen (vgl. Dietischer/Pelikan 2016, S. 423). Dabei wird das Verhalten von Menschen in Organisationen durch andere Individuen, Gruppen und Strukturen beeinflusst (vgl. Robbins/Judge/Campbell 2017, S. 9). Organisationen haben somit das Potential, sowohl das individuelle Gesundheitsverhalten zu beeinflussen als auch die Verhältnisse gesundheitsförderlich zu gestalten. Um dies zu verdeutlichen, wurde mit der Ottawa-Charta der WHO (1986) die stärkere Ausrich-

tung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention an der ‚Lebenswelt‘ des Individuums gefordert (Dietscher/Pelikan 2016, S. 423-424; Kuhn 2017, S. 40). Unter dem **Setting-Ansatz** wird seitdem die Ausrichtung von Maßnahmen auf die Gestaltung sozialer Systeme und Organisationen verstanden (vgl. WHO 1986, 1997).

Gemäß dem Setting-Ansatz können die Förderung und der Schutz der psychischen Gesundheit in unterschiedlichen Settings wie Städten, (Hoch-)Schulen, Krankenhäusern sowie in Unternehmen stattfinden (vgl. Altgeld/Kolip 2018, S. 63-67). Unternehmen sind als Setting von besonderer Bedeutung, da sie in sich geschlossene Zielgruppen für Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit bieten (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 443). Die Einflussmöglichkeiten auf das Verhalten der Mitarbeiter sind umfangreich, da diese sich vertraglich zu einem bestimmten Verhalten und den Organisationszielen verpflichtet haben (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 186). Verstößen Mitarbeiter gegen geltende Normen und Regeln, kann dies Sanktionen bis hin zum Ausschluss aus der Organisation im Sinne einer Kündigung nach sich ziehen (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 185-187). Neben der vertraglichen Bindung fühlen sich Mitarbeiter auch durch organisationales Commitment mit der Organisation verbunden (vgl. Nerdinger 2019, S. 89-90). Die Zugehörigkeit zum Unternehmen schafft einerseits soziale Unterstützung durch die anderen Organisationsmitglieder, andererseits aber auch sozialen Druck, sich konform zu verhalten (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 443). Dies erklärt, dass Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit in Unternehmen in der Regel einen höheren Verbindlichkeitsgrad und eine stärkere Teilnahmemotivation als in anderen Settings aufweisen (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, S. 187).

Organisationen nehmen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter. Der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention kommen daher entscheidende Rollen bei der Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern zu. Die Begriffe der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention werden in Theorie und Praxis nicht einheitlich verwendet, vielmehr werden darunter verschiedene Ziele und Aufgaben subsumiert (vgl. Faller 2017a, S. 25). Besonders der Begriff der **betrieblichen Gesundheitsförderung**

weist eine große Definitionsvielfalt auf (vgl. Faller 2017a, S. 25-31). Allen Definitionen ist gemein, dass die betriebliche Gesundheitsförderung darauf abzielt, relevante Ressourcen und Schutzfaktoren zu stärken, um den individuellen Gesundheitszustand zu verbessern (vgl. Hurrelmann et al. 2018, S. 27). Unter Zuhilfenahme von technischen, organisatorischen, psychosozialen und auch partizipativen Maßnahmen soll die Arbeit gesundheitsförderlich gestaltet werden (vgl. Faller 2017a, S. 26). Dabei werden beispielweise zusammen mit den Mitarbeitern in sogenannten Gesundheitszirkeln gesundheitliche Risiken besprochen und Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit abgeleitet (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 441-442). Die betriebliche Gesundheitsförderung ist für den Arbeitgeber freiwillig (vgl. Faber/Faller 2017, S. 58). Der Gesetzgeber hat aber verschiedene Anreize zum Aufbau der betrieblichen Gesundheitsförderung geschaffen (vgl. Faber/Faller 2017, S. 57-59): Erstens sind seit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (PrävG) die Krankenkassen verpflichtet, Betriebe beim Aufbau und bei der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen. Allein im Jahr 2019 investierten die Krankenkassen über 239 Millionen Euro in die betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. MDS 2020, S. 62). Zweitens werden Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung steuerlich begünstigt.

Im Gegensatz zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist der Arbeitgeber zur **betrieblichen Krankheitsprävention** gesetzlich verpflichtet. Die betriebliche Krankheitsprävention (kurz: Prävention) verfolgt das Ziel, gesundheitliche Schädigungen zu verhindern, das Risiko einer Erkrankung zu reduzieren und/oder ihr Auftreten zu verzögern (vgl. Röhrle/Behner/Christiansen 2012, S. 142). Die betriebliche Krankheitsprävention ist strukturell im klassischen Arbeitsschutz der Organisation verankert. Oft ist hierfür eine eigenständige Abteilung in der Organisation zuständig, deren Aufgaben vor allem durch gesetzliche Vorgaben und Richtlinien (z. B. das ArbSchG) definiert werden. Dies umfasst laut § 2 Abs. 1 ArbSchG „Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich der menschengerechten Gestaltung der Arbeit“. Der Arbeitsschutz ist vielfach durch eine rechtliche, technisch-ingenieurwissenschaftliche Sicht

geprägt und betrachtet vorrangig physische, zunehmend aber auch psychosoziale Risiken (vgl. Faller 2017a, S. 28-34; Naidoo/Wills 2019, S. 441-442). Ein zentrales Instrument des Arbeitsschutzes stellen Gefährdungsbeurteilungen wie die GB-Psyche dar, die eingesetzt werden, um potentielle Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken (vgl. Faber/Faller 2017, S. 61).

Die theoretische Unterscheidung der beiden Begriffe ‚Gesundheitsförderung‘ und ‚Gesundheitsprävention‘ geht auf das in Abschnitt 2.1.1 erläuterte Konzept des Gesundheit-Krankheits-Kontinuums von Antonovsky (1987) zurück. Die betriebliche Gesundheitsförderung geht der Frage nach, was den Mitarbeiter gesund hält (salutogenetische Sachlogik) (vgl. Habermann-Horstmeier 2018, S. 25-27). Die betriebliche Krankheitsprävention betrachtet dagegen, welche Faktoren Mitarbeiter krank machen (pathogenetische Sachlogik) (vgl. Habermann-Horstmeier 2018, S. 25-27). **Saluto- und Pathogenese** ergänzen sich dem Gesundheit-Krankheits-Kontinuum entsprechend und bilden zusammen eine komplementäre Sichtweise auf die Mitarbeitergesundheit. Vor diesem Hintergrund sind die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention nicht als Gegensätze, sondern als sich ergänzend zu verstehen (vgl. Hurrelmann et al. 2018a, S. 28-31). Dies erklärt auch den Umstand, dass eine Unterscheidung von Präventionsmaßnahmen hinsichtlich ihrer gesundheitsförderlichen bzw. präventiven Ausrichtung vordergründig theoretischer Natur ist und in der betrieblichen Praxis oft weder möglich noch sinnvoll erscheint (vgl. Hurrelmann et al. 2018, S. 24-28; Faber/Faller 2017, S. 58). Dies gilt insbesondere für Maßnahmen, die dem Schutz und der Förderung der psychischen Gesundheit dienen (vgl. Schiggutt/Püringer 2017, S. 78).

Die betriebliche Gesundheitsförderung, die betriebliche Krankheitsprävention (Arbeitsschutz) und das betriebliche Eingliederungsmanagement werden häufig unter dem **betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM)** zusammengefasst (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 442) (vgl. Abb. 2.3). Neben der normativen Ebene des BGM (u. a. Ziele und Strategien für das BGM) können auch eine strukturelle Ebene (u. a. Prozesse und Aufbau von Strukturen) sowie eine operative Ebene (u. a. Planung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen) unterschieden werden (vgl. Tanner/Bamberg 2018, S. 524-525). Die

Bündelung aller gesundheitsbezogenen Aktivitäten in einem betrieblichen Gesundheitsmanagement soll sowohl der Professionalisierung der betrieblichen Bemühungen zum Schutz und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit zuträglich sein als auch die Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel fördern (vgl. Faller 2017a, S. 30-32; Naidoo/Wills 2019, S. 442). Somit können das BGM bzw. seine einzelnen Bausteine in bestehende Managementprozesse wie Personal- und Organisationsentwicklung eingebunden werden (vgl. Habermann-Horstmeier 2018, S. 39-43).

Zum BGM zählt auch das betriebliche Eingliederungsmanagement, das der Vollständigkeit halber an dieser Stelle kurz erläutert werden soll. Das Ziel des betrieblichen Eingliederungsmanagements ist die Wiedereingliederung von langzeiterkrankten Mitarbeitern in die Organisation (vgl. Faber/Faller 2017, S. 70). Der Arbeitgeber ist gesetzlich verpflichtet, Mitarbeitern, die länger als sechs Wochen in einem Jahr arbeitsunfähig waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement anzubieten (vgl. Seel 2017, S. 285-289). Der Prozess umfasst u. a. Gespräche und Maßnahmen, um mögliche krankheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu identifizieren, geeignete Maßnahmen zu ergreifen und sie damit zu reduzieren (vgl. Seel 2017, S. 287). Für den Mitarbeiter ist das Angebot freiwillig. Das betriebliche Eingliederungsmanagement liefert wertvolle Informationen zu möglichen Gesundheitsrisiken, die wiederum für die Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention genutzt werden können (vgl. Faber/Faller 2017, S. 69-71).



Abb. 2.3: Das betriebliche Gesundheitsmanagement (in Anlehnung an Naidoo und Wills 2019, S. 442)

2.2.2 Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention

Das Thema Arbeit und Gesundheit betrifft in seiner Bandbreite ganz unterschiedliche Akteure, also Personen oder Personengruppen, die in die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention involviert sind (vgl. Lenhardt 2017a, S. 203-211). Grundsätzlich lässt sich dabei zwischen betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren unterscheiden.

Betriebliche Akteure sind Organisationsmitglieder, also neben den Mitarbeitern und deren Vertretern (Betriebs- und Personalrat) auch die Organisationsleitung und Führungskräfte (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 452). Darüber hinaus sind mit der professionellen Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention Fachkräfte aus dem arbeitsmedizinischen Dienst, Arbeitsschutz- und Sicherheitsbeauftragte sowie Mitarbeiter der Personalabteilung und des BGM betraut (vgl. Hurrelmann et al. 2018a, S. 24; Naidoo/Wills 2019, S. 452). Je nach der Größe der Organisation gehören die Mitarbeiter der Arbeitsmedizin und des Arbeitsschutzes eigenständigen Organisationseinheiten und Strukturen an; im Falle von kleinen und mittleren Organisationen werden diese durch externe Dienstleister betreut (vgl. Bothe/Pförtner/Pfaff 2018, S. 394). Im Rahmen des sogenannten Arbeitsschutzausschusses (ASA) beraten sich die betrieblichen Akteure mindestens vierteljährlich zu Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention (vgl. ASiG).

Überbetriebliche Akteure gehören staatlichen (z. B. Bundesministerium für Gesundheit), halbstaatlichen (z. B. Krankenkassen) oder nichtstaatlichen Institutionen (z. B. Gewerkschaften) an (vgl. Lenhardt 2017a, S. 207-208; Dadaczynski et al. 2019, S. 240). Beispielsweise sind die Krankenkassen seit der Gesetzes-Novellierung im Jahr 2007 auch zu Präventionsleistungen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung verpflichtet (vgl. Lenhardt 2017a, S. 203-204). Zusätzlich können externe Berater zur Unterstützung in Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention von Organisationen hinzugezogen werden.

Überbetriebliche Akteure können in unterschiedlichem Maße an der Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention beteiligt sein, tragen jedoch keine juristische Verantwortung für die Mitarbeitergesundheit (vgl. Neuner 2019, S. 24). Im Gegensatz dazu sind die betrieblichen Akteure mit bestimmten Aufgaben, Rechten und Pflichten in der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention verbunden (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 451-455). Da die konkrete Beteiligung überbetrieblicher Akteure stark von der jeweiligen Organisation und der Präventionsmaßnahme abhängig ist, liegt der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit auf den betrieblichen Akteuren.

Die gesetzliche Fürsorgepflicht des Arbeitgebers macht diesen für den Schutz der Mitarbeitergesundheit am Arbeitsplatz verantwortlich (vgl. Neuner 2019, S. 24). Folglich trägt die **Organisationsleitung** bzw. das Top-Management die Verantwortung für die Mitarbeitergesundheit. Neben der Erfüllung der rechtlichen Verpflichtungen ist mit der Mitarbeitergesundheit aber auch die Erreichung von wirtschaftlichen und sozialen Organisationszielen für die Organisationsleitung verbunden (vgl. Bamberg/Ducki/Metz 2011, S. 114-115). Das Interesse der Organisationsleitung liegt darin, die Mitarbeiter gesund und die für krankheitsbedingte Ausfälle anfallenden Kosten möglichst gering zu halten (vgl. 2.1.3). Weiterhin sind die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention stark von der Unterstützung des Top-Managements abhängig (vgl. Lenhardt 2017a, S. 205-207). So wird die Quantität und Qualität von Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit durch die Verankerung gesundheitsrelevanter Strukturen und Prozesse in der Organisation und der Verteilung notwendiger Ressourcen maßgeblich durch die Organisationsleitung bestimmt (vgl. Lenhardt 2017a, S. 206-207; Bothe/Pförtner/Pfaff 2018, S. 398-399). Während die Organisationsleitung in der Regel strategische Entscheidungen trifft, sind das obere und das mittlere Management oft für die praktische Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit verantwortlich (vgl. Nielsen/Abildgaard 2013, S. 283-284). Die Organisationsleitung kann also zur Entlastung ihre Pflichten hinsichtlich der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention auf Führungskräfte übertragen.

Mit der Delegation an das obere und mittlere Management fällt der Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Zuständigkeitsbereich von **Führungskräften mit Personalverantwortung**, die damit auch rechtlich haftbar sind (vgl. Neuner 2019, S. 24). Zu ihren Aufgaben zählen neben der Sicherstellung der Umsetzung der Regeln des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auch die Ermittlung von physischen und psychosozialen Risiken in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie die regelmäßige Unterrichtung der Organisationsleitung. In der Regel bilden Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung die Zielgruppe der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. Dies schließt jedoch nicht aus, dass auch Führungskräfte (insbesondere des unteren und mittleren Managements) an Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit teilnehmen. Durch die umfangreichen Aufgaben und den direkten Kontakt, den die Führungskräfte mit den Mitarbeitern haben, sind sie wichtige Multiplikatoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention (vgl. Nielsen/Abildgaard 2013, S. 284). Neben ihren Kernaufgaben erleben allerdings viele Führungskräfte die Anforderungen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention als zusätzliche Belastung (vgl. Bechmann et al. 2011, S. 22). Daher ist es naheliegend, dass Führungskräfte in der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention einen limitierenden Faktor darstellen (vgl. Lenhardt 2017a, S. 207). Bei den umfangreichen Aufgaben werden die Führungskräfte daher häufig durch professionelle Arbeitsschutzexperten beraten und unterstützt (vgl. Hurrelmann et al. 2018a, S. 24; Naidoo/Wills 2019, S. 452).

Zu den **professionellen Arbeitsschutzexperten** zählen Fachkräfte aus dem arbeitsmedizinischen Dienst sowie Arbeitsschutz- und Sicherheitsbeauftragte (vgl. Lenhardt 2017a, S. 211). Organisationen mit mehr als 20 Beschäftigten sind gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) VII verpflichtet, Sicherheitsbeauftragte bereitzustellen. Die Arbeitsschutz- und Sicherheitsbeauftragten sind für die Überwachung der Einhaltung der Arbeitsschutzgesetze in der Organisation verantwortlich (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 454). Dafür sollen die Arbeitsschutz- und Sicherheitsbeauftragten mögliche Gefahren an ihrer Quelle und unter Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse bekämpfen

(vgl. Neuner 2019, S. 28). Zum Aufgabenspektrum des arbeitsmedizinischen Dienstes gehören gemäß Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) Beratungs- und Untersuchungsaufgaben, z. B. die Organisation von Erste-Hilfe-Maßnahmen, die Überwachung der Arbeitsplatzgestaltung sowie das betriebliche Eingliederungsmanagement (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 453-454; ASiG). Obwohl Betriebsärzte und Sicherheitsbeauftragte die Organisationsleitung in allen Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes beraten sollen, wird in mehreren Studien deutlich, dass sich die professionellen Arbeitsschutzexperten oft nur zurückhaltend an der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligen (vgl. Lenhardt 2017a, S. 211-212). Zusätzlich sorgt das traditionell technisch-ingenieurwissenschaftliche Selbstverständnis der Arbeitsschutzexperten dafür, dass eher physische als psychosoziale Risiken im Fokus des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes stehen (vgl. Faller 2017a, S. 33-34).

Die Organisationsleitung kann auch durch die Beauftragung von externen Betriebsärzten und Arbeitsschutz- und Sicherheitsbeauftragten ihren gesetzlichen Pflichten nachkommen (vgl. DGUV 2009). Dies ist überwiegend für kleine Organisationen relevant, da die Beschäftigung von Arbeitsschutzexperten mit höheren Kosten einhergeht als die Beauftragung von externen Dienstleistern. In größeren Organisationen kann zudem Personal für das betriebliche Gesundheitsmanagement abgestellt werden. Die Aufgaben von **Mitarbeitern des betrieblichen Gesundheitsmanagements** liegen in der Beratung und Unterstützung der anderen betrieblichen Akteure, allerdings ohne jedes Weisungsrecht hinsichtlich der Umsetzung von Maßnahmen (vgl. Kiesche 2013, S. 67-69).

Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung zählen einerseits zur primären Zielgruppe von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention, beeinflussen andererseits aber auch deren Entwicklung und Umsetzung maßgeblich (vgl. Nielsen/Abildgaard 2013, S. 283). Sie sind verpflichtet, geltende Bestimmungen zum Schutz ihrer Gesundheit einzuhalten und die Organisationsleitung auf mögliche Missstände hinzuweisen. Darüber hinaus verfügen sie über eine hohe Bandbreite an Vorschlagsrechten bis hin zum Recht, bei groben gesundheitsrelevanten Mängeln die Arbeit zu verweigern sowie die zuständigen Behörden zu informieren

(vgl. Neuner 2019, S. 25, 29). So können sie beispielweise Vorschläge hinsichtlich der Gestaltung ihrer Arbeitsplätze und Arbeitsabläufe machen. Außerdem können Mitarbeiter auch proaktiv ihre Arbeitsbedingungen mitgestalten (Job-Crafting) und damit Belastungen reduzieren und Ressourcen stärken (vgl. Demerouti/Peeters/van den Heuvel 2019). Das ArbSchG hat das Ziel, Mitarbeiter möglichst vor physischen und psychischen Gefahren zu bewahren und ihren Arbeitsplatz gesundheitsförderlich zu gestalten. Darüber hinaus können Mitarbeiter in sogenannten Gesundheitszirkeln im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eine aktive Rolle einnehmen. Diese Form der Partizipation stellt allerdings in der Praxis die Ausnahme dar (vgl. Lenhardt 2017a, S. 209-211). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der Erhalt und die Förderung der Gesundheit im Interesse der Mitarbeiter sind. Dies bedeutet jedoch nicht, dass alle Mitarbeiter sich in ihrem Gesundheitsverhalten gleich engagiert zeigen (vgl. Lenhardt 2017a, S. 210). Es ist außerdem nicht im Sinne des ArbSchG, den Lebensstil von Mitarbeitern außerhalb des Beschäftigungsverhältnisses zu hinterfragen (vgl. Neuner 2019, S. 26). Der Referenzbereich des ArbSchG beschränkt sich auf den Arbeitsplatz bzw. die Arbeitstätigkeit.

Eine besondere Rolle kommt der **betrieblichen Interessenvertretung** in der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention zu. In Organisationen mit mindestens fünf ständig wahlberechtigten Arbeitnehmern können regelmäßig Betriebsräte in der Privatwirtschaft bzw. Personalräte im öffentlichen Dienst gewählt werden (vgl. BetrVG; BPersVG). Ihre Aufgabe besteht im Schutz der Arbeitnehmerrechte und in der Vertretung ihrer Interessen gegenüber dem Arbeitgeber (vgl. ArbSchG; BetrVG; BPersVG). Ein zentraler Gestaltungsbereich der betrieblichen Interessenvertretung ist der Arbeits- und Gesundheitsschutz. Dafür wird die betriebliche Interessenvertretung in Deutschland vom Gesetzgeber mit umfassenden Mitbestimmungsrechten ausgestattet (vgl. Bamberg/Ducki/Metz 2011, S. 119). Der Arbeitgeber ist in diesem Zusammenhang z. B. verpflichtet, den Betriebsrat bzw. Personalrat zu Themen zu Rate zu ziehen, welche die Gesundheit der Mitarbeiter betreffen (z. B. Veränderung von Arbeitsabläufen, Arbeitszeitregelungen). Betriebs- und Personalräte können sich auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren (vgl. MDS 2020,

S. 72) und verfügen über ein Initiativrecht (vgl. Bamberg/Ducki/Metz 2011, S. 119). So verwundert es nicht, dass in Organisationen mit einer gewählten Interessenvertretung vermehrt Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit ergriffen werden als in Organisationen ohne Interessenvertretung (vgl. Beck et al. 2015). Darüber hinaus zeigt sich, dass die betriebliche Interessenvertretung zum einen durch ihre vermittelnde Rolle zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern Konflikte und Informationsasymmetrien reduzieren kann und somit einen direkten Beitrag zur Mitarbeitergesundheit leistet (vgl. Frege 2002, S. 235-236). Zum anderen wirkt sich in belastenden Veränderungsprozessen die durch die betriebliche Interessenvertretung ermöglichte Partizipation der Mitarbeiter positiv auf deren Gesundheit, Motivation und Einstellung aus (vgl. Oreg/Vakola/Armenakis 2011; Nerdinger/Blickle/Schaper 2014).

2.2.3 Stresspräventionsmaßnahmen

Die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention tragen durch ihr komplementäres Verhältnis zum gemeinsamen Ziel der Gesunderhaltung von Mitarbeitern bei (vgl. Hurrelmann et al. 2018, S. 28-31). Obwohl den beiden Begriffen unterschiedliche Sachlogiken bzw. Bezugsrahmen zugrunde liegen, sind sowohl die betriebliche Gesundheitsförderung als auch die betriebliche Krankheitsprävention durch Handlungsschritte (sogenannte Interventionen oder Präventionsmaßnahmen) geprägt (vgl. Hurrelmann et al. 2018, S. 24). Diese Präventionsmaßnahmen können als Operationalisierung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention verstanden werden. Sie dienen „dem Erhalt, dem Schutz und der Förderung der Gesundheit sowie der Verhinderung und Früherkennung von (Folge-)Erkrankungen bei Beschäftigten“ (Bothe/Pförtner/Pfaff 2018, S. 391). Vor diesem Hintergrund werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit alle betrieblichen Präventionsmaßnahmen, die auf die Förderung der psychischen Mitarbeitergesundheit, die Minimierung psychosozialer Risiken als Auslöser von Stress und deren Folgen am Arbeitsplatz sowie die Verhinderung psychischer Erkrankungen abzielen, unter dem Sammelbegriff **Stresspräventionsmaßnahmen** zusammengefasst.

In der Präventionsforschung ist es üblich, Präventionsmaßnahmen anhand der Kriterien (1) Zeitpunkt, (2) Zielgruppe und (3) Strategie zu unterscheiden (vgl. Leppin 2018, S. 48-49).

(1) Stresspräventionsmaßnahmen können hinsichtlich ihres **Zeitpunktes** im Entstehungsprozess psychischer Störungen (vgl. 2.1.1) unterschieden werden. Eine der gebräuchlichsten Differenzierungen ist die Einteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention nach Caplan (1964).

Die **Primärprävention** hat das Ziel, Inzidenz- und Prävalenzraten von psychischen Störungen, also die Neuerkrankungsrate und die Eintrittswahrscheinlichkeit, zu senken (vgl. Junge-Hoffmeister 2019, S. 946). Primärpräventive Maßnahmen richten sich an alle vermeintlich gesunden Mitarbeiter ohne Krankheitssymptome (vgl. Röhrle/Behner/Christiansen 2012, S. 142; Leppin 2018, S. 47-48) und setzen an den psychosozialen Arbeitsbelastungen (vgl. 2.1.2) an, um gesundheitlichen Schädigungen vorzubeugen (vgl. Dragano/Wahl 2015, S. 22; Neuner 2019, S. 28). Dafür werden im Rahmen der GB-Psyche (vgl. 2.2.1) Arbeitstätigkeit und -bedingungen hinsichtlich möglicher Gefährdungen der psychischen Gesundheit analysiert (vgl. Paulus 2019). Basierend auf den Ergebnissen der GB-Psyche werden geeignete Maßnahmen zur Reduktion von Fehlbelastungen und zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Arbeitsplatzes abgeleitet, z. B. die Änderung von Arbeitsabläufen oder Zeitplänen (vgl. Packebusch 2008, S. 12). Darüber hinaus werden in der Primärprävention Maßnahmen zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung sowie zur gesundheitsgerechten Personalführung und betrieblichen Suchtprävention eingesetzt (vgl. MDS 2020, S. 76-77). Auch Krankenkassen fördern teilweise primäre Stresspräventionsmaßnahmen in Unternehmen, da hierin das Potential liegt, den Erkrankungsprozess mit seinen negativen Folgen für Gesellschaft, Organisation und Individuum frühzeitig zu unterbinden (vgl. MDS 2020). Dabei ist anzumerken, dass allgemeine und wenig spezifische Maßnahmen der Primärprävention nur schwer von der Gesundheitsförderung zu unterscheiden sind (vgl. Leppin 2018, S. 48).

Die **Sekundärprävention** dient der frühzeitigen Erkennung von Krankheiten mit dem Ziel, Risikofaktoren zu reduzieren, um die Krankheitsschwere und den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen bzw. eine Chronifizierung zu

verhindern (vgl. Röhrle/Behner/Christiansen 2012, S. 142; Junge-Hoffmeister 2019, S. 946). Die Zielgruppe der Sekundärprävention umfasst Personen, die (noch) symptomfrei sind, die Risikofaktoren ausgesetzt sind oder die bereits erste (Frühwarn-)Symptome einer Krankheit aufweisen (vgl. Leppin 2018, S. 47-49). Im Rahmen der Sekundärprävention werden Stresspräventionsmaßnahmen eingesetzt, um bestehenden Fehlbelastungen und -beanspruchungen des Mitarbeiters entgegenzuwirken und so negative Beanspruchungsfolgen zu verhindern (vgl. Packebusch 2008, S. 12). Maßnahmen der Sekundärprävention umfassen beispielweise Screenings und Organisationsentwicklungsmaßnahmen (vgl. Packebusch 2008, S. 12; Röhrle/Behner/Christiansen 2012, S. 142; Leppin 2018, S. 49). In Stressmanagementtrainings wird z. B. die Resilienz oder psychische Widerstandskraft von Mitarbeitern gestärkt, indem sie lernen, wie sie mit Stressoren bei der Arbeit besser umgehen können (vgl. Hurtienne/Koch 2018; Klingenberg/Süß 2020). Aber auch Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Unterstützung und innerbetrieblichen Kommunikation werden in der Sekundärprävention eingesetzt (vgl. z. B. Heaney/Price/Rafferty 1995).

Die **Tertiärprävention** setzt an den psychischen Beanspruchungsfolgen an und hat das Ziel, Folge- und Begleiterkrankungen bei bereits erkrankten Mitarbeitern zu verhindern und deren Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität wiederherzustellen (vgl. Packebusch 2008, S. 12; Röhrle/Behner/Christiansen 2012, S. 142). Negative gesundheitliche Folgen sollen hierbei möglichst reduziert werden und eine Rückfallprophylaxe soll weitere Krankheitsepisoden verhindern (vgl. Leppin 2018, S. 49). Dazu zählen auch die Förderung der Teilhabe am Berufsleben sowie die Reintegration von Mitarbeitern in die Organisation (vgl. Faber/Faller 2017, S. 70). Diese Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation sind Bestandteil des betrieblichen Eingliederungsmanagements (vgl. 2.2.1).

(2) Eng verknüpft mit der Differenzierung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention wird in der jüngeren Forschung die Ausrichtung an der **Zielgruppe** betrachtet, an die sich eine Präventionsmaßnahme richtet (vgl. Leppin 2018, S. 50-51). Die universelle Prävention richtet sich generell an alle Mitarbeiter ohne Berücksichtigung besonderer Risikofaktoren, was der Pri-

märprävention entspricht (vgl. Junge-Hoffmeister 2019, S. 947). Zielgruppenspezifische Stresspräventionsmaßnahmen richten sich dagegen an Mitarbeiter, die aufgrund bestimmter demografischer oder psychologischer Merkmale zu Risikogruppen zählen (z. B. aufgrund des Alters, Geschlechts u. a.) oder aber bereits erste Frühwarnsymptome aufweisen (z. B. eingeschränkte Erholungsfähigkeit, verstärktes Grübeln) (vgl. Junge-Hoffmeister 2019, S. 947-948; Wendsche/Lohmann-Haislah 2021, S. 4). Dies entspricht in der Regel sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen. Mit der universellen bzw. zielgruppenspezifischen Ausrichtung von Stresspräventionsmaßnahmen ist die Wahl der Ansprache zur Teilnahme an Stresspräventionsmaßnahmen verbunden (vgl. Leppin 2018, S. 51). Zielgruppenspezifische Botschaften, die zum Angebot von Stresspräventionsmaßnahmen informieren und die Mitarbeiter zur Nutzung dieser motivieren, können die Teilnahmemotivation von Mitarbeitern erhöhen (vgl. Faller 2017b, S. 191-194).

(3) Neben der zeitlichen Lage und der Zielgruppenspezifikation von Präventionsmaßnahmen lassen sich diese auch hinsichtlich ihrer **Präventionsstrategie** unterscheiden (vgl. Leppin 2018, S. 51; Junge-Hoffmeister 2019, S. 948-949). Richtet sich die Strategie an Personen(gruppen), ist von Verhaltensprävention die Rede; stehen dagegen die Arbeitsbedingungen im Fokus der Strategie, geht es um Verhältnisprävention. Die Verhaltensprävention umfasst Präventionsmaßnahmen, die sich an das einzelne Individuum und dessen Gesundheitsverhalten richten (z. B. Stressbewältigungstrainings, Kompetenzaufbau) (vgl. Bamberg/Busch 2006, S. 216; Lohmann-Haislah 2012, S. 6; Leppin 2018, S. 51-53). Die Verhältnisprävention zielt hingegen auf die Gestaltung der Arbeitsaufgabe, -tätigkeit und -organisation sowie auf die Rahmenbedingungen der Arbeit ab (z. B. Optimierung von Arbeitsbelastungen, Erweiterung des Handlungs- und Entscheidungsspielraums) (vgl. Bamberg/Busch 2006, S. 216; Lohmann-Haislah 2012b, S. 6; Leppin 2018, S. 51-53).

Mit Blick auf die Praxis zeigt sich, dass die Verhaltens- der Verhältnisprävention in den allermeisten Fällen vorgezogen wird (vgl. Mohr/Udris 1997; Beck et al. 2015). Das ist problematisch, da eine Konzentration auf das individuelle Gesundheitsverhalten (insbesondere in Bezug auf die psychische Gesundheit von Mitarbeitern) zu kurz greift (vgl. 2.1.1). Zudem ist dem

ArbSchG zufolge die Verhältnisprävention stets der Verhaltensprävention vorzuziehen (vgl. Lohmann-Haislah 2012b, S. 6-7). Dies erklärt sich damit, dass mit verhaltenspräventiven Maßnahmen nicht nur einzelne Individuen erreicht, sondern die Rahmenbedingungen aller Mitarbeiter verbessert werden können. Zudem ist aus der Forschung bekannt, dass psychische Störungen nicht nur durch individuelle Prädisposition, sondern auch durch die betrieblichen Arbeitsverhältnisse bedingt werden (vgl. Richter/Wegge 2011, S. 338). Nichtsdestoweniger stellen verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen eine wertvolle Ergänzung der Verhältnisprävention in Organisationen dar. Die Kombination beider Präventionsstrategien verspricht die größtmögliche Wirkung (vgl. Lasogga 2017, S. 86).

Organisationen stehen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention verschiedene theoretisch fundierte Stresspräventionsmaßnahmen zur Verfügung (vgl. Bräunig et al. 2015; Pieper/Schröer/Eilerts 2019). Hinsichtlich der **Wirksamkeit** dieser Maßnahmen lässt sich feststellen, dass der Großteil wirksam ist und die berichteten durchschnittlichen Effektstärken von klein bis mittel für die verschiedenen Präventionsmaßnahmen variieren (vgl. Tetric/Winslow 2015, S. 587-589; Brisson et al. 2016, S. 357; Wan Mohd Yunus/Musiat/Brown 2018, S. 72; Phillips/Gordeev/Schreyögg 2019, S. 565-569; Proper/van Oostrom 2019, S. 554-555). Stresspräventionsmaßnahmen werden als effektiv oder wirksam bewertet, wenn sie zur tendenziellen Verbesserung eines bestimmten Gesundheits- oder Risikoindicators beitragen (vgl. Glasgow/Vogt/Boles 1999, S. 1323). Trotz geltender Standards wird die Aussagekraft von Wirksamkeitsstudien jedoch oft kritisiert (vgl. Wan Mohd Yunus/Musiat/Brown 2018, S. 73-74). Gründe dafür liegen zum einen in der heterogenen Berichtsqualität. Zum anderen können die Ergebnisse der einzelnen Wirksamkeitsstudien aufgrund der bestehenden Präventionsvielfalt (z. B. hinsichtlich des Maßnahmenumfangs oder des gewählten Ansatzes) selten miteinander verglichen und im Sinne von Meta-Analysen ausgewertet werden (vgl. Wan Mohd Yunus/Musiat/Brown 2018, S. 73-74). Der Hauptkritikpunkt der Wirksamkeitsstudien zu Stresspräventionsmaßnahmen betrifft aber den Umstand, dass

diese traditionell unter Idealbedingungen, ohne Bezug zur betrieblichen Präventionspraxis durchgeführt werden (vgl. Bräunig et al. 2015; Elke et al. 2015; Pieper/Schröer/Eilerts 2019).

Abschließend kann festgehalten werden, dass Umsetzungsgrad (vgl. Lenhardt/Beck 2016; Beck/Lenhardt 2019) und Erfolg (vgl. Rongen et al. 2013, S. 411-412) von Stresspräventionsmaßnahmen in der Präventionspraxis hinter den Erwartungen zurückbleiben, obwohl die Wirksamkeit vieler Stresspräventionsmaßnahmen als empirisch bestätigt gilt. Dieser Widerspruch erklärt sich vor dem Hintergrund von Einflussfaktoren, unter denen Stresspräventionsmaßnahmen in Organisationen Anwendung finden (vgl. u. a. Bamberg/Busch 2006, S. 224; Wierenga et al. 2013). Im folgenden Abschnitt wird der aktuelle Forschungsstand zu Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention näher erläutert.

2.3 Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention

2.3.1 Definition und Beschreibung

Verschiedene Faktoren beeinflussen, inwieweit Stresspräventionsmaßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention erfolgreich umgesetzt werden. Somit liegt es nahe, Präventionsmaßnahmen nicht nur hinsichtlich ihrer Zielerreichung bzw. Wirksamkeit zu untersuchen, sondern auch Rahmenbedingungen und Merkmale ihrer Umsetzung zu betrachten (vgl. Feldstein/Glasgow 2008; Rojatz/Merchant/Nitsch 2015). Dabei gilt es komplexe Sachverhalte zu untersuchen und psychologische oder soziale Erklärungen für das Verhalten von Individuen in Organisationen zu finden (vgl. Marchal et al. 2012, S. 207).

Mit Blick auf die **Forschung** zu Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention zeigt sich, dass in den empirischen Studien und Reviews hemmende und fördernde Faktoren bzw. Erfolgs- oder Prozessfaktoren von Präventionsmaßnahmen identifiziert wurden (vgl. z. B. Rojatz/Merchant/Nitsch 2017; Barthelmes et al. 2019). In den Studien wurden Einflussfaktoren als Moderatoren oder Mediatoren des Interventionseffekts von Stresspräventionsmaßnahmen analysiert oder als Variablen in Subgruppenanalysen oder Prozessevaluation einbezogen (vgl. Biron/Cooper/Bond 2008; Martin/Shann/La Montagne 2020). Dabei fällt auf, dass bislang überwiegend allgemeingültige Einflussfaktoren untersucht wurden (vgl. Ryde et al. 2013; Wierenga et al. 2013; McCoy et al. 2014; Brand et al. 2017; Rojatz/Merchant/Nitsch 2017). Erst in jüngeren Studien der Präventions- und Implementationsforschung wurden gezielt Einflussfaktoren erforscht, die ihren Schwerpunkt auf die besonderen Herausforderungen von psychosozialen Risiken setzen (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2015; Rojatz/Merchant/Nitsch 2017; Martin/Shann/La Montagne 2020).

Die Untersuchungen zu Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention stammen aus **verschiedenen Forschungsdisziplinen**, wobei die Präventions- und Implementationsforschung den größten Forschungsbeitrag leistet (vgl. z. B. Marchal et al.

2012; Beelmann/Karing 2014). In dieser werden Einflussfaktoren beschrieben, die sich sowohl auf die Präventionsmaßnahme als auch auf allgemeine Rahmenbedingungen ihrer Umsetzung beziehen (vgl. z. B. Feldstein/Glasgow 2008; Beelmann/Karing 2014; Glasgow et al. 2019). So tragen beispielsweise Biron, Cooper und Bond (2008) disziplinübergreifend Einflussfaktoren zusammen, die aus empirischen Studien der Stress-, Public-Health- und Arbeitssicherheitsforschung stammen. Einige der in den Studien identifizierten hemmenden und fördernden Faktoren haben ihren Ursprung in der Change-Forschung (vgl. z. B. Nielsen/Randall 2013). Dies erklärt sich mit der Annahme, dass die Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen je nach ihrer Reichweite mit einer organisationalen Veränderung verglichen werden kann.

Den verschiedenen relevanten Forschungsdisziplinen ist gemein, dass sie eine große Anzahl an Einflussfaktoren diskutieren, die prinzipiell Einfluss auf die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen in Organisationen haben können (vgl. Durlak/DuPre 2008, Wierenga et al. 2013, S. 13), sodass eine **Eingrenzung** notwendig ist. Eine erste Eingrenzung von Einflussfaktoren kann vor dem Hintergrund des in dieser Arbeit fokussierten Settings (Organisation/Unternehmen) sowie der Ausrichtung der betrachteten Präventionsmaßnahmen (Stresspräventionsmaßnahmen) erfolgen. Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention werden in der vorliegenden Arbeit demnach als hemmende und fördernde Rahmenbedingungen und Merkmale definiert, die direkt oder indirekt auf Stresspräventionsmaßnahmen in Organisationen wirken (vgl. Nielsen/Miraglia 2017; Rojatz/Merchant/Nitsch 2017; Barthelmes et al. 2019). Darüber hinaus lassen sich die Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention auf verschiedenen Ebenen analysieren, was zu einer weiteren Fokussierung beiträgt.

Welche **Analyse-Ebenen** als relevant anzusehen und wie diese zu definieren sind, ist dabei von der jeweiligen Forschungsdisziplin abhängig (vgl. Mullins 2007, S. 7-8). So setzen sich Soziologie, Psychologie, Organizational Behaviour sowie Präventions- und Implementationsforschung unterschiedliche Schwerpunkte: Die Soziologie unterscheidet zwischen Mikro-, Meso- und Makro-Ebene und setzt den Fokus auf soziale und gesellschaftliche Zusammenhänge. In der Psychologie liegt der Fokus dagegen auf der individuellen

Ebene (vgl. Mullins 2007, S. 7-8). Das Forschungsfeld des Organizational Behaviour integriert Theorien aus den eben genannten Disziplinen (vgl. Staehle 1999, S. 159; Mullins 2007, S. 7) mit dem Ziel, Verhalten in Organisationen und dessen Beeinflussung durch Individuen, Gruppen und Strukturen zu erklären (vgl. Robbins/Judge/Campbell 2017, S. 9). In der Präventions- und Implementationsforschung werden Einflussfaktoren überwiegend den drei Ebenen Individuum, Organisation und Umwelt zugeordnet (vgl. Nielsen/Miraglia 2017, S. 48-49). Eine Ausnahme stellt die sogenannte Interventionsebene dar, die sich auf Eigenschaften der zu implementierenden Präventionsmaßnahme bezieht (z. B. die Nutzung digitaler Formate oder die Passung zwischen der Präventionsmaßnahme und der Organisation) (vgl. Havermans et al. 2016, S. 376).

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf der psychischen Gesundheit in Organisationen, sodass vor allem Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention auf **organisationaler und individueller Ebene** betrachtet werden sollen (vgl. 1.1; 1.2). Relevante Akteure (Mikro- oder individuelle Ebene) agieren eingebettet in den organisationalen Kontext (Meso- oder organisationale Ebene), der wiederum in der Umwelt mit ihren gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Merkmalen verankert ist (Makro- oder Umwelt-Ebene) (vgl. Thornton/Ocasio 2008, S. 104). Die Umwelt-Ebene stellt zwar keinen Arbeitsschwerpunkt der vorliegenden Arbeit dar, wird aber an geeigneten Stellen aufgegriffen (vgl. 1.1; 2.1.3; 8.2.3). Dies gilt auch für die Gruppenebene, also die „kleinste soziale Einheit“ (Staehle 1999, S. 265), die zwar z. B. für die Untersuchung von Präsentismus am Arbeitsplatz (vgl. Ruhle/Süß 2020) oder der Gratifikationskrise (vgl. Weiß 2020) von Bedeutung, für die Analyse von Einflussfaktoren in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht zweckmäßig ist, da sich die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention über die gesamte Organisation erstrecken. Darüber hinaus gehören die Mitglieder einer Organisation unterschiedlichen Gruppen an (vgl. Staehle 1999, S. 265-266), sodass eine Ableitung von Einflussfaktoren, die für das gesamte betriebliche Setting Gültigkeit besitzen, nur eingeschränkt möglich wäre. Auch eine nähere Betrachtung der Interventionsebene erübrigt sich, da der Fokus der vorliegenden Arbeit nicht auf der Untersuchung einer spezifischen

Stresspräventionsmaßnahme liegt, sondern vielmehr Einflussfaktoren untersucht, die über alle Stresspräventionsmaßnahmen hinweg gelten.

2.3.2 Organisationale Einflussfaktoren

Mit der Einführung des Setting-Ansatzes (vgl. Kuhn 2017, S. 40) stehen vermehrt die Rahmenbedingungen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention im Zentrum der Forschung (vgl. 2.2.1). Organisationen sind soziale Systeme mit formalen Strukturen (vgl. Schulte-Zurhausen 2014, S. 1-2), die das Verhalten der Organisationsmitglieder beeinflussen (vgl. Havermans et al. 2016). Nielsen und Randall (2013, S. 607) zufolge setzen sich organisationale Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention aus generellen und situativen Merkmalen der Organisation zusammen.

In der Forschung zu generellen Einflussfaktoren auf organisationaler Ebene wird unterschieden zwischen (1) Zielen, Strukturen und Ressourcen, (2) Organisations- bzw. Unternehmenskultur, (3) Personalführung und (4) Akteuren. Zudem werden (5) organisationale Veränderungen als situativer Einflussfaktor untersucht. Die organisationalen Einflussfaktoren werden im Folgenden entlang dieser Schwerpunkte ausgeführt (vgl. Biron/Cooper/Bond 2008; Biron/Gatrell/Cooper 2010; Nielsen/Abildgaard 2013; Rojatz/Merchant/Nitsch 2017).

(1) Die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention werden maßgeblich durch **organisationale Ziele, Strukturen und Ressourcen** beeinflusst. So können Stresspräventionsmaßnahmen aus unterschiedlichen Gründen umgesetzt werden, etwa mit dem Ziel des Abbaus des Krankenstands, der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben oder um die soziale Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern zu erfüllen (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2015, S. 137). Allerdings kann mit dem Engagement für die Mitarbeitergesundheit auch das Ziel verbunden sein, vorrangig die Arbeitgeberattraktivität (vgl. Rump/Schiedhelm/Eilers 2016) und das Commitment der Mitarbeiter zu stärken (vgl. Felfe/Wombacher 2016). Als Ausdruck des Stellenwerts wird das Thema Mitarbeitergesundheit vermehrt in die Ziele einer Organisation miteinbezogen und kann daher auch in der Unternehmensstra-

ategie Berücksichtigung finden (vgl. Linnan et al. 2008, S. 1504). Zudem können Betriebe über die gesetzlichen Vorgaben (vgl. 2.2.1; 2.2.2) hinaus zusätzliche finanzielle und zeitliche Ressourcen für die betriebliche Gesundheitsförderung und die Krankheitsprävention einräumen, z. B. durch das Einrichten von BGM-Strukturen (vgl. Gimm 2018, S. 347).

Inwieweit Stresspräventionsmaßnahmen in Organisationen umgesetzt werden, ist auch von der **Organisationsgröße** abhängig. So kann ein Umsetzungsdefizit von Stresspräventionsmaßnahmen in kleineren und finanziell schwachen Organisationen festgestellt werden (vgl. Beck et al. 2015; Beck/Lenhardt 2019). Ein Review zu kleinen und mittleren Unternehmen zeigt, dass die Einführung von Präventionsmaßnahmen aufgrund der gering ausgeprägten Bürokratie zwar leichter fällt (vgl. McCoy et al. 2014). Im Gegensatz zu größeren Organisationen fehlen kleineren Unternehmen aber oft die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen sowie das Fachwissen für die Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen. Wenn Unternehmen in ihrer Existenz bedroht sind, werden Stresspräventionsmaßnahmen ebenso seltener durchgeführt (vgl. Beck et al. 2015). Größere Organisationen haben eher den Nachteil, dass es zahlreiche konkurrierende Prioritäten gibt und die Sichtbarkeit einzelner Präventionsmaßnahmen eingeschränkt sein kann (vgl. Wierenga et al. 2013, S. 9).

(2) Einen weiteren organisationalen Einflussfaktor stellt die **Organisations- bzw. Unternehmenskultur** dar. Diese prägt als „kollektives Handlungsmuster“ (Schreyögg/Koch 2015, S. 248) zum Teil unbewusst die Denk- und Problemlöseprozesse der Organisationsmitglieder und repräsentiert die Weltanschauung einer Organisation (vgl. Schreyögg/Koch 2015, S. 248-249). Da die Organisations- bzw. Unternehmenskultur gleich auf mehreren Ebenen eine handlungsleitende Wirkung entfaltet (vgl. Schreyögg/Koch 2015, S. 250), nimmt sie auch Einfluss auf die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention (vgl. Beelmann/Karing 2014, S. 134; Faller 2017a). Dafür ist auch die Passung zwischen der Organisations- bzw. Unternehmenskultur und den angebotenen Stresspräventionsmaßnahmen ein zentrales Kriterium (vgl. Wierenga et al. 2013, S. 9; 12). So können beispielsweise Stresspräventionsmaßnahmen, welche die soziale Unterstützung und Kommunikation am Arbeitsplatz steigern sollen (vgl. z. B.

Heaney/Price/Rafferty 1995), ins Leere laufen, wenn sie auf eine stark wettbewerbsorientierte Organisations- bzw. Unternehmenskultur wie z. B. in Unternehmensberatungen stoßen.

Die betriebliche **Präventionskultur** bestimmt die Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken und die Einschätzung ihrer Beherrschbarkeit sowie Überzeugungen, welche Präventionsmaßnahmen als sinnvoll erachtet werden (vgl. BAuA 2021, S. 14). Eine gesundheitsförderliche Organisations- bzw. Unternehmenskultur zeichnet sich durch realistische Leistungserwartungen und einen gesunden Umgang mit Fehlern und Scheitern aus (vgl. Saksvik et al. 2002; Kratzer 2016, S. 27-30). Das sogenannte Psychosocial Safety Climate ist ein wesentlicher Aspekt der Präventionskultur, der die Bereitschaft von Organisationen zum Schutz der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter abbildet und sich z. B. durch eine gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung äußert (vgl. u. a. Loh/Zadow/Dollard 2020). Darüber hinaus unterstützen kulturelle Werte wie Vertrauen, Transparenz, Glaubwürdigkeit, Respekt, Fairness und Partizipation die Gesundheit der Mitarbeiter (vgl. Badura 2016, S.1-2; Gimm 2018, S. 347-349; 351). Ein besonderer Stellenwert kommt der Partizipation zu.

Partizipation stellt einerseits eine bedeutsame Dimension der Organisations- bzw. Unternehmenskultur dar, andererseits ist sie aber auch ein Kriterium guter Praxis in der betrieblichen Gesundheitsförderung und in der betrieblichen Krankheitsprävention (vgl. Wright 2020). Mitarbeiterbeteiligung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention stellt sicher, dass das vorhandene Wissen der Mitarbeiter genutzt wird und diese sich aktiv für die langfristige Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen engagieren (vgl. Nielsen/Abildgaard 2013, S. 283). Mitarbeiter können direkt (z. B. im Rahmen von Gesundheitszirkeln) oder indirekt (z. B. über die Interessenvertretung) an der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention beteiligt werden. Aspekte der Partizipation wurden vor allem in der Change-Forschung thematisiert und lassen sich auch auf die Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen in Organisationen übertragen (vgl. Nielsen/Randall 2013, S. 605). Bekannt ist beispielsweise, dass mögliche Widerstände umso eher abgebaut werden können und Commitment gegenüber der Maßnahme umso eher aufgebaut werden kann,

je stärker Mitarbeiter an Veränderungsprozessen bzw. betrieblichen Präventionsmaßnahmen beteiligt werden (vgl. Lines 2004; Bambra et al. 2007; Nielsen et al. 2010). Auch zeigt sich, dass sich sowohl direkte als auch indirekte Partizipationsmöglichkeiten positiv auf die Umsetzung und Qualität von Gefährdungsbeurteilungen auswirken (vgl. BAuA 2021, S. 14). Zuletzt ist in einer partizipativen Organisations- bzw. Unternehmenskultur auch das **Empowerment**, also die Befähigung und das Einbeziehen der Mitarbeiter in Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention, zentraler Bestandteil (vgl. Brandes/Stark 2021). Das Empowerment von Mitarbeitern (z. B. durch die Förderung der Mitarbeit in Gremien) unterstützt die Nutzung individueller Ressourcen sowie den Aufbau von Kompetenzen und gilt somit als bedeutsamer Einflussfaktor für den Erfolg von Stresspräventionsmaßnahmen (vgl. Faltermaier 2018, S. 108).

(3) **Personalführung** ist eine „zielorientierte, wechselseitige Verhaltensbeeinflussung von Mitarbeitern, die dazu bewegt werden sollen, Ziele des Unternehmens zu verfolgen“ (Scherer/Süß 2016, S. 181). Zahlreiche Untersuchungen zeigen nicht nur einen direkten Zusammenhang zwischen der Personalführung (z. B. Führungsstil des Vorgesetzten) und dem Stresserleben der Mitarbeiter (vgl. z. B. Gregersen et al. 2011; Weiß/Süß 2016), sondern auch, dass die fehlende Unterstützung durch das Management und die direkte Führungskraft die Teilnahmemotivation von Mitarbeitern für Stresspräventionsmaßnahmen reduziert (vgl. Murta/Sanderson/Oldenburg 2007, S. 250, 252; Ryde et al. 2013; Faller 2017b, S. 196). Dies erklärt sich durch die Vorbildfunktion der Führungskräfte, die auch auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter wirkt (vgl. Rump/Schiedhelm/Eilers 2016, S. 98-99). Entsteht eine Diskrepanz zwischen dem gezeigten Gesundheitsverhalten der Führungskraft und dem geforderten Verhalten der Mitarbeiter, leidet nicht nur die Glaubwürdigkeit der Führungskraft darunter, sondern auch das Engagement der Mitarbeiter für die eigene Gesundheit (vgl. Rump/Schiedhelm/Eilers 2016, S. 99). In einem Review wurde zudem gezeigt, dass ausgewählte Mitarbeiter und Führungskräfte als sogenannte Workplace-Champions die Rolle von Multiplikatoren der Präventionsmaßnahme übernehmen und dadurch die Teilnahmemotivation positiv beeinflussen (vgl. Brand et al. 2017, S.19, 23).

(4) Die verschiedenen **Akteure** treffen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention z. B. bei der Planung einer Stresspräventionsmaßnahme aufeinander, interagieren und wirken aufeinander ein. Ein aktueller Forschungsstrang untersucht die Rollen der an der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention beteiligten Akteure (vgl. 2.2.2). Im Rahmen von Stresspräventionsmaßnahmen sind in erster Linie die Organisationsleitung und die Führungskräfte, die betriebliche Interessenvertretung, die Mitarbeiter und Fachkräfte aus dem arbeitsmedizinischen Dienst sowie Arbeitsschutz- und Sicherheitsbeauftragte als relevante Akteure zu bezeichnen (vgl. Lenhardt 2017a; Naidoo/Wills 2019, S. 451-452).

Die zentralen Aufgaben der **betrieblichen Interessenvertretung** sind der Schutz und die Förderung der Mitarbeitergesundheit (vgl. Faber/Faller 2017, S. 73-75). So verwundert es kaum, dass Organisationen mit einer gewählten Interessenvertretung – unabhängig von der Größe der Organisation – häufiger Stresspräventionsmaßnahmen durchführen als Organisationen ohne Betriebs- oder Personalrat (vgl. Beck et al. 2015, 4-5). Die Durchsetzungskraft der betrieblichen Interessenvertretung hängt dabei stark von ihrer Legitimierung (also dem Rückhalt und Vertrauen durch die Mitarbeiter) ab (vgl. Lenhardt 2017a, S. 208-209).

In der Forschung wird die **Interaktion der Akteure** vor dem Hintergrund von Macht, Politik und Legitimität analysiert, da die Akteure über unterschiedliche Machtressourcen verfügen und ihre jeweiligen Ziele verfolgen (vgl. Beck 2013; Lenhardt 2017a; Naidoo/Wills 2019). In Studien zur betrieblichen Gesundheitspolitik wurden Machtverhältnisse und politische Prozesse zwischen den Akteuren untersucht (für eine Übersicht siehe Beck 2013). Insbesondere mikropolitische Spiele der Sozialpartner, also des Managements und der betrieblichen Interessenvertretung, werden beschrieben (vgl. Lenhardt 2017a, S. 205-211; Neuner 2019, S. 32-33). Demnach sind die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention auch immer durch die vorherrschenden Machtverhältnisse der Akteure geprägt. Diese Machtverhältnisse sind nicht statisch und können z. B. im Rahmen der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen neu ausgehandelt werden. So verwundert es nicht, dass es von großer Bedeutung sein kann, welcher Akteur

eine Stresspräventionsmaßnahme vorschlägt (vgl. Nielsen/Randall 2013, S. 603-604). Auch der Anlass einer solchen Stresspräventionsmaßnahme (z. B. extern durch gesetzliche Vorgaben oder intern aufgrund des Ziels der allgemeinen Verbesserung der Mitarbeitergesundheit) kann für das Maß an Unterstützung durch die relevanten Akteure von großer Bedeutung sein (vgl. Nielsen/Randall 2013, S. 603-604). Es kann festgehalten werden, dass die Untersuchung der Interaktion der Akteure von zentraler Bedeutung ist, da die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention von einer klaren Zuordnung der Zuständigkeiten, Verantwortungen und Entscheidungsbefugnisse profitiert (vgl. BAuA 2021, S. 14).

(5) Organisationsexterne und organisationsinterne Treiber können **organisationale Veränderungen** wie Restrukturierungen oder Reorganisationen auslösen (vgl. Lauer 2019, S. 13-14). Die Ziele organisationaler Veränderungen sind vielfältig und deren Erreichen stellt eine der größten Herausforderung für Organisationen dar (vgl. Burnes 2017, S. 5). Das Spektrum der Veränderungen reicht von der Optimierung von Abläufen mit oder ohne Stellenabbau bis hin zur Änderung der Organisationskultur (vgl. Vahs 2019, S. 269-270). Die Forschung zeigt, dass organisationale Veränderungen grundlegend in die Strukturen, Prozesse und Ressourcen einer Organisation eingreifen (vgl. Vahs 2019, S. 269), sodass aktuelle organisationale Veränderungen auch die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention prägen (situativer Einflussfaktor) (vgl. Biron/Gatrell/Cooper 2010, S. 151-152; Nielsen/Randall 2013, S. 607). Dies erklären sich Forscher einerseits dadurch, dass organisationale Veränderungen zu einem erhöhten Stresserleben seitens der Mitarbeiter führen, wobei weniger der Inhalt als vielmehr das Ausmaß der Veränderung ausschlaggebend ist (vgl. Bordia et al. 2006; Köper/Richter 2016). Andererseits können sich in organisationalen Veränderungen auch die bereits genannten organisationalen Einflussfaktoren wandeln.

2.3.3 Individuelle Einflussfaktoren

Die Forschung zu individuellen Einflussfaktoren, die das menschliche Verhalten in Organisationen beeinflussen, ist äußerst umfangreich (für eine Übersicht Staehle 1999, S. 162-191). Die Literatur umfassen Aspekte wie Persönlichkeit (vgl. Roberts 2006), Bedürfnisse und Motive (vgl. Scherm/Süß 2016,

S. 184), Identitäten und Rollen (vgl. Ashforth/Rogers/Corley 2011), Verhaltensabsichten (vgl. Ajzen 1991) sowie Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten (vgl. Morley/Morley 2007). Die Darstellung aller Themen würde die Grenzen dieser Arbeit übersteigen. Daher sollen die in der Person liegenden Merkmale im Fokus stehen, die in den Studien als mögliche Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention beschrieben werden (vgl. z. B. Biron/Cooper/Bond 2008; Wierenga et al. 2013; Rojatz/Merchant/Nitsch 2015; Brand et al. 2017; Martin/Shann/La Montagne 2020). Dabei beziehen sich individuelle Einflussfaktoren sowohl auf die Zielgruppe von Stresspräventionsmaßnahmen (in der Regel Mitarbeiter) als auch auf die für die Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen relevanten Akteure (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2017, S. 835; 2.2.2; 2.3.2). Im Folgenden sollen die Aspekte (1) persönliche Einstellungen und Überzeugungen, (2) Motivation, (3) Kontrolle über zeitliche Ressourcen und (4) Kompetenzen näher erläutert werden.

(1) Die **persönlichen Einstellungen und Überzeugungen** der Zielgruppe und der relevanten Akteure betreffen grundsätzliche Annahmen der Individuen sowie ihren Lebensstil. In der Forschung werden mentale Modelle herangezogen, um die Rollen, Verhaltensweisen und Reaktionen im Rahmen von Stresspräventionsmaßnahmen besser zu verstehen (vgl. Nielsen/Abildgaard 2013, S. 285). So prägen persönliche Gesundheitseinstellungen und -überzeugungen sowie implizite Annahmen hinsichtlich der Organisation, der Arbeitsbedingungen sowie der Präventionsmaßnahme die mentalen Modelle der Zielgruppe und der relevanten Akteure (vgl. Weick/Sutcliffe/Obstfeld 2005; Havermans et al. 2016) und erklären Unterschiede im Umsetzungserfolg von Stresspräventionsmaßnahmen.

Es zeigt sich, dass sich Individuen, die auch bislang einen gesunden Lebensstil geführt haben oder die sich allgemein für Gesundheitsthemen interessieren, eher an betrieblichen Präventionsmaßnahmen beteiligen (vgl. Linnan et al. 2008, S. 1504; Rojatz/Merchant/Nitsch 2017, S. 836). Sind Mitarbeiter und relevante Akteure durch persönliche Probleme abgelenkt, reduziert sich das Interesse an einer Präventionsmaßnahme (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2015, S. 143). Allerdings können auch bestehende Gesundheitsprobleme dazu führen, dass Individuen ihre gesamte Aufmerksamkeit auf die Genesung

richten und weiteren Gesundheitsthemen keine hohe Priorität einräumen (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2017, S. 836).

(2) Die **Motivation** der Zielgruppe und der relevanten Akteure, sich an einer Stresspräventionsmaßnahme zu beteiligen oder diese zu fördern, wird vor allem durch die Aspekte (a) Problembewusstsein, (b) Veränderungsbereitschaft und (c) Selbstwirksamkeitserwartung geprägt.

(a) Neben Neugier und dem Wunsch, die eigene Gesundheit zu verbessern (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2017, S. 836), wird die Motivation der Zielgruppe durch ihr **Problembewusstsein** beeinflusst. Dieses umfasst, inwieweit eine angebotene Präventionsmaßnahme überhaupt als notwendig eingeschätzt wird bzw. zu einem existierenden Problem passt (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2017, S. 836). Darüber hinaus zeigt die Implementierungsforschung, dass auch die an der Stresspräventionsmaßnahme beteiligten betrieblichen Akteure vom Bedarf und Nutzen der Präventionsmaßnahme selbst überzeugt sein müssen (vgl. Beelmann/Karing 2014, S. 132). Dies ist die Voraussetzung dafür, dass die relevanten Akteure die Zielgruppe zur Teilnahme an einer Stresspräventionsmaßnahme motivieren können.

(b) Darüber hinaus wird die Teilnahmemotivation geprägt durch die individuelle **Veränderungsbereitschaft** (Readiness for Change), also das Bewusstsein, dass Arbeitsstress ein Problem darstellt, sowie die Bereitschaft, an der Stressprävention mitzuwirken (bzw. diese nicht zu behindern). Studien haben gezeigt, dass ein Überangebot und negative Erfahrungen mit vorangegangenen Präventionsmaßnahmen zu Erschöpfung und Frustration führen und so die individuelle Veränderungsbereitschaft senken (vgl. Saksvik et al. 2002, S. 47; Havermans et al. 2016, S. 376). Dies kann zur Folge haben, dass Individuen weniger bereit sind, neue Präventionsmaßnahmen zu unterstützen und an ihnen teilzunehmen (vgl. Nielsen/Randall 2013, S. 607-608). Die Teilnahmemotivation kann auch negativ beeinflusst werden, wenn die Zielgruppe sich subjektiv als gesund einschätzt und keinen persönlichen Vorteil in der Präventionsmaßnahme sieht (vgl. Wierenga et al. 2013, S. 11).

(c) Hat die Zielgruppe wiederum die Möglichkeit, an der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention teilzuhaben

und diese mitzugestalten (vgl. 2.3.2), wirkt sich dies positiv auf ihre **Selbstwirksamkeitserwartung** aus (vgl. Nielsen/Abildgaard 2013, S. 289). Die Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die subjektive Überzeugung, Veränderungen herbeiführen zu können, und beeinflusst so Denken, Motivation und Verhalten (vgl. Jerusalem 2018, S. 127-129). Sammeln Mitarbeiter im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention Erfolgserfahrungen, kann sich dies positiv auf deren langfristiges Gesundheitsverhalten und Wohlbefinden auswirken (vgl. Jerusalem 2018, S. 138-139). Zudem haben Studien gezeigt, dass die Selbstwirksamkeitserwartung der Zielgruppe einer Stresspräventionsmaßnahme ihre Teilnahmemotivation bedingt (vgl. Wierenga et al. 2013, S. 11).

(3) Einen weiteren individuellen Einflussfaktor stellt die **Kontrolle über zeitliche Ressourcen** dar, über die die Zielgruppe, aber auch die relevanten Akteure im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention verfügen. Zeitliche Ressourcen werden in einem gewissen Maß durch die Organisation bestimmt, sodass sich dieser Einflussfaktor teilweise mit den in Abschnitt 2.3.2 beschriebenen Ressourcen auf organisationaler Ebene überschneidet. So zeigen Ryde und Kollegen (2013), dass die Freistellung der Mitarbeiter für die Teilnahme an der betrieblichen Präventionsmaßnahme während der Arbeitszeit bedeutsam ist (vgl. Ryde et al. 2013). Ferner kann eine hohe Arbeitsbelastung oder eine ungünstige Arbeitsstrukturierung (im Sinne von Schichtarbeit, Teilzeittätigkeit etc.) die Teilnahme an Stresspräventionsmaßnahmen reduzieren (vgl. Wierenga et al. 2013, S. 11).

Bei der Nutzung von oft freiwilligen Präventionsangeboten spielt zum einen die Kontrolle über zeitliche Ressourcen und zum anderen die individuelle Bereitschaft, (Arbeits-)Zeit für ein Präventionsangebot zu investieren, eine Rolle (vgl. Wierenga et al. 2013, S. 11). Ebenso zeigt sich, dass sich die Freiheit der Zielgruppe, an einer Präventionsmaßnahme teilzunehmen, sowie die Möglichkeit, den Zeitpunkt der Teilnahme selbst zu bestimmen, positiv auf deren Teilnahmemotivation auswirken (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2017, S. 835). Werden die zeitlichen Ressourcen der relevanten Akteure durch die

zusätzliche Arbeitsbelastung und die Verantwortung aufgrund der Präventionsmaßnahme limitiert, wirkt sich dies laut Rojatz, Merchant und Nitsch (2015) negativ auf die Umsetzung der Präventionsmaßnahme aus.

(4) Die Ressourcen auf Seiten der relevanten Akteure betreffen aber auch deren **Kompetenzen** und Expertise im Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. Unabhängig von der primären Berufsausbildung der relevanten Akteure stellen deren gezielte Weiterbildung hinsichtlich der Präventionsmaßnahme sowie die Begleitung im Umsetzungsprozess durch Supervision und Monitoring ihre Motivation und ihr Commitment sicher (vgl. Durlak/DuPre 2008, S. 337; Beelmann/Karing 2014, S. 132). Neben den inhaltlichen Kompetenzen werden aber auch zunehmend beziehungsbezogene Kompetenzen der Akteure als individuelle Einflussfaktoren diskutiert (vgl. Beelmann/Karing 2014, S. 134). Gleichwohl steht die Gesundheitskompetenz relevanter Akteure im Fokus der aktuellen wissenschaftlichen Debatte (vgl. z. B. Vogt/Gehrig 2021).

Der Begriff der **individuellen Gesundheitskompetenz** geht über Wissen und Fertigkeiten hinaus und schließt Selbstwahrnehmung, -regulation und -kontrolle sowie Handlungsbereitschaft in Bezug auf gesundheitsrelevante Fragestellungen mit ein (vgl. Eickholt/Hamacher/Lenartz 2015, S. 977; Kickbusch et al. 2016, S. 6-16). So ist eine ausgeprägte individuelle Gesundheitskompetenz besonders im Umgang mit psychischen Erkrankungen relevant, da aus der Forschung bekannt ist, dass Mitarbeiter durch Sicherheitsbedenken (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2015, S. 143) und die Sorge vor Vorurteilen und Stigmatisierung vonseiten ihrer Kollegen und Vorgesetzten verunsichert werden (vgl. 2.1.3). Dies ist problematisch, da die Bedenken dazu beitragen, dass ihre Teilnahmemotivation an Stresspräventionsmaßnahmen sinkt (vgl. Barthelmes et al. 2019, S. 39). Das Vorhandensein der sogenannten psychischen Gesundheitskompetenz, also das Wissen über und die Einstellungen gegenüber psychischen Störungen und deren Prävention bzw. Behandlung (vgl. Jorm et al. 1997), fördert in diesem Zusammenhang die Entstigmatisierung psychischer Störungen am Arbeitsplatz und beeinflusst so auch die Einstellungen gegenüber Stresspräventionsmaßnahmen. Verfügen die Zielgruppe sowie die relevanten Akteure über eine gute psychische Gesundheits-

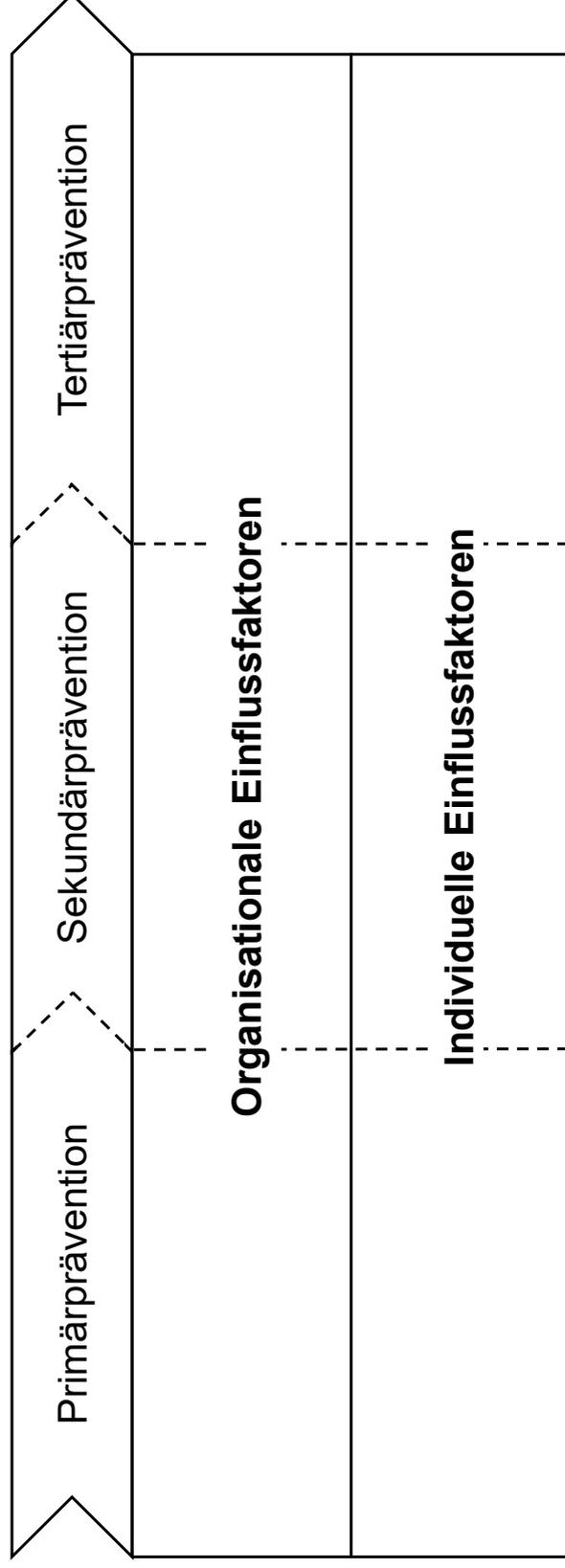
kompetenz, können sie erste Anzeichen einer psychischen Erkrankung frühzeitig erkennen und Hilfe annehmen bzw. passende Hilfsangebote sensibel unterbreiten (vgl. Hanisch et al. 2016).

2.3.4 Entwicklung eines Forschungsmodells zu Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention

Die Forschung zur Wirksamkeit von Stresspräventionsmaßnahmen ist umfangreich (vgl. 2.3.1), ebenso die Zahl der angebotenen Maßnahmen für die betriebliche Präventionspraxis (vgl. z. B. MDS 2020; MEga 2022). Mögliche Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention, die die Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen bedingen, standen in der bisherigen Forschung hingegen weitaus seltener im Fokus (vgl. Beelmann/Karing 2014, S. 129-131). Ohne die Betrachtung von Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention fehlen jedoch notwendige Informationen und die Stresspräventionsmaßnahmen werden zu sogenannten „Black Boxen“ (Biron/Gatrell/Cooper 2010, S. 137), da letztlich unklar bleibt, wie ihr (Miss-)Erfolg zu erklären ist. Damit wird die Übertragung von Forschungsergebnissen in die Präventionspraxis erschwert und das Potential von Stresspräventionsmaßnahmen nicht ausgeschöpft (vgl. Feldstein/Glasgow 2008).

Um die bislang unvollständige Forschungsperspektive zu ergänzen, ist die Betrachtung von organisationalen und individuellen Einflussfaktoren im Umgang mit psychosozialen Risiken und ihren Folgen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention hilfreich. Daraus ergibt sich das in Abbildung 2.4 dargestellte **Forschungsmodell**, das den konzeptionellen Rahmen der vorliegenden Arbeit bildet und einen Beitrag zum Verständnis der Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen in der betrieblichen Praxis leistet.

Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliche Krankheitsprävention



Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention können verschiedene Präventionsmaßnahmen zum Schutz und zur Förderung der individuellen psychischen Mitarbeitergesundheit ergriffen werden (vgl. Bamberg/Busch 2006, S. 216; 2.2.3). Diese Stresspräventionsmaßnahmen sind Ausdruck der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der betrieblichen Krankheitsprävention und können als deren Operationalisierung verstanden werden. Im Forschungsmodell werden Stresspräventionsmaßnahmen mit sowohl gesundheitsförderlicher als auch präventiver Ausrichtung in abstrahierter Form zusammengefasst. Als Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention werden sie hinsichtlich ihres Zeitpunktes chronologisch (vgl. Caplan 1964) in Form einer Prozessvisualisierung dargestellt. Dabei steigen die Intensität und Spezifität der Stresspräventionsmaßnahmen von der Primär- zur Tertiärprävention an (vgl. Junge-Hoffmeister 2019, S. 946).

Die Aufteilung der Stresspräventionsmaßnahmen im Forschungsmodell liegt dem mehrphasigen Entstehungsprozess psychischer Störungen zugrunde (vgl. 2.1.2) und kann so für eine phasenübergreifende Analyse herangezogen werden: Wie in Abschnitt 2.2.3 skizziert wurde, sollen Maßnahmen der Primärprävention (z. B. die GB-Psyche) der Entstehung gesundheitlicher Schädigungen vorbeugen (vgl. Dragano/Wahl 2015, S. 22). Maßnahmen der Sekundärprävention verfolgen das Ziel, Erkrankungsrisiken zu reduzieren oder das Auftreten von Erkrankungen z. B. durch Organisationsentwicklungsmaßnahmen oder Trainings zu verzögern (vgl. Röhrle/Behner/Christiansen 2012, S. 142). Ist der Mitarbeiter bereits erkrankt, sollen Maßnahmen der Tertiärprävention die Belastung senken (z. B. durch den Zugang zu professioneller Hilfe) sowie Folge- und Begleiterkrankungen verhindern (vgl. Röhrle/Behner/Christiansen 2012, S. 142). Im Forschungsmodell ist die **Abgrenzung der einzelnen Präventionsformen** zwar durch gestrichelte Linien dargestellt, eine eindeutige Zuordnung einzelner Präventionsmaßnahmen ist jedoch nicht immer möglich (vgl. Leppin 2018, S. 49). Nichtsdestoweniger kann eine differenzierte Betrachtung der Präventionsformen in Bezug auf die Einflussfaktoren hilfreich sein, da sich die Präventionsformen u. a. hinsichtlich ihrer Präventionsziele und Zielgruppen, ihres rechtlichen Handlungsrahmens und ihrer relevanten Akteure unterscheiden (vgl. 2.2.2; 2.2.3).

Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention, welche die Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen bedingen, sind unter den Präventionsformen abgebildet. Dargestellt sind zwei Ebenen: die der individuellen und die der organisationalen Einflussfaktoren. Obwohl eine Trennung der Ebenen aus forschungstheoretischer Sicht sinnvoll erscheint, hat die Praxis gezeigt, dass die Ebenen nicht immer trennscharf abzugrenzen sind, da sie miteinander verbunden und teilweise voneinander abhängig sind (vgl. Mullins 2007, S. 4-7). So zeigt sich beispielsweise, dass vor dem Hintergrund umfangreicher organisationaler Veränderungen (organisationale Ebene) Stresspräventionsmaßnahmen als zusätzliche Arbeitsbelastung wahrgenommen werden (vgl. Rojatz/Merchant/Nitsch 2015) und die für die Umsetzung benötigten zeitlichen Ressourcen (individuelle Ebene) beteiligter Akteure eingeschränkt sind (vgl. Biron/Gatrell/Cooper 2010, S. 150-152). Wie in Abschnitt 2.3.1 erläutert, liegt die Umwelt-Ebene mit ihren gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Einflussfaktoren nicht im Fokus dieser Arbeit und ist daher auch nicht Teil des Forschungsmodells.

3 Einordnung der Kapitel 4 bis 7 in das Forschungsmodell

In den Kapiteln 4 bis 7 werden verschiedene empirische Untersuchungen zur psychischen Gesundheit in Organisationen unter besonderer Berücksichtigung organisationaler und individueller Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der betrieblichen Krankheitsprävention durchgeführt. Die Studien lassen sich in das in Abbildung 2.4 dargestellte Forschungsmodell einordnen. Die jeweiligen Fragestellungen werden vor dem Hintergrund theoretischer und konzeptioneller Vorüberlegungen und unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der Forschung entwickelt. Die für die Fragestellungen benötigten Forschungsdaten werden mit Hilfe unterschiedlicher Forschungsmethoden erhoben und ausgewertet.

Es kommen in den Kapiteln 4 bis 7 sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsmethoden zum Einsatz. Qualitative Forschung verfolgt das Ziel, durch Exploration neue Hypothesen, Theorien und Modelle zu bilden (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 738). Daher eignen sich qualitative Forschungsmethoden einerseits, um bislang weniger erforschte Untersuchungsgegenstände eingehend zu beleuchten. Andererseits werden sie eingesetzt, um soziale und psychologische Phänomene aus der Sicht verschiedener Akteure zu rekonstruieren (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 738). Quantitative Forschung wird hingegen häufig zur Explanatation (also zur Prüfung von Hypothesen und Theorien) herangezogen. Mit der Untersuchung von (Kausal-)Zusammenhängen in einer empirisch erhobenen Stichprobe geht das Ziel einher, identifizierte Zusammenhänge auf die Gesamtpopulation zu übertragen und damit zu verallgemeinern (vgl. Creswell/Creswell 2018, S. 147-148). Qualitative und quantitative Forschung ergänzen sich und unterstützen eine tiefgehende und umfassende Analyse (vgl. Creswell/Creswell 2018, S. 213). Daher werden in den Kapiteln 4 bis 7 in Abhängigkeit des Untersuchungsgegenstands qualitative und quantitative Forschungsmethoden angewandt, um neue Erkenntnisse zu Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention zu gewinnen.

Die von Kapitel 4 bis 7 fokussierten Bereiche des Forschungsmodells sind in der Abbildung 3.1 dargestellt. Der Schwerpunkt der Kapitel 4 und 5 liegt auf der Analyse organisationaler Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheits-

förderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. Da bislang wenig empirische Informationen zur Rolle und Interaktion relevanter Akteure im Umgang mit psychosozialen Risiken und ihren Folgen vorliegen, werden in den Kapiteln 4 und 5 neue Erkenntnisse unter Anwendung qualitativer Methoden gewonnen. In den Kapiteln 6 und 7 werden mittels verschiedener quantitativer Methoden individuelle Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention untersucht. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Einflussfaktoren, welche die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und das Anbieten von Unterstützung im Falle von psychischen Gesundheitsproblemen determinieren.

Die Kapitel 4 bis 7 sind den entsprechenden Präventionsformen zugeordnet, wobei anzumerken ist, dass die einzelnen Kapitel sich auf mehrere Bereiche beziehen oder sogar – wie im Falle des Kapitels 6 – auf alle Präventionsformen zutreffen. Damit deckt die vorliegende Arbeit mit ihren Studien den Großteil der drei Präventionsformen ab. Eine Ausnahme bildet die Untersuchung organisationaler Einflussfaktoren der Tertiärprävention. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Fokus im betrieblichen Setting auf einer frühzeitigen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention liegt. Darum werden in Organisationen vorzugsweise Primär- und Sekundärpräventionsmaßnahmen ergriffen, da diese das größte Potential aufweisen, die Entstehung psychischer Erkrankungen rechtzeitig zu unterbinden (vgl. 2.1.2; 2.2.1; 2.2.3). Die Tertiärprävention ist hingegen nachgelagert, zielt u. a. auf die berufliche Rehabilitation von langzeiterkrankten Mitarbeitern ab und wird daher oft mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement assoziiert.

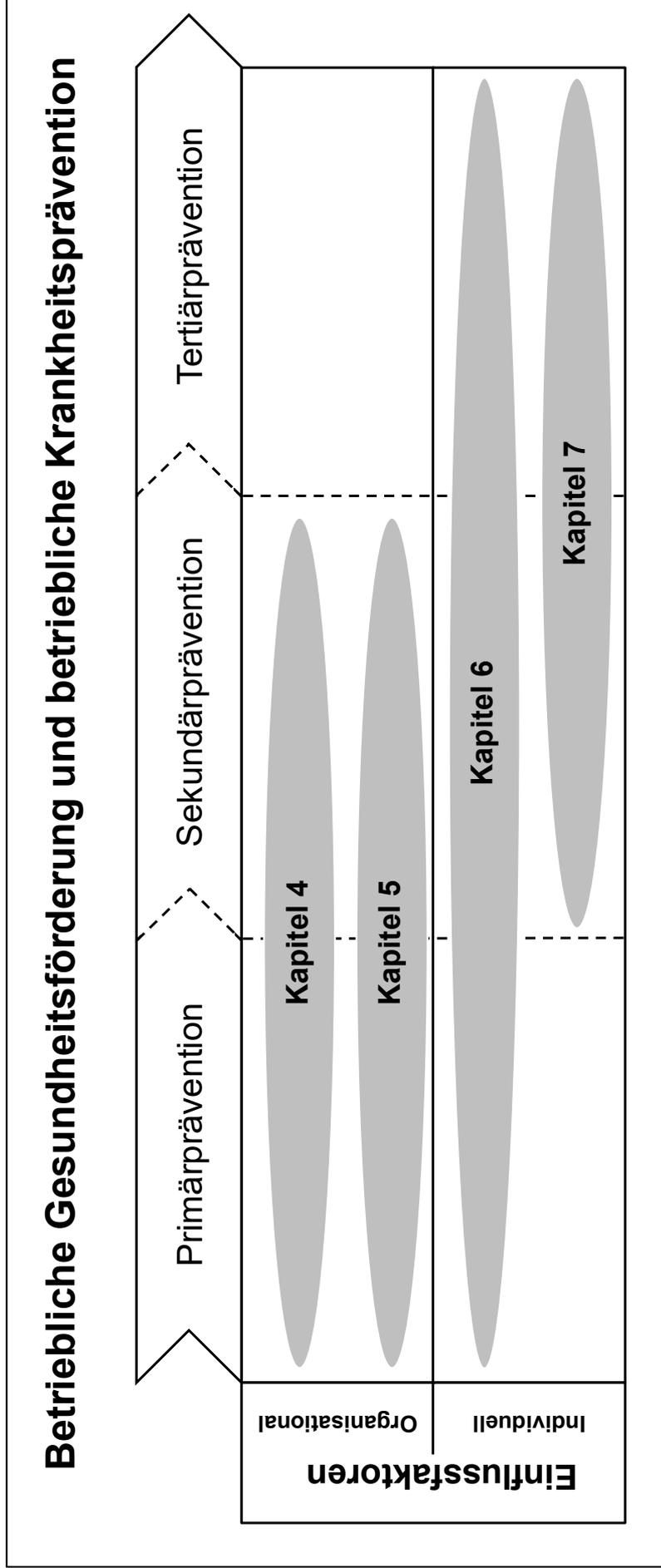


Abb. 3.1: Einordnung der Kapitel 4 bis 7 in das Forschungsmodell

Konkret wird in **Kapitel 4** („Akteure der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Perspektiven und Konflikte im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz“) die Zusammenarbeit (über)betrieblicher Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention anhand der GB-Psyche untersucht. Im Rahmen der GB-Psyche werden mögliche Risiken für Mitarbeiter ermittelt, die sich aus der psychosozialen Arbeitsbelastung ergeben, um diese im Sinne der Primär- bzw. Sekundärprävention durch geeignete Maßnahmen zu senken (vgl. 2.2.3). Obgleich der gesetzliche Rahmen zum Schutz der psychischen Mitarbeitergesundheit u. a. durch das ArbSchG gegeben ist, mangelt es an konkreten Vorgaben zur betrieblichen Umsetzung (vgl. Neuner 2019, S. 30). Die Umsetzung der GB-Psyche erfordert jedoch eine hierarchie- und funktionsübergreifende Zusammenarbeit betrieblicher Akteure, die mitunter unterschiedliche, teilweise sich widerstrebende Interessen verfolgen (vgl. Lenhardt 2017a, S. 203; Naidoo/Wills 2019, S. 451-461). Bislang mangelt es an empirischem Wissen über die Interaktion der unterschiedlichen Akteure im Umgang mit psychosozialen Risiken und ihren Folgen (vgl. BAuA 2014; Lenhardt 2017a). Daher werden in Kapitel 4 qualitative Daten mittels leitfadengestützter Interviews mit innerbetrieblichen Akteuren (Personaler, Betriebsräte, Führungskräfte, Geschäftsführer, Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte) aus unterschiedlichen Organisationen sowie mit überbetrieblichen Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Angehörige der Gewerkschaft, der Arbeitsschutzbehörden und wissenschaftlicher Institute) in Deutschland erhoben und ausgewertet. Die vorhandene Forschung wird um die Untersuchung der Eigen- und Fremdwahrnehmung betrieblicher Akteure in der GB-Psyche erweitert. Insbesondere werden in Kapitel 4 im Zuge der Analyse von Konflikten zwischen den Akteuren relevante neue Erkenntnisse zu organisationalen Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention gewonnen.

In **Kapitel 5** („Legitimität und Legitimitätssicherung von Betriebs- und Personalräten in organisationalen Veränderungen – Eine qualitative Analyse“) wird die Perspektive der betrieblichen Interessenvertretung als zentraler Akteur der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention analysiert. Dabei wird die Interaktion zwischen betrieblicher

Interessenvertretung und ihren zu vertretenden Mitarbeitern in ambivalenten, psychisch beanspruchenden Veränderungsprozessen adressiert. Als situativer Einflussfaktor der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention wurden organisationale Veränderungen bereits in der Forschung diskutiert (vgl. 2.3.2). Darüber hinaus ist bekannt, dass die Omnipräsenz organisationaler Veränderungen das Stresserleben von Mitarbeitern am Arbeitsplatz negativ beeinflusst (vgl. Oreg/Vakola/Armenakis 2011, S. 477) und zu psychischen oder psychosomatischen Beschwerden führen kann (vgl. Näswall/Sverke/Hellgren 2005; Schumacher et al. 2016). Im Gegensatz dazu stellt im Sinne der Primär- und Sekundärprävention die Partizipation eine bedeutsame Gesundheitsressource für Mitarbeiter dar, die durch die institutionalisierte Interessenvertretung in organisationalen Veränderungen ermöglicht werden kann (vgl. Walters/Nichols 2007; Oreg/Vakola/Armenakis 2011; Nerdinger/Blickle/Schaper 2014). Obwohl die Durchsetzungskraft der betrieblichen Interessenvertretung letztendlich von ihrer Beziehung zu den zu vertretenden Mitarbeitern abhängt, mangelt es an empirischen Informationen dazu, inwieweit der Betriebs- und Personalrat durch Mitarbeiter in organisationalen Veränderungen legitimiert werden und wie betriebliche Interessenvertretungen ihre Legitimität sichern. In Anbetracht des Erkenntnismangels werden in Kapitel 5 mit Hilfe einer Interviewstudie qualitative Daten erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei können ausführliche Erkenntnisse zur wahrgenommenen Legitimität und Legitimitätssicherung der betrieblichen Interessenvertretung (insbesondere zu der bislang vernachlässigten Perspektive des Personalrats) gewonnen werden. So trägt die Studie mit ihren Erkenntnissen nicht nur zu einem besseren Verständnis der Legitimität der gewählten Interessenvertretung als organisationaler Einflussfaktor bei, sondern leistet auch einen wissenschaftlichen Beitrag zur Mitbestimmung in organisationalen Veränderungen.

In **Kapitel 6** („Psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz – Übersetzung und Validierung einer deutschsprachigen Version des MHL-W“) wird basierend auf Moll und Kollegen (2017) eine deutschsprachige Skala mit berufsnahen Vignetten zur subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz entwickelt. Als individueller Einfluss-

faktor determiniert die psychische Gesundheitskompetenz die Inanspruchnahme von Hilfsleistungen und das Anbieten von Unterstützung im Falle psychischer Gesundheitsprobleme (vgl. Barthelmes et al. 2019, S. 38-39). Obwohl unbestritten ist, dass ein Kompetenzmangel im Umgang mit psychischen Erkrankungen die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention maßgeblich behindern kann (vgl. Rüscher/Thorncroft 2014), wurde die Untersuchung des betrieblichen Kontexts bislang vernachlässigt. Dies äußert sich etwa darin, dass sich die gängigen Instrumente mit klinischen Vignetten und ohne jeden Bezug zum Arbeitsplatz nicht für den Einsatz im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention eignen (vgl. Moll et al. 2017). In Kapitel 6 wird das Forschungsdefizit durch drei Schritte adressiert, indem (1) ein englischsprachiges Instrument (MHL-W) übersetzt wird, (2) die Vignetten des Instruments auf Basis einer qualitativen Expertenbefragung angepasst werden und (3) das MHL-W-G an zwei deutschsprachigen Stichproben hinsichtlich seiner psychometrischen Güte, Faktorstruktur sowie möglicher Geschlechtereffekte analysiert wird. Mit der Bereitstellung eines deutschsprachigen Instruments wird in Kapitel 6 zur weiteren Untersuchung wissenschaftlicher wie auch praktischer Fragestellungen der gesamten Bandbreite der betrieblichen Prävention (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) beigetragen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen ergibt sich jedoch auch die Frage nach der prädiktiven Validität des MHL-W-G zur Vorhersage der individuellen Inanspruchnahme von Hilfsleistungen und nach dem Anbieten von Unterstützung bei psychischen Gesundheitsproblemen im Arbeitskontext.

Diese Frage wird in **Kapitel 7** („Help-seeking and Help-outreach Intentions of Health Care Professionals – The Role of Workplace Mental Health Literacy and Stigma“) aufgegriffen. Darin wird untersucht, inwieweit psychische Gesundheitskompetenz und Stigmata psychischer Erkrankungen Einfluss auf die Intention nehmen, Hilfe für ein psychisches Gesundheitsproblem zu suchen oder diese einem betroffenen Kollegen anzubieten. Die Studie ist der Sekundär- bzw. Tertiärprävention zuzuordnen, da sie sich auf Personen bezieht, die erste (Frühwarn-)Symptome einer psychischen Krankheit aufweisen bzw. bereits erkrankt sind. Die Untersuchung erfolgt anhand einer Stich-

probe mit jungen Pflegefachkräften, da diese aufgrund belastender Arbeitsbedingungen besonders häufig von psychischen Erkrankungen betroffen sind (vgl. Perry et al. 2015; O'Connor/Neff/Pitman 2018). Es ist bekannt, dass neben mangelnder psychischer Gesundheitskompetenz auch stigmatisierende Einstellungen, eine Art negativer Etikettierung betroffener Personen, die frühzeitige Behandlung psychischer Erkrankungen behindern (vgl. Barthelmes et al. 2019, S. 38-39). Allerdings liegen widersprüchliche Erkenntnisse hinsichtlich der Beziehung psychischer Gesundheitskompetenz und des Selbststigmas bzw. Fremdstigmas psychischer Erkrankungen vor. Ferner mangelt es an Informationen zur Inanspruchnahme von Hilfsleistungen und zum Anbieten von Unterstützung bei psychischen Gesundheitsproblemen im Arbeitskontext, da sich die meisten Studien auf das private Umfeld konzentrieren (vgl. u. a. Rossetto/Jorm/Reavley 2016). Die der Studie zugrunde liegenden Annahmen basieren einerseits auf Erkenntnissen aus Kapitel 6, andererseits auf konzeptionellen Überlegungen und empirischen Erkenntnissen aus der Forschung zu Stigmatisierung und Hilfesuchverhalten. Unter Anwendung der in Kapitel 6 entwickelten Skala werden die abgeleiteten Hypothesen in Kapitel 7 in einem quantitativ-empirischen Forschungsdesign mit zwei Messzeitpunkten mittels Strukturgleichungsmodellierung überprüft. Die Studie liefert relevante Erkenntnisse darüber, wie das Hilfesuchverhalten und die Absicht, Hilfe im Arbeitskontext anzubieten, von der psychischen Gesundheitskompetenz sowie Stigmatisierung beeinflusst werden. Die Ergebnisse sind im Hinblick auf die steigende Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie dem Pflegefachkräftemangel von besonderer Bedeutung.

Zusammenfassend werden in den Kapiteln 4 bis 7 **organisationale und individuelle Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention** mit verschiedenen thematischen Schwerpunkten detailliert analysiert. Es werden (1) die bislang in der Forschung vernachlässigte Rolle und Interaktion relevanter Akteure im Umgang mit psychosozialen Risiken und ihren Folgen untersucht, es wird (2) ein deutschsprachiges Erhebungsinstrument für das betriebliche Setting entwickelt und es werden (3) die Beziehungen zwischen individuellen Einflussfaktoren vertiefend analysiert. Die breite Anwendung unterschiedlicher qualita-

tiver und quantitativer Forschungsmethoden in den folgenden Kapiteln ermöglicht eine detaillierte Analyse der Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention, sodass ein umfassendes Bild der psychischen Gesundheit in Organisationen gezeichnet werden kann.

4 Akteure der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Perspektiven und Konflikte im betrieblichen Arbeits- und Ge- sundheitsschutz^{2 3 4 5}

4.1 Einleitung

Arbeitnehmer werden zunehmend mit neuen Arbeitsanforderungen, wie beispielsweise Entgrenzung der Arbeit, konfrontiert (vgl. Busch-Heizmann/Entgelmeier/Rinke 2018; Fürst 2019). Es wird angenommen, dass diese Veränderungen mit steigenden **psychischen Belastungen** einhergehen (vgl. Lohmann-Haislah 2012a), die sich negativ auf die Mitarbeitergesundheit auswirken können (vgl. Rau/Buyken 2015). Die zunehmende Relevanz psychischer Gesundheit erklärt sich auch durch den Anstieg krankheitsbedingter Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen (vgl. Meyer/Wehner/Cichon 2017). Fällt ein Mitarbeiter infolge einer psychischen Erkrankung aus, muss mit einer im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen längeren Ausfalldauer gerechnet werden (vgl. Meyer/Wehner/Cichon 2017). Auch angesichts steigender Fallzahlen sieht sich der Gesetzgeber veranlasst, Organisationen aufzufordern, psychische Belastungen zu erheben und Maßnahmen zu deren Verringerung sowie Prävention umzusetzen. Die GB-Psyche zur Erfassung dieser Arbeitsanforderungen umfasst die Vorbereitung, Analyse, Auswertung, Maßnahmenentwicklung, -durchführung, Evaluation und Dokumentation

² Dieser Beitrag ist in Zusammenarbeit mit Stefan Süß und Mathias Diebig entstanden. Die Anteile an diesem Beitrag betragen etwa 50% (Wulf), 25% (Süß) und 25% (Diebig). Die Autorin der vorliegenden Arbeit war an der Konzeption der Studie, ihrer Durchführung, ihrer Auswertung sowie an der Diskussion der Ergebnisse maßgeblich beteiligt.

³ Eine vorherige Fassung dieses Beitrags ist in der Zeitschrift für Arbeitswissenschaften erschienen: Wulf, Ines C./Süß, Stefan/Diebig, Mathias (2017): Akteure der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Perspektiven und Konflikte im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 71 (4/2017), S. 296-304, Copyright © 2017 Springer Nature, DOI: 10.1007/s41449-017-0085-4.

⁴ Eine vorherige Fassung dieses Beitrags wurde auf dem Herbstworkshop der Wissenschaftlichen Kommission Personalwesen im VHB in Paderborn (22.09.2016) sowie auf dem Frühjahrskongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (GfA) in Brugg-Windisch (16.02.2017) und auf der Third International Interdisciplinary Conference on Research on Work and Working Life (WORK2017) in Turku (16.08.2017) präsentiert.

⁵ Dieser Beitrag entstand im Rahmen des Projekts „Ein dynamisches System zur Erfassung und Prävention psychischer Arbeitsbelastungen in kleinen und mittleren Unternehmen der Industrie 4.0 (Dynamik 4.0)“, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Kennzeichen 02L14A170) gefördert und vom Karlsruher Institut für Technologie (KIT) betreut wurde.

(vgl. NAK 2016) und wird in der Regel von verschiedenen Akteuren durchgeführt (vgl. 2.2.2).

Trotz der hohen wirtschaftlichen Relevanz psychischer Gesundheit (vgl. Meyer/Wehner/Cichon 2017) und der rechtlichen Verpflichtung des Arbeitgebers im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung psychische Belastungen zu erfassen, ist zu beobachten, dass viele Unternehmen Umsetzungsprobleme haben oder ihren gesetzlichen Verpflichtungen nicht nachkommen (vgl. BAuA 2014; Lenhardt/Beck 2016; Leitão/Greiner 2017). Allerdings liegen vergleichsweise wenige systematische Informationen zur Umsetzungspraxis der **GB-Psych**e vor und die vereinzelt wissenschaftlichen Veröffentlichungen basieren zumeist auf untersuchten Einzelfällen (vgl. z. B. Janetzke/Ertel 2016) oder Befragungen, welche nur bruchstückhaft die Handlungspraxis der GB-Psych(e) (vgl. EU-OSHA 2016) abbilden. Auch sind die tatsächliche Ausgestaltung der Rollen der Akteure des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und ihre Interaktion bisher nicht umfassend erforscht, da in aktuellen Untersuchungen zur GB-Psych(e) in der Regel nicht alle relevanten Akteure berücksichtigt werden. Dies verwundert, da die Beachtung und Ausbalancierung heterogener Interessen ein elementarer Erfolgsfaktor der GB-Psych(e) ist (vgl. BAuA 2014; Havermans et al. 2016). Im Fokus bisheriger Forschung stehen die Perspektiven einzelner Akteure auf die GB-Psych(e), wie die des Betriebsarztes (vgl. Weigl et al. 2016), oder die der Sozialpartner und Präventionsdienstleister (vgl. Janetzke/Ertel 2016). Auch Konflikte zwischen den Akteuren bei der Durchführung der GB-Psych(e) aufgrund divergierender Interessen werden bislang nicht näher betrachtet. Vor dem Hintergrund bislang fehlender theoriebasierter und empirischer Erkenntnisse zu dieser Thematik steigt die Gefahr von Fehlinvestitionen, Frustration der Mitarbeiter sowie letztlich des Scheiterns der Präventionsmaßnahmen für psychische Fehlbelastungen. Leitão und Greiner (2017) folgend kann somit ein Bedarf an wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Perspektiven der betrieblichen Akteure und deren Interaktion bei der Prävention psychischer Fehlbelastung festgestellt werden.

Vor diesem Hintergrund ist das **Ziel** des Beitrags, die Perspektiven und die Interaktion der Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Prozess der

GB-Psychologie zu untersuchen. Den konzeptionellen Grundlagen und Vorüberlegungen für die empirisch qualitative Studie folgen die Beschreibung des methodischen Vorgehens sowie Ergebnisse und Schlussfolgerungen.

4.2 Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen

Die Aufforderung zur Erfassung und Prävention psychischer Belastungen in der Arbeitswelt ist auf Ebene der Europäischen Union verankert und wird in den einzelnen Mitgliedsstaaten über gesetzliche Regelungen (z. B. ArbSchG) und nationale Initiativen z. B. der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (vgl. NAK 2007) umgesetzt. Diese Regelungen umfassen die für die Durchführung der GB-Psychologie **verantwortlichen Akteure** und ihre Aufgaben. Zu den überbetrieblichen Akteuren zählen u. a. Arbeitsschutzbehörden, Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften, Verbände und Berater (vgl. BAuA 2014), die auf politischer Ebene den Arbeits- und Gesundheitsschutz mitgestalten und zudem Betriebe in praktischen Fragen beraten. Die mit dem betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz betrauten Akteure sind in der Regel Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte, Interessenvertreter und Führungskräfte (vgl. BAuA 2014; ArbSchG).

Hauptverantwortlich für die GB-Psychologie ist laut § 5 ArbSchG der Arbeitgeber. Dieser kann die Durchführung an Führungskräfte und Fachpersonal des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes delegieren, was ihn aber nicht von seiner Gesamtverantwortung befreit. Führungskräfte sind verpflichtet die Gesundheit ihrer Mitarbeiter in dem ihnen zur Verfügung stehenden Rahmen zu schützen und zu fördern. Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit unterstützen als fachliche Spezialisten die Umsetzung und Gestaltung der GB-Psychologie (vgl. Bamberg/Mohr 2016; NAK 2016). Oft geht die Initiative zur Implementierung der GB-Psychologie vom Betriebs- bzw. Personalrat aus, denn als institutionalisierte Schnittstelle zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer verfügt die betriebliche Interessenvertretung über umfassende Mitbestimmungsrechte im Gefährdungsbeurteilungsprozess (vgl. BAuA 2014). Abhängig von der Organisation des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes gestalten weitere Akteure, z. B. Mitarbeiter der Personalabteilung, den Prozess der GB-Psychologie mit (vgl. NAK 2016). Den strukturellen Rahmen der Zusammenarbeit der betrieblichen Akteure bildet der ASA, in dem Maß-

nahmen zur Analyse und Prävention von psychischen Fehlbelastungen beraten und verabschiedet werden (vgl. ArbSchG).

Aktuell wird die Prävention psychischer Fehlbelastungen im Vergleich zum Umgang mit physischen Gefährdungen in der Praxis vernachlässigt (vgl. Lenhardt/Beck 2016). Gründe dafür werden einerseits in der Vielschichtigkeit rechtlicher Verpflichtungen, fehlenden monetären, zeitlichen und personellen Ressourcen, andererseits aber auch in mangelndem Problembewusstsein sowie fehlender Expertise der betrieblichen Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gesehen (vgl. EU-OSHA 2016). So klar die Zuständigkeiten der betrieblichen Akteure in der GB-Psychologie geregelt sind, so unkonkret gestalten sich die rechtlichen Vorgaben zur Durchführung der GB-Psychologie. Weiche rechtliche Regelungen (vgl. Leitão/Greiner 2017) und der Rückgang staatlicher Umsetzungskontrollen (vgl. Becker 2016) lagern die tatsächliche Aushandlung und Regulierung von Präventionsmaßnahmen psychischer Fehlbelastung in die Betriebe aus (vgl. Trinczek 2010; Becker 2016). Daraus leitet sich eine besondere Bedeutung der innerbetrieblichen Vorgänge und Interaktionen der betrieblichen Akteure in der GB-Psychologie ab.

Die GB-Psychologie erfordert eine **hierarchie- und funktionsübergreifende Zusammenarbeit** zuständiger Akteure aus den Bereichen Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Personal- und Organisationsentwicklung (vgl. Bamberg/Mohr 2016). Dabei treffen Akteure mit unterschiedlichen Rollen, Interessen und Zielen aufeinander. Aufgrund des Fehlens eines klaren gesetzlichen Handlungsrahmens kann daher von politischen Prozessen (vgl. Crozier/Friedberg 1979) zum Versuch der Durchsetzung eigener Interessen (bzw. der ihrer repräsentierten Gruppe) ausgegangen werden (vgl. Beck 2013). Die aus unvereinbaren Gruppeninteressen resultierenden Konflikte (vgl. Sherif 1966) haben jedoch das Potential die Umsetzung der GB-Psychologie zu gefährden.

Im Rahmen der Beschreibung von **Konflikten** in der GB-Psychologie sind Konflikte zwischen Gruppen (Intergruppenkonflikte, z. B. zwischen Betriebsrat und Geschäftsführung) einerseits und innerhalb von Akteursgruppen (Intragruppenkonflikte, z. B. zwischen zwei Fachkräften für Arbeitssicherheit) andererseits zu unterscheiden. Konfliktgegenstände lassen sich in Aufgaben-

konflikte mit direktem Aufgabenbezug und Beziehungskonflikte ohne direkten Aufgabenbezug auf Basis persönlicher Differenzen unterscheiden (vgl. Jehn/Bendersky 2003). Aufgabenkonflikte werden nochmals in Beurteilungskonflikte und Prozesskonflikte untergliedert. Erstere beschreiben Unstimmigkeiten in Bezug auf Ziele, Vorgaben und Resultate. Prozesskonflikte beziehen sich hingegen auf Diskrepanzen in der Prozessgestaltung zur Erreichung eines Ziels (vgl. Jehn/Bendersky 2003). Empirisch fällt die Abgrenzung zwischen Aufgaben- und Beziehungskonflikten oft schwer, da diese miteinander korrelieren und sich Streitgegenstände im Konfliktverlauf verändern können (vgl. de Wit et al. 2012). Auch bezüglich der (Dys-)Funktionalität von Konflikten liegen widersprüchliche Ergebnisse vor (vgl. z. B. de Dreu/Weingart 2003; de Wit et al. 2012). Beziehungs- und Prozesskonflikte wirken sich negativ auf die Gruppenleistung aus (vgl. de Wit et al. 2012), wohingegen Beurteilungskonflikte die Gruppenleistung steigern können (vgl. de Dreu/Weingart 2003).

Obwohl die aktuelle Forschung die Prävention psychischer Fehlbelastung als das Resultat „konflikthafter Lernprozesse“ (Lenhardt 2017b, S. 12) versteht, sind die Perspektiven und die Interaktion der betrieblichen Akteure in der GB-Psyche bisher nicht Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Mit Hilfe einer empirischen Studie sollen daher folgende **Forschungsfragen** beantwortet werden:

- Wie nehmen die Akteure ihre eigene Rolle und die Rollen der anderen Akteure in der GB-Psyche wahr?
- Wie gestaltet sich die Interaktion zwischen den Akteuren in der GB-Psyche?
- Welche Konflikte treten zwischen den Akteuren bei der Durchführung der GB-Psyche auf?

4.3 Methodik

4.3.1 Beschreibung der Stichprobe

Um sich den Fragestellungen qualitativ-explorativ zu nähern wurden von Juni bis September 2016 Interviews mit innerbetrieblichen Akteuren sowie mit überbetrieblichen Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes geführt. Die Rekrutierung der Probanden erfolgte über einen regionalen Verbund

technologiefokussierter Industrieunternehmen und über berufliche Netzwerke. Die vorwiegend persönlichen Interviews wurden durch drei geschulte Interviewer durchgeführt und dauerten 45-60 Minuten. Im Vorfeld der Interviews wurden die Teilnehmer über die Themen Freiwilligkeit, Anonymität und Datenschutz aufgeklärt.

In die Auswertung gingen 38 Interviews mit innerbetrieblichen Akteuren und überbetrieblichen Experten ein ($M = 49$ Jahre; $SD = 7,08$; 81 % männlich). Als unternehmensinterne Akteure wurden drei Personaler (HR), sechs Betriebsräte (BR), zehn Führungskräfte (FK), ein Geschäftsführer (GF), fünf Betriebsärzte (BA) und sieben Sicherheitsfachkräfte (SiFa) interviewt. Als unternehmensexterne Experten (Exp) gingen Interviews mit zwei Gewerkschaftern, zwei Mitarbeitern einer Arbeitsschutzbehörde und zwei Wissenschaftlern in die Studie ein. Die befragten betrieblichen Akteure stammen aus 19 verschiedenen Organisationen des produzierenden Gewerbes ($M = 1158$ Mitarbeiter, $SD = 2007$). Mit 58 % gehört der Großteil der unternehmensinternen Akteure mittelständischen Unternehmen ($M = 625$ Mitarbeiter) an, 30 % der befragten Akteure stammen aus Klein- ($M = 146$ Mitarbeiter) und 12 % aus Großunternehmen ($M = 6567$ Mitarbeiter).

4.3.2 Vorgehen im Rahmen der Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurden **zwei halbstrukturierte Interviewleitfäden** für betriebliche und überbetriebliche Akteure in Anlehnung an das vierstufige SPSS-Prinzip nach Helfferich (2011) erstellt. Dazu wurden auf Basis des Modells der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie zur Durchführung der GB-Psyche (vgl. NAK 2016) (1) Fragen gesammelt, (2) geprüft, (3) sortiert und (4) subsumiert. Der Aufbau der Leitfäden orientiert sich am Ablauf der GB-Psyche und fokussiert die Rollen der beteiligten Akteure und deren Interaktion in allen Prozessphasen. Die Interviewleitfäden wurden in mehreren Feedbackschleifen entwickelt und zur Überprüfung des Zeitbedarfs sowie der Verständlichkeit der Fragen pilotiert.

Beide Interviewleitfäden setzten sich aus drei Themenblöcken zusammen: Zu Beginn wurden die Teilnehmer gebeten, ihre Rolle im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie den Status Quo der Prävention psychischer Belastungen in ihrem Unternehmen zu beschreiben. Im Hauptteil des Interviews

wurden die Teilnehmer zum konkreten Vorgehen in der GB-Psyche befragt. Dabei wurde insbesondere die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und mögliche Interessenskonflikte im Rahmen der GB-Psyche thematisiert. Ferner wurden die Teilnehmer befragt, welche Hemm- und Förderfaktoren ihrer Meinung nach bei der Umsetzung der GB-Psyche Einfluss genommen haben und wo Ansatzpunkte für eine Prozessoptimierung gesehen werden. Der abschließende Themenblock beinhaltete Fragen zu den Anforderungen der Akteure an die GB-Psyche und welche Unterstützung sich die Akteure wünschen. Nach dem Interview wurden die demographischen Angaben der Teilnehmer erhoben. Der Interviewleitfaden für überbetriebliche Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes unterscheidet sich von dem Interviewleitfaden für betriebliche Akteure insofern, als dass die überbetrieblichen Akteure zu ihren gesammelten Erfahrungen in verschiedenen Unternehmen befragt wurden.

4.3.3 Vorgehen im Rahmen der Analyse

Die Interviews wurden aufgezeichnet, vollständig transkribiert (865 Textseiten, Zeilenabstand 1,5 Zeilen) und in mehreren Zyklen unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA ausgewertet. Um die Analysequalität im Sinne der „dialogical intersubjectivity“ zu verbessern (Saldaña 2016, S. 37), erfolgte dies unter intensiver Diskussion des Kategoriensystems im gesamten Analyseteam. Im ersten Schritt wurden dazu die Daten strukturiert und reduziert (vgl. Saldaña 2016). Dann erfolgte die deduktive Bildung von Subkategorien. Anschließend wurden die Konflikte zwischen den Akteuren tiefergehend mit Hilfe des ‚Versus Codings‘ analysiert (vgl. Wolcott 2003).

Das finale **Kategoriensystem** umfasst drei Dimensionen (D), die sich in Hauptkategorien (HK) mit verschiedenen Subkategorien (S) gliedern (vgl. Abb. 4.1).

Die erste Dimension beschreibt Aussagen zu den Rollen der verschiedenen Akteure in der GB-Psyche. Die Aussagen lassen sich in Beschreibungen der eigenen Rolle (Eigenperspektive) und in Zuschreibung der Rolle durch andere Akteure (Fremdperspektive) im Prozess der GB-Psyche aufgliedern. Die zweite Dimension umfasst berichtete Konfliktgegenstände und unterteilt sich in die vier Hauptkategorien Prozess-, Beurteilungs- und Beziehungskonflikte

sowie Konfliktzeitpunkt. Die letzte Kategorie bilden Strategien der Konfliktvermeidung und -beilegung, die sich in prozessbezogene, beurteilungsbezogene und beziehungsbezogene Aspekte untergliedern lassen.

<p>D: Aussagen über Akteure</p> <p>HK: Externer Experte S: Eigenperspektive S: Fremdperspektive</p> <p>HK: Betriebsarzt /BGM S: Eigenperspektive S: Fremdperspektive</p> <p>HK: Personalabteilung S: Eigenperspektive S: Fremdperspektive</p> <p>HK: Arbeitssicherheit S: Eigenperspektive S: Fremdperspektive</p> <p>HK: Geschäftsführung S: Eigenperspektive S: Fremdperspektive</p> <p>HK: Führungskräfte S: Eigenperspektive S: Fremdperspektive</p> <p>HK: Interessenvertretung S: Eigenperspektive S: Fremdperspektive</p> <p>HK: Mitarbeiter S: Fremdperspektive</p> <p>HK: Allgemeine Anforderungen an Akteure</p>	<p>D: Konfliktgegenstand</p> <p>HK: Prozesskonflikte HK: Beurteilungskonflikte HK: Beziehungskonflikte HK: Konfliktzeitpunkt</p> <p>D: Konfliktvermeidung & -beilegung</p> <p>HK: Prozessbezogene Aspekte S: Kommunikation S: Abschluss Betriebsvereinbarung S: gemeinsame Qualifizierung S: Unterstützung durch externe/ übergeordnete Partei</p> <p>HK: Beurteilungsbezogene Aspekte S: eingespieltes Analyseteam S: Konzentration auf gemeinsames Ziel S: Kriterien geleitete Auswahl der Analyseverfahren</p> <p>HK: Beziehungsbezogene Aspekte S: Motivation der Geschäftsführung S: Zusammenarbeit Geschäftsführung/ Interessenvertretung S: Respektieren anderer Perspektiven S: Kompromissbereitschaft</p>
<p>Hinweis: BGM = Betriebliches Gesundheitsmanagement; BV = Betriebsvereinbarung</p>	

Abb. 4.1: Kategoriensystem der qualitativen Analyse

Die nachfolgend präsentierten Ergebnisse lassen sich in zwei Blöcke gliedern: Der erste Block beinhaltet die Gegenüberstellung der Eigen- und Fremdwahrnehmung der Akteure im Prozess der GB-Psyche. Der zweite Block beschäftigt sich mit den verschiedenen Konfliktarten und -zeitpunkten sowie den Strategien zur Konfliktvermeidung und -beilegung in der GB-Psyche. Für jeden relevanten Akteur des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes liegen Aussagen aus der Eigen- und der Fremdperspektive vor. Die verschiedenen Interviewpartner sind über ihre Akteursrolle und eine vierstellige Ziffernkombination anonymisiert.

4.4 Ergebnisse

4.4.1 Eigen- und Fremdwahrnehmung der Rolle betrieblicher Akteure in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung

Auf die Frage, welche Akteure an der GB-Psychologie zwingend beteiligt sein sollten, wurden in unterschiedlicher Häufigkeit Interessenvertretung, Führungskräfte, Geschäftsführung, Betriebsarzt, Arbeitssicherheit, Personalabteilung, Mitarbeiter, Datenschutzbeauftragte, Schwerbehindertenvertretung und Gleichstellungsbeauftragte genannt.

Befragte **Interessenvertreter** haben ein ausgeprägtes Bewusstsein für ihre Beteiligungsrechte und sehen besonders ihre Belegschaftsnähe als wertvollen Beitrag für die GB-Psychologie an:

„Da sind wir als Betriebsräte näher dran als der werksärztliche Dienst und der Arbeitsschutz. [...] Weil wir viel vor Ort sind.“ (BR4127)

Um jedoch mit den anderen Akteuren auf Augenhöhe agieren zu können, „muss [man] die Bildung dafür haben, damit man auch Kontra geben kann.“ (BR3653). Auch Führungskräfte und Experten sehen die zwingende und frühzeitige Einbindung des Betriebsrats als wichtig an. Hinzu kommt die Sicht, dass Betriebsräte Treiber der GB-Psychologie sind, da sie entsprechende Betriebsvereinbarungen (SiFa5224) aushandeln können. Die anderen Akteure schreiben der Interessenvertretung die nötige Qualifikation für die GB-Psychologie zu. Unter der Voraussetzung einer positiven Beziehung zur Belegschaft kann die Beteiligung der Interessenvertretung Mitarbeiterängste hinsichtlich Datenschutzbestimmungen, Rückschlüssen auf die persönliche Gesundheit und Stigmatisierung reduzieren.

Befragte **Führungskräfte** berichten von ihrer fehlenden Qualifikation und Sensibilität für die GB-Psychologie („Burnout kann man nicht röntgen, also bist du gesund“, FK4385) und bemängeln fehlende zeitliche Ressourcen sowie Budget-Druck bei der Maßnahmen-Umsetzung. Auch der Umgang mit Kritik an dem eigenen Führungsstil im Rahmen der GB-Psychologie beschäftigt die befragten Führungskräfte. Für viele Akteure befinden sich Führungskräfte in einem Dilemma: Einerseits sind sie wichtige Multiplikatoren bei der GB-Psychologie, andererseits kann ihr Führungsverhalten selbst eine Belastung für Mitar-

beiter sein. Andere Akteure bezweifeln die Qualifizierung von Führungskräften in der GB-Psyche, mahnen aber gleichzeitig, dass „verantwortlich [...] grundsätzlich die Vorgesetzten [sind]“ (SiFa5224).

Die **Geschäftsführung** bemängelt, dass der Einfluss des Privatlebens auf psychische Gesundheit nicht genügend beachtet wird und Mitarbeiter Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements nicht nutzen würden. Ein befragter Geschäftsführer zählt die GB-Psyche in den Verantwortungsbereich des Arbeitsschutzes. Gewerkschaftsmitarbeiter berichten, dass es über Jahre eine „Abwehrschlacht der Arbeitgeberseite“ (Gew8775) gegeben habe und dass Geschäftsführungen in der GB-Psyche eher zurückhaltend agieren würden. Dennoch wird die Beteiligung und Verantwortung der Geschäftsführung als sehr wichtig empfunden.

Befragte **Betriebsärzte** nehmen eine „objektive Beratungsfunktion“ (BA9099) ein und unterliegen als einziger betrieblicher Akteur der Schweigepflicht. Bis zu einem gewissen Punkt sehen sich die Betriebsärzte selbst in der Lage, die GB-Psyche durchzuführen. Nur wenn es zu „heiß“ (BA9099) wird, soll ein Psychologe dazu bestellt werden. Andere Akteure berichten über die unterschiedlich intensive Beteiligung des Betriebsarztes bei der GB-Psyche sowie über fehlende Kenntnisse der zu untersuchenden Arbeitsplätze.

Die **Arbeitssicherheit** versteht sich als Berater der Führungskräfte bei der GB-Psyche. Unsicherheit empfinden die befragten Fachkräfte im Umgang mit dem Thema psychische Gesundheit, da neben psychologischen Fachkenntnissen auch zusätzliche zeitliche sowie finanzielle Ressourcen für die GB-Psyche fehlen. In der Fremdperspektive wird der Arbeitssicherheit ein eher technischer Blick zugesprochen, sodass eine Zusatzqualifikation notwendig erscheint. Komplizierte Analyseverfahren überfordern Sicherheitsfachkräfte und bringen diese bei der Maßnahmengenerierung an ihre politischen „Machtgrenzen“ (Exp5178).

In der Eigenwahrnehmung der **Personalabteilung** fühlt sich diese mitverantwortlich für die GB-Psyche, obwohl das Wissen um Messmethoden psychischer Belastungen oft nicht gegeben ist. Die Geschäftsführung schreibt der

Personalabteilung eine „gewisse psychologische Affinität“ (GF3753) zu, sodass diese zusammen mit der Arbeitssicherheit die GB-Psyche durchführen sollte. Experten bemängeln jedoch fehlende Kenntnisse u. a. des ArbSchG.

Verschiedene befragte Akteure berichten über die Skepsis der **Mitarbeiter** gegenüber der GB-Psyche und den hohen Stellenwert von Vertrauen und Akzeptanz für eine erfolgreiche Durchführung. Um dem zu begegnen wird die Partizipation der Mitarbeiter an der Ergebnisinterpretation und Maßnahmenfindung eingefordert.

4.4.2 Interaktion und Konflikte in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung

In den Interviews berichteten die Akteure über Prozess-, Beurteilungs- und Beziehungskonflikte in der GB-Psyche, in die sie mittelbar oder unmittelbar involviert waren. Dabei können sich Uneinigkeiten in **Prozesskonflikten** manifestieren. Ausgangspunkt für Meinungsverschiedenheiten ist dabei ein niedriger und heterogener Wissensstand der Akteure:

„Allein die Qualifikation zum Thema Arbeitssicherheit ist hier ein Riesenhaufen Arbeit. Weil Sie eine Riesenfluktuation haben auf Stellen, [...] wie z. B. Betriebsräte, Sicherheitsbeauftragte, Führungskräfte“ (SiFa3849)

Aus der Unkenntnis rechtlicher Rahmenbedingungen zur Prävention psychischer Fehlbelastungen resultiert die Nichtbeachtung der Mitbestimmungsrechte der betrieblichen Interessenvertretung, wie dieser Betriebsrat schildert:

„Ich werde sicherlich nicht einen Arbeitsschützer [...] um Daten anbeteln, die mir zustehen vom Gesetz.“ (BR4127)

Der Mangel an Qualifikation und Sensibilität für die Thematik psychische Gesundheit führt auf der Führungsebene dazu, dass „zumindest von Meisterebene versucht wird, das Ganze so ein bisschen zu verharmlosen“ (HR4330), z. B. durch einen „flapsigen Spruch“ (HR2380) gegenüber betroffenen Mitarbeitern. Darüber hinaus berichten sowohl Betriebsärzte als auch Mitarbeiter der Personalabteilung, Betriebsräte, Sicherheitsfachkräfte und Experten, dass Führungsverhalten, wenn es als Belastungsfaktor identifiziert wurde, zu Interessenskonflikten führen kann, sobald Führungskräfte selbst aktiv an der

Durchführung der GB-Psychologie beteiligt sind. Neben der Frage nach der „Schuld“ (BA9138) für die Fehlbelastung der Mitarbeiter müssen Führungskräfte sich in diesem Fall auch vor der eigenen Abteilung rechtfertigen und schauen, „wie man die Kuh vom Eis kriegt“ (BA9138). Aus diesem Grund rät eine Sicherheitsfachkraft direkt davon ab Führungskräfte zu involvieren „nicht, weil die Führungskräfte das nicht können. Sondern weil da Interessenkonflikte schneller entstehen.“ (SiFa3849). Ein interviewter Betriebsrat kritisiert den „Spielraum für Schindluder“ (BR4127) in der GB-Psychologie und berichtet den Fall, dass eine Führungskraft psychische Belastungen ausschloss, obwohl die Fluktuationsrate im untersuchten Bereich Hinweise auf Probleme signalisierte:

„Warum hauen die denn alle ab? Bist du so ein schlechter Chef oder was ist da los?“ (BR4127)

Offene Fragen zur Zuständigkeit im Prozess der GB-Psychologie erleben Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte als konfliktträchtig: Auf der einen Seite zeigt sich Desinteresse an der aktiven Gestaltung der GB-Psychologie: „Das soll die andere [Akteursgruppe] machen“ (SiFa2258). Auf der anderen Seite findet ein „Verteilungskampf“ (Exp2493) um Zuständigkeiten zwischen den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschützern statt, die ihre Teilhabe an der GB-Psychologie als wichtige Legitimationsquelle empfinden.

Beurteilungskonflikte treten bei der Interpretation und Bewertung von Zielen, Vorgaben und Ergebnissen der GB-Psychologie auf. Da viele Akteure beteiligt sind, wie Sicherheitsfachkraft, Betriebsrat, Betriebsarzt und Führungskraft („Vierstimmenchor“, Exp5178), und diesen unterschiedliche Interessen zugeschrieben werden, können leicht Unstimmigkeiten hinsichtlich der Erreichung der Ziele der GB-Psychologie entstehen. Dies betrifft vor allem die Ausrichtung auf eine verhaltens- sowie verhältnispräventive Orientierung der GB-Psychologie. Inhaltliche Konflikte ergeben sich auch aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen der Akteure hinsichtlich der einzusetzenden Methoden- und Instrumente in der GB-Psychologie:

„Bei allen Dingen, die ich miterlebt habe, ging es meistens um die Methoden [...] das sind die Punkte, wo man sich dann anfängt zu prügeln.“ (Exp4369)

Die Analysemethode „auf deren Basis man ein Urteil fällen muss“ (SifA3849) ist von besonderer Bedeutung für die Aussagekraft der GB-Psychologie. Dabei kreisen viele Beurteilungskonflikte bei der Methodenwahl um Einhaltung wissenschaftlicher Gütekriterien einerseits und um die Praktikabilität andererseits. Aus den Analyseergebnissen werden Arbeitsschutzmaßnahmen abgeleitet und anschließend umgesetzt. In dieser Phase ergeben sich Beurteilungskonflikte hinsichtlich der Notwendigkeit und Finanzierung von Maßnahmen:

„Alles was nichts kostet hat meistens keine hohe Schwelle gehabt. Wo es ums Geld ging, wurde dann die Augenbraue hochgezogen.“ (Exp4369)

Dies wirkt sich auch auf die Maßnahmenvorschläge zur Reduktion von Belastungen in der GB-Psychologie aus: Der Betriebsarzt schlägt vor:

„Wir müssen mehr Personal einstellen. Und die Unternehmensleitung sagt: Nein, wir müssen einfach die Prozesse besser gestalten.“ (BA9099)

Auch persönliche Differenzen zwischen den Akteuren, z. B. aufgrund von unterschiedlichen Werthaltungen, Meinungen und Politik werden berichtet und können auftretende **Beziehungskonflikte** in der GB-Psychologie erklären. Sie resultieren häufig aus Konfliktübertragungen aus anderen Bereichen und sind mit weiteren Konflikttypen konfundiert. Über eine „Politisierung“ (SiFa3686) der GB-Psychologie wird das Instrument des betrieblichen Gesundheitsschutzes zum „Machtausbau“ (Exp2493) von Geschäftsleitung und Interessenvertretung zweckentfremdet. Beispielsweise berichtet ein Experte über die als absurd empfundene Forderung des Betriebsrates zur Reduktion psychischer Belastungen:

„Was eine Regenjacke mit psychischen Belastungen zu tun hat, ist mir auch in der Diskussion nicht klargeworden.“ (Exp2493)

Deutlich wird, dass die Durchführung der GB-Psychologie nicht zuletzt abhängig ist von der allgemeinen Interaktionsqualität zwischen Betriebsrat und Geschäftsführung. Einer „Abwehrschlacht der Arbeitgeberseite“ (Gew8775) bei der Einführung der GB-Psychologie können Auseinandersetzungen zwischen den Sozialpartnern folgen, die weniger inhalts- als interessengetrieben sind: „Weil es [das Instrument] von der Gewerkschaft kommt, kann es nichts Gutes sein.“ (BR5309). Dabei konnte in einigen Fällen eine innerbetriebliche Schlichtung

nur noch über die Einigungsstelle erzielt werden. Aber auch zwischenmenschliche Konflikte zwischen Akteuren, die sich „nicht grün sind“ (SiFa3949) und über die beschriebenen Interessenskonflikte hinausgehen, stören den Ablauf der GB-Psyche.

Die beschriebenen Konflikte verteilen sich nicht gleichmäßig über die sieben Prozessschritte der GB-Psyche. Vielmehr konzentrieren sich die **Konfliktzeitpunkte** auf die Phasen Vorbereitung, Maßnahmenentwicklung und Maßnahmendurchführung. Die befragten Akteure berichteten von Differenzen, die sehr früh in der Vorbereitung und Planung der GB Psyche auftreten:

„Das ist wie beim Fundament. Wenn sie kein gutes Fundament haben, kommt nichts bei raus. Das heißt die Schwierigkeit besteht darin, die Gefährdungsbeurteilung entsprechend gut vorzubereiten. [...] Also wenn das nicht gut funktioniert, dann wird es auch insgesamt klemmen.“ (Exp4396)

Bei der Aushandlung konkreter Maßnahmen ergeben sich vermehrt Konflikte aufgrund unterschiedlicher Einschätzung der Notwendigkeit und Kosten von Maßnahmen:

„Ich glaube 70 % der Gefährdungsbeurteilungen bleiben stecken nach der Analysephase. Da haben die schöne Ordner gemacht früher, viel gesammelt und alles Mögliche aufgeschrieben und dann bleiben sie stecken, weil dann geht es ja darum Maßnahmen abzuleiten.“ (Gew2282)

Eng damit verknüpft ist der Kampf um Ressourcen im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Arbeiterschutz: Besonders vom Betriebsrat, der Arbeitssicherheit und dem Betriebsarzt müssen erforderliche finanzielle Ressourcen für die GB-Psyche oft erstritten werden.

Die befragten Akteure berichten neben erlebten Differenzen in der GB-Psyche auch **Strategien zur Konfliktvermeidung und -beilegung**. Im Zusammenhang mit prozessbezogenen Konflikten in der GB-Psyche wird die rechtzeitige Einbindung aller relevanten Akteure und die Schaffung einer gemeinsamen Wissensgrundlage zum Thema psychische Gesundheit als zentraler Punkt genannt. Neben der klaren Festlegung von Zuständigkeiten sollten alle betrieblichen Akteure in einem festen Steuerkreis der GB-Psyche vertreten

sein und die Anzahl an beteiligten Personen möglichst gering gehalten werden. Zur Vorbeugung von Beurteilungskonflikten tragen die partizipative Festlegung von (Güte-)Kriterien am Anfang der GB-Psyche und das Hinzuziehen einer neutralen Partei bei. Im Umgang mit Beziehungskonflikten zwischen den Sozialpartnern werden Betriebsvereinbarungen zur Einführung und zur Festlegung des Ablaufs der GB-Psyche als hilfreich erachtet. Zur erfolgreichen Umsetzung der GB-Psyche wird von den Akteuren neben der Fähigkeit, verschiedene Perspektiven zu tolerieren und Kompromisse auszuhandeln, Empathie gegenüber der Belegschaft erwartet. Handlungsleitend muss aus Sicht der befragten Akteure das gemeinsame Ziel des Schutzes der Mitarbeitergesundheit sein.

4.5 Diskussion

Das Ziel der Studie war es, die Perspektiven und die Interaktion der Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der GB-Psyche zu analysieren. Die folgende Diskussion der Studienergebnisse strukturiert sich entlang der eingangs formulierten Forschungsfragen bezüglich der Eigen- und Fremdwahrnehmung der Akteure sowie der Interaktion und der Konflikte zwischen den Akteuren bei der Durchführung der GB-Psyche.

Ein zentrales Ergebnis der Interviews stellt das **Auseinanderfallen der Eigen- und Fremdwahrnehmung** der Rollen und Aufgaben betrieblicher Akteure in der GB-Psyche dar. Es zeigt sich, dass eine Übereinstimmung zwischen der Eigen- und Fremdwahrnehmung bezüglich der geäußerten Erwartungen an Engagement, Qualifikation und Befugnissen der Akteure nur in wenigen Fällen vorliegt. Eine solche Ausnahme stellt die betriebliche Interessenvertretung dar, deren Beteiligungsrecht und Qualifikation in der GB-Psyche von keinem der Akteure in Frage gestellt wurde. Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte sind sich teilweise der Grenzen ihrer Ausbildung bewusst, sodass die von Bamberg und Mohr (2016) geforderte notwendige psychologische Fachkompetenz bei der Durchführung der GB-Psyche anderweitig sichergestellt werden muss.

Psychosoziale Belastungen weisen besondere Charakteristika auf: Es handelt sich in der Regel um nicht direkt sichtbare, multikausale und teilweise wider-

sprüchliche Belastungsfaktoren, deren subjektive Wahrnehmung und Bewertung durch die heterogenen Interessen vieler Akteure und eine Politisierung des Gegenstands geprägt sind (vgl. Hohnen et al. 2014). Der Umgang mit diesen spezifischen Charakteristika verlangt von den beteiligten Akteuren weit mehr als die Anwendung von Standards und Regularien, sodass zusätzliche Kompetenzen nötig sind (vgl. Jespersen et al. 2016). Jedoch deuten die Interviewergebnisse auf **unterschiedliche Wissensstände** der befragten Akteure hin, die sich bereits in früheren Studien gezeigt haben (vgl. u. a. Leka et al. 2015; EU-OSHA 2016). Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte werden als Berater der Führungskräfte in der GB-Psychologie beschrieben, allerdings verfügen sie in der Regel weder über die nötige Qualifizierung, noch über ausreichende Ressourcen, um die GB-Psychologie selbstständig durchführen zu können. Hinzu kommen fehlende Methodenkenntnisse bei Fachkräften für Arbeitssicherheit. Bei den Mitarbeitern der Personalabteilung kann ein Mangel an Kenntnissen des ArbSchG festgestellt werden. Heterogene Wissensstände sind auch Ausgangspunkt der berichteten Prozesskonflikte in der GB-Psychologie, da sie Uneinigheiten über den Ablauf begünstigen. Des Weiteren können die identifizierten Wissensdefizite der Führungskräfte möglicherweise deren Tendenz zur Bagatellisierung psychischer Belastungen erklären.

In den Berichten von Geschäftsführung und Führungskräften finden sich Hinweise, dass die von Becker (2016) beschriebene gesetzliche Überantwortung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes an den Arbeitgeber nicht immer ernst genommen wird. Vor diesem Hintergrund ist auch die von den anderen Akteuren zugesprochene **spannungsgeladene Doppelrolle von Führungskräften** in der GB-Psychologie zu diskutieren. Obwohl der Zusammenhang zwischen Führung und psychischer Gesundheit empirisch nachgewiesen werden konnte (vgl. z. B. Weiß/Süß 2016; Montano et al. 2017), fällt das Ansprechen möglicher Probleme aufgrund vorherrschender Machtunterschiede und Abhängigkeiten zwischen Mitarbeitern und Führungskraft oft schwer (vgl. Leka et al. 2015). Die Führungskraft ist angehalten, Belastungen, die aus dem eigenen Führungsverhalten resultieren können, zu identifizieren und zu modifizieren. Dies erfordert neben der Möglichkeit Feedback zum eigenen Führungsverhalten zu bekommen, ein hohes Maß an Selbstreflexion und entsprechenden

Unterstützungsangeboten für Führungskräfte. Die beschriebene Dilemma-Situation von Führungskräften in der Prävention psychischer Belastungen wurde bisher nicht explizit untersucht.

Konfliktsituationen zwischen den beteiligten Akteuren haben das Potential die Umsetzung der GB-Psyche zu gefährden. Dabei können die identifizierten **Prozess-, Beurteilungs- und Beziehungskonflikte** in der GB-Psyche nicht allein durch die Brisanz und Komplexität des Themas erklärt werden (vgl. Lenhardt 2017b). Vielmehr spielen der mit der GB-Psyche verbundene Wandel des betrieblichen Interessengefüges sowie mögliche Widerstände gegen die GB-Psyche eine Rolle. Die befragten Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes verfügen über verschiedene Machtquellen (vgl. Crozier/Friedberg 1979), die sie in der GB-Psyche zur Durchsetzung eigener Interessen (bzw. der ihrer Gruppe) einsetzen (vgl. Beck 2013). Dabei wird den Betriebsärzten und Fachkräften für Sicherheit aufgrund ihrer thematischen Nähe oftmals Expertenmacht zugeschrieben, Interessenvertretern aufgrund ihrer detaillierten Arbeitsplatzkenntnisse und dem engen Kontakt zur Belegschaft Informations- und Kommunikationsmacht. Arbeitgeber und Führungskräfte verfügen durch die Kontrolle von Umweltschnittstellen und finanziellen Ressourcen über Macht. Mitarbeiter der Personalabteilung können ihre Position in der GB-Psyche durch die Kontrolle und Nutzung organisationaler Regeln behaupten, da sie durch den engen Personalbezug oft auch in den Gesundheitsschutz einbezogen werden. Die Nutzung der unterschiedlich ausgeprägten Machtressourcen der Akteure im Rahmen der politischen Auseinandersetzung können dazu führen, dass die Interessen relevanter Akteure womöglich nicht gleichermaßen in die GB-Psyche einfließen. Auch wenn davon auszugehen ist, dass alle Akteure als Mikropolitiker in der GB-Psyche informell agieren, wurde vor allem das Ringen der Sozialpartner als dysfunktional beschrieben.

Trinczek (2010) folgend kann auf Grundlage der Interviewergebnisse die GB-Psyche als ein neues Aushandlungsfeld der betrieblichen Sozialpartner verstanden werden. Dieses Feld entsteht in Ermangelung konkreter und verbindlicher Richtlinien zur Gestaltung der GB-Psyche in Verbindung mit dem beschriebenen Rückgang staatlicher Umsetzungskontrollen (vgl. Becker 2016). Diese besonderen Rahmenbedingungen gestatten den beteiligten Akteuren ihr

Verhandlungspotential in allen Phasen der GB-Psyche voll auszuschöpfen. Die in der Studie beschriebene Interaktion zwischen Kooperation und Konflikt der betrieblichen Sozialpartner bestätigt somit das von Müller-Jentsch (2016) geprägte Konzept der ‚**Konfliktpartnerschaft**‘ auch für die Prävention psychischer Belastungen. Konfliktkosten erhöhen jedoch den Umsetzungsaufwand und die Abbruchwahrscheinlichkeit des Prozesses der GB-Psyche.

Ein geeignetes Kompensationsmittel fehlender Richtlinien in der Praxis stellen Betriebs- und Dienstvereinbarungen zur Gefährdungsbeurteilung dar (vgl. Romahn 2013). Sie schaffen Verbindlichkeit und können ggf. Beziehungskonflikten in der GB-Psyche vorbeugen. Umfassende Hinweise zur Gestaltung dieser Vereinbarungen liegen vor (vgl. Hinrichs 2016). Allerdings muss die Option freiwilliger **Betriebs- und Dienstvereinbarungen** vor dem Hintergrund einer rückläufigen Tendenz betrieblicher Mitbestimmung und zahlreicher mitbestimmungsfreier kleiner und mittlerer Unternehmen mit Vorsicht bewertet werden (vgl. Ellguth/Kohaut 2017). Daher können sie gesetzliche Richtlinien und staatliche Kontrollen nicht flächendeckend kompensieren. Nichtsdestotrotz ermuntern die vorliegenden Ergebnisse Unternehmen, mit Hilfe von Betriebs- und Dienstvereinbarungen, dringend benötigte, verbindliche Strukturen im Betrieb zu schaffen. Insbesondere Betriebsräte sind angehalten ihr Initiativrecht bei der GB-Psyche zu nutzen.

Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen frühere Befunde von Angermeyer (2004), dass Mitarbeiter aus den gesammelten Daten der GB-Psyche Rückschlüsse auf die persönliche Gesundheit und somit Ausgrenzung befürchten. Daraus leiten sich für die GB-Psyche die Notwendigkeit von Anonymität, Transparenz und begleitenden Kommunikationsmaßnahmen ab. Kombiniert man diese Anforderungen an die GB-Psyche mit der Vielzahl relevanter Akteure, liegt der Vergleich mit einem komplexen organisationalen **Change-Prozess** nahe (vgl. Todnem By 2005). Die Studienergebnisse stehen damit in der Tradition der Konfliktforschung im Rahmen der Einführung personalwirtschaftlicher Konzepte in Unternehmen (vgl. u. a. Bartölke et al. 1981; Süß 2009) und bereichern diese um Erkenntnisse zum aktuellen Anwendungsbereich.

Letztlich unterstützen die Ergebnisse der Studie Unternehmen bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe durch die nähere Untersuchung des Prozesses der GB-Psyche. Dabei unterstreichen sie die Notwendigkeit **interdisziplinärer Kooperation** im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz (vgl. Bamberg 2011), da die Arbeitsschutzlogik allein nicht der mikropolitischen Komplexität der GB-Psyche gerecht wird. Vor diesem Hintergrund können Beurteilungskonflikte in der GB-Psyche durchaus positive Aspekte für die Entwicklung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes bieten. Die gemeinsame Aufgabe der untersuchten Akteure führt zu einer positiven Interdependenz (vgl. Deutsch 2011). Unter dieser Voraussetzung können auftretende Unstimmigkeiten in Bezug auf Ziele, Vorgaben und Resultate zu notwendigen und konstruktiven Kontroversen in der GB-Psyche führen (vgl. Tjosvold 1998), welche der Aushandlung heterogener Interessen und zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität dienen. Prozessbegleitendes Konfliktmanagement, Vermittlung von Konfliktlösungsstrategien sowie der Einsatz eines externen Moderators oder Mediators in der GB-Psyche können die erfolgreiche Umsetzung der GB-Psyche unterstützen und erhöhen gleichzeitig die Produktivität beteiligter Akteure (vgl. DeChurch/Marks 2001).

4.6 Limitationen und weiterer Forschungsbedarf

Die vorliegende, qualitative Interviewstudie skizziert die aktuelle Umsetzungspraxis der GB-Psyche in deutschen Unternehmen und die damit verbundenen Konflikte. Trotz der Reduktion subjektiver Verzerrung durch die Erhebung von Eigen- und Fremdperspektiven unterliegt die Studie einigen **Limitationen**. Antwortverzerrungen im Sinne der sozialen Erwünschtheit können trotz sorgfältiger Leitfadenerstellung und Interviewdurchführung nicht ausgeschlossen werden (vgl. Richman et al. 1999). Des Weiteren ist die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse aufgrund des qualitativen Ansatzes eingeschränkt.

Vor diesem Hintergrund sollten **zukünftige Studien** die vorliegenden Ergebnisse mit Hilfe von quantitativen Befragungen überprüfen und erweitern. Insbesondere die Verwendung von Längsschnittdaten ist dabei von Vorteil, da diese zum einen Aussagen zu kausalen Zusammenhängen zulassen. Zum anderen werden Längsschnittdaten über mehrere Messzeitpunkte hinweg erhoben (vgl. Pforr/Schröder 2015), was dem prozesshaften Charakter der GB-

Psyche entgegenkommt. Obwohl die Vorteile der Verwendung von Längsschnittdaten in der empirischen Forschung unbestritten sind, sind auch Längsschnittdesigns nicht frei von Limitationen (vgl. Spector 2019, S. 128-129). So empfiehlt es sich beispielsweise, Techniken zur Kontrolle von möglichen Störvariablen zu integrieren, um verlässliche Aussagen zu kausalen Zusammenhängen zu ermöglichen (vgl. Duckworth/Tsukayama/May 2010).

Ein weiterer Ansatz für die zukünftige Forschung könnte in der Untersuchung des Zeitpunktes und der betrieblichen Rahmenbedingungen von auftretenden Konflikten liegen, um die komplexe Dynamik von Konflikten bei der Durchführung der GB-Psyche nachzuvollziehen. Darüber hinaus wurde in der vorliegenden Studie die betriebliche Interessenvertretung als wichtiger Akteur in der GB-Psyche identifiziert. Vor diesem Hintergrund stellt die tiefergehende Analyse der betrieblichen Interessenvertretung als Bindeglied zwischen Arbeitgeber und Belegschaft im Rahmen von organisationalen Veränderungen einen weiteren interessanten Ansatzpunkt dar.

Aus den Ergebnissen der Interviewstudie resultieren diverse **Beiträge** für Wissenschaft und Praxis: Erstens reichern die Ergebnisse der Studie das noch junge Forschungsfeld der GB-Psyche mit systematisierten Informationen zur Umsetzungspraxis an. Zweitens werden bestehende Studien zu regulativen Aspekten und Herausforderungen der Prävention psychischer Belastungen (vgl. u. a. Kompier et al. 1994; Hohnen et al. 2014; Jespersen et al. 2016) um die dahinterliegenden Akteursperspektiven sowie die daraus resultierenden Konflikte ergänzt. Drittens erweitern die Studienergebnisse die Arbeiten von Weigl und Kollegen (2016) sowie Janetzke und Ertel (2016) um die Perspektiven der betrieblichen Interessenvertretung, des Managements, der Arbeitssicherheit sowie der Personalabteilung und reduzieren somit den eingangs beschriebenen Informationsmangel (vgl. EU-OSHA 2016). Viertens trägt die Studie mit der Betrachtung der GB-Psyche als vielschichtiger Aushandlungsprozess heterogener Interessen zum wissenschaftlichen Diskurs der (betriebs-)politischen Bedeutung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bei (vgl. Beck 2013).

5 Legitimität und Legitimitätssicherung von Betriebs- und Personalrat in organisationalen Veränderungen – Eine qualitative Analyse^{6 7 8}

5.1 Einleitung

Die Anzahl organisationaler Veränderungen hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen (vgl. Lauer 2019). In einer repräsentativen Umfrage der BAuA berichteten zwischen 33 % und 46 % der erwerbstätigen Befragten, Restrukturierung oder Reorganisation in ihrer Organisation erlebt zu haben (vgl. Brenscheidt et al. 2020, S. 33). Politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklungen der letzten Jahre haben den Veränderungsdruck auf Organisationen erhöht und der Umfang und die Geschwindigkeit organisationaler Veränderungen sind daher angestiegen (vgl. Graetz 2000; Eichhorst/Buhlmann 2015; Vahs 2019). Die Veränderungen reichen von technologischen Neuerungen über Veränderungen der Arbeitsorganisation und personelle Änderungen bis hin zu Standortverlagerungen und Umstrukturierungen von Abteilungen oder ganzen Organisationen. So verwundert es kaum, dass Beschäftigte organisationale Veränderungen oft als psychisch beanspruchend wahrnehmen, wobei weniger der Inhalt als das Ausmaß der organisationalen Veränderung entscheidend ist (vgl. Bordia et al. 2006; Köper/Richter 2016).

Viele Aspekte organisationaler Veränderungen fallen in den Zuständigkeitsbereich der **betrieblichen Mitbestimmung** und bedürfen mindestens der Information oder Anhörung der betrieblichen Interessenvertretung. Laut Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) ist der Betriebsrat beispielsweise über geänderte Arbeitsverfahren und Arbeitsabläufe zu informieren und berät mit

⁶ Dieser Beitrag ist in Zusammenarbeit mit Stefanie Faupel und Stefan Süß entstanden. Die Anteile an diesem Beitrag betragen etwa 40 % (Wulf), 40 % (Faupel) und 20 % (Süß). Die Autorin der vorliegenden Arbeit war an der Konzeption der Studie, ihrer Durchführung, ihrer Auswertung sowie an der Diskussion der Ergebnisse maßgeblich beteiligt.

⁷ Eine ähnliche Fassung dieses Beitrags ist in *Industrielle Beziehungen* erschienen: Faupel, Stefanie/Süß, Stefan/Wulf, Ines C. (2019): Legitimität und Legitimitätssicherung von Betriebs- und Personalrat in organisationalen Veränderungen – Eine qualitative Analyse, in: *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 26 (3/2019), S. 278-301, DOI: 10.3224/indbez.v26i3.02.

⁸ Eine vorherige Fassung dieses Beitrags wurde auf der Jahrestagung der German Industrial Relations Association (GIRA) in Chemnitz (27.10.2016) sowie auf dem Herbstworkshop der Wissenschaftlichen Kommission Personalwesen im VHB in Paderborn (21.09.2017) präsentiert.

dem Arbeitgeber über die Auswirkungen der geplanten Maßnahmen. Auch in öffentlichen Organisationen ist die betriebliche Interessenvertretung, der Personalrat, bei Angelegenheiten wie beispielsweise Versetzung, Vereinbarung von Sozialplänen oder der Gestaltung des Arbeitsplatzes mitbestimmungsbe-rechtigt. Dies ist im Bundespersonalvertretungsgesetz (BPersVG) sowie in den Personalvertretungsgesetzen der Länder geregelt. Insofern nehmen so-wohl Betriebs- als auch Personalrat Einfluss auf den Verlauf und die Umset-zung organisationaler Veränderungen.

Als Schnittstelle zwischen Arbeitgeber und Belegschaft spielt die **betriebl-iche Interessenvertretung in organisationalen Veränderungen** daher eine vermittelnde Rolle und soll den Schutz von Beschäftigten und die Einhaltung der Rechte dieser sicherstellen (vgl. u. a. ArbSchG; BPersVG; BetrVG). Ab-seits rechtlicher Vorgaben hat die Einbeziehung der betrieblichen Interessen-vertretung in organisationale Veränderungsprozesse jedoch weitere Funktio-nen: Zum einen kann sich eine durch die betriebliche Interessenvertretung ermöglichte Partizipation der Beschäftigten positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten sowie ihre Motivation und Einstellung gegenüber der organi-sationalen Veränderung auswirken (vgl. Oreg/Vakola/Armenakis 2011; Ner-dinger/Blickle/Schaper 2014). Zum anderen trägt betriebliche Mitbestim-mung nicht nur reaktiv zu Veränderungen bei, sondern kann auch Innovationen in der Organisation (vgl. Pfeiffer 2014) und ihre Produktivität fördern (vgl. Dilger 2003).

Die tatsächlichen Gestaltungsmöglichkeiten des Betriebs- und Personalrats in organisationalen Veränderungen leiten sich neben den gesetzlichen Vorgaben nicht zuletzt aus den „triadischen Beziehungen“ (Tietel 2008, S. 8) in der Or-ganisation ab. Einerseits bestimmt die Beziehung zur Arbeitgeberseite mit darüber, wie viel Einfluss der Interessenvertretung gewährt wird (vgl. Rehder 2006). Ist die Beziehung beispielsweise schlecht, kann dies zu einem eingeschränkten Informationsfluss führen und grenzt die betriebliche Interessen-vertretung in ihren Handlungsmöglichkeiten ein. Andererseits benötigen Be-triebs- und Personalrat das Mandat der Belegschaft zur Wahrnehmung von Beschäftigteninteressen und zur Gestaltung von organisationalen Verände-rungen.

Durch die alle vier Jahre stattfindende Wahl wird die betriebliche Interessenvertretung von den wahlberechtigten Beschäftigten legitimiert, im Rahmen ihrer Amtszeit in mitbestimmungspflichtigen Angelegenheiten die Interessen der Belegschaft gegenüber dem Arbeitgeber zu vertreten. Wahlbeteiligung und Wahlergebnis sind dabei ein erster Indikator für die **Legitimierung der Interessenvertretung** seitens der Belegschaft (vgl. Rami/Hunger 2011; Greifenstein/Kißler/Lange 2017). Eine durch die Belegschaft legitimierte Interessenvertretung erhält Zugang zu wichtigen veränderungsbezogenen Informationen der Beschäftigten. Darüber hinaus wirkt zugeschriebene Legitimität für die Interessenvertretung als Vertrauenscredit (vgl. Tyler 2006). Dieser ist insbesondere in Veränderungssituationen wichtig, da diese durch hohe Komplexität und potenzielle Konflikte gekennzeichnet sind, sodass Informationsflüsse und Entscheidungsprozesse zwischen Interessenvertretung und Arbeitgeberseite für Beschäftigte nicht immer transparent sind. Ohne Vertrauenscredit kann diese zeitweise Intransparenz für die Belegschaft zu einer Vertrauenskrise führen. Folglich ist eine Legitimitätszuschreibung seitens der Beschäftigten für die betriebliche Interessenvertretung aus zwei Gründen relevant: Zum einen wird sie vor dem Hintergrund einer angestrebten Wiederwahl benötigt. Zum anderen ermöglichen der mit vorhandener Legitimität verbundene Vertrauensvorschuss und der Zugang zu Informationen eine bessere Verhandlungsposition gegenüber dem Arbeitgeber (vgl. Rami/Hunger 2011). Dies sind Aspekte, die in zeitkritischen und konfliktbehafteten Veränderungssituationen nicht zu unterschätzen sind.

Die Forschung zu industriellen Beziehungen fokussiert bislang vor allem die Interaktion zwischen Betriebsrat und Arbeitgeber. Insbesondere Konfliktpartnerschaft (vgl. Müller-Jentsch 2016) und Co-Management (vgl. Rehder 2006) wurden in den letzten Jahren viel diskutiert. Rehder (2006) hat beispielsweise untersucht, inwieweit Co-Management mit einem Legitimitätsverlust des Betriebsrats zusammenhängen kann. Im öffentlichen Sektor wurde die Legitimität des Personalrats u. a. in Bezug auf eine Legitimation nach außen, z. B. als Reaktion auf gesellschaftliche Erwartungen, untersucht (vgl. Jörges-Süß/Süß 2011). Allgemein bleibt die Forschung zur Bedeutung der Legitimität im öffentlichen Sektor jedoch hinter Erkenntnissen zu Unter-

nehmen zurück. Erst mit den Modernisierungsreformen des öffentlichen Sektors seit Mitte der 1990er Jahre steht der Personalrat im Fokus der Forschung und es werden Untersuchungen gefordert, die Modernisierung und Mitbestimmungsforschung zusammenführen, um die Forschungslücke im Vergleich zum Privatsektor zu schließen (vgl. Kißler/Greifenstein/Schneider 2011). Insbesondere die durch die Belegschaft zugeschriebene Legitimität stand bisher jedoch weder bezogen auf das Betriebsratsgremium noch bezogen auf das Personalratsgremium im Fokus der Forschung.

Diese **Forschungslücke** ist verwunderlich, da die Beziehung der betrieblichen Interessenvertretung zur Belegschaft aktuell vor besonderen Herausforderungen steht: Zum einen führt der zunehmende Veränderungsdruck im privaten wie auch im öffentlichen Sektor zu strukturellen Änderungen, aus denen neue Anforderungen an die betriebliche Mitbestimmung resultieren (vgl. Kißler/Greifenstein/Schneider 2011; Minssen 2019). Zum anderen nehmen Formen der Individualpartizipation (z. B. Mitgestaltung bei Personalentscheidungen oder der Arbeitsorganisation) zu, welche die kollektive Mitbestimmung zwar zum Teil ergänzt, ihr aber auch entgegensteht und sie auf den Prüfstand stellt (vgl. Kißler/Greifenstein/Schneider 2011). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen stellt sich die Frage inwiefern die betriebliche Interessenvertretung von der Belegschaft legitimiert wird und was sie unternimmt, um ihre Legitimität zu sichern. Gerade in Veränderungssituationen kommen zahlreiche mitbestimmungspflichtige Themen auf (vgl. Krüger 2014), welche die betriebliche Interessenvertretung selbstbewusster bearbeiten kann, wenn sie sich eines Vertrauensvorschlusses seitens der Beschäftigten sicher sein kann. Neben der Klärung sachlicher Fragen leisten Betriebs- und Personalrat einen wichtigen Beitrag zur Akzeptanz von organisationalen Veränderungsprozessen in der Belegschaft. Die Einbindung des Betriebs- und Personalrats kann zur Implementierung der Veränderungen beitragen (vgl. Greifenstein/Kißler 2002; Krüger 2014), indem die betriebliche Interessenvertretung die Wahrung der Belegschaftsinteressen sicherstellt.

Vor diesem Hintergrund besteht das **Ziel** des Beitrags darin, die subjektive Legitimitätswahrnehmung von Mitgliedern des Betriebs- und Personalrats in organisationalen Veränderungen zu untersuchen und im Zuge dessen Aktivitäten ihrer Legitimitätssicherung zu identifizieren. Der Fokus liegt dabei auf

der Interaktion zwischen Beschäftigten und Interessenvertretung. Nach einer Klärung begrifflicher und konzeptioneller Grundlagen wird über die qualitative empirische Untersuchung und ihre Ergebnisse berichtet. Schlussfolgerungen schließen den Beitrag ab.

5.2 Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen

5.2.1 Betriebs- und Personalrat in organisationalen Veränderungen

Organisationale Veränderungen umfassen vielfältige Änderungen, welche von Organisationen gezielt umgesetzt werden können oder ungeplant auftreten und sich hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Intensität unterscheiden (vgl. Vahs 2019). Ferner lassen sich die drei Formen technologische Neuerung, Reorganisation und Restrukturierung unterscheiden (vgl. Vahs 2019). Ganz allgemein definiert sind organisationale Veränderungen als Änderung eines Zustands in einen anderen zu betrachten (vgl. Goodman/Kurke 1982). Erst anhand verschiedener Kriterien lassen sie sich näher beschreiben: Klassifiziert werden Veränderungen beispielsweise nach ihren (internen und externen) Auslösern, Veränderungszielen, Wirtkiefen, Phasen oder anhand ihrer Dauer (vgl. Levy/Merry 1986; Vahs 2019). In der vorliegenden Studie werden diese Unterschiede im Rahmen der Analyse berücksichtigt, indem Aussagen der Befragten, wenn relevant, in den jeweiligen Kontext der berichteten Veränderung gesetzt werden.

Organisationale Veränderungen werden von Beschäftigten häufig als belastend empfunden (vgl. de la Sablonnière et al. 2012), da individuelle Interessen und Organisationsziele auseinanderfallen können und ein hohes Konfliktpotenzial zwischen Arbeitgeberseite und Belegschaft besteht (vgl. Doppeler/Lauterburg 2019). Die mangelnde Berücksichtigung der Belegschaft ist daher auch häufig ein Grund für das Scheitern von organisationalen Veränderungen (vgl. Bartunek, et al. 2006; Self/Armenakis/Schraeder 2007). Gerade in ambivalenten Veränderungssituationen dient die betriebliche Interessenvertretung daher der (indirekten) Beteiligung der Beschäftigten und hat das Potenzial, Spannungen konstruktiv zu lösen (vgl. Minssen/Riese 2007). Das BetrVG stattet den Betriebsrat dazu mit umfassenden Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechten aus. Auch im öffentlichen Sektor verfolgt die Perso-

nalvertretung (in der Regel der Personalrat) als Organ der betrieblichen Mitbestimmung das Ziel der Vertretung von Beschäftigteninteressen (vgl. Edenfeld 2000) auf Grundlage von Bundes- bzw. Landespersonalvertretungsgesetzen und ist an organisationalen Veränderungen beteiligt (vgl. Greifenstein/Kißler 2002). Die Beteiligungsrechte des Personalrats sind im Gegensatz zum Betriebsrat zwar eingeschränkt (vgl. Kißler/Greifenstein/Schneider 2011), dennoch verfügt er über verschiedene Möglichkeiten auf organisationale Veränderungen Einfluss zu nehmen (vgl. Bogumil/Kißler 1998).

Die Arbeit des **Betriebsrats** hat in einer sich ständig wandelnden Unternehmensumwelt mit andauernden Reorganisationsprozessen und kurzen Innovationszyklen eine hohe Bedeutung (vgl. Kißler/Greifenstein/Schneider 2011). Diese erklärt sich u. a. durch die zunehmende Verschiebung von ursprünglich tariflichen Aushandlungen und Regulierungen in die Betriebe (vgl. Schmierl 2018). Dabei kann die betriebliche Interessenvertretung am betrieblichen Innovationsgeschehen beteiligt sein (vgl. Kriegesmann/Kley/Kublik 2010), was u. a. durch die rechtliche Stärkung der Handlungsmöglichkeiten des Betriebsrats unterstützt wird. Jedoch ist die tatsächliche Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretung von verschiedenen Faktoren abhängig: Einerseits bestimmt der Managementstil der Arbeitgeberseite und ihre Beziehung zur Interessenvertretung deren Handlungsmöglichkeiten in organisationalen Veränderungen. Andererseits ist die Ausgestaltung der Rolle in organisationalen Veränderungen vom Selbstverständnis der Interessenvertretung abhängig (vgl. Müller-Jentsch/Seitz 1998; Minssen/Riese 2005).

Aus der Forschung ist bekannt, dass die Beteiligung des Betriebsrats an organisationalen Veränderungen zur Vertrauensbildung bei der Belegschaft beitragen und Widerstände mindern kann (vgl. Stracke/Nerdinger 2010). Daneben lässt sich auch eine Beteiligung der Interessenvertretung an wirtschaftlichen Entscheidungen und betrieblichen Veränderungen wie z. B. Umstrukturierungen, Reorganisation und Kostensenkung erkennen (vgl. Müller-Jentsch/Seitz 1998; Stracke/Schneider 2009; Haipeter 2018). Pfeiffer (2014) stellt fest, dass der Betriebsrat vor allem aktiv an arbeitsorganisatorischen Veränderungen mitwirkt, sein Potenzial bei technischen Prozess- und Produktinnovationen jedoch noch nicht ausschöpft. Technische Produktinnovationen durch den Betriebsrat bleiben vielmehr die Ausnahme (vgl. Haipeter 2018),

da diese nicht zu seinen primären Aufgaben zählen. Mit Blick auf die zunehmende Digitalisierung vermischen sich alte und neue Anforderungen an die Interessenvertretung. Im Zuge der Beteiligung an wirtschaftlichen Entscheidungen und betrieblichen Veränderungen und damit einhergehenden Anforderungen an die Interessenvertretung wird ihre Legitimität als ein Kernelement der Mitbestimmung 4.0 genannt (vgl. Haipeter 2018).

Die Mitbestimmungsforschung verzeichnet bisher eine Konzentration auf den Betriebsrat, die Forschung zum **Personalrat** nimmt ein „Schattendasein“ (Kißler/Greifenstein/Schneider 2011, S. 175) ein. Allerdings führte der seit den 1990er Jahren unter dem Stichwort ‚New Public Management‘ anhaltende Modernisierungsprozess zu einer grundsätzlichen Umstrukturierung und Neuausrichtung des öffentlichen Dienstes unter privatwirtschaftlichen Dienstleistungskriterien (vgl. Bogumil/Kißler 1998). Große Teile der Veränderungsmaßnahmen berühren die Anhörungs-, Mitwirkungs- und/oder Mitbestimmungsrechte des Personalrats, sodass dieser mit neuen Anforderungen u. a. hinsichtlich seiner Beteiligung an der Prozessgestaltung, der Organisation der Arbeitsaufgaben und des Aufbaus notwendiger Fachkompetenzen konfrontiert ist (vgl. Bogumil/Kißler 1995). Dies birgt für den Personalrat Chancen und Risiken (vgl. Kißler/Greifenstein/Schneider 2011): Auch wenn Personalratsmitglieder seltener als Betriebsratsmitglieder von einer Freistellung für ihr Ehrenamt profitieren, werden erstere im Vergleich zur Privatwirtschaft häufiger aktiv in Veränderungsprozesse eingebunden und seltener vom Arbeitgeber in der Ausübung ihrer Tätigkeit behindert (vgl. Schnabel 2007). Gerade in den letzten Jahren hat sich der Personalrat vermehrt mit organisationalen Veränderungsprozessen mit Personalabbau und Veränderung der Arbeitsorganisation beschäftigt (vgl. Keller/Schnell 2003). Beispielsweise in Veränderungen durch Digitalisierung entstehen für den Personalrat neue Handlungsfelder der Mitbestimmung (vgl. Kluge/Maschke 2016).

5.2.2 Legitimität und Legitimitätssicherung von Betriebs- und Personalrat

Der Begriff der **Legitimität** weist eine erhebliche Definitionsvielfalt auf (vgl. Deephouse/Suchman 2008). Grundsätzlich wird zwischen dem Prozess der Legitimierung und dem Ergebnis dieses Prozesses, der Legitimität, unter-

schieden (vgl. Deephouse/Suchman 2008). Suchman (1995) definiert Legitimität als generalisierte Annahme oder Wahrnehmung, dass Handlungen eines sozialen Gebildes innerhalb eines sozialen Systems von Normen, Werten, Überzeugungen und Definitionen wünschenswert, angemessen und geeignet sind. In dieser Definition findet sich einerseits eine institutionelle Perspektive, in der deutlich wird, inwiefern gesellschaftliche Werte und Normen in einer Institution verankert werden. Andererseits betont sie die strategische Perspektive der möglichen Beeinflussung von Legitimität zur Erreichung von Zielen (vgl. Deephouse/Suchman 2008). Suchman (1995) unterscheidet drei Dimensionen der Legitimität: (1) Pragmatische Legitimität fokussiert vor allem die Wahrung von Interessen einzelner Anspruchsgruppen. Bei (2) moralischer Legitimität steht die Einhaltung moralischer Wertvorstellungen der jeweiligen Anspruchsgruppen im Vordergrund. (3) Kognitive Legitimität bezieht sich auf die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit von Tätigkeiten und Strukturen (vgl. Golant/Sillince 2007). Voraussetzung dafür ist das Wissen der Anspruchsgruppen. Ist kognitive Legitimität hoch ausgeprägt, wird eine Instanz als selbstverständlich wahrgenommen und nicht mehr hinterfragt (vgl. Deephouse/Suchman 2008).

In der aktuellen **Legitimitätsforschung** liegt der Fokus auf Akteuren, die Institutionen erschaffen, aufrechterhalten und verändern können (institutional work) (vgl. Lawrence/Suddaby/Leca 2009). Legitimität kann sich demnach nicht nur auf Organisationen, sondern auch auf Subjekte beziehen (vgl. Deephouse/Suchman 2008) – so auch auf das Interessenvertretungsgremium oder auf einzelne Betriebs- und Personalratsmitglieder. Grundlegende Legitimität erfahren Betriebs- und Personalrat durch entsprechende Gesetze sowie Gesellschaft und Politik. Als wichtiges Gremium in Organisationen werden sie zudem durch die Belegschaft kollektiv legitimiert (vgl. Sandhu 2012). Allerdings sind Betriebs- und Personalrat als Wahlgremien auf die Wählergunst angewiesen. Wenn in Veränderungssituationen mehrheitliche Erwartungen der Beschäftigten nicht befriedigt werden bzw. für die Belegschaft nicht zufriedenstellende Ergebnisse erzielt werden, kann dies zu Legitimitätsverlusten einzelner Gremienmitglieder wie auch des gesamten Gremiums führen (vgl. Rehder 2006; Deephouse/Suchman 2008). Aber auch die

Akzeptanz durch die Arbeitgeberseite ist wichtig, damit die Interessenvertretung ihre Beratungs- und Verhandlungsfunktion konstruktiv ausfüllen und Interessen der Beschäftigten durchsetzen kann (vgl. Kotthoff 1995): Blockiert der Arbeitgeber die Zusammenarbeit mit der betrieblichen Interessenvertretung, begrenzt sich ihr Einfluss auf die gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten, was die betriebliche Interessenvertretung in ihrem Handeln einschränkt.

Durch die gesetzliche Verankerung sind sowohl der Betriebs- als auch der Personalrat nicht grundsätzlich in ihrem Bestand gefährdet oder von einem völligen Legitimitätsverlust bedroht. Dennoch ergeben sich sowohl für einzelne Betriebs- und Personalratsmitglieder als auch für die Gremien Unterschiede im Ausmaß an Legitimität, welche sich auf die Betriebs- bzw. Personalratsarbeit auswirken können (vgl. Rehder 2006; Rami/Hunger 2011). Wird eine Wiederwahl angestrebt, sind Betriebs- und Personalratsmitglieder auf die Legitimierung durch Beschäftigte angewiesen. Die angestrebte Wiederwahl wird folglich auch die Bemühungen der Gremienmitglieder erhöhen, ihre Legitimität zu sichern. Aber auch zwischen Wahlen beeinflusst die durch die Belegschaft zugeschriebene Legitimität die Betriebs- bzw. Personalratsarbeit. So betonen Rami und Hunger (2011), dass vom politischen Feld, wo Wahlen als periodische Legitimation ausreichen, nicht auf das Feld des Betriebsrats geschlossen werden kann. Mitgliedern des Betriebsrats hilft eine kontinuierlichere Legitimation seitens der Belegschaft über die regelmäßigen Wahlen hinaus, da sie stärker an die tagtägliche Arbeitswelt gebunden sind (vgl. Rami/Hunger 2011).

Insbesondere Betriebsratsmitgliedern, die eng mit der Arbeitgeberseite zusammenarbeiten, wurde zeitweise Co-Management zugeschrieben (vgl. Müller-Jentsch/Seitz 1998; Haipeter 2018). Rehder (2006) stellt in ihrer Untersuchung fest, dass mit einem Co-Management der betrieblichen Interessenvertretung ein **Legitimitätsverlust** einhergeht (vgl. Rehder 2006; Kotthoff 2013). Sie prognostizierte das Ende des Co-Managements und einen Wandel der betrieblichen Interessenvertretung hin zu einer stärker „basisorientierte[n] Interessenvertretungspolitik“ (Rehder 2006, S. 240). Auch im öffentlichen Sektor steht das Co-Management des Personalrats im Spannungsfeld zwischen Schutz- und Gestaltungsorientierung (vgl. Kißler/Greifenstein/Schnei-

der 2011). Durch New Public Management vollzogene Veränderungen werden von Beschäftigten vor allem als Rationalisierungsmaßnahmen kritisiert. Personalratsmitglieder stehen damit gleichermaßen vor der Herausforderung im Rahmen der aktiven Gestaltung von Veränderungsprozessen Beschäftigte ausreichend mitbestimmen und real partizipieren zu lassen (vgl. Kibler/Greifstein/Schneider 2011). In den letzten Jahren haben sich daher neue Ansätze der Mitbestimmung entwickelt. Insbesondere vermehrte Partizipation der Beschäftigten an der Betriebsratsarbeit kann eine Lösung des Legitimitätsproblems für den Betriebsrat sein. Darüber hinaus erfolgt eine gezielte Zusammensetzung der Gremien, beispielsweise indem alle Unternehmensbereiche im Gremium vertreten sind, mit der Intention, die Legitimität des Gremiums zu sichern (vgl. Haipeter 2018).

5.2.3 Legitimität und Legitimitätssicherung von Betriebs- und Personalrat in organisationalen Veränderungen

Die skizzierten Entwicklungen werfen die Frage auf, inwiefern die betriebliche Interessenvertretung vor dem Hintergrund anhaltender Veränderungsprozesse eine Legitimitätszuschreibung seitens der Belegschaft wahrnimmt. Hohe wahrgenommene Legitimität seitens der Belegschaft erleichtert die Betriebs- bzw. Personalratsarbeit, da die Gremienmitglieder sich auf Expertenwissen und Rückhalt aus der Belegschaft berufen können (vgl. Haipeter 2018). Dies ist vor allem in Situationen organisationaler Veränderungen wichtig und hilfreich: Die betriebliche Interessenvertretung fühlt sich in einzelnen Entscheidungen weniger hinterfragt und mehr Informationen werden an die Interessenvertretung herangetragen. Konflikte mit der Belegschaft aufgrund mangelnder Akzeptanz werden vermieden (vgl. Deephouse/Suchman 2008). All dies stärkt die Verhandlungsposition der betrieblichen Interessenvertretung, was sich in Aushandlungsprozessen mit dem Arbeitgeber äußert. Die Wahrnehmung von Legitimität bestimmt das Verhalten der betrieblichen Interessenvertretung in organisationalen Veränderungen grundlegend (vgl. Tietel 2008; Rami/Hunger 2011). Somit sind die Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Legitimitätswahrnehmung von Mitgliedern der betrieblichen Interessenvertretung eingebettet in den Kontext organisationaler Veränderungen zu betrachten. Konkret soll die Befragung von Betriebs- und Personalratsmitgliedern in diesen Situationen detaillierte Erkenntnisse liefern, ob

und inwiefern sie für ihr Handeln hinreichende Legitimitätszuschreibungen von Seiten der Beschäftigten wahrnehmen (vgl. Döring/Bortz 2016).

Das **Forschungsinteresse** liegt folglich insbesondere darin herauszufinden, inwiefern Legitimitätssignale der Belegschaft bei der Interessenvertretung ankommen (vgl. z. B. unterstützende Signale in Form von Ressourcen; Finch/Deephouse/Varella 2015). Darüber hinaus sollen Erkenntnisse gewonnen werden, inwiefern Betriebs- und Personalratsmitglieder aktiv etwas dafür tun, Legitimität zu sichern. Dies liefert detaillierte Einblicke in die Wahrnehmung und die Sicherung von Legitimität durch die betriebliche Interessenvertretung insbesondere in Veränderungen. Die Studie soll damit Erkenntnisse über bestehende Forschung hinaus generieren, da Legitimität bisher vor allem durch die Anspruchsgruppen selbst (z. B. die Belegschaft) (vgl. Bitektine 2011; Finch/Deephouse/Varella 2015) oder anhand verschiedener Kriterien (z. B. Wachstum oder Bestand einer Instanz, Medienberichterstattung) ermittelt wurde (vgl. Sandhu 2012). Letztlich soll die Befragung von Mitgliedern des Betriebs- und Personalrats im Kontext organisationaler Veränderungsprozesse zudem einen Vergleich zwischen den Interessenvertretungen hinsichtlich ihrer Legitimitätswahrnehmung ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund sollen mit Hilfe der qualitativen Studie folgende **Forschungsfragen** beantwortet werden:

- Inwiefern nehmen Mitglieder des Betriebs- bzw. Personalrats Legitimität seitens der Belegschaft in organisationalen Veränderungen wahr?
- Was tun sie, um diese Legitimität in organisationalen Veränderungen zu sichern?

5.3 Methodik

5.3.1 Beschreibung der Stichprobe

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden **25 Interviews** mit Betriebs- und Personalratsmitgliedern aus Organisationen verschiedener Branchen geführt. Diese verteilen sich auf 14 Betriebsrats- und 11 Personalratsmitglieder (aus Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen und Thüringen). Die Interviews fanden mehrheitlich zwischen August 2016 und Februar 2017 statt und erfolgten persönlich oder telefonisch. Vier der Interviews mit

Mitgliedern des Personalrats wurden im Zeitraum Dezember 2017 bis Februar 2018 durchgeführt. Die Interviews dauerten durchschnittlich 50 Minuten. Befragte wurden über Internetrecherche, berufliche Netzwerke sowie diverse Fachzeitschriften akquiriert und vor dem Interview über die Freiwilligkeit der Teilnahme, Anonymität und vertrauliche Behandlung der Daten aufgeklärt.

In die Auswertung gingen Interviews mit 15 Männern und 10 Frauen ein. Der Altersdurchschnitt betrug 53 Jahre. 60% der Befragten waren für ihre Tätigkeit als Betriebs-/Personalratsmitglied vollumfänglich freigestellt. Die durchschnittliche Anzahl an Beschäftigten in den befragten Unternehmen bzw. Organisationen betrug 8.497 (16 bis 14.000). Die Betriebsratsgremien bestanden im Durchschnitt aus 16 ordentlichen Mitgliedern, die Personalratsgremien aus 17 ordentlichen Mitgliedern. Im Durchschnitt verfügten die befragten Betriebsratsgremien über 3 Ersatzmitglieder (min. 1 bis max. 39), die Personalratsgremien über 13 Ersatzmitglieder (min. 0 bis max. 50). 92% der 25 befragten Personen äußerten die Absicht, sich zur Neuwahl aufstellen lassen zu wollen. 36% der befragten Betriebsratsmitglieder sind im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt, gefolgt von 29% im Kredit- und Versicherungsgewerbe sowie 14% im verarbeitenden Gewerbe. Weitere 7% sind in IT- und Beratungsunternehmen, 7% im Handel und 7% in sonstigen Dienstleistungen tätig. Die befragten Personalratsmitglieder sind mit 55% in öffentlichen Verwaltungs- und Bildungseinrichtungen beschäftigt, gefolgt von 27% in sonstigen öffentlichen Dienstleistungen. Weitere 9% sind im Kredit- und Versicherungsgewerbe tätig und 9% im Gesundheits- und Sozialwesen.

5.3.2 Vorgehen im Rahmen der Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurde ein **halbstrukturierter Interviewleitfaden** mit neun offenen Fragen erstellt. Durch diese Art der Datenerfassung war es möglich, Interviews verschiedener Personen zu vergleichen (vgl. Lamnek 2010). Es bestand zudem die Gelegenheit nachzufragen, um tiefergehende Informationen zu erhalten (vgl. Hopf 2012). Zu Beginn wurden die Befragten darum gebeten, sich und ihre Aufgaben als Mitglied des Betriebs- bzw. Personalrats allgemein vorzustellen. Anschließend sollten sie von einer organisationalen Veränderung berichten, in die sie als Mitglied des Betriebs- bzw.

Personalrats involviert sind oder waren. Charakteristika der Veränderung sowie die persönliche Betroffenheit von der Veränderung wurden erfragt. Die nachfolgenden Fragen bezogen sich auf Legitimität und Legitimitätssicherung in der genannten Veränderung. Als Operationalisierung von Legitimität wurden die Befragten u. a. nach der wahrgenommenen Akzeptanz und dem Vertrauen der Beschäftigten in ihre Arbeit (vgl. Tyler 2006; Rami/Hunger 2011) gefragt. Das Bewusstsein für bzw. die Berücksichtigung der Wertvorstellungen der Belegschaft als Teil der moralischen Legitimität waren Inhalt zweier Fragen. Als Teil der kognitiven Legitimität wurde zudem erfragt, inwiefern Betriebs- und Personalrat als selbstverständlich wahrgenommen werden und welches Verständnis über die Interessenvertretung bei Beschäftigten vorliegt. Um Erkenntnisse zur Legitimitätssicherung zu erhalten, wurden die Befragten u. a. nach ihren Handlungen zur Sicherung der Akzeptanz und des Vertrauens durch Beschäftigte gefragt. Anschließend wurden demographische Angaben erfasst. Mit Hilfe eines Pretests wurde der Interviewleitfaden auf Verständlichkeit, Umfang und Schwierigkeit der Fragen getestet.

5.3.3 Vorgehen im Rahmen der Analyse

Die **inhaltsanalytische Auswertung** (vgl. Mayring 2015) der transkribierten Interviews erfolgte unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA. Die Stärke dieser Methode liegt darin, dass die Auswertung nach einem vorab festgelegten Schema regelgeleitet und in mehreren Überarbeitungsschleifen erfolgt, sodass die Vorgehensweise nachvollziehbar, reproduzierbar und die Ergebnisse transparent sind. Als Qualitätskriterium wurde die „dialogical intersubjectivity“ (Saldaña 2016, S. 37) durch die Analyse im Team sichergestellt, indem durch intensive Diskussionen ein Konsens über Kategorisierungen hergestellt wurde. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2015) ist es möglich, bestehendes Forschungswissen durch deduktive Kategorien in die Auswertung zu integrieren. Legitimität und Legitimitätssicherung betreffende Kategorien wurden induktiv aus dem Material heraus gebildet. Lediglich eine erste Strukturierung in Anlehnung an das konzeptionelle Vorverständnis und die Legitimitätsdimensionen nach Suchman (1995) wurde deduktiv vorgenommen.

Das Ergebnis mehrerer Überarbeitungsschleifen ist ein umfangreiches **Kategoriensystem**, welches alle relevanten Zitate aus den Interviews strukturiert

(BR = Betriebsratsmitglied, PR = Personalratsmitglied). Es besteht aus sieben Dimensionen (D), die sich in Hauptkategorien (HK) mit Subkategorien (S) gliedern (vgl. Abb. 5.1). Die erste Dimension umschreibt Rahmenbedingungen der beschriebenen Veränderungen. Die zweite und dritte Dimension beinhalten die empfundene Relevanz von Legitimität für die Interessenvertretung und wahrgenommene Legitimität insgesamt. Weitere Dimensionen beleuchten die Legitimität und Legitimitätssicherung der Interessenvertretungen in den Veränderungen.

<p>D: Rahmenbedingungen der Veränderung HK: gesetzliche Grundlage der IV S: Personalvertretungsgesetz S: Betriebsverfassungsgesetz HK: Phase der Veränderung S: Endphase bis abgeschlossen S: frühe bis mittlere Phase HK: persönliche Betroffenheit von der Veränderung S: nicht betroffen S: (in-)direkt betroffen HK: Reichweite der Veränderung S: einzelne Abteilungen/Bereiche S: viele Abteilungen/Bereiche HK: Veränderungskonsequenzen für Beschäftigte S: monetäre Verbesserung S: Arbeitsplatzverlust S: Änderung Arbeitsaufgabe/Standort S: Änderung Arbeitsaufgabe/Standort/ Arbeitsplatzverlust (Fusion) HK: Qualität der Beziehung zwischen IV und AG S: negativ, angespannt S: neutral, sachlich S: positiv, konstruktiv</p> <p>D: Relevanz von Legitimität für IV HK: gering HK: hoch</p> <p>D: wahrgenommene Legitimität insgesamt HK: geringes Vertrauen/Akzeptanz in die IV HK: hohes Vertrauen/Akzeptanz in die IV</p>	<p>D: pragmatische Legitimität HK: Nutzung der Beratungsleistung S: IV wird wenig konsultiert S: IV wird häufig konsultiert HK: Rückmeldung an die IV S: kritisch S: positiv HK: Wahlbeteiligung & -ergebnis S: geringe Beteiligung/kein gutes Wahlergebnis S: hohe Beteiligung/gutes Wahlergebnis</p> <p>D: moralische Legitimität HK: Relevanz BE-Werte für IV S: geringe Berücksichtigung von Werten S: hohe Berücksichtigung von Werten</p> <p>D: kognitive Legitimität HK: Verständnis und Wahrnehmung der IV S: wenig Wissen/Bewusstsein S: vorhandenes Wissen/Bewusstsein HK: Selbstverständlichkeit der IV als Instanz S: IV wird nicht hinterfragt S: IV wird hinterfragt</p> <p>D: Maßnahmen der Legitimitätssicherung HK: kämpfen/einsetzen für BE HK: Transparenz erzeugen HK: Kompromisse eingehen HK: Überzeugungsarbeit leisten HK: präsent sein HK: partizipieren lassen HK: Unterstützung geben HK: externen Sachverstand nutzen</p>
Hinweis: AG = Arbeitgeber; BE = Beschäftigte; IV = Interessenvertretung	

Abb. 5.1: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse

5.4 Ergebnisse

5.4.1 Rahmenbedingungen der organisationalen Veränderungen

Betriebs- und Personalratsmitglieder berichten, dass die Dynamik und der Umfang von organisationalen Veränderungen zugenommen haben:

„Früher waren die Veränderungen langsamer [...] die Zeit läuft so schnell ab, dass man fast nicht mehr hinterherkommt.“ (PR0501)

Häufig beschriebene weitreichende organisationale Veränderungen sind Reorganisationen bzw. Restrukturierungen, wobei diese oft mit einer Veränderung der Arbeitsaufgaben und des Standorts verbunden sind. Einige der berichteten Veränderungen beinhalten Sanierung, Personalabbau oder Kostensenkungsprogramme. Stellenweise wird dabei die „natürliche Fluktuation“ (BR0601) genutzt, während auch von „einem reinen Personalabbauprozess“ mit Entlassungen (BR0302) berichtet wird. Thematisch sind Betriebsratsmitglieder aber auch in die Einführung neuer Managementmethoden, wie beispielsweise „Crowdsourcing“ (BR0801) und „agiles Arbeiten“ (BR1001), involviert. Einen Sonderfall nimmt die Verhandlung einer Betriebsvereinbarung mit dem Charakter eines Haustarifvertrages ein (BR0701). Eine Übersicht der in den Interviews berichteten **Veränderungstypen** findet sich in Tabelle 5.1.

Berichteter Veränderungstyp	Interviews
Reorganisation / Restrukturierung	6
Sanierung / Personalabbau / Kostensenkungsprogramm	5
Einführung neuer Managementmethoden	3
Angleichung des Belohnungs- und Besoldungssystems	2
Anpassung von Richtlinien	2
Fusionen / Übernahmen / Post-Merger-Integration	2
Reorganisation / Restrukturierung zzgl. Einführung neuer Software	2
Einführung neuer Software	1
Programme zur Kulturveränderung	1
Überarbeitung des Dienstleistungs-Portfolios	1
Hinweis: Einfache Zuordnung der Interviews zu Veränderungstyp	

Tab. 5.1: Übersicht über die berichteten Veränderungen in den Interviews

Die nicht-, teil- oder freigestellten Betriebs- und Personalratsmitglieder sind teilweise selbst direkt oder indirekt von den berichteten organisationalen Veränderungen betroffen. Organisationale Veränderungen betreffen sie selbst oder ihr direktes Kollegium. Dies hat allerdings keinen erkennbaren Einfluss auf das Antwortverhalten der Befragten bezüglich Legitimität und Legitimitätssicherung. Die Qualität der Beziehung zwischen Interessenvertretung und Arbeitgeber variiert und ist angespannt (4 BR, 4 PR), neutral (4 BR, 2 PR) oder positiv (6 BR, 5 PR). Abhängig vom Verhältnis zum Arbeitgeber unterscheidet sich das Ausmaß an Einbeziehung und Mitgestaltung in organisationalen Veränderungen jenseits der gesetzlichen Vorgaben. Das Verhältnis zur Arbeitgeberseite wird – sofern relevant – bei der Auswertung der Ergebnisse zu Legitimität und Legitimitätssicherung berücksichtigt.

5.4.2 Legitimität und Legitimitätssicherung des Betriebsrats in organisationalen Veränderungen

Aussagen der befragten **Betriebsratsmitglieder** zeigen, dass diese ihre Legitimität seitens der Beschäftigten nicht grundsätzlich als gefährdet ansehen. Vielmehr wird eine organisationale Veränderung als Sondersituation empfunden:

„Ich würde sogar so weit gehen und sagen, dass vorher in normalen Zeiten, wenn alles läuft, [...] man sicherlich auch schon einmal den Betriebsrat hinterfragt. [...] aber das hat sich sehr stark verändert durch diese Veränderung.“ (BR0901)

Der überwiegende Teil der befragten Mitglieder des Betriebsrats sieht Akzeptanz (als Ausdruck von Legitimität) durch die Belegschaft als wichtig und notwendig an. Demgegenüber stehen wenige Aussagen von Betriebsratsmitgliedern, die der Akzeptanz durch die Belegschaft keine bedeutende Rolle einräumen: Diese Befragten befinden sich alle in weitreichenden und mehrheitlich in späten Phasen der Veränderungsprozesse. In drei Fällen geht es um eine Reorganisation/Restrukturierung mit Standortverlagerung, während die Veränderung in einem Fall mit einer monetären Verbesserung für die Belegschaft verbunden ist. Die wahrgenommene Legitimität ist bei den Betriebs-

ratsmitgliedern, die der Akzeptanz eine hohe Bedeutung beimessen, insgesamt auf einem hohen Niveau. Sie beschreiben jedoch einheitlich, Werte der Beschäftigten in ihrem Handeln nicht immer berücksichtigen zu können.

Betriebsratsmitglieder berichten auch, dass es teils schwierig sei, Akzeptanz seitens der Beschäftigten in Veränderungen zu erhalten, da diese den rechtlich möglichen Gestaltungsraum der Interessenvertretung überschätzen würden und eine stärkere Positionierung des Betriebsrats erwarten (BR0501, BR0701, BR0801).

Die getrennte Betrachtung anhand der Legitimitätsdimensionen nach Suchman (1995) erbrachte darüber hinaus differenziertere Ergebnisse: Für die **pragmatische Legitimität**, also die Frage, inwiefern Beschäftigte der Ansicht sind, dass der Betriebsrat ihre Interessen verfolgt, fanden sich von fast allen Betriebsratsmitgliedern Aussagen über eine hohe Wahlbeteiligung sowie ein gutes Ergebnis bei Gremienwahlen. Diese werden von den Befragten als Indikator dafür gewertet, dass die Belegschaft mit der Arbeit des Betriebsratsgremiums sowie von einzelnen Betriebsratsmitgliedern grundsätzlich zufrieden ist. Darüber hinaus wird berichtet, dass Beschäftigte im Rahmen organisationaler Veränderungen häufig das Gespräch mit der Interessenvertretung suchen, den Betriebsrat also aktiv in Anspruch nehmen, um ihre Interessen vertreten zu lassen (z. B. BR0401). Auffallend ist, dass Beschäftigte insbesondere in frühen Veränderungsphasen kritische Rückmeldungen an Betriebsratsmitglieder richten. Vor allem am Ende oder nach Abschluss von Veränderungsprozessen erfahren Mitglieder des Betriebsrats positives Feedback von Beschäftigten, z. B. „überwältigende[n] Applaus“ (BR0801) und „viel Lob“ (BR0401), aus dem sie die Schlussfolgerung entnehmen, von der Belegschaft legitimiert zu sein. Dies wurde selbst über organisationale Veränderungen mit negativen Folgen für die Belegschaft, z. B. Personalabbau, berichtet.

Hinsichtlich der **kognitiven Legitimität**, die sich auf die Selbstverständlichkeit, die Nachvollziehbarkeit von Tätigkeiten und Strukturen und das Wissen der Beschäftigten über die Interessenvertretung bezieht, ergibt sich bei den Betriebsratsmitgliedern ein heterogenes Bild. Kein Betriebsratsgremium wird durch die Beschäftigten grundsätzlich angezweifelt. Allerdings unterscheiden

sich Aussagen der Mitglieder, inwieweit die Betriebsratsarbeit von Beschäftigten wahrgenommen wird bzw. wie nachvollziehbar die Arbeit des Betriebsrats für die Belegschaft ist. So wird von Betriebsratsmitgliedern in Reorganisationen/Restrukturierungen zum einen geschildert, dass „die Rolle selbstverständlich“ (BR1101) ist, andere bemerken wiederum ein Wissensdefizit bei der Belegschaft (BR0101). Auffällig ist, dass fehlendes Verständnis und mangelnde Wahrnehmung seitens der Beschäftigten mit verstärkten Bemühungen der Legitimitätssicherung der Interessenvertretung einhergeht.

In Bezug auf die **moralische Legitimität**, die sich auf die Einhaltung von Normen und Werten der Beschäftigten bezieht, besteht große Varianz in den Aussagen der Betriebsratsmitglieder. Während das Ausmaß an wahrgenommener pragmatischer und kognitiver Legitimität bei ihnen insgesamt auf einem hohen Niveau ist, finden Mitglieder des Betriebsrats es schwierig, moralischen Ansprüchen der Belegschaft mehrheitlich gerecht zu werden. Dies umfasst Werte wie Kollegialität und Wertschätzung (BR0501, BR0701, BR1001), Solidarität (BR0701), Arbeitsplatzsicherheit (BR0301, BR0901) sowie den Schutz vor Ausbeutung (BR0101). Da unterschiedliche Beschäftigtengruppen unterschiedliche Werte vertreten können (BR1101), ist es für Betriebsratsmitglieder in organisationalen Veränderungen nicht immer möglich, diese Werte der Beschäftigten in ihrem Handeln zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für Betriebsratsmitglieder, die in weitreichende Veränderungen eingebunden sind. In Veränderungen mit wenigen betroffenen Bereichen fällt den Gremienmitgliedern die Berücksichtigung von Werten der Beschäftigten leichter. Auffällig ist, dass Betriebsratsmitglieder, die berichten, Werte der Beschäftigten in ihrem Handeln berücksichtigen zu können, auch diejenigen sind, die darum bemüht sind, **Legitimität der Beschäftigten zu sichern**. Dies tun sie, indem sie sich beispielsweise verstärkt für die Belegschaft einsetzen und diese in erhöhtem Maße partizipieren lassen, z. B. „über Email, über Datenbanken, Intranet, zum Teil auch über eine Liveübertragung der Betriebsversammlung mit Internet“ (BR0801) oder indem direkt mit den betroffenen Personen aus dem Kollegium an Lösungsvarianten gearbeitet wird (BR0601). Im Gegensatz dazu beschreiben Betriebsratsmitglieder, denen es schwer fällt Werte der Beschäftigten zu berücksichtigen, etwas we-

niger aktive Formen der Legitimitätssicherung. Sie berichten, Legitimität seitens der Beschäftigten zu sichern, indem sie Präsenz im Unternehmen zeigen und den direkten Kontakt mit den Beschäftigten am Arbeitsplatz suchen:

„Ob wir irgendetwas tun, um diese Akzeptanz zu erhöhen? So viel wie möglich nicht im Büro sitzen.“ (BR0703)

Die Frage der Legitimitätssicherung stellt sich nicht für alle Mitglieder im Betriebsrat in organisationalen Veränderungen und es konnten wenige explizite Aktivitäten der Legitimitätssicherung der Betriebsratsmitglieder identifiziert werden. Für viele Befragte lagen Maßnahmen der Legitimitätssicherung vielmehr innerhalb ihrer gesetzlichen Aufgaben und hatten eher als Nebeneffekt auch (positiven) Einfluss auf ihre Legitimität. Ein Betriebsratsmitglied schildert dies folgendermaßen:

„Wir müssen die Kollegen informieren jetzt nicht aus purem Selbstzweck, sondern [...] erst einmal, weil man ja auch vom Gesetz her verpflichtet ist, und weil die Leute das ja auch irgendwo erwarten.“ (BR0501)

Allerdings betreiben nur wenige betriebliche Interessenvertretungen gar keine Legitimitätssicherung. Einen solchen Fall schildert ein Betriebsratsmitglied (BR0101), welches in enger Zusammenarbeit mit der Arbeitgeberseite die Reorganisation/Restrukturierung in der eigenen Abteilung umsetzte. Dieses Betriebsratsmitglied berichtete explizit, keine Legitimitätssicherung zu betreiben, nimmt aber dennoch ein hohes Ausmaß an pragmatischer, kognitiver und moralischer Legitimität wahr.

Bei den übrigen Betriebsratsmitgliedern liefert die Intensität, in der sie sich bemühen Legitimität zu sichern, Hinweise auf ihre Ambitionen zur Legitimitätssicherung. Die berichteten Maßnahmen lassen sich fünf der acht Hauptkategorien der Dimension „Maßnahmen der Legitimitätssicherung“ (vgl. Abb. 5.1) zuordnen: Die Befragten berichten von Maßnahmen zur Legitimitätssicherung, die sich der Hauptkategorie „Transparenz erzeugen“ zuordnen lassen. So schildern Betriebsratsmitglieder, dass sie über die Veränderung aufklären und dies als Maßnahme der Legitimitätssicherung nutzen:

„Wir haben vom ersten Tag an immer versucht möglichst die Belegschaft mitzunehmen, aufzuklären, auch wenn das vor allem der Job des Arbeitgebers gewesen wäre [...] und das hatte auch eine hohe Anerkennung bei den Mitarbeitern.“ (BR0901)

Zudem wird Präsenz gezeigt, um auf die Arbeit des Betriebsrats aufmerksam zu machen, indem neben regelmäßigen Betriebsversammlungen der direkte Austausch mit den Beschäftigten gesucht wird (z. B. BR0701). Darüber hinaus werden auch Werbematerialien wie Tischaufsteller genutzt, um über die Einflussnahme des Betriebsrats zu berichten:

„Es sind Bilder von Leuten, die abgebaut werden sollen und dann steht drauf, der Betriebsrat hat mir geholfen die Versetzung in die Abteilung durchzumachen. Diese betroffenen Leute stehen auch in Betriebsversammlungen auf und sagen „Achtung, ich bin betroffen und der Betriebsrat hat für mich das gemacht.“ (BR0601)

Aktive Überzeugungsarbeit leisten Mitglieder des Betriebsrats bei der Belegschaft, indem sie „das was [sie] erarbeitet haben auch verkaufen“ (BR0701) oder „dass man sich auch für Sachen einsetzt, wofür man eigentlich nicht zuständig ist“ (BR0401).

Partizipation und Unterstützung der Beschäftigten sind weitere Maßnahmen, die der Legitimitätssicherung dienlich sind und besonders in weitreichenden organisationalen Veränderungen eine Rolle spielen:

„Partizipation ist für uns ein ganz großes Thema. [...] Das heißt wir binden die Kollegen immer mit ein. Lassen Sie immer partizipieren, um da auch tragfähige Lösungen zu finden.“ (BR0601)

Ein Betriebsratsmitglied berichtet in diesem Zusammenhang von der Einrichtung eines „Boardcafés“ (BR0703), das dem direkten Austausch zwischen Beschäftigten und Geschäftsführung im Veränderungsprozess dienen soll.

5.4.3 Legitimität und Legitimitätssicherung des Personalrats in organisationalen Veränderungen

Auch die befragten **Personalratsmitglieder** gaben an, gerade in der Veränderung ein hohes Maß an Legitimität durch die Belegschaft wahrzunehmen:

„Aber die Akzeptanz hat sich eigentlich eher erhöht. [...] Und wenn der Personalrat [...], der ja auch vom Kündigungsschutz her ein bisschen abgesicherter ist als Beschäftigte, wenn man dann die Meinung weiter vertritt, erhöht das die Akzeptanz.“ (PR0701)

Ähnlich wie Mitglieder des Betriebsrats berichten auch Personalratsmitglieder gute Ergebnisse bei der Wahlbeteiligung und den Wahlergebnissen, was als Indikator dafür gesehen wird, dass die Beschäftigten sich in ihren Interessen vertreten fühlen (**pragmatische Legitimität**):

„Wenn wir eine Wahlbeteiligung bei der Pfarrgemeinderatswahl von 5 % maximal haben, dann finde ich die Legitimation etwas schwierig, aber wir sind bei weit über 50 %.“ (PR1101)

Im Vergleich zu den befragten Betriebsratsmitgliedern wird die Akzeptanz durch die Belegschaft von Mitgliedern des Personalrats aber als weniger wichtig und notwendig eingeschätzt. Ein Personalratsmitglied erklärt:

„Andererseits kriege ich immer wieder mit, die Leute, die bekannt sind, die werden gewählt [...] die haben noch nie etwas gemacht außer großen Reden geschwungen. Und von daher hat sich da im Laufe der Zeit meine eigene Sichtweise da schon sehr relativiert.“ (PR0401)

Dennoch gibt es Personalratsmitglieder, die sich auch unabhängig von den Wahlen ein Feedback wünschen. Folgende Beispiele illustrieren dies:

„[...] Als Personalrat bekomme ich ja eigentlich nur ein Feedback alle vier Jahre bei den Wahlen, durch die entsprechenden Stimmenanteile, die ich erringen kann, wenn ich mich zur Wahl stelle. Unterhalb der vier Jahre passiert ja eigentlich nicht viel. Und wir brauchen natürlich auch immer wieder so ein, ja, so einen Indikator, um zu sehen, wo stehe ich, mache ich alles richtig.“ (PR1201)

„Wir nutzen diese Hinweise, Kritiken und Anregungen [der Beschäftigten] auch, um unsere eigene Arbeit daran auszurichten.“ (PR0301)

Auffallend ist, dass Personalratsmitglieder gerade am Anfang von organisationalen Veränderungen positive Rückmeldungen seitens der Beschäftigten erhalten, was als Indikator dafür gesehen wird, dass die Belegschaft sie pragmatisch legitimiert. In einem Fall geht dies im Rahmen einer für Beschäftigte

positiven Veränderung bei der Angleichung des Belohnungs- und Besoldungssystems sogar so weit, dass die Führungskraft im Veränderungsprozess Rat beim Personalrat sucht:

„Wenn ein Vorgesetzter sich an mich wendet und sagt, möchte hier eine Beschäftigte höher gruppieren, wie fange ich das am schlauesten an. Und dann denke ich, jawohl, wenn wir jetzt schon so weit sind, dass Vorgesetzte sich sogar dem annehmen, dann ist das schon was.“ (PR0401)

Positive Rückmeldung, wie z. B. „Dank [...] für die Hilfestellung“ (PR0201), erhalten einige Personalratsmitglieder jedoch auch im weiteren Verlauf von organisationalen Veränderungen. Dies trifft dabei sowohl auf Veränderungen zu, die mit monetären Verbesserungen für Beschäftigte einhergehen (PR1101), als auch auf Veränderungen, bei denen Arbeitsplatzverlust droht (PR0501). Allerdings berichten Mitglieder des Personalrats auch, dass Beschäftigte in der Regel erst auf sie zukommen, „wenn sie Probleme haben, und daher kriegt man ja gar nicht so viel von dem Positiven oder Wünschen wirklich mit“ (PR1001). Dies wird in einem Fall jedoch positiv gewertet:

„Je weniger Leute sich sorgenvoll an uns wenden, desto mehr sind sie eigentlich zufrieden, [...]. Also unser Job ist nicht, gelobt zu werden. Sondern unser Job ist bei uns, die Sorgen aufzunehmen.“ (PR0501)

Bezüglich **kognitiver Legitimität** lässt sich feststellen, dass Personalratsmitglieder diese vor allem in frühen und mittleren Phasen von organisationalen Veränderungen wahrnehmen. In späteren Phasen von Veränderungen wird hingegen vermehrt bemängelt, dass wenig Wissen über die Personalratsarbeit bei Beschäftigten vorliegt. Dieses Muster zeigt sich dabei unabhängig von der spezifischen Veränderung. Ein Mitglied des Personalrats schildert beispielsweise:

„Ich glaube, die meisten wissen überhaupt nicht, wie wir daran beteiligt sind. Weil die meisten überhaupt nicht wissen, was ein Personalrat tut.“ (PR1101)

Werden Aussagen der Personalratsmitglieder bezüglich pragmatischer und kognitiver Legitimität gemeinsam betrachtet, zeigt sich ein interessantes Muster: Wahlbeteiligung und Wahlergebnis als Indikator der pragmatischen Legitimität und die Wahrnehmung der kognitiven Legitimität fallen zum Teil

auseinander. So wird sehr häufig von hoher Wahlbeteiligung und guten Wahlergebnissen berichtet, während die kognitive Legitimität jedoch von einigen Personalratsmitgliedern als gering wahrgenommen wird. Unabhängig von den Wahlen decken sich Aussagen von Mitgliedern des Personalrats bezüglich pragmatischer und kognitiver Legitimität jedoch insofern, als dass sie von geringem Belegschaftsinteresse (als Zeichen mangelnder pragmatischer Legitimität) berichten. Zugleich bemängeln die Gremienmitglieder auch ein mangelndes Verständnis und Wissen bezüglich der Personalratsarbeit (kognitive Legitimität) (PR0901, PR1001). Dies zeigt sich u. a. bei der Personalversammlung:

„Aber auch hier ist zugegebenermaßen die Response bei unserer Klientel relativ gering. Das heißt, dann sitzt man manchmal auch alleine da.“
(PR0901)

Im Vergleich zu Mitgliedern des Betriebsrats berichten Personalratsmitglieder verstärkt, moralischen Ansprüchen der Beschäftigten gerecht werden zu können. Personalratsmitglieder welche berichten, dass sie die moralischen Ansprüche der Beschäftigten (**moralische Legitimität**) nicht berücksichtigen können, befanden sich vor allem in der Anfangsphase weitreichender Veränderungen. Im Gegensatz zu den interviewten Betriebsratsmitgliedern scheint bei Mitgliedern des Personalrats darüber hinaus das Verhältnis zum Arbeitgeber die Legitimität und Legitimitätssicherung stärker zu beeinflussen: Besonders Personalratsmitglieder mit einem schlechten Verhältnis zur Arbeitgeberseite berichten von Problemen, Beschäftigtenwerte zu berücksichtigen (PR0401, PR0501, PR0701, PR0601):

„Wir versuchen, diese Werte immer zu sehen und anzusetzen. Aber wir stoßen natürlich an Grenzen, da die auch von anderen Seiten nicht immer eingehalten sind. So eine Haltungs- und Wertediskussion ist ganz schwierig, wenn hoher Druck in einem Prozess ist, wo man eigentlich nur Ergebnisse sehen will. Wir versuchen durch unser Handeln und Agieren das eben stärker wieder daraufhin zu bringen, aber das unterliegt ja nur bedingt unserem Einfluss.“ (PR0601)

Fünf Personalratsmitglieder gaben an, gezielt Maßnahmen zur **Legitimitätssicherung** einzusetzen. Zwei andere beschreiben die Sicherung von Legitimität als Nebeneffekt von Aktivitäten mit primär anderen Zielen. Insgesamt lässt sich bei Personalratsmitgliedern im Vergleich zu Mitgliedern des Betriebsrats eine etwas intensivere Beschäftigung mit der Sicherung von Legitimität feststellen. Ähnlich wie die Mitglieder des Betriebsrats berichten alle Personalratsmitglieder über Maßnahmen mit dem Ziel der Transparenzsteigerung. Ein Gremienmitglied schildert dies folgendermaßen:

„Wir versuchen die Prozesse transparent zu machen. Wenn wir z. B. bei Personalmaßnahmen, die jetzt unter diesen neuen, veränderten Bedingungen stattfinden, Entscheidungen treffen müssen, die vielleicht den Kollegen nicht so gut gefallen, aber das Gesetz hat sich halt geändert, dann versuchen wir auch immer mit den Kollegen zu sprechen.“
(PR0801)

Jedoch zeigt das folgende Beispiel, dass das Ziel dabei nicht unbedingt darin besteht, Werbung für die eigene Leistung zu machen:

„Ich muss den Kollegen nicht sagen, pass mal auf, ich habe hier so und so viele Stunden für euch dagesessen. Das muss nicht sein und das finde ich auch nicht richtig.“ (PR1201)

Auffallend ist, dass Mitglieder des Personalrats, die von geringer kognitiver Legitimität berichten, primär Transparenz schaffen, um ihre Legitimität zu sichern. Insgesamt ähneln die Maßnahmen zur Legitimitätssicherung denen von Betriebsratsmitgliedern. Allerdings geben Mitglieder des Personalrats vergleichsweise seltener an, Unterstützung und Partizipation der Beschäftigten als Maßnahme zur Legitimitätssicherung zu nutzen.

5.5 Diskussion

Ziel der Studie war es die von Betriebs- und Personalratsmitgliedern wahrgenommene Legitimitätzuschreibung seitens der Belegschaft in organisationalen Veränderungsprozessen zu untersuchen und darüber hinaus mögliche Aktivitäten der Legitimitätssicherung zu identifizieren. Fokussierten frühere Untersuchungen fast ausschließlich den Betriebsrat (als Ausnahme z. B. Bogumil/Kißler 1995), liefert die vorliegende Studie Erkenntnisse sowohl zu

Betriebs- als auch zu Personalrat. Damit bietet sie auch einen ersten qualitativen Einblick in die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Bezug auf wahrgenommene Legitimität und Legitimitätssicherung der beiden Interessenvertretungen.

Obwohl verschiedene organisationale Veränderungen berichtet wurden (Reorganisationen/Restrukturierung, Veränderung der Arbeitsaufgaben und des Standortes, Sanierung, Personalabbau), konnten kaum Muster zwischen spezifischen Veränderungen und wahrgenommener Legitimität und Legitimitätssicherung gefunden werden. Während die berichtete Legitimitätswahrnehmung vergleichsweise unabhängig von Veränderungskonsequenzen für Beschäftigte war, zeigten sich Unterschiede in der Legitimitätswahrnehmung in verschiedenen Phasen einer Veränderung und abhängig von der Reichweite der organisationalen Veränderung. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Inhalt von organisationalen Veränderung nicht per se die wahrgenommene Legitimität von Betriebs- und Personalratsmitgliedern beeinflusst.

Stattdessen wurde festgestellt, dass **Mitglieder des Betriebsrats** zu Beginn von organisationalen Veränderungen stärkere Kritik wahrnehmen, während sie in späteren Phasen von Veränderungsprozessen von positiven Rückmeldungen berichteten. Positive Rückmeldungen erhielten Betriebsratsmitglieder auch in Veränderungen mit drohendem Arbeitsplatzverlust für Beschäftigte. Dieses Muster könnte andeuten, dass organisationale Veränderungen **nicht zwangsläufig mit einer Reduktion der pragmatischen Legitimität** einhergehen. Offenbar bezweifeln Beschäftigte insbesondere zu Beginn von Veränderungsprozessen, dass ihre Interessen durch den Betriebsrat angemessen vertreten werden, zum Ende von organisationalen Veränderungen relativiert sich dies jedoch. Dies deckt sich mit dem typischerweise beschriebenen Reaktionsverlauf von Individuen in Veränderungen: Während zu Beginn häufig mit Reaktanz und Ablehnung auf Veränderungen reagiert wird, werden Neuerungen erst im Laufe der Zeit stärker akzeptiert (vgl. Streich 1997). In den untersuchten Fällen könnte dies damit zusammenhängen, dass Beschäftigte das Ausmaß der Veränderung sowie die Ergebnisse der Betriebsratsarbeit zu einem späteren Zeitpunkt in Veränderungsprozessen besser einschätzen und nachvollziehen können. Dies deckt sich mit Rehder (2006), die eine Legitimitätszuschreibung seitens der Beschäftigten insbesondere auf Basis

der erzielten Ergebnisse der Betriebsratsarbeit beschrieb. Somit lässt sich vermuten, dass Veränderungsprozesse eine Möglichkeit für den Betriebsrat sind, Legitimität zu erhalten. Im Einklang damit stehen auch die Berichte der befragten Betriebsratsmitglieder, dass die wahrgenommene Legitimität im Rahmen von Veränderungsprozessen im Vergleich zum „normalen“ Arbeitsalltag eher steigt.

Die Befunde sind auch insofern interessant, als dass in den letzten Jahren vermehrt Formen direkter (individueller) Partizipation in Veränderungsprozessen diskutiert (vgl. z. B. Bartunek et al. 2006; Oreg/Vakola/Armenakis 2011) und diese vom Betriebsrat teils als Bedrohung der kollektiven Interessenvertretung wahrgenommen werden (vgl. Helfen 2005; Tietel 2008). Die vorliegende Studie zeigt jedoch, dass Interessenvertretungen gerade in organisationalen Veränderungen für die Belegschaft nach wie vor eine hohe Bedeutung haben und sie stark konsultiert werden. Dies kann erstens durch einen Wissens- und Erfahrungsvorsprung und eine damit verbundene stärkere Verhandlungsposition gegenüber dem Arbeitgeber erklärt werden. Die Interessenvertretung punktet durch Qualifikation und (externen) Sachverstand und schafft sich damit eine Legitimitätsgrundlage. Zugleich hat sie die Möglichkeit, auf ihren Beitrag an der Veränderung aufmerksam zu machen. Zweitens legen die geführten Interviews den Eindruck nahe, dass die Interessenvertretung als soziale Unterstützung in einer Ausnahmesituation fungiert und damit eine wichtige Ressource für Beschäftigte darstellt, mit erhöhten Anforderungen und Ängsten in Veränderungen umzugehen (vgl. Allen et al. 2007). Die Ergebnisse liefern daher den Eindruck, dass in Veränderungssituationen eine strategische Beeinflussung der zugeschriebenen Legitimität von Interessenvertretungen möglich ist (vgl. Deephouse/Suchman 2008).

Für den **Personalrat** ergibt sich in Bezug auf die pragmatische Legitimität ein etwas anderes Bild: Personalratsmitglieder berichteten insbesondere zu Beginn organisationaler Veränderungen pragmatische Legitimität wahrzunehmen. In späten Veränderungsphasen ist das Bild heterogener. In Bezug auf die kognitive Legitimität zeigt sich, dass insbesondere Personalratsmitglieder in späteren Veränderungsphasen ein fehlendes Verständnis und Wissen bezüglich ihrer Tätigkeiten seitens der Belegschaft wahrnehmen. Denk-

bar ist, dass der Personalrat aufgrund seiner weniger ausgeprägten Mitbestimmungsmöglichkeiten mehrheitliche Erwartungen der Beschäftigten im Verlauf von Veränderungsprozessen enttäuscht, sodass es im Verlauf eher zu einem **(pragmatischen und kognitiven) Legitimitätsverlust** kommen kann. Damit in Einklang steht, dass Personalratsmitglieder in den Interviews stärker hervorhoben, häufig Kompromisse schließen und unpopuläre Entscheidungen treffen zu müssen, wodurch nicht alle Interessen gleichermaßen berücksichtigt werden können. Mitglieder des Betriebsrats erwähnten dies im Rahmen der Interviews seltener.

Sowohl Mitglieder des Betriebs- als auch des Personalrats beschrieben Schwierigkeiten, **Werte der Beschäftigten** im Rahmen weitreichender Veränderungsprozesse zu berücksichtigen. Dies ist nicht verwunderlich, da mit zunehmender Anzahl betroffener Bereiche zusätzliche und potenziell heterogene Interessen und Werte der Beschäftigten existieren, worin sowohl für Betriebs- als auch für Personalratsmitglieder eine Herausforderung besteht. Auf Basis der qualitativen Studie konnte folglich ein erster Eindruck gewonnen werden, dass es in weitreichenden Veränderungssituationen zu einer Abnahme der moralischen Legitimität kommen kann, wenn mehrheitliche moralische Ansprüche der Beschäftigten nicht berücksichtigt werden können. Diese Interpretation bedarf jedoch einer weitergehenden Prüfung, da die mittel- bis langfristigen Auswirkungen einer mangelnden Berücksichtigung von Werten auf die Legitimitätszuschreibung seitens der Beschäftigten mit der vorliegenden Studie nicht erfasst wurden.

Bezüglich der Forschungsfrage der Legitimitätssicherung haben die Interviews gezeigt, dass **Aktivitäten zur Legitimitätssicherung** zum Teil vergleichbar sind mit Aktivitäten, die sich aus gesetzlich definierten Aufgaben des Betriebs- und Personalrats ergeben. Die Aktivitäten der Legitimitätssicherung gehen jedoch über den gesetzlichen Rahmen hinaus: So wurden sowohl von Betriebs- als auch von Personalratsmitgliedern am häufigsten Maßnahmen zum Erzeugen von Transparenz genannt. Solche Maßnahmen ergeben sich zwar aus der vermittelnden Rolle, welche die Interessenvertretung einnimmt (u. a. ArbSchG; BetrVG; BPersVG), wurden in den geschilderten Fällen jedoch verstärkt und gezielt zur Legitimitätssicherung eingesetzt. Bei Betriebsratsmitgliedern ließen sich darüber hinaus aktives Überzeugen von

Beschäftigten in Bezug auf die Betriebsratsarbeit, erhöhte Präsenz im Unternehmen, vermehrte Unterstützung sowie verstärkte Partizipationsmöglichkeiten der Beschäftigten als primär verwendete Maßnahmen der Legitimitätssicherung identifizieren. Insbesondere die identifizierte Relevanz von Partizipationsmöglichkeiten der Belegschaft deckt sich mit Ausführungen von Haipeter (2018), der darin ein Kernelement von Mitbestimmung in der modernen Arbeitswelt sieht. Personalratsmitglieder berichteten ähnliche Maßnahmen zur Legitimitätssicherung wie Mitglieder des Betriebsrats. Insgesamt bestehen Übereinstimmungen mit anderen Studien, welche zur vorliegenden Studie ähnliche Maßnahmen der Vertrauens- bzw. Legitimitätssicherung identifizierten (vgl. Rami/Hunger 2007; Rami/Euler 2008; Rami/Hunger 2011; Haipeter 2016).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen vermuten, dass Legitimitätssicherung insbesondere für den Betriebsrat, aber auch für den Personalrat zum Teil eine eher untergeordnete Bedeutung hat. Das mag daran liegen, dass die Gremien durch ihre gesetzliche Verankerung im Rahmen ihrer täglichen Arbeit nicht akut von einem vollständigen Legitimitätsverlust bedroht sind. Vielmehr zeigen sich in verschiedenen Rückmeldungen subtile Unterschiede im Ausmaß an Legitimitätszuschreibung der Belegschaft.

Obwohl anhand der qualitativen Studie lediglich ein Ausschnitt aus der Betriebs- bzw. Personalratsarbeit im Kontext organisationaler Veränderungen untersucht werden konnte, zeigen sich mögliche Auswirkungen auf die Legitimität der Interessenvertretungen. Diese sind jedoch nicht so gravierend, dass Mitglieder des Betriebs- oder Personalrats eine sehr bewusste und strategisch ausgerichtete Legitimitätssicherung als notwendig erachten würden. Vor dem Hintergrund eines erhöhten Veränderungsdrucks, welcher betriebliche Interessenvertretungen als wichtige Beteiligte innerbetrieblicher Verhandlungen vor neue Aufgaben und Herausforderungen stellt (vgl. Minssen/Riese 2005; Kluge/Maschke 2016), ist dies nicht verwunderlich. Insbesondere in Veränderungssituationen, in denen die Konsequenzen für bestehende Arbeitsplätze teilweise schwer zu bewerten sind, agieren betriebliche Interessenvertretungen im Spannungsfeld von Wirtschaftlichkeits- und Sozialzielen (vgl. Kott-

hoff 1995; Minssen/Riese 2005; Stracke/Nerdinger 2010), weshalb die Sicherung der Legitimitätszuschreibung der Beschäftigten etwas in den Hintergrund rücken könnte.

Die Frage der Legitimität seitens der Belegschaft stellt sich für die betriebliche Interessenvertretung aufgrund ihrer tiefen Verankerung im Unternehmen bzw. der Organisation und ihrer rechtlichen Verankerung zwar nur in Ausnahmefällen. Dennoch konnten in der vorliegenden Studie erste Hinweise gefunden werden, dass Legitimität in Veränderungssituationen beeinflussbar ist. Wenn hierfür ein Bewusstsein geschaffen wird, kann dies eine Grundlage sein, Legitimität in Veränderungssituationen zu sichern. Zugleich ist die Interessenvertretung in Veränderungssituationen mit hohen und vielfältigen Anforderungen konfrontiert. Sich durch entsprechende Qualifikation, Schulungen, externe Unterstützung sowie eine gezielte Aufstellung des Gremiums auf diese Anforderungen vorzubereiten kann helfen, Veränderungssituationen erfolgreich zu begleiten und Legitimität zu sichern.

5.6 Limitationen und weiterer Forschungsbedarf

Die vorliegende Studie unterliegt einigen **Limitationen**. Die Interviews wurden mit einzelnen Mitgliedern eines Gremiums durchgeführt und adressierten deren Selbstwahrnehmung. Auch wenn sich die Fragestellungen im Interview auf den Betriebs- bzw. Personalrat als Gremium bezogen, kam es teilweise zu Vermischungen und Befragte antworteten auf individueller Ebene. Zudem ist aufgrund der Selbsteinschätzung der Gremienmitglieder eine Antwortverzerrung im Sinne sozialer Erwünschtheit denkbar (vgl. Richman et al. 1999). Es wurde durch reverse Fragen und das Abfragen konkreter Ereignisse versucht dies zu verhindern. Eine Erweiterung der Daten um die Perspektive der Belegschaft bzw. der Arbeitgeberseite stellt nichtsdestotrotz eine adäquate Ergänzung der Daten dar, um Selbsteinschätzung und Fremdwahrnehmung vergleichen zu können und ein umfassenderes Bild des Untersuchungsgegenstands zu erzeugen.

Eine Herausforderung stellte die Erfassung der moralischen Legitimität dar, die durch indirektes Erfragen erhoben wurde. In zukünftigen Untersuchungen könnten konkretere Fragen dabei helfen, ein besseres Frageverständnis her-

zustellen. Dies gefährdet allerdings die Offenheit der Fragestellung und öffnet Raum für unerwünschte Suggestion, weshalb darauf in der vorliegenden Studie verzichtet wurde. Zudem deuten die differenzierten Ergebnisse darauf hin, dass die Frage von den Befragten überwiegend richtig verstanden und gut beantwortet werden konnte.

Die Studie liefert erste detaillierte Einblicke in die Legitimitätswahrnehmung von Betriebs- und Personalratsmitgliedern in organisationalen Veränderungsprozessen. **Weitere Forschung**, die sich mit von Beschäftigten zugeschriebener Legitimität auseinandersetzt, beispielsweise im Rahmen von quantitativen Studien, kann die Befunde der vorliegenden Studie erweitern. Insbesondere das bisher im Vergleich zum Betriebsrat vernachlässigte Forschungsfeld des Personalrats bietet einen interessanten Ansatzpunkt. Auch die Zusammensetzung der Interessenvertretungsgremien und damit verbundene Auswirkungen auf Legitimität und Legitimitätssicherung stellen Ansatzpunkte für weitere Forschung dar. Letztlich erweist sich die Untersuchung der Interaktion von betrieblicher Interessenvertretung und Arbeitgeberseite sowie deren Bedeutung für die Legitimität der Interessenvertretung als spannende Forschungsfrage. Insbesondere vor dem Hintergrund der diskutierten Konfliktpartnerschaft (vgl. z. B. Kädtler 2016; Müller-Jentsch 2016; Rehder 2016) sind Auswirkungen auf die Legitimität von Interessenvertretungen denkbar. Zukünftige Studien könnten sich zudem mit Kompensationseffekten zwischen den drei Legitimitätsdimensionen nach Suchman (1995) beschäftigen, also inwieweit beispielsweise eine geringe moralische Legitimität durch eine hohe pragmatische Legitimität ausgeglichen werden kann.

6 Psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz – Validierung und Anpassung einer deutschsprachigen Version des Mental Health Literacy Tool for the Workplace^{9 10 11}

6.1 Einleitung

Menschen, die eine psychische Störung entwickeln, erhalten die nötige Behandlung oft stark zeitverzögert oder gar nicht. In Deutschland beträgt die mittlere Verzögerung der Erstbehandlung bei depressiven Störungen zwei Jahre, bei Substanzmissbrauch neun Jahre und bei Angststörungen 23 Jahre (vgl. Wang et al. 2007). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch jüngere (vgl. z. B. Mack et al. 2014) und internationale Studien (vgl. z. B. ten Have et al. 2013; Stagnaro et al. 2019). Werden psychische Störungen zu spät erkannt, kann sich das negativ auf den Krankheitsverlauf und die Heilungschancen auswirken (vgl. Kessler et al. 2003; Wang et al. 2005). Neben dem individuellen Leid sind hiermit auch finanzielle Belastungen für Unternehmen und Staat verbunden (vgl. OECD 2015; Rebscher et al. 2016).

Die Gründe für die verzögerte Inanspruchnahme professioneller Hilfe sind vielfältig. Neben Angst vor Stigmatisierung und Scham werden insbesondere mangelnde Fähigkeiten zur Erkennung psychischer Störungen als Barriere angeführt (vgl. Gulliver/Griffiths/Christensen 2010). Der von Jorm und Kollegen (1997) in diesem Zusammenhang geprägte Begriff der **psychischen Gesundheitskompetenz** beschreibt eben jene Kenntnisse und Einstellungen, die zur Prävention, Erkennung und Behandlung psychischer Störungen beitragen können (vgl. Jorm et al. 1997; Jorm 2011). Dabei verbessert die indi-

⁹ Dieser Beitrag ist in Zusammenarbeit mit Sascha A. Ruhle entstanden. Die Anteile an diesem Beitrag betragen etwa 80 % (Wulf) und 20 % (Ruhle). Die Autorin der vorliegenden Arbeit war an der Konzeption der Studie, ihrer Durchführung, ihrer Auswertung sowie an der Diskussion der Ergebnisse maßgeblich beteiligt.

¹⁰ Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift *Diagnostica* veröffentlichten Artikel unter DOI: 10.1026/0012-1924/a000237. Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden. Bitte verbreiten oder zitieren Sie diesen Artikel nicht ohne Zustimmung des Autors.

¹¹ Eine vorherige Fassung dieses Beitrags wurde auf der 13th European Academy of Occupational Health Psychology Conference (EAOHP) in Lissabon (07.09.2018) sowie auf dem Herbstworkshop der Wissenschaftlichen Kommission Personalwesen im VHB in München (12.09.2018) präsentiert.

viduelle psychische Gesundheitskompetenz sowohl die Erkennung und Prävention eigener psychischer Erkrankungen als auch die der Mitmenschen (vgl. Moll et al. 2017; Moll et al. 2018).

Viele Menschen verbringen einen Großteil des Tages im Arbeitskontext. Daher könnten insbesondere Führungskräfte und Beschäftigte geeignet sein, negative Veränderungen der psychischen Gesundheit von Beschäftigten zu erkennen und Hilfsangebote zu unterbreiten. Angesichts dessen könnte die Messung der psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz die Grundlage zur Erkennung, Behandlung und Vorsorge psychischer Erkrankungen im Unternehmen bilden (vgl. Moll et al. 2017).

Seit den späten 1950er Jahren wurde psychische Gesundheitskompetenz mit Hilfe verschiedener Instrumente zur Messung von Wissen, Stigma und Hilfesuchverhalten untersucht (vgl. für eine Übersicht O'Connor/Casey/Clough 2014). Wei und Kollegen (2015) fanden in ihrem Review insgesamt 69 Instrumente zur allgemeinen oder spezifischen wissensbasierten Messung von Gesundheitskompetenz, von denen nur für 14 Instrumente psychometrische Eigenschaften berichtet werden. Der Einsatz nicht validierter Skalen zur Messung psychischer Gesundheitskompetenz ist kritisch, da dies die Beurteilung der Güte einzelner Studienergebnisse erschwert (vgl. Wei et al. 2015).

Einen gängigen Ansatz zur Messung psychischer Gesundheitskompetenz stellen Vignetten dar, wie im Fall des häufig genutzten **Mental Health Literacy Questionnaire** (MHLQ) (vgl. Jorm et al. 1997). Die Vignettentexte beschreiben Symptome psychischer Erkrankungen, wie beispielweise chronischer Schizophrenie (vgl. Reavley/Jorm 2011), und werden hinsichtlich einer Diagnose sowie hinsichtlich möglicher Behandlungsansätze eingeschätzt (vgl. Jorm et al. 1997).

Allerdings fehlt diesen vignettenbasierten Instrumenten der Bezug zum Arbeitsplatz. Darüber hinaus ist der Einsatz vorhandener Skalen mit klinischen Vignetten im Arbeitskontext unangemessen, da das Stellen ärztlicher Diagnosen Befugnisse überschreitet und die Privatsphäre verletzt (vgl. Moll et al. 2017). Angesichts dieser Schwächen erfolgte durch Moll und Kollegen (2017) ein erster Transfer der Messung psychischer Gesundheitskompetenz in den Unternehmenskontext. Basierend auf der Skala von Jorm und Kollegen

(1997) misst das englischsprachige **Mental Health Literacy Tool for the Workplace** (MHL-W) mit Hilfe von berufsnahen Vignetten die subjektive Einschätzung der eigenen psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz (vgl. Moll et al. 2017). Basierend auf einem Scree-Test mit Parallelanalyse ($n = 192$) wurde eine einfaktorische Struktur des MHL-W abgeleitet, wobei die interne Konsistenz mit $\alpha = .95$ angegeben wird. Darüber hinaus konnte im Rahmen einer Interventionsstudie gezeigt werden, dass das Originalinstrument Veränderungen der subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz von Pflegekräften zwischen zwei Messzeitpunkten erfassen kann ($SRM = 1.22$) (vgl. Moll et al. 2017). Dabei liegt der Fokus des MHL-W bewusst nicht auf diagnostischen Kriterien oder der korrekten Zuordnung einer psychischen Störung im Sinne einer objektiven wissenschaftlichen Messung (vgl. Wei et al. 2015). Vielmehr misst das MHL-W die Selbsteinschätzung individueller psychischer Gesundheitskompetenz als subjektive wissenschaftliche Messung. Die subjektive Bewertung ist bedeutsam, da Teilnehmende oft nur schwer klinische von nicht-klinischen Symptomen in objektiven Messungen psychischer Gesundheitskompetenz unterscheiden können (vgl. Pescosolido et al. 2008).

Mit der Studie von Moll und Kollegen (2017) wurde ein neues Anwendungsfeld für psychische Gesundheitskompetenz im betrieblichen Kontext geschaffen, aus dem wertvolle Beiträge für Wissenschaft und Praxis zu erwarten sind. Jedoch mangelt es an einem deutschsprachigen, validierten Instrument zur Messung psychischer Gesundheitskompetenz im Arbeitskontext. Dies ist von hoher Relevanz, da wissenschaftlicher Bedarf an einer tiefergehenden Untersuchung des Konstrukts psychischer Gesundheitskompetenz besteht (vgl. O'Connor/Casey/Clough 2014). Um das Konstrukt über den englischsprachigen Raum hinaus zu untersuchen, werden robuste, mehrsprachige Instrumente benötigt (vgl. Sartorius/Kuyken 1994; Wei et al. 2015). Insbesondere länderübergreifende Vergleiche subjektiver Merkmale und die Analyse ihrer Beziehungen zu anderen Konstrukten setzen eine äquivalente Messung der zu untersuchenden Konstrukte voraus (vgl. Davidov et al. 2014). Dabei ist nicht allein die fachgerechte Übersetzung für die Vergleichbarkeit zwischen dem Original-Messinstrument und einer übersetzten Version ausschlaggebend, auch die **inhaltlich-kulturelle Passung des Instruments** ist

zu prüfen (vgl. Beaton et al. 2000; Harkness/Pennell/Schoua-Glusberg 2004). Wird der Übersetzung, Validierung und Anpassung von Messinstrumenten zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt oder einer dieser Schritte übergangen, kann dies systematische Verzerrungen von Studienergebnissen zur Folge haben und zu falschen Schlussfolgerungen beitragen (vgl. Beaton et al. 2000; Harkness/Pennell/Schoua-Glusberg 2004; DeVellis 2016).

Vor diesem Hintergrund besteht das **Ziel** der vorliegenden Studie in der Übersetzung, Validierung und Anpassung einer deutschsprachigen Version des Mental Health Literacy Tool for the Workplace (MHL-W-G).

6.2 Methodik

6.2.1 Übersetzung und Anpassung des Mental Health Literacy Tool for the Workplace

In Anlehnung an DeVellis (2016) wurden zur Erreichung des Studienziels in einem vierstufigen Verfahren qualitative und quantitative Methoden miteinander verknüpft.

Im ersten Schritt der **Übersetzung** wurden die vier Originalvignetten und Items des englischen MHL-W von beiden Autoren unabhängig ins Deutsche übersetzt und aus deren Zusammenführung eine erste deutschsprachige Version erstellt (vgl. Abb. 6.1). Die Rückübersetzung erfolgte von zwei weiteren unabhängigen Personen mit entsprechender sprachlicher Qualifikation. Im Anschluss wurde das Feedback durch die Autoren des englischen Instruments eingeholt und eine finale deutsche Version erstellt.

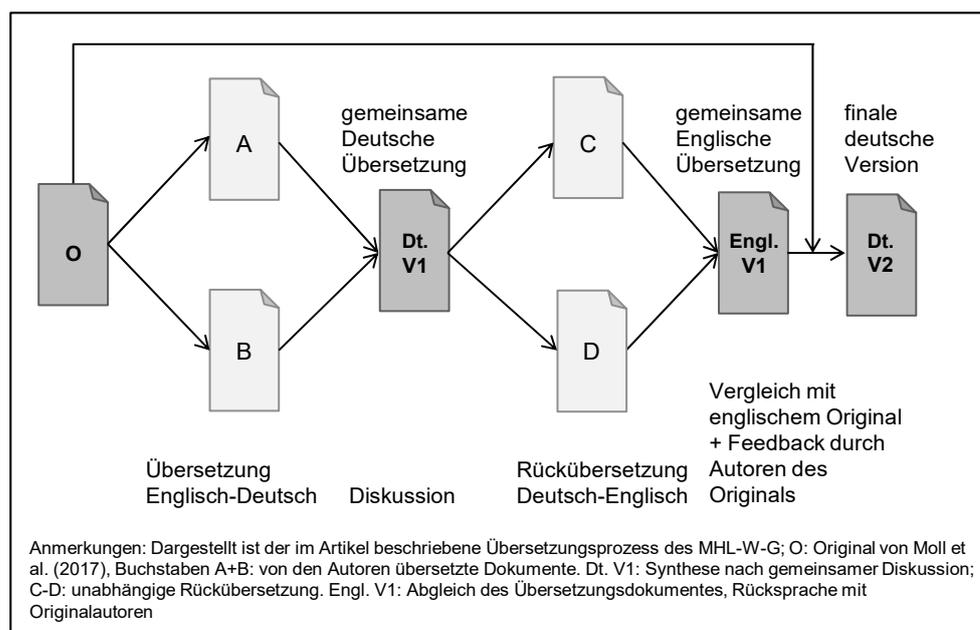


Abb. 6.1: Übersetzungsprozess des MHL-W vom Englischen ins Deutsche

Vor dem Hintergrund nicht auszuschließender **geschlechtsspezifischer Effekte** bei der Messung psychischer Gesundheitskompetenz mit Hilfe von Vignetten (vgl. Cotton et al. 2006), wurde als Abweichung zum Originalinstrument eine männliche und eine weibliche Version für jede Vignette erstellt. Insbesondere für Vignetten, die depressive Symptome beschreiben, ist bekannt, dass männliche Probanden dazu neigen, Vignetten gleichen Geschlechts seltener mit einer psychischen Störung in Verbindung zu bringen, als weibliche Probanden (vgl. Swami 2012). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Einschätzung der übersetzten Vignetten könnten daher eine Varianz in der Beantwortung des MHL-W-G verursachen, die bei der Entwicklung und Validierung der englischen Originalskala nicht getestet wurden.

Die in den Vignetten verwendeten Vornamen enthalten neben Angaben zum Geschlecht auch implizite Hinweise zu Alter und (sozialer) Herkunft der beschriebenen Person. Daher erfolgte die **Auswahl der Vornamen** sehr bewusst (vgl. Jürges/Winter 2013), um eine Vergleichbarkeit der Vignetten zu gewährleisten. Es wurden für jedes Geschlecht die am häufigsten vergebenen Vornamen aus den Jahrgängen 1990-1992 übernommen (männliche Vornamen: Christian, Sebastian, Tobias, Jan; weibliche Vornamen: Anna, Julia, Sara, Katharina) (vgl. Bielefeld 2018).

Im nächsten Schritt hat das Autorenteam, wie von Sousa und Rojjanasrirat (2011) empfohlen, mit den Verfassern des englischen Originalinstruments den direkten Austausch gesucht. Die erstellte deutschsprachige Version wurde als englische Rückübersetzung Moll und Kollegen (2017) vorgelegt und ohne weitere Veränderungen als passend befunden (vgl. Moll 2017).

Im zweiten Schritt wurden die übersetzten Vignetten mit dem Ziel der inhaltlichen Überprüfung 15 Fachleuten aus verschiedenen Bereichen vorgestellt (u. a. Medizin, Psychologie und Management). Dabei zeigte sich, dass die Befragten vergleichbare Charakteristika und Diagnosen möglicher Störungsbilder aus den Vignetten ableiteten. Zusätzlich wurden die sprachliche Verständlichkeit und die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Arbeitsplatzsituationen bestätigt. Hinweise auf Geschlechtereffekte gab es nicht. Die Ergebnisse der **Expertenbefragung** wurden genutzt, um eine finale Version der deutschen Übersetzung anzufertigen. Das gesamte Instrument ist in Abbildung 6.2 dargestellt.

Unter Nutzung quantitativer Methoden wurde im dritten und vierten Schritt die übersetzte deutschsprachige Version an **zwei verschiedenen Stichproben**, erstmalig auch mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen, untersucht: Die erste Erhebung diente insbesondere der explorativen Analyse der Faktorenstruktur und einer ersten Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften des übersetzten Instruments. Anhand der zweiten Erhebung wurden an einer Stichprobe mit Berufstätigen erneut die psychometrischen Eigenschaften und mögliche Geschlechtereffekte der Vignetten des deutschsprachigen Instruments untersucht sowie eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt. Die ethischen Standards der American Psychological Association (2022) wurden während der gesamten Studie eingehalten. Es erfolgte eine informierte Einwilligung der Befragten. Als Anreiz dienten jeweils vier Einkaufsgutscheine à 25 Euro, die unter den Teilnehmenden der beiden Studien verlost wurden. Vorgehen und Ergebnisse werden im Folgenden berichtet.

Die folgenden vier Szenarien beschreiben verschiedene Situationen, die Ihnen am Arbeitsplatz begegnen können.

Bitte schätzen Sie im Anschluss jeweils Ihre Kenntnisse auf einer Skala hinsichtlich der beschriebenen Situation und des Umgangs mit dieser ein.

In den vergangenen Wochen wirkte Christian traurig, zurückgezogen und hatte schnell Tränen in den Augen. Er erscheint sehr erschöpft und seine Produktivität ist gesunken. Christian räumt ein, dass er sich nur schwer konzentrieren kann. Er vertraut Ihnen an, dass er die Freude an allen Dingen verloren hat und manchmal das Gefühl hat, dass das Leben nicht mehr lebenswert ist.

In den letzten Monaten beklagt sich Katharina über eine Menge Stress zu Hause – kürzlich hat sie sich von ihrem Lebensgefährten getrennt und kämpft nun um das Sorgerecht für die gemeinsamen Kinder. Zusätzlich versucht sie sich um ihre Mutter zu kümmern, bei der kürzlich Demenz diagnostiziert wurde und die allein lebt. Katharina hat sich in den letzten 3–4 Wochen mehrfach krankgemeldet. Bei der Arbeit wirkt sie unkonzentriert und verhält sich defensiv. Darüber hinaus reagiert sie auf Kritik sensibel und auf Nachfragen wirkt sie sehr gereizt.

Tobias war in letzter Zeit leicht reizbar, kritisiert häufig seine Mitmenschen und verhält sich anderen gegenüber verletzend. Er wirkt abwesend und zunehmend unzuverlässig: Tobias kam mehrfach zu spät zur Arbeit, mit der Entschuldigung, dass er verschlafen habe. Außerdem wirkt er vergesslicher und Sie sind besorgt darüber, dass Tobias Fehler bei der Arbeit macht. Nach einer Mittagspause glauben Sie, Alkohol in seinem Atem zu riechen. Tobias bestreitet dies und gibt Ihnen zu verstehen, dass Sie sich um Ihre eigenen Angelegenheiten kümmern sollen.

Alle im Kollegenkreis sprechen über Anna, die vor Kurzem, nach einer dreimonatigen krankheitsbedingten Abwesenheit, wieder zur Arbeit gekommen ist. Die Gerüchte besagen, dass sie einen Nervenzusammenbruch hatte und in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde. Konkrete Informationen zu Annas Gesundheit, außer dass sie schrittweise zu ihrer regulären Arbeit zurückkehrt, liegen nicht vor. Anna wirkt ruhiger als gewöhnlich, aber sie hat ihre Arbeit wiederaufgenommen und scheint mitzukommen. Sie vermeidet Augenkontakt und bleibt meistens für sich.

Skala [1 = Triffst zu; 3 = Teils-teils; 5 = Triffst nicht zu] für jedes Szenario

Ich weiß,...

was mit ihm/ihr los sein könnte.

wie ich verhindern kann, dass sich die Situation verschlechtert.

was ich in dieser Situation sagen oder tun sollte.

welche Ressourcen oder Unterstützungsangebote hilfreich sein könnten.

Abb. 6.2: Instrument zur Messung psychischer Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz (MHL-W-G)

6.2.2 Beschreibung der Stichproben

Das MHL-W-G wurde erstmals mit Hilfe einer **studentischen Stichprobe** untersucht. Die Erhebung fand im Dezember 2017 statt und umfasste zwei Messzeitpunkte. Zum ersten Messzeitpunkt wurden 122 Studierende der Betriebswirtschaftslehre im dritten bis fünften Bachelorsemester mit einem schriftlichen Fragebogen untersucht (Vollerhebung eines Kurses; Alter: $M = 21.86$ Jahre, $SD = 2.33$; 56 % Frauen). Rund 48 % der befragten Studierenden gingen einer Nebenbeschäftigung nach, in der sie im Schnitt seit 1.42 Jahren ($SD = 1.28$) tätig waren. Dabei gaben 34 % der Befragten an, dass ein Familienmitglied ein psychisches Gesundheitsproblem hatte oder hat, 18 % waren sich unsicher. Rund 10 % der Befragten gaben an, dass sie selbst ein psychisches Gesundheitsproblem haben oder hatten, 21 % waren sich unsicher. Drei Wochen später folgte der zweite Messzeitpunkt mit einem Online-Fragebogen, an dem 26 Studierende teilnahmen.

Im vierten Schritt der Studie wurde eine **Zufallsstichprobe mit berufserfahrenen Personen** im Mai 2018 gezogen. Die Akquise erfolgte über berufliche und private Netzwerke. Zum ersten Messzeitpunkt nahmen 317 Berufstätige am Online-Fragebogen teil (Berufserfahrung $M = 16.56$ Jahre; $SD = 13.28$), von denen 59 % weiblich waren. Das Durchschnittsalter betrug 40.05 Jahre ($SD = 13.64$). Der Großteil der Befragten verfügte über einen Hochschulabschluss (74 %) oder die Fachhochschulreife (16 %). Ein geringerer Teil der Befragten hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung (5 %) oder einen sonstigen Abschluss (5 %). Dabei gaben 62 % der Befragten an, dass ein Familienmitglied ein psychisches Gesundheitsproblem hatte oder hat, 11 % waren sich unsicher. Rund 40 % der Befragten berichteten, dass sie selbst ein psychisches Gesundheitsproblem haben oder hatten, 13 % waren sich unsicher. Drei Wochen später folgte die zweite Online-Befragung, an der 59 Personen teilnahmen. Die Limitation des geringen Rücklaufs zum zweiten Messzeitpunkt wird am Ende des Beitrags diskutiert.

6.2.3 Beschreibung der Messinstrumente

Im Folgenden werden die für die Validierung des MHL-W-G genutzten Variablen kurz vorgestellt. Die Skalen wurden entsprechend ihrer Vergleichbarkeit mit den Validierungsinstrumenten der Originalstudie ausgewählt

(vgl. Moll et al. 2017). Die interne Konsistenz der eingesetzten deutschsprachigen Skalen ist für die Hauptuntersuchung als akzeptabel bis exzellent zu beschreiben (Cronbach's α vgl. Tab. 6.2).

Die allgemeine Gesundheitskompetenz wurde mit Hilfe der Kurzsкала HLS-EU-Q16 (16 Items, Röthlin/Pelikan/Ganahl 2013) des **European Health Literacy Surveys** erfasst und auf einer vierstufigen Likert-Skala eingeschätzt. Die HLS-EU-Q16 verfügt über gute psychometrische Eigenschaften (vgl. Röthlin/Pelikan/Ganahl 2013; Jordan/Hoebel 2015). Die Kurzsкала eignet sich zur allgemeinen Selbsteinschätzung des individuellen Gesundheitsverhaltens, da diese die vier Kompetenzbereiche Informationssuche, Verständnis, Beurteilung und Umsetzung gesundheitsrelevanter Informationen abbildet. Somit ist von einem positiven Zusammenhang der beiden subjektiven Kompetenzskalen HLS-EU-Q16 und MHL-W-G ausgegangen worden, wobei das letztgenannte Instrument mehr Aufklärung für das potentielle Verhalten im Falle eines psychischen Gesundheitsproblems liefern soll.

Einstellungen gegenüber psychotherapeutischer Hilfe wurden mit der Kurzversion für nicht-klinische Zwecke des Fragebogens zu **Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe** (FEP, Schulz/Shin/Schmid-Ott 2018) erhoben.¹² Diese wird auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet und verfügt über zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften (vgl. Ditte/Schulz/Schmid-Ott 2006; Schulz et al. 2018). Das Instrument besteht aus zwei Subskalen: Vor dem Hintergrund, dass die psychische Gesundheitskompetenz im Falle eines psychischen Gesundheitsproblems das Hilfesuchverhalten determiniert (vgl. Moll et al. 2017), wird für die Subskala Positive Einstellung gegenüber Psychotherapie (6 Items) ein positiver Zusammenhang mit dem MHL-W-G angenommen. Die Subskala Akzeptanz der Gesellschaft (5 Items) misst die Stigmatisierungsangst im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung, wobei hohe Werte fehlende Akzeptanz repräsentieren. Diese sollten in einem negativen Zusammenhang mit dem MHL-W-G stehen. Wie bei Moll und Kollegen (2017) wurde das situationsspezifische Selbstbewusstsein im Umgang mit psychisch Kranken mit Hilfe eines selbstformulierten Items anhand einer siebenstufigen Likert-

¹² Wir danken Wolfgang Schulz und Gerhard Schmid-Ott für die Bereitstellung der deutschsprachigen Fassung des FEP.

Skala erhoben. Zusätzlich wurde mit der **Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung** (SWE, Schwarzer/Jerusalem 2003) das Selbstvertrauen, schwierige Situationen aus eigener Kraft zu meistern, gemessen. Die eindimensionale Kurzform (10 Items) verfügt über gute psychometrische Eigenschaften (vgl. Schwarzer/Jerusalem 2003) und wird auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet. Da Selbstwirksamkeitserwartung u. a. den Zusammenhang zwischen Wissen und Verhalten mediiert (vgl. Bandura 1997; Bandura 2004), wurde von einem positiven Zusammenhang mit dem MHL-W-G ausgegangen. Das situationsspezifische Selbstbewusstsein sollte dabei in einem stärkeren Zusammenhang mit dem Instrument stehen, als die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung.

Die Einstellungen gegenüber psychisch Kranken wurden mit Hilfe der deutschen Übersetzung von Angermeyer und Matschinger (1997) des **Fragebogens zur Sozialen Distanz** (SDS, Link et al. 1987) erfasst.¹³ Die sieben Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet und besitzen gute psychometrische Eigenschaften (vgl. Angermeyer/Matschinger 2003). Zum Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheitskompetenz und dem Wunsch nach sozialer Distanz liegen heterogene Befunde vor (vgl. z. B. Angermeyer/Holzinger/Matschinger 2009). In der vorliegenden Studie wurde eine positive Korrelation zwischen dem MHL-W-G und der Interaktionsbereitschaft mit psychisch Kranken angenommen. Studien haben gezeigt (vgl. z. B. Stadler 2010), dass der Kontakt zu psychisch Kranken die Einstellungen diesen gegenüber beeinflussen kann. Vor diesem Hintergrund wurden zwei selbstformulierte Items zum Kontakt mit psychischen Erkrankungen – durch eigene Betroffenheit oder die eines Familienmitgliedes – gestellt. Die Beantwortung erfolgte auf einer dreistufigen Skala (ja, nein, nicht sicher). Der MHL-W-G sollte in einem positiven Zusammenhang zum Kontakt mit psychischen Erkrankungen stehen.

Zur Überprüfung der common method variance (CMV) wurden zwei Items der **Civil Rights Skala** (vgl. Weiss/Gravogl/Oberforster 2014) als Markervariable (vgl. Simmering 2015) erhoben. Diese bilden die Dimension „Redefreiheit, Freiheit, Kritik üben“ und werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala

¹³ Wir danken Matthias Angermeyer für die Bereitstellung der deutschsprachigen Fassung der SDS.

beantwortet. Das Instrument besitzt zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften (vgl. Weiss/Gravogl/Oberforster 2014) und sollte in keinem Zusammenhang mit dem MHL-W-G stehen.

6.2.4 Datenanalyse

Die Analyse der Daten erfolgt mittels der Statistikprogramme IBM SPSS Statistics 25 und IBM SPSS AMOS 25. Dabei wurde SPSS zur Berechnung der Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen, Cronbach's α sowie Verteilungscharakteristika und der t-Tests genutzt. Faktorenstruktur, Kovarianz und Korrelationen der latenten Konstrukte wurden mit AMOS geprüft. Die Beurteilung der Modellgüte erfolgte mittels χ^2 -Differenztests sowie anhand von Fit-Indizes, basierend auf Empfehlungen aus früheren Studien (vgl. West/Taylor/Wu 2012). Dabei kann ein Modell bei folgenden Schwellenwerten als adäquat angesehen werden (Schermelleh-Engel/Moosbrugger/Müller 2003, S. 52): $\chi^2/(df) < 3$, comparative fit index (CFI) > 0.95 , goodness of fit index (GFI) $> .90$, Tucker-Lewis index (TLI) > 0.95 , root mean square error of approximation (RMSEA) < 0.08 . Zum Aufzeigen möglicher weiterer Unterschiede wurden die Mittelwerte der Szenarien betrachtet.

Für die Analyse der Daten der **Stichprobe mit Berufstätigen** wurde anstatt einer explorativen Faktorenanalyse (EFA) eine konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA) durchgeführt. Darüber hinaus wurde die Validität mit Hilfe verwandter Konstrukte geprüft, um das nomologische Netz des MHL-W-G abzubilden und zu prüfen. In Anlehnung an die Skalenkonstruktion von Moll und Kollegen (2017) wurden die oben beschriebenen Skalen mit verwandten Konstrukten des MHL-W-G korreliert. Dabei wurden keine Restriktionen hinsichtlich der Korrelationen bei der Analyse vorgenommen. Zur Kontrolle der CMV wurde, basierend auf aktuellen Empfehlungen, neben den bereits erwähnten präventiven Aspekten auch eine statistische Kontrolle mittels Markervariable vorgenommen (vgl. Simmering et al. 2015).

Um mögliche Geschlechtereffekte zu testen, wurde darüber hinaus die Messinvarianz anhand von Multigruppen-Strukturgleichungsmodellen basierend auf dem Geschlecht der Befragten getestet, zunächst für jede Vignette, darauf aufbauend für das jeweilige Geschlecht in der Vignette. Mit Hilfe von χ^2 -

Tests wurde die konfigurale Invarianz (keine Invarianz von Parametern) untersucht und zusätzlich zur Beurteilung die Änderungen im CFI ($\Delta\text{CFI} \leq -.01$) herangezogen (vgl. Cheung/Rensvold 2002). Zum Aufzeigen möglicher weiterer Effekte wurden die Mittelwertunterschiede der Szenarien betrachtet.

6.3 Ergebnisse

6.3.1 Ergebnisse der Stichprobe mit Studierenden

Cronbach's α als Maß für die **interne Konsistenz** erwies sich als gut für das vollständige MHL-W-G Messinstrument (.88). Die einzelnen Werte der vier zugrundeliegenden Vignetten befanden sich zwischen .72 und .80 und sind ebenfalls als akzeptabel bis gut zu bezeichnen. Die interne Konsistenz ist damit im Vergleich zum Originalinstrument ($\alpha = .95$) allerdings als schwächer zu beurteilen. Dies könnte sowohl auf die im Vergleich zu Moll und Kollegen (2017) kleinere Stichprobe zurückzuführen sein als auch auf die größere Varianz durch die Geschlechterverteilung innerhalb der Szenarien. Die Skalensummenwerte lagen zwischen 24 und 80 ($M = 51$, $SD = 9.60$), was als vergleichbar zur ursprünglichen Studie zu beurteilen ist. Skalensummenwerte der Originalskala lagen zwischen 22 und 80 ($M = 52$, $SD = 12.40$).

Darüber hinaus konnten wir mit Hilfe des zweiten Messzeitpunktes die Konsistenz der Messungen in Form eines Retests prüfen. Trotz der kleinen Stichprobe zeigte das ganze MHL-W-G Instrument erneut eine gute interne Konsistenz von $\alpha = .92$. Die Skalensummenwerte lagen zwischen 24 und 76 ($M = 51$, $SD = 11.00$), was vergleichbar zum ersten Messzeitpunkt und der ursprünglichen Studie zu beurteilen ist. Die **Intraklassenkorrelationen** (ICC) zwischen den beiden Messzeitpunkten betrug für den Gesamtwert der MHL-W-G $\text{ICC} = .82$, Konfidenzintervall (KI) für ICC $[.64, .92]$, was als gut bewertet werden kann (vgl. Wirtz/Caspar 2002).

Zur Überprüfung der **Faktorenstruktur** wurden verschiedene Modelle gerechnet, die in Tabelle 6.1 zusammengefasst sind. Neben dem Null-Modell als ursprüngliche Baseline wurde das Ein-Faktor-Modell nach Moll und Kollegen (2017) geprüft, in dem alle 16 Items des MHL-W-G unabhängig vom Szenario auf einen Faktor luden. Demgegenüber wurde ein Vier-Faktoren-Modell mit je einem Faktor pro Szenario sowie ein Konstrukt zweiter Ordnung, welches das MHL-W-G als Zusammenspiel aus den vier Faktoren (pro

Szenario) abbildete, geprüft. Dabei wurden Kovarianzen zwischen den Fehlertermen der Items mit gleicher Formulierung (Item1 aus Vignette 1 mit Item 1 aus Vignette 2 usw.) zugelassen, da davon auszugehen ist, dass etwaige Fehler für alle Items mit identischer Formulierung gleich wirken. Dabei zeigte sich, dass die Faktorenstruktur nicht wie im Original durch ein Ein-Faktor-Modell abgebildet werden kann, sondern durch ein Konstrukt zweiter Ordnung. Die Güte des Modells war mit $\chi^2(76, n = 122) = 103.75, p < .001$ nicht angemessen. Die Fit-Indikatoren zeigten aber eine angemessene Passung des Modells, mit CFI = .961, TLI = .939, RMSEA = .055, 90 %-KI für RMSEA [.023, .079]. Darüber hinaus waren alle Faktorladungen angemessen bis sehr gut (.44 - .82).

M	CFI	TLI	GFI	RMSEA	90 % KI RMSEA	χ^2	df	Vergleich	$\Delta \chi^2$	Δdf
1	.961	.939	.910	.055	[.023, .079]	103.75*	76	1 vs. 2	-1.58	2
2	.961	.937	.911	.056	[.025, .081]	102.17*	74	2 vs. 3	167.41 ***	6
3	.736	.605	.774	.140	[.122, .159]	269.58**	80	3 vs. 4	569.77 ***	40
4			.38	.222	[.208, .236]	839.35***	120			

Anmerkungen: n = 122; M: Model; 1. Konstrukt zweiter Ordnung; 2. Vier-Faktoren-Modell je Szenario; 3. Ein-Faktor-Modell nach Moll et al. 2017; 4. Null-Modell; GFI: goodness of fit index; CFI: comparative fit index; TLI: Tucker-Lewis index; RMSEA: root mean square error of approximation; 90 % KI RMSEA: 90 % Konfidenzintervall für RMSEA; *p < .05; **p < .01; ***p < .00

Tab. 6.1: Explorative Faktorenanalyse

Mit Hilfe von t-Tests wurde getestet, inwieweit sich **geschlechterspezifische Unterschiede** identifizieren ließen. Hierbei zeigte sich zunächst, dass sich hinsichtlich des Gesamtmittelwertes keine Unterschiede zwischen Männern (M = 3.19, SD = .56) und Frauen (M = 3.20, SD = .65; $t(121) = -0.85, p = .932$) fanden. Univariate Varianzanalysen zeigten in einem Fall signifikante Interaktionen zwischen dem Geschlecht der Befragten und dem Geschlecht der Vignette auf. Für Vignette 2 lag zwar kein direkter Effekt des Geschlechts vor ($p = .266$), aber eine signifikante Interaktion ($p = .006$). Während bei Frauen das Geschlecht der Vignette für die Einschätzung irrelevant war, zeigten sich bei Männern in der männlichen Bedingung höhere MHL-W-G Werte (M = 3.51) im Vergleich zur weiblichen Bedingung (M = 2.92).

Es lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse der Stichprobe mit Studierenden auf eine Faktorenstruktur als Konstrukt zweiter Ordnung hindeuten. Darüber hinaus zeigten sich eine gute interne Konsistenz für den MHL-W-G sowie Hinweise auf eine Interaktion zwischen dem Geschlecht der Befragten und dem Geschlecht der Vignette. Im nächsten Schritt werden die Ergebnisse anhand einer größeren Stichprobe mit Berufstätigen überprüft und erweitert.

6.3.2 Ergebnisse der Stichprobe mit Berufstätigen

Cronbach's α erwies sich in der Haupterhebung als sehr gut für das vollständige MHL-W-G Messinstrument (.92). Die einzelnen Werte für die vier zugrundeliegenden Vignetten befanden sich zwischen .72 und .80 und sind ebenfalls als gut zu bezeichnen.

Darüber hinaus wurde erneut mit Hilfe eines zweiten Messzeitpunktes die Konsistenz der Messungen in Form eines Retests geprüft. Wiederholt zeigte sich für das gesamte MHL-W-G Instrument eine gute **interne Konsistenz** von $\alpha = .80$. Die Skalensummenwerte lagen zwischen 28 und 70 mit einem mittleren Punktwert von 54 (SD = 9.74), was sowohl vergleichbar zur Vorstudie, als auch zur ursprünglichen Validierungsstudie zu beurteilen ist. Die ICC zwischen den beiden Messzeitpunkten betrug für den Gesamtwert der MHL-W-G ICC = .78, KI für ICC [.65, .87], was als gut bewertet werden kann (vgl. Wirtz/Caspar 2002).

Die im Rahmen der ersten Erhebung identifizierte Struktur wurde mit Hilfe einer **konfirmatorischen Faktorenanalyse** geprüft. Hierzu wurden alle gemessenen latenten Konstrukte (inklusive Marker und CLF) in die Analyse mit aufgenommen. Die Güte des Modells war erneut nicht angemessen, mit $\chi^2(1780, n = 317) = 3156.51, p < .000$). Die Fit-Indikatoren zeigten aber eine mäßige (CFI = .83, TLI = .83) bis angemessene Passung des Modells (RMSEA = .05, 90% KI für RMSEA [.047, .052]). Eine Abweichung zwischen dem CFI und dem RMSEA ist nicht unüblich (vgl. Lai/Green 2016) und spricht nicht automatisch dafür, dass das Modell als unzureichend zu bezeichnen ist. Folgende Punkte sprechen darüber hinaus für eine angemessene Güte des Modells: Alle standardisierten Faktorladungen des MHL-W-G lagen zwischen .51 (Item 1, Vignette 1) und .83 (Item 3, Vignette 3), die Ladungen der jeweiligen Szenarien auf das Konstrukt zweiter Ordnung betragen

zwischen .74 und .86. Im Vergleich dazu zeigt das ursprünglich von Moll und Kollegen (2017) angenommene einfaktorische Modell sowohl einen deutlich schlechteren Fit ($\chi^2(1780, n = 317) = 3761.60, p < .000, CFI = .760, TLI = .750, RMSEA = .060, 90\%-KI \text{ für } RMSEA [.058, .063]$) als auch im Mittel deutlich schwächere Ladungen (.35 - .95). In Abbildung 6.3 ist die Modellstruktur des übersetzten MHL-W-G als Konstrukt zweiter Ordnung dargestellt, in Abschnitt 6.5 werden mögliche Ursachen thematisiert.

Bei der Kontrolle der CMV zeigte sich zwischen einem Modell ohne Einschränkungen ($\chi^2 = 2963.00, df = 947$) und einem Modell mit latentem Faktor, dessen Ladungen auf 0 restringiert wurden ($\chi^2 = 3156.00, df = 513$), kein signifikanter Unterschied ($\Delta \chi^2 = 193.00, \Delta df = 434, p = 1.000$). Es gab daher keinen Hinweis auf eine Methodenverzerrung. Für die weiteren Prüfungen wurde der Faktor zur Kontrolle beibehalten, wobei sich durch das Entfernen keine weiteren Veränderungen der Ergebnisse zeigten.

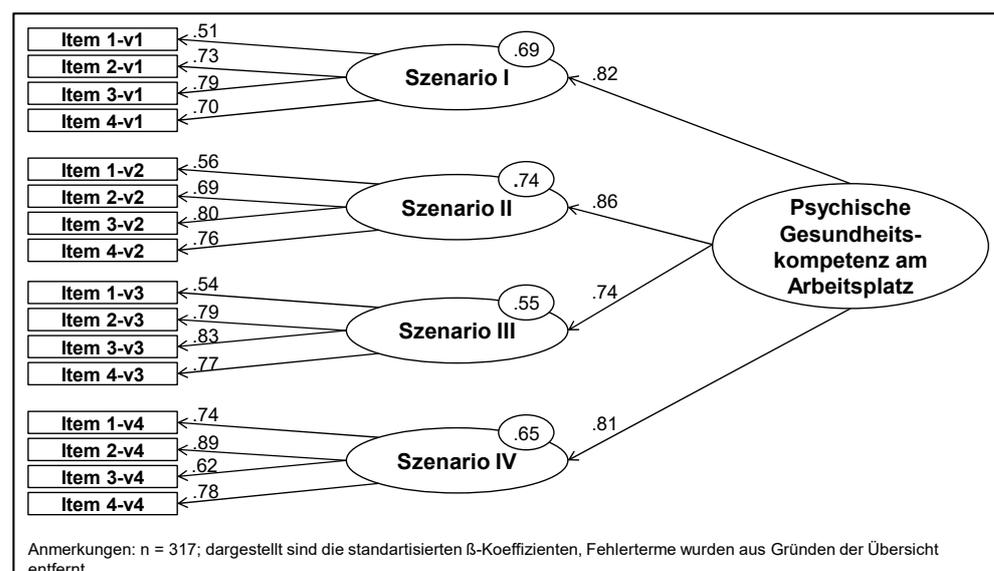


Abb. 6.3: Modellstruktur des übersetzten MHL-W-G als Konstrukt zweiter Ordnung

Zur Bestimmung der **konvergenten Konstruktvalidität** wurde das MHL-W-G mit bereits etablierten Skalen, die verschiedene Aspekte psychischer Gesundheitskompetenz abbilden, korreliert. In der zweiten Erhebung korrelierte das MHL-W-G zu $r = .33, p < .001$ mit der Messung der Allgemeinen Gesundheitskompetenz, $r = .25, p < .001$ mit der positiven Einstellung gegenüber Psychotherapie sowie $r = -.24, p < .001$ mit der Akzeptanz durch die Gesellschaft. Darüber hinaus korrelierte das MHL-W-G mit $r = .54, p < .001$ mit der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch Kranken und $r = .29, p < .001$

mit der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung sowie zu $r = .24$, $p < .001$ mit der Skala zur Einschätzung sozialer Distanz. Das MHL-W-G korrelierte zu $r = -.14$, $p = .015$ mit dem Kontakt zu psychischen Erkrankungen in der Familie sowie durch eigene Betroffenheit $r = -.18$, $p = .002$. **Diskriminante Validität** des MHL-W-G kann mit Blick auf die nicht-signifikante Korrelation mit der inhaltlich unverwandten Skala Civil Rights gezeigt werden. Tabelle 6.2 bietet einen Überblick über die Koeffizienten.

Darüber hinaus wurde geprüft, inwieweit eine Interaktion zwischen dem **Geschlecht** der Befragten und dem Geschlecht der Vignette existiert. Hierfür wurde die Skalare-Invarianz zwischen dem Geschlecht der Befragten und allen Vignetten geprüft. Dabei zeigten sich keine Unterschiede auf Messebene. Zur Beurteilung der Modelle wurden die Maße aus der ersten Erhebung genutzt (χ^2/df , CFI, TLI, RMSEA). Zusätzlich wurde für jede Vignettenkombination die Skalare-Invarianz der Messungen geprüft (vgl. z. B. Steinmetz et al. 2009), die ebenfalls vorhanden war. Es zeigten sich auf Messebene keine Unterschiede der Messung basierend auf dem dargestellten Geschlecht.

Mit Hilfe von t-Tests wurde überprüft, inwieweit sich geschlechterspezifische Unterschiede in der Ausprägung der psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz identifizieren ließen. Hierbei zeigten sich hinsichtlich des Gesamtmittelwertes keine Unterschiede zwischen Männern ($M = 3.30$, $SD = .71$) und Frauen ($M = 3.41$, $SD = .71$; $t(301) = 1.30$, $p = .195$). Weitere Varianzanalysen für das gesamte MHL-W-G zeigten keine Effekte hinsichtlich der Reihenfolge und Kombination der präsentierten Geschlechter in den vier aufeinanderfolgenden Vignetten. Darüber hinaus wurden weitere t-Tests auf Ebene der zugrundeliegenden Kombinationen aus Geschlecht der Befragten und Geschlecht der Vignette geprüft. Diese waren, basierend auf einem gegen die Kumulierung des Alpha-Fehlers als streng anzusehendem Alpha-Niveau in Anlehnung an die Bonferroni-Korrektur ($\alpha = .01$), bis auf eine Ausnahme nicht signifikant. So zeigten lediglich Männer in der männlichen Version der Vignette 1 ($M = 3.43$, $SD = .85$) einen signifikant niedrigeren MHL-W-G Wert als Frauen ($M = 3.77$, $SD = .71$; $t(150) = 2.70$, $p = .008$).

Variablen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
M	.39	40.05	3.38	2.90	3.50	2.04	3.95	2.91	3.43	1.49	1.74	4.52
SD	.49	13.64	.72	.43	.49	.60	1.56	.45	.73	.69	.67	.69
1 Geschlecht	-	.05	-.05	-.07	-.02	.12*	-.14*	.12*	-.09	.05	.17**	.14*
2 Alter	.11	-	.11*	.01	.12*	-.12*	.04	.02	-.03	-.07	-.20**	.09
3 MHL-W-G	-.01	.05	.88\92	.33**	.25**	-.24**	.54**	.29**	.24**	-.14*	-.18**	-.01
4 HL	.02	-.15	.30**	.83\89	.20**	-.24**	.34**	.32**	.16	.01	.01	.12*
5 FEP A	.15	-.13	.19*	.17	.84\80	-.12*	.08	.04	.10	-.09	-.10	.16**
6 FEP G	.15	.05	-.07	-.30**	-.03	.57\72	-.26**	-.31**	-.22**	.04	.15**	-.02
7 SUP	.09	.03	.21*	.26	.07	.02	-	.23**	.37**	-.10	-.14*	-.04
8 SWE	.25**	-.05	.20*	.34**	.07	-.29**	.17	.83\87	.05	.05	.12*	.02
9 SD	.76	-.39**	.07	.16	.25	-.09	.18	-.13	.85\86	.07	.00	.05
10 Kontakt F	.71	-.06	.02	-.11	-.10	.05	-.29**	.01	-.25**	-	.08	-.08
11 Kontakt B	.55	-.05	-.12	-.01	.34	.07	.06	-.04	.17	-.04	-	-.05
12 CR	.81	.18*	-.09	.08	.34	.86	-.20*	.03	.01	-.10	.13	.78\81

Anmerkungen: n = 122 Stichprobe Studierende (unter der Diagonale) und n = 317 Stichprobe Berufstätige (über der Diagonale); bivariate Korrelation; Cronbach's α in der Diagonalen (fett); *p < .05; **p < .01; ***p < .001; Kodierung Geschlecht: 1 (m) bzw. 2 (w); Alter in Jahren; HL: allg. Gesundheitskompetenz; FEP A: Pos. Einstellung ggü. Psychotherapie; FEP G: Akzeptanz der Gesellschaft; SUP: Selbstsicherheit im Umgang mit psych. Kranken; SWE: Selbstwirksamkeitserwartung; SD: soziale Distanz; Kontakt F: Kontakt durch Familie; Kontakt B: Kontakt durch eigene Betroffenheit; CR: Bürgerrechte (Markervariable)

Tab. 6.2: Mittelwerte, Standardabweichungen, Reliabilitäten und Korrelationen des MHL-W-G der Stichprobe mit Studierenden (unter der Diagonale) und der Stichprobe mit Berufstätigen (über der Diagonale)

Um zu prüfen, inwieweit eigene Erfahrung mit psychischen Erkrankungen einen Zusammenhang zum MHL-W-G aufweist, wurden darüber hinaus Mittelwertvergleiche basierend auf dem **Kontakt mit psychischen Erkrankungen** getestet. Hierbei zeigt sich, dass Individuen mit betroffenen Familienmitgliedern einen höheren MHL-W-G Wert ($M = 3.48$, $SD = .68$) berichteten als Individuen ohne einen solchen Kontakt ($M = 3.21$, $SD = .78$) oder unsichere Individuen ($M = 3.29$, $SD = .70$, $p = .012$). Für die Befragten, die persönlich ein psychisches Gesundheitsproblem angaben, zeigte sich ebenfalls ein höherer MHL-W-G Wert ($M = 3.54$, $SD = .66$) als für Individuen ohne eigene Erfahrungen ($M = 3.32$, $SD = .76$) oder Individuen, die sich bezüglich der eigenen psychischen Gesundheit unsicher waren ($M = 3.18$, $SD = .72$, $p = .007$).

6.4 Diskussion

Die vorliegende Studie hatte die Übersetzung, Validierung und Anpassung einer deutschsprachigen Version des MHL-W-G zum Ziel. Mit Hilfe von zwei unabhängigen Stichproben mit jeweils zwei Messzeitpunkten wurde das MHL-W-G validiert. Die Ergebnisse sprechen für eine gute psychometrische Qualität des vignettenbasierten Instruments. Darüber hinaus bietet die vorliegende Studie erste Erkenntnisse im Hinblick auf das Messmodell des Konstrukts und mögliche Geschlechtereffekte.

Vergleichend zu der Validierung durch Moll und Kollegen (2017) lassen sich einige Befunde hervorheben. Es wurden vergleichbare Korrelationen zwischen dem MHL-W-G und den eingesetzten Skalen gefunden. Die Korrelationsmuster sprechen für die **inhaltliche Nähe** beider Instrumente. Die Befunde zur internen Konsistenz des MHL-W-G ($\alpha = .88$ bzw. $\alpha = .92$) sind vergleichbar mit denen der Originalversion ($\alpha = .95$).

Der Vollständigkeit halber soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass der **länderübergreifende Vergleich kein Studienziel** darstellte. Zudem ist die inhaltliche Deutung beschriebener Unterschiede zwischen den Ergebnissen der vorliegenden Studie und den Ergebnissen von Moll und Kollegen (2017) (z. B. hinsichtlich kulturspezifischer Unterschiede) durch das gewählte Studiendesign limitiert. Das validierte Instrument MHL-W-G ermöglicht jedoch zukünftigen Studien länderübergreifenden Vergleiche (vgl. 7; 8.2.3).

Erwartungsgemäß gingen niedrigere MHL-W-G Werte mit einem stärkeren Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken einher. Dieses Ergebnis entspricht auch dem Studienergebnis von Jung, von Sternberg und Davis (2017). Jedoch besteht Uneinigkeit darüber, ob stigmatisierende Einstellungen Teil von Gesundheitskompetenz sind oder Wissen über psychische Erkrankungen und stigmatisierende Einstellungen gegenüber psychisch Kranken getrennte Konstrukte darstellen. Der MHL-W basiert auf der Annahme, dass es sich um getrennte Konstrukte handelt, da ein Wissenszuwachs nicht automatisch auch zu einer Reduktion von stigmatisierenden Einstellungen führt (vgl. Angermeyer/Holzinger/Matschinger 2009). Demnach kann die Korrelation zwischen dem MHL-W-G und dem Ausmaß der Interaktionsbereitschaft mit psychisch Kranken als Hinweis dafür interpretiert werden, dass es sich um unterschiedliche, aber **verwandte Konstrukte** handelt (vgl. Moll et al. 2017). Dies ist in weiterführenden Studien zu prüfen.

Anders als bei Moll und Kollegen (2017) zeigte der MHL-W-G einen signifikanten Zusammenhang sowohl zum **Kontakt mit psychisch Kranken** als auch bei eigener Betroffenheit. In Übereinstimmung damit beschreiben Reavley, Morgan und Jorm (2014), dass der Kontakt zu Betroffenen aus dem Familien- oder Freundeskreis mit höheren Werten psychischer Gesundheitskompetenz für affektive Störungen, Angststörungen und Psychosen einhergeht. Darüber hinaus kann der Kontakt Stigmatisierung reduzieren (vgl. Reavley et al. 2014). Ausschlaggebend für die positive Wirkung auf die Einstellung gegenüber psychisch Kranken sind jedoch die Bedingungen, unter denen dieser erfolgt (vgl. Stadler 2010). Vor dem Hintergrund heterogener empirischer Befunde hinsichtlich der Kontakthypothese (vgl. Angermeyer/Dietrich 2006) sollten daher in folgenden Studien die Bedingungen des Kontakts zu Betroffenen mit untersucht werden.

Darüber hinaus trägt die vorliegende Studie zu einem besseren Verständnis der Messung des MHL-W-G bei. Anders als Moll und Kollegen (2017) zeigt die Studie auf, dass eine einfaktorielle Lösung als unwahrscheinlich einzuschätzen ist. Vielmehr bilden die vier Vignetten gemeinsam ein **Konstrukt zweiter Ordnung**. Dies erscheint plausibel, da die einzelnen Vignetten einen spezifischen Fall beschreiben, wodurch die Beantwortung dieser Vignetten aus der spezifischen Situation und der psychischen Gesundheitskompetenz

resultieren und nicht identisch ausfallen müssen, da das Erkennen einer psychischen Gesundheitsbelastung nicht für alle Formen psychischer Belastungen identisch sein muss. Die Beantwortung ist übergeordnet, aber auf das Konstrukt zweiter Ordnung, der psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz, zurückzuführen. Dabei gilt zu beachten, dass nicht postuliert wird, dass sich die psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz als ein vierdimensionales Konstrukt verstehen lässt. Vielmehr gilt es bei der Messung mit Hilfe von Vignetten, die unter anderem basierend auf dem latenten Charakter des Konstruktes mit Strukturgleichungsmodellen abgebildet wird (vgl. Hoyle 2012), zu überprüfen, inwieweit die Struktur der Messung bei der Bildung der Modelle berücksichtigt werden sollte (vgl. z. B. Wang et al. 2013).

Die vorliegende Studie ergab wenige Hinweise auf **geschlechtsspezifische Unterschiede** psychischer Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz. Beide Geschlechter zeigten ähnliche Beurteilungen über alle vier Vignetten hinweg. Dennoch können auf Basis der vorliegenden Studienergebnisse systematische Effekte nicht ausgeschlossen werden: Zumindest für die männliche Version der Vignette 1, die in Anlehnung an Symptome einer schweren Depression erstellt worden war, gaben Frauen einen höheren Wert für die psychische Gesundheitskompetenz an als Männer. Der Befund, dass Frauen eine höhere (subjektive) Einschätzung der psychischen Gesundheitskompetenz angaben, wird von Pescosolido und Kollegen (2008) auch für die objektive psychische Gesundheitskompetenz bestätigt: Im Vergleich mit Männern diagnostizierten Frauen Depressionen doppelt so häufig korrekt. Andere Studien zeigten, dass Frauen gegenüber professioneller Hilfe bei psychischen Problemen aufgeschlossener reagierten (vgl. Rüscher et al. 2014; Cheng et al. 2018) und auch eine stärkere Absicht zeigten, sich diese zu suchen (vgl. Mackenzie/Gekoski/Knox 2006). Das Ergebnis, dass die männlichen Versionen der Vignette 1 durch die Befragten unterschiedlich bewertet wurden, legt aber auch einen möglichen Einfluss durch Geschlechtsstereotypen nahe. Swami (2012) zeigte in einer Vignettenstudie signifikante Unterschiede in der Bewertung von depressiven Symptomen in Abhängigkeit des Geschlechts der repräsentierten Person: Die männliche Version der Vignette wurde seltener durch Pro-

banden mit einer psychischen Störung in Verbindung gebracht als durch Probandinnen. Dies erklärt sich vor dem Hintergrund, dass Männern stereotypisch eine höhere Widerstandsfähigkeit zugeschrieben wird und somit gesundheitliche Probleme unterschätzt werden (vgl. Courtenay 2000). Insbesondere Männer werden durch Geschlechtsstereotypen geprägt (vgl. Courtenay 2000), wodurch sich der Unterschied hinsichtlich der Bewertung der männlichen Version der Vignette 1 erklären lassen könnte.

6.5 Limitationen und weiterer Forschungsbedarf

Trotz der vielfältigen Forschungsergebnisse zu psychischer Gesundheitskompetenz, sollten einige Limitationen dieser Studie berücksichtigt werden. Zum einen misst das MHL-W-G, in Anlehnung an Moll und Kollegen (2017), die **subjektive psychische Gesundheitskompetenz**. Probleme der Verzerrung durch soziale Erwünschtheit sowie durch Selbstüberschätzung können nicht ausgeschlossen werden. So könnte die tatsächliche, objektive Kompetenz von der mit dem MHL-W-G gemessenen Kompetenz abweichen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich in zukünftigen Untersuchungen sowohl die subjektive als auch die objektive psychische Gesundheitskompetenz (vgl. z. B. Bahlmann/Schomerus/Angermeyer 2015) zu erheben, um einen Vergleich zu ermöglichen. Allerdings ist die subjektive Kompetenzwahrnehmung für das Anbieten von Hilfe in besonderem Maße relevant. Entsprechend der sozialkognitiven Theorie (vgl. Bandura 2004) und der Theorie des geplanten Verhaltens (vgl. Ajzen 1991) beeinflusst u. a. die subjektive Überzeugung eines Individuums, bei psychischen Problemen Unterstützung anbieten zu können, die Intentionsbildung und das tatsächliche Verhalten. Daher sollte die Untersuchung der prädiktiven Validität des MHL-W-G im Hinblick auf das individuelle Hilfesuchverhalten und das Anbieten von Hilfe bei psychischen Problemen am Arbeitsplatz in zukünftigen Studien geprüft werden.

Bei der Überprüfung der Struktur des MHL-W-G zeigte sich im Rahmen der CFA ein unpassender **Modellfit**. Dieser war in Teilen auf die zu Validierungszwecken erhobene HLS-EU-Q16 zurückzuführen. Die zur Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz eingesetzte Skala reduzierte den Modellfit deutlich. Gründe dafür könnten einerseits in der in dieser Stichprobe vorliegenden, niedrigen Güte des HLS-EU-Q16, andererseits in der inhaltlichen Nähe der HLS-EU-Q16 mit dem MHL-W-G liegen: zwei Items erfassen die

Informationssuche zum Thema psychische Gesundheit, welche sich mit dem vierten Item des MHL-W-G zu Ressourcen oder Unterstützungsangeboten überschneiden. Eine erneute Überprüfung des Zusammenhangs der allgemeinen sowie der psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz in zukünftigen Studien wäre daher wünschenswert.

Eine weitere Limitation liegt in der Nutzung einer Zufallsstichprobe, die grundsätzlich keine Generalisierung auf den deutschsprachigen Raum zulässt. Insbesondere das **Bildungsniveau** der Stichproben ist als hoch zu bezeichnen. Dieser Umstand könnte zu einer Verzerrung der MHL-W-G Ergebnisse geführt haben. Eine Replikation der Untersuchung mit Teilnehmenden mit einem niedrigeren Bildungsniveau wäre daher wünschenswert.

Eine bekannte Limitation der Retest-Methode besteht in hohen Drop-out-Raten (vgl. Bortz/Döring 2016), die sich auch in der vorliegenden Studie zeigten. Der hohe **Versuchspersonenverlust** zum zweiten Messzeitpunkt lässt sich ggf. aufgrund des geringen Anreizes erklären (Gutscheinverlosung). Insbesondere die ICC, die in beiden Studien gut war, sollte in Stichproben mit mehr Teilnehmenden erneut getestet werden. Von einem systematischen Drop-out basierend auf der psychischen Gesundheitskompetenz kann nicht ausgegangen werden.

Der eingangs festgestellte Mangel an robusten, mehrsprachigen Instrumenten zur Messung psychischer Gesundheitskompetenz (vgl. Wei et al. 2015) konnte mit der vorliegenden Studie reduziert werden. Das übersetzte und für den Arbeitskontext angepasste Instrument unterstützt die interdisziplinäre Forschung, indem es das ursprünglich psychosoziale Konstrukt für weitere Forschungsfelder zugänglich macht. Darüber hinaus dient das MHL-W-G als Werkzeug der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention, mit Hilfe dessen sowohl der Bedarf an als auch der Erfolg von Initiativen zur Steigerung psychischer Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz gemessen werden kann. Weitere Studien sind erforderlich, um mögliche geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich psychischer Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz tiefergehend zu untersuchen. Das hier validierte Instrument bietet dafür einen geeigneten Ausgangspunkt.

7 Help-seeking and Help-outreach Intentions of Health Care Professionals – The Role of Mental Health Literacy and Stigma in the Workplace^{14 15}

7.1 Introduction

Over the last years, job demands and job complexity in the health care sector have increased (Uchiyama et al. 2013; Mehta/Pandit 2018), which has additionally elevated during the COVID-19 pandemic (Barello/Palamenghi/Graffigna 2020). Health care professionals in care and nursing functions (e. g. nurses, midwives, surgical assistants) are frequently confronted with conflicts, role ambiguity and patient aggression (Lim/Bogossian/Ahern 2010). Accordingly, working in a **health care profession** increases the relative risk of developing an affective or stress-related disorder compared to other branches (Wieclaw et al. 2006; Gärtner et al. 2010). Due to the demanding work environment, health care professionals often report mental health problems such as anxiety, depression and burnout (Gärtner et al. 2010; Perry et al. 2015, O'Connor/Neff/Pitman 2018). Along with mental health problems of health care professionals, the risk for health care associated errors, patient mortality (Gärtner et al. 2010; Dyrbye et al. 2017) and turnover rates increase (Aiken et al. 2012; Dyrbye et al. 2017). Therefore, the protection and promotion of mental health in the health care profession is of high importance for individuals, organizations and society.

Although the mental health of health care professionals is an issue of major importance, addressing mental health problems in the working context is complex (Moll et al. 2013). As two sides of the same coin, **seeking help** when suffering from mental health problems and **reaching out** for people who are in need, are described as the two “key mental health access behaviors” for early prevention (Moll et al. 2015, p. 2). Surprisingly, seeking help and offering help to others is as challenging for health care professionals as for anyone

¹⁴ Eine ähnliche Fassung dieses Beitrags ist in *Frontiers in Education* erschienen: Wulf, Ines C. (2022): Help-Seeking and Help-Outreach Intentions of Healthcare Workers – The Role of Mental Health Literacy and Stigma in the Workplace, in: *Frontiers in Education* 7 (o.H./2022), S. 1-16, DOI: 10.3389/feduc.2022.856458.

¹⁵ Eine vorherige Fassung dieses Beitrags wurde auf dem Kongress dem 19th European Association for Work & Organizational Psychology Congress (EAWOP) in Turin (31.05.2019) präsentiert.

else, even though they have professional knowledge (Wang et al. 2005; Gärtner et al. 2010). As a consequence, affected individuals hesitate to address formal or informal sources for help (Wang et al. 2005). Therefore, only few affected individuals receive necessary treatment within a timely manner (Wang et al. 2007; Rickwood/Thomas/Bradford 2012). This delay leads to a progression of the mental health problem (Kessler et al. 2003; WHO 2017) and reduces the chances of recovery (Wang et al. 2005).

Most studies on mental health help-seeking and help-outreach and their antecedents focus on the private environment investigating the role of informal sources, such as family and friends, as well as formal sources, such as psychiatrists (Rossetto/Jorm/Reavley 2016; Jung/von Sternberg/Davis 2017; Schnyder et al. 2017). The **working context**, covering colleagues and supervisors as sources of help, has rarely been studied. Recent results indicate that mental health help-seeking in the workplace can be a dilemma. On the one hand, revealing mental health problems at work is often associated with a violation of privacy and can affect career prospects as well as job security due to stigmatization (Wheat et al. 2010). On the other hand, disclosing a mental health problem in the working context can increase the self-esteem of affected people and help them to cope better with the disease (Rüsch/Angermeyer/Corrigan 2005). Due to their proximity and daily interaction, colleagues and supervisors might recognize changes in mental health even before family or friends. As affected people are more likely to seek help if suggested by others (Cusack et al. 2004; Vogel et al. 2007), help-outreach by colleagues as well as supervisors could play a central role in early prevention at the workplace (Kunyk et al. 2016; Moll et al. 2017) and lower the economic and social burden of mental health problems on companies and society (Aiken et al. 2012; Rebscher et al. 2016; Dyrbye et al. 2017).

To gain a better understanding of help-seeking and help-outreach behavior for a mental health problem, it is necessary to consider their antecedents. Two major barriers are discussed in the literature, which decrease help-seeking and help-outreach behavior for a mental health problem: On the one hand, poor **mental health literacy** (Corrigan 2004; Rickwood et al. 2005; Smith/Shochet 2011), which is defined as “knowledge and beliefs about mental disorders”

(Jorm et al. 1997, p.182), keeps individuals from recognizing mental problems in themselves and others. On the other hand, **mental health stigma**, defined as the process of labeling affected people with negative stereotypes (Corrigan 2000; Link/Phelan 2001), is discussed as another major barrier (Schnyder et al. 2017; Stolzenburg et al. 2018). Although these barriers are described in the literature, research regarding mental health literacy (Moll et al. 2015; Moll et al. 2017; Moll et al. 2018) and stigma (Ross/Goldner 2009; Verhaeghe/Bracke 2012) of health care professionals is limited. Surprisingly, few studies examined the impact of mental health stigma on the willingness to seek or provide help for mental health problems among health care professionals in the working context (for exceptions see Moll et al. 2015; Moll et al. 2018). Further, most research examined mental health literacy and mental health stigma separately instead of investigating the relationship of both in order to predict help-seeking and help-outreach behavior (for an exception see Cheng et al. 2018 and Wang et al. 2019). Without the understanding of the relationship between these two major barriers, it remains unclear which mechanism underlies the help-seeking and help-outreach behavior of health care professionals.

Studies revealed mixed results regarding the relationship of mental health literacy and stigma (Jung/von Sternberg/Davis 2017; Moll et al. 2018). In fact, some empirical results indicate that there is **no relationship between mental health literacy and stigma** (Cheng et al. 2018), whereas others showed a decrease in stigma for better mental health literacy (Milin et al. 2016; Morgan/Ross/Reavley 2018; Schomerus et al. 2018). Regarding health care professionals, the relationship of the constructs becomes even more complex. Due to their profession, health care professionals tend to have high mental health literacy but are not necessarily low in stigmatizing attitudes (Bourget/Chenier 2007). The present study contributes to a better understanding of help-seeking and help-outreach behavior in the health care profession and, therefore, also supports the protection and promotion of mental health of professionals and their patients (Wiederkehr 2012). This is particularly critical with regard to the increasing demand for the health workforce as well as the rising prevalence of mental diseases (Aiken et al. 2012; Dyrbye et al. 2017; Kuhlmann et al. 2018).

Against this background, the **aim** of this study is to examine the role of mental health literacy and stigma on help-seeking and help-outreach intentions of health care professionals in the workplace.

7.2 Conceptual background and development of hypotheses

7.2.1 Help-seeking behavior and help-outreach behavior

Research on help-seeking for mental health issues has been of great interest as it is the key to break the vicious circle of silence and untreated mental health problems. There are different conceptualizations of **help-seeking behavior** (Cauce et al. 2002; Rickwood et al. 2005; Cornally/McCarthy 2011). A commonly shared definition described it as a "complex decision-making process instigated by a problem that challenges personal abilities" (Cornally/McCarthy 2011, p. 280). Further, help-seeking when facing a mental health problem requires to interact and to communicate with others in order to get support "in terms of understanding, advice, information [and] treatment" (Rickwood et al. 2005, p. 4). Cauce and colleagues (2002) introduced a model for mental health help-seeking, which has originally been intended to explain adolescents' pathways into mental health services. The model includes three interrelated phases: (1) problem recognition, (2) decision to seek help and (3) service selection (Cauce et al. 2002). Based on that model for mental health help-seeking, it is crucial that (1) an individual recognizes changes in mental health or first symptoms of a mental health problem in order to be able to seek help. If the problem is (2) defined as undesirable and prolonged, the individual plans to seek help and (3) decides which informal or formal sources should be approached.

The mental health help-seeking process is shaped by different factors that facilitate or reduce the progression of the process (Cauce et al. 2002; Rickwood et al. 2005). One major barrier is individual's **mental health literacy** (Corrigan 2004; Rickwood et al. 2005; Smith/Shochet 2011), which refers to the ability to recognize mental health problems, knowledge and attitudes that contribute to the prevention, detection, and treatment, as well as skills, to support others who are displaying symptoms of mental illness (Jorm et al. 1997; Jorm 2011). Research has shown that high mental health literacy significantly promotes help-seeking (Jorm 2000; Rüsçh et al. 2011; Bonabi et al. 2016) and

help-outreach (Hadlaczky et al. 2014; Rossetto/Jorm/Reavley 2016), as it facilitates the initial problem recognition (Cauce et al. 2002). If mental health literacy is high, individuals are able to recognize mental health problems both in themselves and in others and respond adequately (Moll et al. 2015; Moll et al. 2017; Moll et al. 2018). In general, health care professionals are expected to have a high level of mental health literacy (Moll et al. 2015). However, mental health knowledge and skills can vary among health care professionals due to their different training backgrounds and varying degree of contact with mental disorders. According to Moll and colleagues (2015), high mental health literacy significantly promotes help-seeking and help-outreach behavior in the workplace as it enables individuals to recognize changes in own mental health and those of others. Further, people with high mental health literacy can assist affected people with the service selection. As a proxy for help-seeking behavior, intentions to seek help can be used (Rüsch et al. 2011; Angermeyer/Matschinger/Schomerus 2013; Ando et al. 2018). Accordingly, hypothesis 1a is formulated as follows:

H1a: Mental health literacy is positively associated with help-seeking intention in the workplace of health care professionals.

Affected individuals may not always recognize or acknowledge their own evolving or manifested mental health condition or may lack information about how to access professional support. Therefore, social contacts like friends, family or colleagues could be of great value in the mental health help-seeking process (Langlands et al. 2008; Moll et al. 2015; Rossetto/Jorm/Reavley 2016). Social contacts' **help-outreach behavior** is a form of limited, non-professional support until "appropriate professional help is received or the crisis resolves" (Langlands et al. 2008, p. 435). Based on the idea of "mental health first aid" (Langlands et al. 2008, p. 435), social contacts could provide useful help along the mental health help-seeking process. Initially, help-outreach supports the awareness of changes in mental state by addressing and informing affected individuals in the recognition phase (Jorm et al. 2010; Moll et al. 2015). Further, social contacts support affected individuals during the decision to seek help and in the service selection by referring them to professional support, employee assistance programs, self-help groups or even offer their own support during a crisis (Jorm et al. 2010; Moll et al. 2015).

For example, a review by Kunyk (2016) shows that especially colleagues appear to be a source of help for health care professionals with an addiction. However, social contacts could only function as gatekeeper to professional support when they have the necessary knowledge, mindset and skills to provide appropriate help. As mentioned above, intention to offer help can be used as a proxy for help-outreach behavior (Rüsch et al. 2011; Angermeyer/Matschinger/Schomerus 2013; Ando et al. 2018). Accordingly, hypothesis 1b is formulated as follows:

H1b: Mental health literacy is positively associated with help-outreach intention in the workplace of health care professionals.

7.2.2 The role of stigma for help-seeking behavior and help-outreach behavior

The public tends to stigmatize people suffering from a mental disorder, e. g. depression or psychosis, more than people with a physical disorder (Corrigan et al. 2001). Stigma has various pathways through which it can develop and interfere with the lives of affected individuals. For that reason, **mental health stigma** is discussed as a key barrier to the mental health help-seeking process. The decision to seek help is shaped by extend of one's mental health stigma (Cauce et al. 2002; Cheng et al. 2018). Also, the potential support of colleagues depends on their levels of mental health stigma (Moll et al. 2017). Mental health stigma refers to the "process of objectifying and dehumanizing a person known to have or appearing to have a mental disorder" (Mendoza/Masuda/Swartout 2015, p. 209) by labeling affected people with negative stereotypes (Corrigan 2000; Link/Phelan 2001). Those negative stereotypes or prejudices of mentally ill are rooted in the performance-oriented values of societies (Parsons 1951; Siegrist 2005) and can be found in most of modern cultures (Arboleda-Flórez 2002). A particularly strong and harmful stereotype portrays people with mental disorders as perilous and unpredictable.

From a behavioral perspective, negative stereotypes or prejudice on mentally ill can manifest as discrimination against affected people in forms of withdrawal and avoidance (Corrigan/Bink 2016). As a part of the socialization process, most stereotypes are learned by the individual in the first years of life

(Link/Phelan 2013). During life course, individuals have the chance to reflect on learned stereotypes and prejudices, increase their mental health knowledge and gain their own experiences in contact with affected people (Aronson/Wilson/Akert 2014). Even though stereotypes and stigmatizing attitudes are difficult to change, negative stereotypes can be modified (Weber/Crocker 1983) and mental health stigma can be reduced (Holmes et al. 1999).

Although mental health stigma of the public is a social burden that must be addressed, research shows that internalized prejudice and stigmatizing attitudes towards oneself have the biggest impact on mental health help-seeking (Eisenberg et al. 2009; Schomerus/Matschinger/Angermeyer 2009; Vogel et al. 2013; Schnyder et al. 2017). **Self-stigma** “is the reduction of an individual’s self-esteem or self-worth caused by the individual self-labeling herself or himself as someone who is socially unacceptable” (Vogel/Wade/Haake 2006, p. 325). According to the Modified Labeling Theory, negative collective beliefs about people with mental health problems could have a negative impact on the self-esteem of people facing a mental health problem (Link et al. 1987). **Personal stigma** describes “personal attitudes towards members of a stigmatized group and can find a behavioral expression in the desire for social distance” (Schnyder et al. 2017, p. 261). According to a meta-analysis, personal stigma reduces the willingness to interact with affected people and is negatively associated with help-outreach behavior (Schnyder et al. 2017). However, Jung, von Sternberg and Davis (2017) showed in a sample of public employees, that self-stigma predicted attitudes toward mental help-seeking, whereas personal stigma did not.

Mental health stigma is a common phenomenon even among **health care professionals**. In contrast to the general public, health care professionals tend to have a more negative point of view regarding the course of mental disorders, long-term outcomes and the likelihood of discrimination (Jorm et al. 1999; Hugo 2001). This is explained by their increased contact with chronically ill people. Stigmatizing attitudes regarding mental illness of health care professionals can have a negative impact on their own mental health help-seeking behavior (Ross/Goldner 2009; Knaak/Mantler/Szeto 2017) well as their mental health help-outreach behavior towards affected colleagues (Moll et al. 2015; Knaak/Mantler/Szeto 2017). An increased perception of mental

health stigma in health care comes along with higher self-stigma as affected health care professionals often attribute their mental illness to personal weakness or character defects (Smith/Hukill 1996). Based on their professional self-conception on helping others they might feel guilt or shame (Davidson et al. 2018), which discourages affected health care professionals to seek help from a colleague (Knaak/Mantler/Szeto 2017). Further, research shows that personal stigma of health care professionals also turns against affected colleagues in the workplace (Ross/Goldner 2009; Knaak/Mantler/Szeto 2017). As personal stigma finds expression in the desire for social distance (Link/Phelan 2001), the help-outreach behavior to affected colleagues can be reduced. Same results can be found for the medical profession (e. g. physicians) (Chew-Graham/Rogers/Yassin 2003; Adams et al. 2010; Wallace 2012).

Prior research on mental health help-seeking mainly examined mental health literacy and mental health stigma separately instead of focusing on the relationship and potential interplay of both in order to predict help-seeking and help-outreach behavior (for an exception see Cheng et al. 2018 and Wang et al. 2019). The scarce research on the **interplay of mental health literacy and mental health stigma** shows heterogeneous results. Direct effects are reported, such as a lack of knowledge regarding mental health help could increase personal and self-stigma (Jorm et al. 2010; Milin et al. 2016; Morgan/Ross/Reavley 2018; Schomerus et al. 2018). However, Cheng and colleagues (2018) and Wang and colleagues (2019) found no interaction between mental health literacy and stigma in the prediction of help-seeking of college and high school students.

Following Cauce and colleagues (2002), high mental health literacy promotes the recognition and identification of one's own mental health problem as the first step of the mental health help-seeking model. However, the decision to actually seek help for that problem in the workplace can be reduced by fears of rejection and low self-esteem caused by self-stigma. Since individual mental health literacy may also help to protect from self-stigma, it can make seeking help for a mental health problem more likely. Hence, the second hypothesis to be tested is:

H2: The positive association between mental health literacy and help-seeking intention in the workplace of health care professionals is mediated by self-stigma.

Along with the previous explanations, it is conceivable that the positive relationship between mental health literacy and help-outreach behavior could be diminished by the presence of personal stigma. More precisely, high mental health literacy promotes the recognition and identification of changes in a colleague's mental health condition (Cauce et al. 2002), but the decision to actually offer help to a colleague in the workplace can be lowered by the desire for social distance as an expression of personal stigma (Schnyder et al. 2017). Since individual mental health literacy may also help to reduce personal stigma, reaching out to help affected people is more likely. Therefore, it is hypothesized:

H3: The positive association between mental health literacy and help-outreach intention in the workplace of health care professionals is mediated by personal stigma.

The full research model is displayed in figure 7.1.

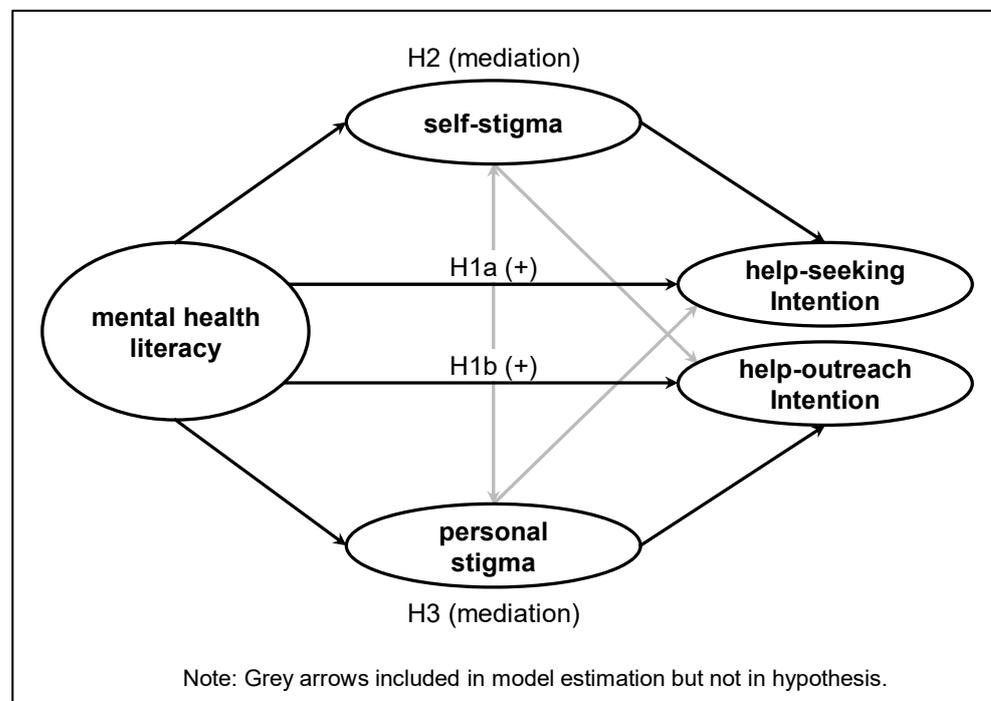


Fig. 7.1: Conceptual model of mental health literacy and stigma on help-seeking and help-outreach intentions in the workplace of health care professionals

7.3 Method

7.3.1 Description of study design and sample

In order to test the hypothesis, survey data was collected among trainees of different health care professions in six German hospitals from autumn 2018 to spring 2019. The variables of interest were measured separately at **two points of measurement** to avoid common method bias (Podsakoff et al. 2003) and to strengthen the causal interpretability of the hypothesized model (Maxwell/Cole 2007).

The first measurement (t1) was carried out as a paper-pencil-questionnaire in the classrooms ($N_{t1} = 525$). The paper-pencil-questionnaire included measures of the independent variable and was distributed by the instructed schoolteachers. Additionally, participants were asked to provide their email addresses in a separate form to contact them for the second measurement (t2). The second measurement was conducted via an online-questionnaire two weeks after t1 (response rate of 21%). The online-questionnaire included measures for the mediator and dependent variables among others. In order to match the data of t1 and t2, a self-generated identification code for participants was used. The final sample consists of participants who filled out both the paper-pencil-questionnaire and the online-questionnaire ($N_{t2} = 112$).

The participants of the final sample were enrolled in geriatric care (10), pediatric care (13), health care and nursing (67), nursing assistance (4), midwifery (2), surgical technical assistance (3) and physiotherapy (13). The average age was 24.02 years ($SD = 6.35$; range = 18-60). At the time of the online-questionnaire (t2), 23.2% were in their first year of training, 25.9% in their second and 50.9% in their third one. According to the occupational group studied, the majority of participants were female (12% males). In total, 67% of the trainees hold a higher school certificate (German "Abitur"), 17.9% a secondary school certificate, 7.1% completed another vocational training, and 2.7% have a university degree. The mean of work experience (including apprenticeship) was 4.19 years ($SD = 5.27$).

Throughout the study, the ethical standards of the American Psychological Association (2022) were followed and a written informed consent was given.

As an incentive, four online shopping vouchers of 25 euro each were raffled among the participants of the second measurement.

7.3.2 Description of measures

In this study, the German Version of the Mental Health Literacy tool for the Workplace MHL-W-G (Wulf/Ruhle 2020) was used to measure workplace **mental health literacy** (t1). MHL-W-G is a subjective, vignette-based tool with 16 items measuring the perceived mental health competence in the work context. Rather than measuring the correct classification of a mental disorder (Wei et al. 2015), workplace mental health literacy refers to the self-assessment of individual mental health competence in the working context (Moll et al. 2017). Therefore, the four vignettes describe job-related situations with colleagues who struggle with a potential mental health problem. After having read the vignettes participants were asked to rate their competence on a five-point Likert scale (1 = strongly disagree to 5 = strongly agree) regarding (a) the assessment of the described situation, (b) risk factors and prevention, (c) handling the situation and (d) helpful sources and interventions (Moll et al. 2017). Higher sum scores indicate higher levels of mental health literacy. Cronbach's alpha was .89.

To measure **self-stigma**, the German translation by Drabek (2010) of the Self Stigma of Seeking Psychological Help Scale (SSOSH) (Vogel/Wade/Haake 2006) was used (t2). Participants were asked to rate their attitudes towards psychological help-seeking if needed with 10 items (sample item: "I would feel inadequate if I went to a therapist for psychological help.") on a five-point Likert scale (1 = strongly disagree to 5 = strongly agree). Five items were reverse coded. Higher sum scores indicate higher levels of self-stigma. Cronbach's alpha was .84.

To measure **personal stigma**, the German translation of the Social Distance Scale (SDS) (Link et al. 1987) by Angermeyer and Matschinger (1997) was used (t1), which consists of seven items. Good psychometric properties have been reported for this scale, capturing attitudes towards the mentally ill (Angermeyer/Matschinger 2003). Participants were asked, if they would accept the person described in the situation rated on a five-point Likert scale (1 = in any case to 5 = not at all; sample item: "To what extent would you be okay

with having someone with a mental health problem as a neighbor?”). Higher sum scores indicate higher levels of personal stigma. Cronbach’s alpha was .87.

The **help-seeking intention** for a mental health problem from different sources was measured (t2) with the German translation of the General Help-Seeking Questionnaire (GHSQ) (Wilson et al. 2005) by Hanschmidt (2018). As suggested by the authors of the GHSQ, help sources were modified for the purpose of the study (Wilson et al. 2005). Participants were asked to rate the likelihood of seeking help from different sources in the private environment, workplace and professional services on a seven-point Likert scale (1 = extremely unlikely to 7 = extremely likely, 8 = does not apply). Cronbach’s alpha in this sample was .71. Beside the GHSQ, one self-developed item measured the overall workplace help-seeking intention (GHSQ_overall) when facing a mental health issue on a seven-point Likert scale (1 = extremely unlikely to 7 = extremely likely; “to what extent would you seek help in the working context in case of a personal or mental health problem?”).

The measurement of **help-outreach intention** was based on a modified behavior-list of the mental health first aid (MHFA) training (Jorm et al. 2010) described by Moll and colleagues (2015). For the purpose of this study, the English items were translated into German and back-translated into English by two independent persons. The 13 items (t2) cover general (e. g. ”time to listen”) as well as work context-specific help-outreach behaviors (e. g. “offer support with job task fulfillment”). Further, the scale includes one open-answer item for help-outreach behavior, which was not listed and one item “wouldn’t offer help”. Participants were asked to rate the likelihood of performing each behavior on a seven-point Likert scale (1 = extremely unlikely to 7 = extremely likely). Cronbach’s alpha for this study was .82. Additionally, one self-developed item measured the overall workplace help-outreach intention (HOI_overall) on a seven-point Likert scale (1 = extremely unlikely to 7 = extremely likely), “to what extent would you offer help regarding a personal or mental health problem in the work context (e. g. an affected colleague)?”.

Demographic data were gathered in both times of measurement (gender, age, education, health care profession, year of training, job tenure). Also, the contact with people facing mental health problems was measured in t1, as it can shape attitudes towards them (Stadler 2010). Lacking a standardized measure to operationalize contact to mentally ill people, participants were asked to rate their direct (personal) and indirect (family, close friends) experience with mental health problems on a dichotomy scale (1 = yes, 2 = no).

7.3.3 Statistical analyses

For data preparation and the calculation of frequencies, means, standard deviations, Cronbach's α , correlations, distribution characteristics and t-tests, IBM SPSS Statistics 25 was used. Factor analyses for each construct were tested with IBM SPSS AMOS 25, as, due to the small sample size, it was not possible to examine all variables at once.

Prior of testing hypotheses, two analysis steps were conducted: First, Pearson correlations of the variables were calculated. Second, factor structure of main study variables was validated.

In order to test the proposed research model, structural equation modelling (SEM) was applied and alternative SEM models were compared to test the mediation hypotheses (Anderson/Gerbing 1988). The assessment of the model fit was based on χ^2 difference tests and fit indices including CFI, GFI, TLI, RMSEA, Akaike information criterion (AIC), Bayesian information criterion (BIC) (West/Taylor/Wu 2012). Adequate model fit is described by Schermelleh-Engel, Moosbrugger and Müller (2003) with: CFI > 0.95, GFI > 0.90, TLI > 0.95, RMSEA < 0.08 and the lowest values for BIC and AIC.

Due to the small sample size, it was not possible to include all measures as latent variables. Thus, the mean sum scores for self-stigma and personal stigma were used to test and estimate the proposed research model. Referring to Wulf and Ruhle (2020), the second-order structure of workplace mental health literacy was added to the model as latent variable. Regarding the robustness of the results it can be reported, that there are only minor changes in the results when using latent variables for the mediator variable and a mean sum score for workplace mental health literacy.

7.4 Results

7.4.1 Responder analysis

In order to control for non-response bias in the second measurement, socio-demographic and occupational characteristics of participants reported at t1 were compared by independent samples t-tests (for continuous variables) and chi-square tests (for categorical variables). No statistically significant differences were found according to age, education, health care profession, job tenure and workplace mental health literacy. However, participants who took part in the paper-pencil and online-questionnaire are in higher years of training ($M = 2.30$, $SD = .86$, $n = 112$) than trainees ($M = 1.98$, $SD = .82$, $n = 525$) who only took part in the paper-pencil questionnaire in the classroom, $t(525) = -3.62$, $p < .000$. The effect size of $d = 0.44$ was calculated referring to Lenhard and Lenhard (2016) and can be described as medium according to Cohen (1988). Also, less men took part in t2 than women (t1 and t2: $M = .88$, $n = 112$, only t1: $M = .79$, $n = 525$), $\chi^2 = 3.958$, $p = .047$. The effect size is small with Cramer's $V_w = 0.087$ (Cohen 1988). To sum it up, the used sample seems not to be inflated by non-response bias as the means of the independent variable (workplace mental health literacy) are statistically equal between participants and non-participants of t2.

7.4.2 Descriptive statistics

Participants' answers to the **workplace mental health literacy** scale ranged from 36 to 80 with a mean of 56 ($SD = 9.47$, $n = 112$). In comparison with other study results the participants of this study had on average a slightly higher workplace mental health literacy value: Wulf and Ruhle (2020) reported for a working convenience sample $M = 54$ ($SD = 9.74$, $n = 317$). Moll and colleagues (2017) reported $M = 52$ ($SD = 12.40$, $n = 192$) before and $M = 66$ ($SD = 8.77$, $n = 192$) after a mental health literacy-related intervention for experienced health care professionals.

Participants indicated that they would most likely **seek help** from someone in the private environment or contact a professional service for help (see table 7.1). In the working context, the source of first choice were colleagues. The likelihood of not seeking any help for a mental health problem was rather high ($M = 5.31$, $SD = 1.73$, $n = 90$).

Sources of Help (GHSQ)	M	SD	n
private environment	6.48	1.21	108
professional services	5.49	1.59	109
colleagues	3.94	1.70	109
vocational school teachers	3.14	1.78	101
head nurses	3.17	1.58	103
Occupational Health Service	3.31	1.72	104
employee representation	3.22	1.83	106
labor union	2.45	1.67	102
not seeking help for a mental health problem	5.31	1.73	90

Note: GHSQ: Participants were asked to rate the likelihood of seeking help from different sources on a seven-point Likert scale (1 = extremely unlikely to 7 = extremely likely)

Tab. 7.1: List of sources of help

Based on a list of different behaviors participants rated their intention to **provide help to a colleague** with a mental health problem (see table 7.2). Participants would most likely spend time listening to a colleague's problem. Participants were less likely to report talking to him/her about possible suicidal thoughts. Further the likelihood of not offering help to an affected colleague was rather low ($M = 1.37$, $SD = .92$, $n = 112$). Overall, participants were more likely to offer help to their colleagues than to ask for help themselves.

Offering Support (MHFA)	M	SD	n
offering support with job task fulfilment	5.29	1.40	112
offering help on how to deal with the consequences	4.97	1.33	112
spent time listening to a colleague's problem	6.15	1.36	112
help to calm down	5.84	1.21	112
recommend to seek professional help	5.84	1.31	112
give information about support services	5.42	1.32	112
offer help in arranging a service appointment	5.33	1.56	112
recommend self-help strategies	5.04	1.33	112
give information about his/her problem	4.54	1.51	112
refer to books or websites with information on the problem	4.34	1.62	112
talk to him/her about possible suicidal thoughts	4.09	1.73	112
not offering help to an affected colleague	1.37	.92	112

Note: MHFA: Participants were asked to rate the likelihood of performing each help-outreach behaviors on a seven-point Likert scale (1 = extremely unlikely to 7 = extremely likely).

Tab. 7.2: Behavior list of offering support

Table 7.3 shows the **means, standard deviations and correlations** for all relevant variables of the two measurements. The data refers to the participants who took part in both questionnaires. Both overall workplace help-seeking intention and outreach-behavior intention measures showed that the corresponding scales of GHSQ and MHFA were positively and significantly related to them. As expected, workplace mental health literacy also correlated positively and significantly with both overall intention measures. As anticipated, the two stigma measures were not correlated with each other, indicating distinct constructs. Further, self-stigma and personal stigma were negatively correlated with workplace mental health literacy, but only the correlation with self-stigma was statistically significant. Surprisingly, self-stigma was only negatively and significantly associated with overall workplace help-outreach intention, whereas personal stigma was negatively and significantly correlated with overall workplace help-seeking intention and overall workplace help-outreach intention.

Variables	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Sex	.88	.33	-															
2 Age	24.02	6.35	.04	-														
3 Workplace mental health literacy	3.50	.59	.01	-.10	.89													
4 Overall workplace help-seeking intention	3.72	1.53	.11	-.04	.26**	-												
5 Overall workplace help-outreach intention	5.63	1.33	.08	-.08	.23*	.15	-											
6 General Help-Seeking Questionnaire (GHSQ)	3.70	1.04	-.01	.39**	-.02	.38**	-.06	.71										
7 Colleague ¹	3.94	1.70	-.03	.11	.39**	.37**	.69	.47**	-									
8 Vocational school teacher ¹	3.14	1.78	-.13	.17	.11	.29**	.78	.72**	.27**	-								
9 Head nurse ¹	3.17	1.58	-.26**	.29**	.06	.24*	.09	.66**	.56**	.46**	-							
10 Mental health first aid (MHFA)	5.24	.85	.08	.05	.04	.13	.27**	-.02	.01	.23*	.05	.82						
11 Offering help with job task fulfillment ²	5.29	1.40	.01	-.09	.08	.13	.31**	-.07	.19	.18	.14	.60**	-					
12 Offering help with consequences in the workplace ²	4.97	1.33	-.03	-.01	.09	.09	.34**	-.13	.11	.19	.09	.72**	.67**	-				
13 Personal Stigma	2.64	.76	-.01	.13	-.15	-.20*	-.23*	.05	-.04	.02	.03	-.20*	-.03	-.14	.87			
14 Self-stigma	2.58	.67	-.03	-.09	-.21*	-.15	-.21*	-.43**	.03	-.16	-.04	-.09	.07	.04	.16	.84		
15 Contact (family)	1.47	.50	-.07	-.08	-.23*	-.01	-.12	.07	.01	-.10	.21*	-.01	.04	-.05	.13	.21*	-	
16 Contact (self)	1.74	.44	-.04	.07	-.10	.09	-.03	.35**	.31*	.07	.29**	-.14	-.11	-.10	.16	.08	.32**	-

Note: n = 112; bivariate correlation; Cronbach's α in the diagonal (bold); * p < .05; **p < .01; ***p < .001; sex: 0 (male) 1 (female); age in years; contact 1 (yes) 2 (no); ¹GHSQ; ²MHFA

Tab. 7.3: Means, standard deviations and correlation

7.4.3 Factor analysis

Prior to hypothesis testing, CFA was performed with main study variables (MHL-W-G, SSOSH, SDS, GHSQ, MHFA) in order to test the factorial structure of the constructs (Byrne 2016). For the independent variable workplace mental health literacy, the second order structure as described by Wulf and Ruhle (2020) could be replicated in AMOS with an adequate model fit: χ^2 (76, n = 112) = 99.393, p = .037, CFI = .970, GFI = .901, TLI = .953, RMSEA = .053 [90% confidence interval (CI): .014, .079]. However, both CFA of the dependent variables GHSQ and MHFA showed inadequate model fits. For this reason, in the next analysis step the one-item measures, determining overall workplace help-seeking intention and help-outreach intention, were used as dependent variables instead of the whole scale of GHSQ and MHFA.

7.4.4 Path model and hypothesis testing

Table 7.4 shows the test of different models, including all measures as noted above: In comparison to alternative models, the measurement model 1 indicates good model fit: χ^2 (140, n = 112) = 149.518, p = .276, CFI = .988, TLI = .984, GFI = .883, AIC = 289.518, BIC = 479.813, RMSEA = .025 [.000, .053]. Model 1 explained R² = .09 of variance in overall workplace help-seeking intention and R² = .11 of variance in overall workplace help-outreach intention.

Model	H	CFI	TLI	GFI	RMSEA 90% CI RMSEA	AIC	BIC	χ^2	df	$\Delta \chi^2 (\Delta df)$
1	H1a/b, H2, H3	.988	.984	.883	.025 [.000, .053]	289.518	479.813	149.518	140	-
2	H2	.983	.978	.879	.029 [.000, .055]	291.127	475.985	155.127	142	1 vs. 2 5.609 (2)
3	H3	.981	.974	.877	.031 [.000, .056]	293.173	478.031	157.173	142	1 vs. 3 7.655** (2)
4	no mediation	.976	.969	.873	.034 [.000, .058]	294.669	474.090	162.669	144	1 vs. 4 13.151*** (4)
5	full-mediation	.975	.967	.875	.035 [.000, .059]	297.582	482.440	161.582	142	1 vs. 5 12.064*** (2)

Note: n = 112; GFI: goodness of fit index; CFI: comparative fit index; TLI: Tucker-Lewis index; RMSEA: root mean square error of approximation; AIC: Akaike information criterion; BIC: Bayesian information criterion; 90% CI RMSEA: 90 % confidence interval for RMSEA; *p < .05; **p < .01; ***p < .001

Tab. 7.4: SEM results

The standard coefficients of the model displayed in figure 7.2 show that workplace mental health literacy increases the overall workplace help-seeking intention and help-outreach intention significantly.

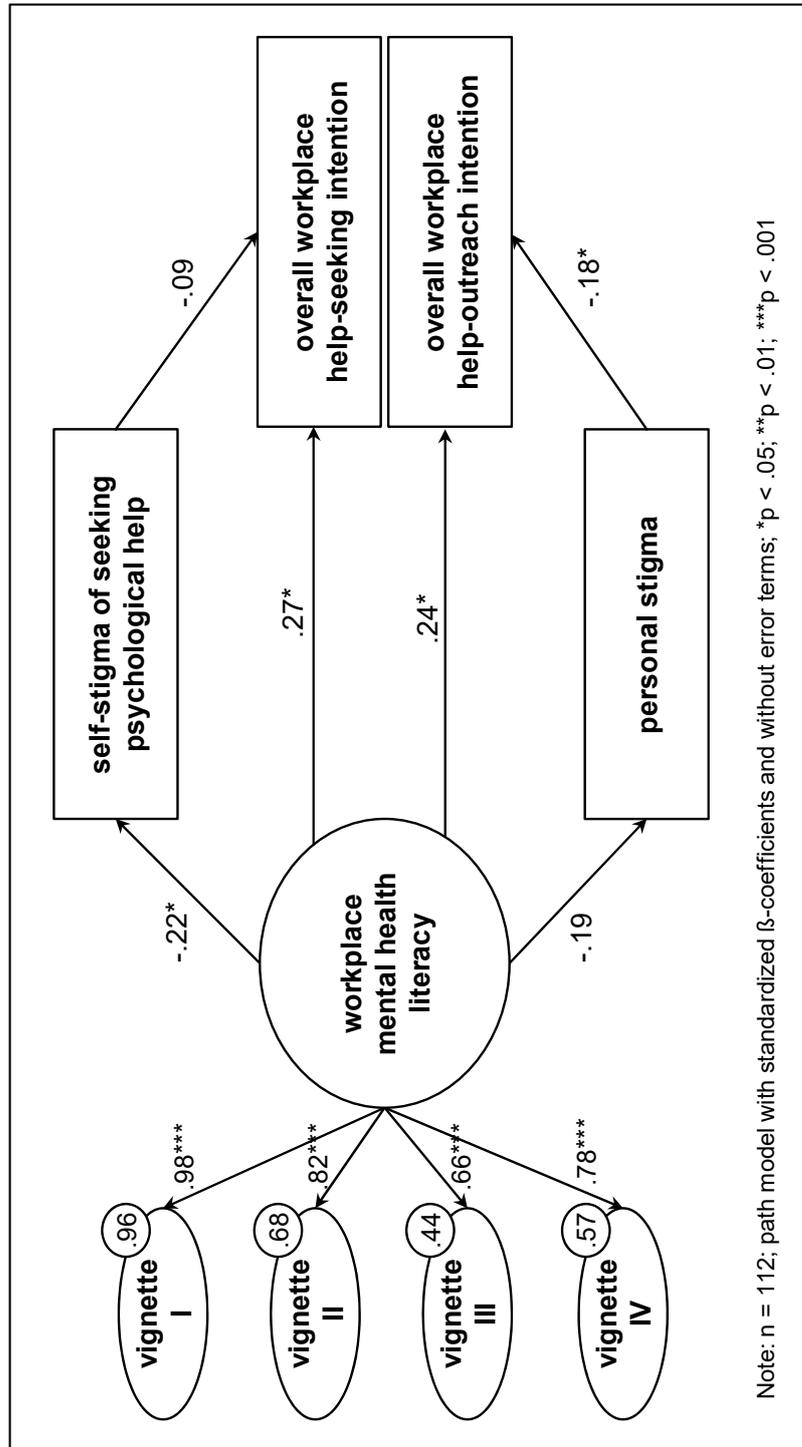


Fig. 7.2: Workplace mental health literacy as predictor of overall workplace help-seeking intention and help-outreach intention

These results provide support for **hypothesis H1a** and **H1b**. Further, it indicates that workplace mental health literacy decreases self-stigma and that personal stigma decreases overall workplace help-outreach intention. In the final model further variables of interest (age, education, job tenure, health care profession and personal experience with mental health problems) were included but showed no effect. Therefore, those variables were excluded in the described analyses.

Hypothesis		Estimates ^a		
Total effect				
	Workplace mental health literacy	→	Overall workplace help-seeking intention	.292
	Workplace mental health literacy	→	Overall workplace help-outreach intention	.277
Direct effect				
H1a	Workplace mental health literacy	→	Overall workplace help-seeking intention	.272
H1b	Workplace mental health literacy	→	Overall workplace help-outreach intention	.242
	Workplace mental health literacy	→	Self-stigma	-.233
	Workplace mental health literacy	→	Personal stigma	-.190
	Self-stigma	→	Overall workplace help-seeking intention	-.087
	Personal stigma	→	Overall workplace help-outreach intention	-.183
Indirect effect				
H2	Workplace mental health literacy	→	Overall workplace help-seeking intention	.019
H3	Workplace mental health literacy	→	Overall workplace help-outreach intention	.035

Note: n = 112; ^astandardized

Tab. 7.5: Results of the mediation analysis

Additionally, the mediation **hypotheses 2** and **3** were tested via the comparison of the standardized total effect with the standardized indirect effect of the dependent variables (see table 7.5). The standardized indirect effects due to self-stigma and personal stigma were almost equal to the standardized total effects of overall workplace help-seeking intention and overall workplace help-outreach intention. Thus, hypotheses 2 and 3 can be rejected.

7.5 Discussion

The aim of the study was to examine the role of mental health literacy and stigma on help-seeking and help-outreach intentions of health care professionals in the workplace. Study findings indicate that the mental health help-seeking and help-outreach intentions of health care professionals in the working context increases with mental health literacy. Therefore, the first hypothesis was confirmed, which is in line with Moll and colleagues (2015; 2018). In contrast to mental health help-seeking, offering support for a mental health problem has hardly been addressed in previous studies. This especially applies to the working context of health care professionals. Hence, study results contribute to a broader understanding of the **workplace** as a relevant setting for early prevention of mental health problems. With regard to the health care profession, study results indicate that young employees were more likely to offer help rather than asking for it. This result can be compared to findings of private networks, which are known to positively influence the individual's decision to seek help for a mental problem (Cusack et al. 2004; Vogel et al. 2007). A review revealed that a pivotal event typically initiates the help-seeking process of health care professionals for severe substance use disorders (Kunyk 2016). As self-reporting for most addicted individuals is uncommon, being addressed by colleagues is more likely to lead health care professionals into treatment (Kunyk 2016). Beside this, people with a mental health problem tend to have limited sources in their private network to ask for help, therefore, their social network in the working context may sometimes be the only access point to social support (Simmons 1994). For this reason, the present study emphasizes the importance of colleagues as potential sources for help in the workplace. Affected individuals have the opportunity to receive initial support, for example, by colleagues who listen and provide emotional encouragement or in terms of support including job task fulfilment.

Besides sources in the private environment and professional services, participants of this study reported **colleagues** as the most important source of help for a psychological problem in the working context. Further, participants indicate that they would less likely approach institutions like the employee representation and labor union, which are less favored sources for seeking mental

help. That could be explained by the fact, that at the beginning of the professional career young employees hardly know representatives of these institutions, which makes it more difficult to ask for help than in the immediate working environment. Additionally, the distant relationship with those institutions is associated with higher expectations of stigmatization and represent the left hand distribution of the u-shaped relationship between stigma and familiarity (Corrigan/Nieweglowski 2019). In summary, colleagues seem to be a potential source of help for affected people, as their relationships tend to not be as close as those with family members but also not as distant as those with institutions in the working context and therefore less mental health stigmatization can be expected.

Regarding the second and third hypothesis, **no mediating effect** of either self-stigma or personal stigma on the association between mental health literacy and help-seeking intention in the workplace could be confirmed. These results could be explained with regard to other types of stigma, e. g. the perceived stigma from others, which could also have an impact on the relationship between mental health literacy and help-seeking and help-outreach behavior in the workplace. Regarding self-stigma, prior studies reported that self-stigma of seeking psychological help is of greater importance in the mental health seeking process than other stigma types (Vogel/Wade/Haake 2006; Vogel/Wade/Hackler 2007; Cheng et al. 2018; Wang et al. 2019). For personal stigma, social distance measures widely used in the help-seeking context (Jung/von Sternberg/Davis 2017), but as research regarding help-outreach behavior is scarce, it is possible that other stigma types, which were not included in this study, could also play a role. Another possible explanation refers to the small sample size and statistical power. Complex models, like the present model, require larger sample sizes (> 200) in order to be able to test efficiently for indirect effects on the generally accepted probability level of 0.05% (Hoyle/Gottfredson 2015).

Even though no mediating effects of stigma could be found in this study, direct effects are reported. There was a negative direct effect of personal stigma on overall help-outreach intention, thus help-outreach intentions of health care professionals decrease with personal stigma in the working context. This result is in line with prior research: In a vignette study, Jorm and colleagues

(2005) showed that adults over 18 years, who are high in personal stigma, report less mental health first aid responses (e. g. listening, talking and supporting). In contrast, Mason and colleagues (2015) found only small negative effects of personal stigma on mental health first aid intentions in high school students with an average age of 16. In this study personal stigma was identified as an important barrier to help-outreach intention in the workplace of young employees, although the direct effect of personal stigma was not as strong as the direct effect of mental health literacy on help-outreach intention in the workplace.

From previous studies, it is known that **young employees** are particularly vulnerable for mental health problems (Kessler et al. 2005; Rickwood et al. 2005; Patel et al. 2007) as first work experience is an important life event and socialization process, which can be extremely stressful. This especially applies to young employees in jobs as physically and emotionally demanding as the health care profession (Frögéli/Rudman/Gustavsson 2019). For example, younger age of nurses was found to be a predictor of professional burnout in a meta-analysis (Gómez-Urquiza et al. 2017). At the same time, as participants of the present study recently started to work, their contact with chronically mentally ill patients has been limited and as a result stigmatizing attitudes may not be as severe as in employees with more work experiences (Jorm et al. 1999; Hugo 2001). Besides this, it is plausible to assume, that especially young employees hold a high level of professional self-conception in their first working years, in the sense of helping and caring for those in need. Therefore, the mental health help-seeking process of young employees may be less dependent on their (lower) mental health stigma than on their newly acquired knowledge. This assumption can be supported by the fact that the participants of the present study reported a medium level of self-stigma and personal stigma, contrasting the generally high level of stigma in health care found in other studies (Jorm et al. 1999; Hugo 2001). This is in line with DeBord, Branstetter and Smith (2019), who found low levels of self-stigma of seeking mental health care for a psychological problem in a sample of nursing students (18-29 years).

Apart from the discussed contributions, the findings of the present study offer several implications for current practice. Firstly, the main implications relate

to **mental health literacy building**. In line with WHO's (2019) call for action, mental health education is key to enable employees to address the topic of mental health at the workplace. As study results indicate colleagues as preferred sources of help in the workplace, training content should cover what to say when noticing that a colleague is in need, as well as giving an overview of local service offers and professional services. The MHFA training serves all of the points mentioned and is already implemented in over 24 countries (MHFA 2022). A recent review showed small to moderate effects of the MHFA training on knowledge improvement, the recognition of mental health problems and help-outreach intentions (Morgan/Ross/Reavley 2018). A MHFA program was also recently launched in Germany (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim 2022).

Secondly, regarding the **health care profession** it can be noted, that even though the curriculum of health care professionals regularly includes knowledge about the development and treatment of mental health disorders, it is maybe not applicable to the workplace of health care professionals. Combined with the fact that experienced health care professionals generally tend to be high in mental health stigma, interventions aiming to increase mental health literacy could be a promising way to improve the mental health help-seeking and help-outreach behavior of a strongly exposed occupational group. Therefore, trainings in health care should not only focus on patients' mental health, but also on professionals' mental health conditions and those of colleagues. Given the early onset of most mental disorders and the provided evidence of the present study, the mental health education of health professionals should preferably start early in working life. In Germany, young employees learn by example of experienced health care professionals in the practical part of the vocational training. This also applies for handling mental health problems in the working context. Thus, specific trainings for registered nurses are equally relevant.

Thirdly, with the first application of the **MHL-W-G** in a German sample of health care professionals, the study supports the development of a robust, multi-lingual tool measuring subjective mental health literacy (Wulf/Ruhle 2020). Therefore, the vignette-based questionnaire might be of use in organizations for measuring the need for mental health education and the success

of trainings in the workplace. Further, the present study provides the opportunity to compare the results across countries as so far, the majority of studies regarding health care professionals were conducted in Canada and USA (e. g. Moll et al. 2017; Moll et al. 2018; DeBord/Branstetter/Smith 2019).

7.6 Limitations and future research

The data of the present study was collected on two measurement points in order to avoid common method bias (Podsakoff et al. 2003) and to strengthen the causal interpretability of the tested model (Maxwell/Cole 2007). However, a common limitation of plural measurements is a high **drop-out rate** (Bortz/Döring, 2016), which was also a limitation in the present study. Due to the high drop-out rate the final sample size was small and it was not possible to use bootstrapping with resamples in combination with two-sided bias-corrected 95 % CI in order to test for standardized direct and indirect effects (Preacher/Hayes 2004; Preacher/Hayes 2008). One explanation for the high drop-out rate is that the paper-pencil-questionnaire (t1) was carried out during working hours, while the online-questionnaire (t2) was conducted outside of working hours. Also, the loss of participants can possibly be explained by the relatively small incentive (raffled vouchers).

In the present study help-seeking and help-outreach intentions are used as a proxy for help-seeking and help-outreach behavior, which is a common practice in research (Rüsch et al. 2011; Angermeyer/Matschinger/Schomerus 2013; Ando et al. 2018). Although associations of help-seeking intentions/behavior (e. g. Schomerus et al. 2018) and help-outreach intention/behavior (e. g. Morgan/Ross/Reavley 2018b) have been reported, it remains unclear how closely intentions are related to actual behavior in the working context. Therefore, a **behavior-intention gap** cannot be ruled out. Future research on mental help-seeking and outreach behavior should therefore measure actual behavior as well as different context factors including the influence of hierarchy regarding the choice of source (supervisors vs. peers) as well as the relevance of organizations' culture.

Another limitation concerns the inadequate **model fits** of the measures of workplace help-seeking intention (GHSQ; Wilson et al. 2005; Hanschmidt 2018) and help-outreach intention (MHFA; Jorm et al. 2010; Moll et al.

2015). An explanation for these findings lies in the adaption of the items for the purpose of the present study. As a result, both scales showed the lowest reliability of all used scales. Accordingly, the one-item measure of overall help-seeking and overall help-outreach intentions were used in the SEM. One-items measures for overall attitudes towards help-seeking for a mental health problem have already been used in previous studies (Britt et al. 2011; Jennings et al. 2015). Nevertheless, a need for validated scales in the German language to measure workplace help-seeking intention and help-outreach intention can be identified.

Even though in this study female participants reported on average the same mental health literacy value as male participants, future studies should examine possible **gender differences**. This relates to previous studies, which show that women tend to recognize mental illness better than men (Pescosolido et al. 2008; Wulf/Ruhle 2020). Additionally, women are more willing to use professional help for a mental problem than men (Cheng et al. 2018; Rüsche et al. 2014). Therefore, more empirical research focusing on gender differences in the evaluation of mental health problems, as well as help-seeking and help-outreach tendencies is needed.

Concluding, the present study reduces the lack of empirical information regarding mental health help-seeking and help-outreach in the workplace, which was noted at the beginning. As most studies focus on social contacts in the private environment and formal sources (Rossetto/Jorm/Reavley 2016; Jung/von Sternberg/Davis 2017; Schnyder et al. 2017), the study contributes to the relevance of social contacts in the working context as potential gatekeepers to professional mental health support. Further, the study provides important insights into how mental health help-seeking and help-outreach intentions at the workplace are affected by mental health literacy and into the role of personal and self-stigma in health care profession. The results are of particular importance against the increased need for health care professionals and the fact of the rising prevalence of mental diseases in this group.

8 Beiträge und Schlussfolgerungen

8.1 Zusammenfassende Beiträge zu Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, psychische Gesundheit in Organisationen unter besonderer Berücksichtigung organisationaler und individueller Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention zu analysieren. Die Arbeit ergänzt damit das vorhandene Wissen zu allgemeingültigen Einflussfaktoren um empirische Erkenntnisse zu organisationalen und individuellen Einflussfaktoren im Umgang mit psychosozialen Risiken und ihren Folgen. Darüber hinaus tragen die untersuchten Einflussfaktoren zu einem besseren Verständnis bestehender Umsetzungsdefizite sowie zum Praxistransfer von Forschungsergebnissen bei und unterstützen so den Schutz und die Förderung der Mitarbeitergesundheit. Die besondere Bedeutung dieser Erkenntnisse zeigt sich vor dem Hintergrund der Auswirkungen von psychischen Erkrankungen auf Gesellschaft, Organisation und Individuum.

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf den Ebenen der Organisation und des Individuums. Organisationale und individuelle Einflussfaktoren im Umgang mit psychosozialen Risiken und ihren Folgen sind in einem gewissen Rahmen veränderbar und bieten dadurch Einfluss- und Gestaltungspotentiale seitens der Organisationen. Die vorliegende Arbeit leistet damit einen wesentlichen Beitrag sowohl zur Präventions- und Implementationsforschung (vgl. z. B. Wulf/Süß/Diebig 2017; Faupel/Süß/Wulf 2019; Wulf/Ruhle 2020) als auch zur betrieblichen Umsetzungspraxis (vgl. z. B. Süß/Wulf/Körner 2017; Dragano/Wulf/Diebig 2019).

Organisationale Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention wurden – insbesondere die Rolle und Interaktion relevanter Akteure betreffend – in den Kapiteln 4 und 5 der vorliegenden Arbeit adressiert:

(1) In **Kapitel 4** wurde die Zusammenarbeit relevanter Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention am Beispiel der GB-Psychologie analysiert. Im Rahmen eines qualitativ-empirischen

Designs wurde die GB-Psychologie als organisationaler Veränderungsprozess identifiziert. Dies erfolgte vor dem Hintergrund der großen Anzahl (über)betrieblicher Akteure mit heterogenen Interessen, der Notwendigkeit ihrer interdisziplinären Kooperation sowie der mikropolitischen Komplexität von Stresspräventionsmaßnahmen. Der Vergleich mit Veränderungsprozessen ergänzt vorhandene Studienergebnisse (vgl. z.B. Elke et al. 2015) um empirisches Wissen zur Interaktion relevanter Akteure und zu den daraus resultierenden Folgen für den Prozess. Im Rahmen von Kapitel 4 wurden auftretende Prozess-, Beurteilungs- und Beziehungskonflikte sowie Machtquellen analysiert und deren Einfluss auf den Prozesserfolg der GB-Psychologie wurde bewertet. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass insbesondere mikropolitische Konflikte zwischen der betrieblichen Interessenvertretung und dem Arbeitgeber in Anbetracht der weiten gesetzlichen Vorgaben zur GB-Psychologie den Umsetzungsaufwand sowie die Abbruchwahrscheinlichkeit dieser Stresspräventionsmaßnahme erhöhen. Vor diesem Hintergrund trägt die vorliegende Arbeit zur wissenschaftlichen Diskussion über die Zusammenarbeit relevanter Akteure in der betrieblichen Krankheitsprävention und in der betrieblichen Gesundheitsförderung bei. Zusätzlich dient die Betrachtung der GB-Psychologie als aktuelles Beispiel organisationaler Veränderungsprozesse. Die gewonnenen Erkenntnisse unterstützen einerseits ein fundiertes Verständnis der sich aus den heterogenen Akteursinteressen ergebenden Konflikte als einen relevanten organisationalen Einflussfaktor der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. Andererseits ergänzen die Studienergebnisse das Wissen hinsichtlich der Ursachen auftretender Umsetzungsdefizite von Stresspräventionsmaßnahmen.

(2) In **Kapitel 5** wurde durch die Untersuchung der Interaktion zwischen betrieblicher Interessenvertretung und Mitarbeitern an das Ergebnis des vorherigen Kapitels angeknüpft, in dem die betriebliche Interessenvertretung als zentraler Akteur der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention identifiziert worden war. Im Fokus standen dabei die Perspektive der betrieblichen Interessenvertretung und ihre wahrgenommene Beziehung zu den zu vertretenden Mitarbeitern in ambivalenten Veränderungsprozessen. Mitarbeiter nehmen organisationale Veränderungen oft als psychisch beanspruchend wahr (vgl. Eriksson 2004; Bordia et al. 2006). Dies

kann abhängig von der Länge und dem Ausmaß der Veränderung zu psychischen Beschwerden (vgl. Näswall/Sverke/Hellgren 2005; Schumacher et al. 2016) bis hin zum Ausfall von Mitarbeitern führen. Um den Fortbestand der Organisation sicherzustellen, kommt in Zeiten von Digitalisierung, Globalisierung und steigendem Wettbewerbsdruck (vgl. z. B. Eichhorst/Buhlmann 2015) der gesundheitsförderlichen Gestaltung organisationaler Veränderungsprozesse eine besondere Bedeutung zu. Die Ergebnisse der qualitativen Studie verdeutlichen, dass Betriebs- und Personalräte mit der durch die Mitarbeiter zugesprochenen Legitimität die Möglichkeit erhalten, organisationale Veränderungen zu beeinflussen. Einen Legitimitätsverlust der Interessenvertretung durch das Co-Management, wie er in bisherigen Studien diskutiert wurde (vgl. Rehder 2006), unterstützen die Studienergebnisse hingegen nicht. Allerdings variiert die wahrgenommene Legitimität der betrieblichen Interessenvertretung abhängig von der Reichweite einer Veränderung sowie in den verschiedenen Phasen des Veränderungsprozesses. Auch legen die Ergebnisse die Schlussfolgerung nahe, dass die Legitimitätssicherung bei Veränderungen für die befragten Betriebsräte im Gegensatz zu den Personalräten von geringerer Bedeutung ist. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die betriebliche Interessenvertretung über verschiedene Möglichkeiten verfügt, die Legitimität seitens der Mitarbeiter in Veränderungssituationen zu beeinflussen und so ihre Gestaltungsmöglichkeiten zu verbessern. Die zur Interaktion zwischen betrieblicher Interessenvertretung und Mitarbeitern in psychisch beanspruchenden Veränderungsprozessen gewonnenen Erkenntnisse reduzieren das Forschungsdefizit bezüglich eines wesentlichen organisationalen Einflussfaktors. Damit trägt die Studie zu einem differenzierten Verständnis dieses bedeutenden Akteurs in der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention bei.

Individuelle Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention standen bei der Untersuchung psychischer Gesundheitskompetenz und des Stigmas psychischer Erkrankung am Arbeitsplatz in den Kapiteln 6 und 7 im Vordergrund:

(3) Im Rahmen einer quantitativen Studie wurde in **Kapitel 6** ein vignettenbasiertes Instrument zur subjektiven Messung psychischer Gesundheitskom-

petenz am Arbeitsplatz ins Deutsche übersetzt, weiterentwickelt und anschließend hinsichtlich Reliabilität, Konstruktvalidität, Messinvarianz, Geschlechtereffekten und Faktorstruktur analysiert. Dabei hat sich gezeigt, dass im Gegensatz zu dem ursprünglich angenommenen einfaktoriellen Modell (vgl. Moll et al. 2017) ein Modell zweiter Ordnung eine deutlich bessere Passung aufweist. Zusätzlich konnten gute interne Konsistenzen und Intraklassenkorrelationen gezeigt werden. Die Studienergebnisse deuten ferner darauf hin, dass eine Messinvarianz des Instruments unabhängig vom Geschlecht besteht. Die psychometrischen Eigenschaften des deutschsprachigen Instruments lassen den Schluss zu, dass die psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz mit Hilfe des Instruments reliabel und valide erfasst werden kann. Damit bietet sich das Instrument für den Einsatz bei wissenschaftlichen wie auch bei praktischen Fragestellungen an, z. B. für die Evaluation von Stresspräventionsmaßnahmen in Organisationen. Mit der erstmaligen Untersuchung der Faktorenstruktur und Messinvarianz tragen die Studienergebnisse einerseits zum besseren Verständnis eines relevanten individuellen Einflussfaktors im Umgang mit Unterstützungsangeboten im Arbeitskontext bei. Andererseits wird das aus dem klinischen Bereich stammende Instrument der betriebswirtschaftlichen Forschung zur Verfügung gestellt.

(4) In **Kapitel 7** fand das im vorherigen Kapitel entwickelte Instrument zur Messung psychischer Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz in der Pflege Anwendung. Die Untersuchung von Auszubildenden der Gesundheitsberufe hat gezeigt, dass eine hohe psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz positiv auf die Intention wirkt, Hilfe für ein psychisches Gesundheitsproblem anzunehmen oder einem betroffenen Kollegen diese anzubieten. Dies steht im Einklang mit anderen Studien (vgl. Moll et al. 2017; Moll et al. 2018). Zwar konnte die angenommene mediierende Wirkung von Selbststigma und Fremdstigma auf die Beziehung zwischen psychischer Gesundheitskompetenz und dem Hilfesuchverhalten bzw. dem Anbieten von Hilfe nicht bestätigt werden. Es hat sich aber gezeigt, dass die Absicht, Hilfe im Arbeitskontext anzubieten, auch vom Ausmaß stigmatisierender Einstellungen gegenüber psychisch Erkrankten abhängt. Zusätzlich liefert die Studie erstmals empirische Daten für Deutschland, da sich die Forschung zu diesem Thema bislang auf die USA und Kanada konzentrierte (vgl. z. B. Moll et al.

2018; DeBord/Branstetter/Smith 2019) und ermöglicht einen länderübergreifenden Vergleich. Die Studie zeigt die Bedeutung psychischer Gesundheitskompetenz und des Stigmas psychischer Erkrankung als bedeutsame individuelle Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der betrieblichen Krankheitsprävention und trägt somit zu einem besseren Verständnis des Arbeitsplatzes als relevantes Präventions-Setting bei.

8.2 Übergreifende Beiträge zur wissenschaftlichen Diskussion über psychische Gesundheit in Organisationen

8.2.1 Beiträge zur Diskussion über betriebliche Mitbestimmung in der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention auf organisationaler Ebene

Auf organisationaler Ebene wird die psychische Mitarbeitergesundheit durch verschiedene Akteure und ihre Interaktionen untereinander beeinflusst. Eine besondere Rolle kommt dabei der betrieblichen Interessenvertretung zu, da diese das Verbindungsglied zwischen Arbeitgeber und Mitarbeiter bildet. Einerseits übernehmen Betriebs- und Personalrat als gewählte Organe der betrieblichen Mitbestimmung die Funktion eines ‚Sprachrohrs‘ der Mitarbeiter und pflegen die Nähe zu diesen. Andererseits wacht die Interessenvertretung über den Schutz der Beschäftigten und verteidigt deren Interessen gegenüber der Arbeitgeberseite (vgl. u. a. ArbSchG; BetrVG; BPersVG).

Die Ergebnisse aus Kapitel 4 und 5 der vorliegenden Arbeit verdeutlichen, dass die Interaktionen von betrieblicher Interessenvertretung, Mitarbeitern und Arbeitgeber sowohl in der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention als auch in organisationalen Veränderungen relevant sind. In beiden Kontexten prägen die **„triadischen Beziehungen“** (Tietel 2008, S. 8) dieser Akteure die Prozesse und den Erfolg von Maßnahmen entscheidend, was in Übereinstimmung mit anderen Studien steht (vgl. z. B. Oreg/Vakola/Armenakis 2011, S. 491; Faber/Faller 2017, S. 72-75). Angesichts dessen lassen sich die Erkenntnisse aus den beiden Kapiteln 4 und 5 zusammenführen. Im Hinblick auf die (1) Interaktion zwischen betrieblicher Interessenvertretung und Arbeitgeber besteht eine lange Forschungstradition (vgl. z. B. Müller-Jentsch 2016). Im Ge-

gensatz dazu liegen zur (2) Interaktion zwischen betrieblicher Interessenvertretung und Beschäftigten bislang nur vereinzelte Erkenntnisse vor (vgl. z. B. Rehder 2006). Die Kapitel 4 und 5 tragen mit ihren Ergebnissen zu beiden Forschungsfeldern bei und lassen verschiedene übergreifende Schlussfolgerungen zu, die im Folgenden diskutiert werden.

Untersuchungen der (1) **Interaktion zwischen betrieblicher Interessenvertretung und Arbeitgeber** folgen einer langen Forschungstradition in den industriellen Beziehungen. In den Studien werden insbesondere Interessenvertretungs-Typologien für den Betriebsrat (vgl. Minssen/Riese 2005, S. 368-369) und Personalrat (vgl. Kißler/Greifenstein/Schneider 2011, S. 175-178) diskutiert. Dabei soll der aktiv gestalterische Co-Manager die Balance zwischen den betrieblichen Sozialpartnern verändern (vgl. Rehder 2006; Kotthoff 2013). Im Kapitel 5 der vorliegenden Arbeit konnte dies für organisationale Veränderungen nicht bestätigt werden. Vielmehr zeichnet sich eine erstarkte Verhandlungsposition der Interessenvertretung ab, die sich durch die gesteigerte Akzeptanz und den Zugang zu veränderungsbezogenen Informationen der Mitarbeiter erklärt. Dadurch sind Betriebs- und Personalräte in der Lage, die Interessen der Mitarbeiter auch in zeitkritischen, konfliktbehafteten Veränderungssituationen gegenüber dem Arbeitgeber zu vertreten. Ferner zeigt sich, dass auch der Arbeitgeber dem Betriebs- und Personalrat zusätzliche Gestaltungsspielräume gewährt, die über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Arbeitgeber die Fachexpertise der betrieblichen Interessenvertretung in organisationalen Veränderungen nutzt.

Allerdings konnten sowohl in Kapitel 4 als auch in Kapitel 5 deutliche Unterschiede in der Ausgestaltung der Beziehungen zum Arbeitgeber identifiziert werden. Die beschriebene Beziehungsvielfalt von Kooperation bis Konflikt zwischen betrieblicher Interessenvertretung und Arbeitgeber deutet darauf hin, dass das Konzept der **Konfliktpartnerschaft** (vgl. Müller-Jentsch 2016) auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung und in der betrieblichen Krankheitsprävention Anwendung findet. Zwar weist die Analyse der verschiedenen Prozess-, Beurteilungs- und Beziehungskonflikte bei der Umsetzung der GB-Psyche in Kapitel 4 darauf hin, dass sich konstruktive Kontro-

versen durchaus positiv auf die Prozess- und Ergebnisqualität auswirken können. Das Ringen der betrieblichen Sozialpartner wird jedoch als dysfunktional für den Erfolg der GB-Psychologie bewertet. Konflikte können einerseits aus einer allgemein schlechten Beziehung der betrieblichen Sozialpartner resultieren. Andererseits stellt die GB-Psychologie für die meisten Organisationen ein neues Aushandlungsfeld dar, das sich aufgrund mangelnder gesetzlicher Regelungen und des Rückgangs staatlicher Umsetzungskontrollen ergibt (vgl. Becker 2016). Dies gilt insbesondere für Organisationen, die bislang selten oder keine Stresspräventionsmaßnahmen durchgeführt haben, was auf den Großteil der Organisationen in Deutschland zutrifft (vgl. Beck/Lenhardt 2019).

Die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention stellen einen wesentlichen **Schwerpunkt der Interessenvertretungsarbeit** dar und sind somit oft Thema der Verhandlungen mit dem Arbeitgeber (vgl. 4; 5). Dies unterstreicht auch eine Untersuchung von Ahlers (2015b), die zeigt, dass sich über 80 % der befragten Interessenvertreter mit Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes beschäftigen. Darüber hinaus verdeutlicht die Studie in Kapitel 4, dass sich die Unternehmensleitung oft erst aufgrund der Initiative der Interessenvertretung mit psychosozialen Risiken auseinandersetzt. Darüber hinaus muss die Interessenvertretung häufig die erforderlichen finanziellen Ressourcen für Stresspräventionsmaßnahmen gegenüber der Geschäftsführung einfordern. Dies stimmt mit anderen Studienergebnissen überein, die verdeutlichen, dass Organisationen mit einem gewählten Betriebs- oder Personalrat eher Stresspräventionsmaßnahmen umsetzen als Organisationen ohne Mitbestimmungsorgan (vgl. Beck et al. 2015, S. 348; Holleederer/Wießner 2015, S. 872). Dieser Effekt ist unabhängig von der Unternehmensgröße, die häufig als ausschlaggebender Prädiktor für die Einführung von Stresspräventionsmaßnahmen genannt wird (vgl. Beck et al. 2015; Holleederer/Wießner 2015). Dies unterstreicht die Rolle der betrieblichen Interessenvertretung als Initiator von Stresspräventionsmaßnahmen in der betrieblichen Präventionspraxis.

Eine Erkenntnis der vorliegenden Arbeit ist, dass die GB-Psychologie aufgrund der vielfältigen Anforderungen und Akteure mit komplexen organisationalen

Veränderungen vergleichbar ist (vgl. 4; 5). Damit schließt die Arbeit an Studien der Implementierungsforschung an, in der Erkenntnisse aus der Change-Forschung auf die Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen angewendet werden (vgl. z. B. Biron/Gatrell/Cooper 2010; Nielsen/Randall 2013). Vor diesem Hintergrund lassen sich die Erkenntnisse aus Kapitel 5 zu organisationalen Veränderungen auf den Spezialfall der Einführung von Stresspräventionsmaßnahmen (vgl. 4) anwenden. Es ist daher plausibel anzunehmen, dass betriebliche Interessenvertreter, die sich durch die Mitarbeiter legitimiert fühlen, ihre Forderungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und betrieblichen Krankheitsprävention gegenüber der Unternehmensleitung einfacher durchsetzen. Beispielsweise können Mitarbeiter die Interessenvertretung auf Missstände und psychische Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz hinweisen und somit dem Betriebs- und Personalrat zu einem Wissensvorsprung verhelfen. Diese **Informations- und Kommunikationsmacht** (vgl. Crozier/Friedberg 1979) ist besonders für den Personalrat relevant, da nach aktueller Rechtsprechung die Initiierung der GB-Psyche für diesen nicht mitbestimmungspflichtig ist (vgl. § 75 Abs. 3 Nr. 11 BPersVG, Bundesverwaltungsgericht 2012). Aber auch für den mit umfassenderen Mitbestimmungsmöglichkeiten ausgestatteten Betriebsrat hat die Informations- und Kommunikationsmacht bei der Initiierung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (z. B. Resilienz-Training) eine hohe Relevanz, da diese Maßnahmen für den Arbeitgeber im Gegensatz zur Krankheitsprävention (z. B. GB-Psyche) freiwillig sind und somit nicht auf Grundlage gesetzlich verbriefter Arbeitsschutzrechte durchgesetzt werden können (vgl. Faber/Faller 2017, S. 58).

Obwohl die (2) **Interaktion zwischen betrieblicher Interessenvertretung und Beschäftigten** die Handlungsgrundlage für die betriebliche Interessenvertretung bildet, stand diese bislang selten im Fokus der Mitbestimmungsforschung. Dies gilt insbesondere für die Forschung zum Personalrat, dem Organ der Interessenvertretung im öffentlichen Sektor (vgl. Kißler/Greifenstein/Schneider 2011, S. 175-176). Die wenigen durchgeführten Studien zur Beziehung zwischen betrieblichen Interessenvertretung und Beschäftigten (für eine Ausnahme vgl. Rehder 2006) haben untersucht, inwieweit sich Mitarbeiter durch die Interessenvertretung angemessen vertreten fühlen. Mitar-

beiter schreiben demnach der betrieblichen Interessenvertretung dann Legitimität zu, wenn sie die Handlungen der Interessenvertretung als wünschenswert, angemessen und geeignet bewerten (vgl. Suchman 1995, S. 574). Bislang wurde davon ausgegangen, dass die betriebliche Interessenvertretung mit einem Legitimitätsverlust konfrontiert ist. Dieser wird zum einen mit einer tendenziellen Verschiebung der indirekten (kollektiven) zur direkten (individuellen) Partizipation in Organisationen erklärt (vgl. Helfen 2005; Tietel 2008). Zum anderen soll das Co-Management der betrieblichen Interessenvertretung, also die enge Zusammenarbeit mit der Arbeitgeberseite, Grund für den Legitimitätsverlust der betrieblichen Interessenvertretung sein (vgl. Rehder 2006; Kotthoff 2013).

Die Ergebnisse der Studie in Kapitel 5 deuten jedoch darauf hin, dass die betrieblichen Interessenvertreter gerade in organisationalen Veränderungen, die sich durch große Unsicherheit charakterisieren, ein **höheres Maß an Legitimität** empfinden als im üblichen Tagesgeschäft. Selbst in weitreichenden organisationalen Veränderungen mit einem drohenden Arbeitsplatzverlust erhielten die Betriebsräte positive Rückmeldungen von den Mitarbeitern. Dieses Ergebnis ist insbesondere für die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention relevant, da organisationale Veränderungen oft mit einem gesteigerten Stressempfinden der Mitarbeiter einhergehen (vgl. Eriksson 2004; Bordia et al. 2006) und zu psychischen Beschwerden führen können (vgl. Näswall/Sverke/Hellgren 2005; Schumacher et al. 2016). Partizipation wirkt jedoch Ängsten und Stressempfinden von Mitarbeitern entgegen (vgl. Paterson/Cary 2002; Oreg/Vakola/Armenakis 2011), reduziert Widerstände und steigert das Commitment (vgl. Lines 2004; Bambra et al. 2007; Nielsen et al. 2010). Somit stellen die soziale Unterstützung und die Mitbestimmung, die die Mitarbeiter durch die betriebliche Interessenvertretung erfahren, entscheidende Gesundheitsressourcen dar.

Auch die berichtete Skepsis und Widerstände seitens der Mitarbeiter bei der Einführung neuer Stresspräventionsmaßnahmen können durch betriebliche Mitbestimmung abgebaut werden, wie die Studie in Kapitel 4 zeigt. In Übereinstimmung mit Nielsen und Kollegen (2010) zeigt sich, dass das Vertrauen in und die Akzeptanz von Maßnahmen durch die **kollektive Beteiligung** der

Mitarbeiter erhöht werden können. Durch das Einbeziehen der Interessenvertretung in die Planung, Umsetzung und Kommunikation von Stresspräventionsmaßnahmen können beispielweise Ängste der Mitarbeiter hinsichtlich mangelnder Anonymität und möglicher Stigmatisierung reduziert werden (vgl. 4). Voraussetzung dafür ist, dass Betriebs- bzw. Personalrat durch die Belegschaft legitimiert sind und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Belegschaft und betrieblicher Interessenvertretung besteht (vgl. 5).

Auf Grundlage der Ergebnisse aus Kapitel 4 und Kapitel 5 lässt sich zusammenfassend vermuten, dass die Qualität der Beziehung zwischen betrieblicher Interessenvertretung und Beschäftigten die **schützende Wirkung der (kollektiven) Partizipation** auf die Mitarbeitergesundheit in Veränderungsprozessen bedingt. Die Befunde der vorliegenden Arbeit zeigen, dass die betriebliche Interessenvertretung aufgrund ihrer rechtlichen Mitbestimmungsmöglichkeiten an den meisten organisationalen Veränderungen, wie z. B. der Einführung von Stresspräventionsmaßnahmen, beteiligt ist. Mitarbeitern bietet sich dadurch die Möglichkeit, Kritik und Anregungen über die betriebliche Interessenvertretung einzubringen oder ausführliche Informationen zu erhalten. Ferner zeigt die Studie in Kapitel 4, dass oftmals Betriebs- und Personalräte auch als Vermittler zwischen Mitarbeiter und Führungskraft fungieren. Bereits frühere Studien haben gezeigt, dass Interessenvertreter die Moderation zwischen den Hierarchie-Ebenen übernehmen, wenn es Mitarbeitern aufgrund von Machtunterschieden schwerfällt, Führungskräfte auf psychische Belastungen im Zusammenhang mit ihrer Führung anzusprechen (vgl. Leka/van Wassenhove/Jain 2015). Dies kann sich positiv auf das Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeitern und Betriebs- bzw. Personalrat auswirken.

8.2.2 Beiträge zur Diskussion über das Hilfesuchverhalten und das Anbieten von Hilfe im Umgang mit psychischen Erkrankungen auf individueller Ebene

Stresspräventionsmaßnahmen verfehlen ihr Ziel, wenn Mitarbeiter das betriebliche Angebot nicht in Anspruch nehmen. Tatsächlich liegt die Beteiligungsquote an betrieblichen Präventionsangeboten oft nur bei 10 bis 20% und häufig werden diese von Mitarbeitern genutzt, die bereits über eine gute allgemeine Gesundheit verfügen (vgl. Peck/Sandrock/Stowasser 2018,

S. 792). Eine besondere Herausforderung stellt die Unterstützung von Mitarbeitern dar, die bereits unter Frühwarnsymptomen oder psychischen Störungen leiden, da diese sich oft schwertun, Hilfe zu suchen (vgl. Wang et al. 2005). Daher erhalten erkrankte Menschen die nötige Behandlung oftmals zu spät oder überhaupt nicht (vgl. Wang et al. 2007, S. 182). Im Durchschnitt verzögert sich die Erstbehandlung bei depressiven Störungen um zwei Jahre, bei Substanzmissbrauch um neun Jahre und bei Angststörungen sogar um bis zu 23 Jahre (vgl. Wang et al. 2007, S. 179-180). Dies kann negative Folgen für den Krankheitsverlauf (vgl. WHO 2017, S. 5-7) sowie die Heilungschancen (vgl. Wang et al. 2005, S. 610-611) haben und letztendlich auch Organisationen und die Gesellschaft belasten (vgl. Evans-Lacko/Knapp 2016; Meyer/Wehner/Cichon 2017).

Um psychischen Erkrankungen vorzubeugen oder diese zu bewältigen, sind die **Interaktion und Kommunikation** mit anderen Individuen essentiell, um die nötige Unterstützung und Behandlung zu erhalten (vgl. Rickwood et al. 2005, S. 5). Das Hilfesuchverhalten von Betroffenen mit einem psychischen Gesundheitsproblem ist ein komplexer Entscheidungsprozess (vgl. 7). Dieser umfasst neben der initialen Problemerkennung auch die Entscheidung, ob und von wem Hilfe in Anspruch genommen werden soll (vgl. Cauce et al. 2002). Soziale Kontakte im Umfeld betroffener Individuen können aber auch aktiv ihre Unterstützung in Form einer ‚Ersten Hilfe‘ anbieten, bis Kontakt zu professionellen Ansprechpartnern wie Ärzten und Therapeuten aufgenommen wurde (vgl. Langlands et al. 2008, S. 435). Die vorliegende Arbeit trägt mit der Untersuchung des Anbietens von Hilfe bei psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz und des individuellen Hilfesuchverhaltens im Umgang mit psychischen Erkrankungen sowie deren Determinanten zur Präventionsforschung im betrieblichen Setting bei.

Mit Blick auf das **Anbieten von Hilfe** bei psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz lässt sich feststellen, dass Mitarbeiter eher dazu bereit sind, Kollegen ihre Hilfe für ein psychisches Gesundheitsproblem anzubieten, als im Falle eigener Betroffenheit selbst darum zu bitten (vgl. 7). Dies steht einerseits im Einklang mit befürchteten Nachteilen und der Angst vor Stigmatisierung durch das Offenlegen psychischer Erkrankungen im Arbeitskontext (vgl. Wheat et al. 2010; Jones 2011). Andererseits verdeutlicht ein Review

zum Umgang mit Substanzabhängigkeit, dass Betroffene sich oft erst Hilfe suchen, wenn sie durch andere Personen auf ihre Situation angesprochen werden (vgl. Kunyk et al. 2016). Diesbezüglich deuten die Ergebnisse in Kapitel 7 darauf hin, dass viele Mitarbeiter bereit sind, betroffene Kollegen anzusprechen, sie bei der Erfüllung ihrer Arbeitsaufgabe zu unterstützen und die Kontaktaufnahme zu professioneller Hilfe zu erleichtern.

Bezüglich des **individuellen Hilfesuchverhaltens** im Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz machen die vorliegenden Studienergebnisse sichtbar, dass im Vergleich eher Kollegen statt Vorgesetzte, der betriebsärztliche Dienst oder die betriebliche Interessenvertretung als mögliche Hilfsquelle gewählt werden (vgl. 7). Dieses Ergebnis deckt sich mit früheren Studienergebnissen, die das Offenlegen von psychischen Erkrankungen im Arbeitskontext mit der Sorge um berufliche Nachteile diskutieren (vgl. Wheat et al. 2010). Zwar können auch Kollegen mit sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung reagieren; sie anzusprechen birgt jedoch keine existentiellen Risiken bezüglich Arbeitsplatzsicherheit und Beförderungschancen (vgl. Wheat et al. 2010; Jones 2011). Nichtsdestoweniger muss dieses Ergebnis vorsichtig interpretiert werden, da eine Vielzahl weiterer Faktoren (z. B. psychische Gesundheitskompetenz und stigmatisierende Einstellungen) das individuelle Hilfesuchverhalten bei psychischen Gesundheitsproblemen prägen (vgl. 6; 7).

So wurden in der vorliegenden Arbeit die psychische Gesundheitskompetenz und stigmatisierende Einstellungen als Determinanten des individuellen Hilfesuchverhaltens und des Anbietens von Hilfe im Umgang mit psychischen Erkrankungen eingehend untersucht. Die Arbeit knüpft damit an eine aktuelle Diskussion in der wissenschaftlichen Literatur an, die in Verbindung mit der sogenannten **Kontakthypothese** geführt wird (vgl. z. B. Corrigan/Nieweglowski 2019; Ran et al. 2021). Diese bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen dem Kontakt zu Betroffenen, die an einer psychischen Störung leiden, und der individuellen psychischen Gesundheitskompetenz sowie stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychisch Erkrankten.

In Kapitel 6 hat sich gezeigt, dass die untersuchten Individuen, die im Familienkreis Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht haben, eine höhere psychische Gesundheitskompetenz aufweisen als Individuen ohne

eine bewusste Erfahrung. Am höchsten fällt die psychische Gesundheitskompetenz bei denjenigen aus, die bereits eine persönliche Erfahrung mit einem psychischen Gesundheitsproblem gemacht haben. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch die Studie in Kapitel 7, die zeigt, dass der Kontakt zu einem betroffenen Familienmitglied für Angehörige der Gesundheitsberufe mit höheren Werten der psychischen Gesundheitskompetenz assoziiert ist. Dies stimmt mit früheren Untersuchungen überein, die zeigen, dass der Kontakt zu Betroffenen aus dem engeren sozialen Umfeld mit höheren Werten psychischer Gesundheitskompetenz für affektive Störungen, Angststörungen und Psychosen einhergeht (vgl. z. B. Reavley/Morgan/Jorm 2014).

Deutlich heterogener zeigt sich der wissenschaftliche Diskurs jedoch hinsichtlich des Kontakts zu Betroffenen und dessen Wirkung auf **stigmatisierende Einstellungen**. Verschiedene Studien kommen zu dem Ergebnis, dass der Kontakt zu Individuen, die an einer psychischen Störung leiden, stigmatisierende Einstellungen diesen gegenüber reduziert und somit zur Entstigmatisierung beitragen kann (vgl. z. B. Angermeyer/Dietrich 2006; Stadler 2010; Reavley/Morgan/Jorm 2014). In Übereinstimmung damit wurde in Kapitel 6 gezeigt, dass der Kontakt zu betroffenen Familienmitgliedern mit einem geringeren Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken einhergeht (Fremdstigma). Dies erklärt sich damit, dass durch den Kontakt mit betroffenen Individuen positive Erfahrungen gesammelt und hierdurch Stereotype und Vorurteile abgebaut werden können (vgl. z. B. Aronson/Wilson/Akert 2014, S. 493-406). Allerdings ist der Kontakt zu einem Familienmitglied mit psychischem Gesundheitsproblem in Kapitel 7 nicht signifikant mit Fremdstigma assoziiert. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch schon in früheren Studien (vgl. z. B. Durand-Zaleski et al. 2012; Ayazi et al. 2014). Ferner zeigt die Studie in Kapitel 7 erwartungsgemäß, dass der Kontakt zu einem Familienmitglied mit psychischem Gesundheitsproblem mit einem niedrigen Selbststigma des Individuums assoziiert ist, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das Selbststigma, also internalisierte Vorurteile und stigmatisierende Einstellungen, korreliert wiederum negativ mit der Absicht, Hilfe für ein psychisches Gesundheitsproblem am Arbeitsplatz zu suchen.

Die Bedingungen des Kontakts zu Individuen mit einer psychischen Störung, etwa die **Kontaktqualität und -quantität**, stehen hingegen nicht im Fokus der Studien in Kapitel 6 und 7. So verdeutlichen aktuelle Untersuchungen, dass häufige und positive Kontakte stigmatisierende Einstellungen reduzieren, während häufige und negative Kontakte kontraproduktiv sind (vgl. z. B. Ran et al. 2021). Darüber hinaus vermuten Corrigan und Niewegłowski (2019) einen u-förmigen Zusammenhang zwischen Kontakt und stigmatisierenden Einstellungen. Demzufolge reduziert der Kontakt zu Individuen, die an einer psychischen Störung leiden, stigmatisierende Einstellungen, wenn er zu distalen Bekannten, Freunden oder Kollegen erfolgt. Ist die Beziehung zu der betroffenen Person jedoch vertrauter (z. B. enges Familienmitglied, Partner), nehmen stigmatisierende Einstellungen wieder zu. Die Autoren argumentieren, dass in diesem Fall die psychische Erkrankung als Belastung wahrgenommen wird und daher der Wunsch nach sozialer Distanz steigt (vgl. z. B. Corrigan/Niewegłowski 2019).

Die in der vorliegenden Arbeit gewonnenen Erkenntnisse tragen zur Untersuchung der sozialen Unterstützung bei psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz bei, wobei die Ergebnisse nicht nur für die Sekundär- und Tertiärprävention relevant sind. Das frühzeitige Adressieren von Mitarbeitern im Rahmen der Primärprävention ist ebenso bedeutsam, da so negative Folgen für Organisation und Individuum unterbunden werden können, noch bevor sich erste Krankheitssymptome manifestieren. Damit ergänzt die vorliegende Arbeit die Präventionsforschung um Erkenntnisse zur Kontakthypothese im Kontext des Hilfesuchverhaltens und des aktiven Anbietetens von Hilfe am Arbeitsplatz, die in allen drei Präventionsformen von hoher Relevanz ist.

8.2.3 Beiträge zur Diskussion über Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention an der Schnittstelle zwischen Organisation und Umwelt

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit standen Erkenntnisse zu organisationalen und individuellen Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention im Fokus. Darüber hinaus wurde mit übergreifenden Beiträgen an der Schnittstelle zwischen Organisation und Umwelt aber auch zu verschiedenen wissenschaftlichen Diskursen beigetragen. Aus der Umwelt resultierende Einflussfaktoren beziehen sich

auf wirtschaftliche, politische und gesellschaftliche Merkmale (vgl. Chaudoir/Dugan/Barr 2013, S. 2; Naidoo/Wills 2019, S. 55-61), die an der Schnittstelle zur Organisation auf die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention Einfluss nehmen (vgl. 1.1).

Einerseits bedingen dabei die aus der Umwelt stammenden Einflussfaktoren grundsätzlich die Bevölkerungsgesundheit, z. B. über den Zugang zur Bildung oder das soziale Umfeld. Andererseits prägen z. B. die soziale Sicherheit und die gesetzlichen Bestimmungen eines Landes auch die psychische Gesundheit in Organisationen, wie in verschiedenen Studien festgestellt werden konnte (vgl. Lunau et al. 2013; Bambra et al. 2014; Lunau et al. 2014; Lunau et al. 2017). Die vorliegende Arbeit unterstützt mit ihren Erkenntnissen zum einen ein besseres Verständnis bezüglich der (1) überbetrieblichen Zusammenarbeit relevanter Akteure (vgl. 2.2) im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. Zum anderen wird die (2) Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf andere Länder bzw. Kulturen diskutiert.

An der Schnittstelle zwischen Organisation und Umwelt treffen betriebliche und überbetriebliche Akteure aufeinander (vgl. 2.2.2). Dabei ist die (1) **überbetriebliche Zusammenarbeit relevanter Akteure** in der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention durch die geltenden Gesetze bezüglich Prävention, Arbeitsschutz und Mitbestimmung geprägt (vgl. Lenhardt 2017a, S. 207-208; Dadaczynski et al. 2019, S. 240). So nehmen überbetriebliche Akteure wie Arbeitsschutzbehörden, Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften und Verbände auf politischer Ebene Einfluss auf die betriebliche Präventionspraxis oder beraten Organisationen zur Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen (vgl. BAuA 2014). Seit dem Erlass des PräVG im Jahr 2015 sind die überbetrieblichen Akteure zu einer noch engeren Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention verpflichtet (vgl. Bundesgesetzblatt 2015).

Die Untersuchung der Interaktion zwischen betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren in Kapitel 4 hat gezeigt, dass ähnlich wie bei innerbetrieblichen Konflikten auch die überbetriebliche Zusammenarbeit mit externen Akteuren konfliktbehaftet ist. Dabei sind insbesondere **Spannungen zwischen**

Arbeitgeber und Gewerkschaft zu nennen. So zeigt sich, dass die Gewerkschaft Instrumente zur Umsetzung der GB-Psychologie anbietet, diese aber von der Arbeitgeberseite nicht akzeptiert werden. Die gewonnenen Ergebnisse deuten darauf hin, dass weniger inhaltliche Aspekte und vielmehr politische Interessen Grundlage des Konflikts sind. Ferner ist davon auszugehen, dass eine Investition in die Mitarbeitergesundheit nicht in jedem Fall im unternehmerischen Interesse ist (vgl. Lenhardt 2017a, S. 205-207). So erfüllen Organisationen zwar vermeintlich die Erwartungen der Umwelt in Hinblick auf die Mitarbeitergesundheit und im Sinne der gesetzlichen Vorgaben sowie ihrer unternehmerischen Verantwortung. Dies geschieht aber oft nur oberflächlich und ist primär auf eine positive Außendarstellung ausgerichtet (vgl. z. B. Süß 2008, S. 64). In diesem Sinne kann auch die große Anzahl an Qualitätssiegeln, Standards und Awards, die sich auf die betrieblichen Aktivitäten zum Schutz und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit beziehen, als Ausdruck einer Employer-Branding-Strategie interpretiert werden (vgl. Scherm/Süß 2010, S. 38-39; Müller et al. 2020, S.89-93). In Anbetracht der seltenen Kontrollen durch die Aufsichtsbehörden sind es vielfach gewerkschaftliche Vertreter, die eine solche Legitimationsfassade anprangern (vgl. z. B. Becker 2016).

Der Schutz und die Förderung der psychischen Mitarbeitergesundheit stellen aber auch aus einem anderen Grund ein bedeutsames Betätigungsfeld für die überbetriebliche Interessenvertretung dar. Die steigende Zahl psychosozialer Belastungen am Arbeitsplatz und ihrer Folgen (vgl. z. B. Meyer/Wiegand/Schenkel 2020, S. 403-404) verschafft dem Thema eine große mediale Aufmerksamkeit und bietet so Gewerkschaften das Potential, sich in der modernen Arbeitswelt zu legitimieren (vgl. Schulze/Hien/von Kardorff 2018, S. 255). Dabei verfügen Gewerkschaften über verschiedene Machtquellen und Möglichkeiten, ihre Legitimität und damit ihren Einfluss zu steigern (vgl. 8.2.1). So streben sie eine „**Revitalisierung der Arbeitspolitik**“ (Gerst/Pickshaus/Wagner 2011, S. 140) mit Hilfe der Positionierung zum Thema psychische Mitarbeitergesundheit an. Dies erfolgt auch mit dem Ziel, Machtressourcen zu stärken und neue Mitglieder zu gewinnen, da die Gestaltungsmacht von Gewerkschaften u. a. von der Mitgliederanzahl abhängt. Mit

einem jährlichen Report zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung in Betrieben stärkt der DGB seine kommunikativen Machtressourcen (vgl. Gerst/Pickshaus/Wagner 2011, S. 142-143). Dies kann im Hinblick auf die Diskussion um den drohenden Bedeutungsverlust der kollektiven Interessenvertretung aufgrund von Mitglieder- und Repräsentationsdefiziten von strategischer Bedeutung für die überbetriebliche Interessenvertretungspolitik sein (vgl. Kibler/Greifenstein/Schneider 2011; Hassel/Schroeder 2018). Schafft es die überbetriebliche Interessenvertretung mit Fachexpertise, die Mitgliederinteressen im Umgang mit psychosozialen Risiken zu vertreten und als vertrauensvoller Ansprechpartner zu fungieren, ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse in Kapitel 5 davon auszugehen, dass die den Gewerkschaften zugeschriebene Legitimität steigt.

Die Landeskultur sowie die politischen, sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse eines Landes prägen nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung, sondern auch die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention. Die aus der Umwelt resultierenden Einflussfaktoren setzen sich für jedes Land unterschiedlich zusammen, sodass die **(2) Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf andere Länder bzw. Kulturen** stets in deren Kontext zu diskutieren ist. Zwar ist der rechtliche Rahmen zur Erfassung und Prävention psychosozialer Risiken am Arbeitsplatz auf Ebene der Europäischen Union verankert. Die Mitgliedsstaaten unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Auslegung und Umsetzung, da diese durch nationale Arbeitsschutztraditionen, industrielle Beziehungen und rechtliche Regulierungsverfahren geprägt sind (vgl. Karageorgiou 2000). Somit unterscheiden sich die Länder nicht nur hinsichtlich möglicher Sanktionen bei fehlender Umsetzung, sondern auch bezüglich der Rolle relevanter Akteure und ihrer Einflussmöglichkeiten bei Stresspräventionsmaßnahmen (vgl. Janetzke/Ertel 2017).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die betriebliche Interessenvertretung als zentraler Akteur der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention diskutiert. Im Gegensatz zu anderen Ländern hat die betriebliche Interessenvertretung in Deutschland eine starke, rechtlich verankerte Verhandlungsposition in Organisationen (vgl. Thelen/Turner 1998; Frege 2002; Minssen 2019, S. 161-169). Dies geht auf eine

lange Mitbestimmungstradition in Deutschland zurück (vgl. Pries 2017, S. 51), die auch Ausdruck in dem Forschungsdiskurs der industriellen Beziehungen findet. Zudem verfügen 45% der Betriebe mit mehr als 50 Mitarbeitern über eine gewählte Interessenvertretung (vgl. Ellguth 2018, S. 11). Dies unterstreicht die hohe Relevanz der vorliegenden Erkenntnisse innerhalb der Forschung zur betrieblichen Mitbestimmung in Deutschland.

Bislang stammt die Mehrzahl der Studien zur psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz aus Kanada und den USA (vgl. z. B. Moll et al. 2017; DeBord/Branstetter/Smith 2019). Die vorliegende Arbeit liefert erste Erkenntnisse zur psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz für Deutschland. Dabei sind die im Rahmen der Studien in den Kapiteln 6 und 7 gewonnenen Ergebnisse grundsätzlich mit den Studienergebnissen aus Kanada vergleichbar (vgl. Moll et al. 2017). Lediglich in Kapitel 7 gaben die deutschen Probanden im Durchschnitt eine etwas höhere psychische Gesundheitskompetenz an als ihre kanadischen Kollegen (vgl. Moll et al. 2017). Zudem berichtet eine australische Längsschnittstudie von der niedrigen psychischen Gesundheitskompetenz von Pflegestudenten (Bachelor) (vgl. McCann/Lu/Berryman 2009). Mit Blick auf die Ergebnisse stellt sich die Frage, ob die Differenzen in der psychischen Gesundheitskompetenz vor dem Hintergrund unterschiedlicher **Gesundheitssysteme** und landeskultureller Besonderheiten zu interpretieren sind.

Bekannt ist, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe aufgrund landesspezifischer Unterschiede der Gesundheitssysteme über unterschiedliche praktische Erfahrungen und theoretische Kenntnisse verfügen (vgl. Büsing/May 1995; Aiken et al. 2001; Ridic/Gleason/Ridic 2012). Auch der Umfang der Arbeitsaufgaben und der rechtlichen Befugnisse in den Gesundheitsberufen unterscheidet sich zwischen den Ländern (vgl. Döhler 1997; Ridic/Gleason/Ridic 2012), sodass die **Berufspraxis** international stark variiert und nur bedingt vergleichbar ist. So war bislang in Deutschland die Ausbildung der verschiedenen Gesundheitsberufe im dualen System sowohl durch einen hohen Spezialisierungsgrad (Alten-, Kinder- sowie Gesundheits- und Krankenpflege) als auch durch praxisnahes Lernen charakterisiert (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2020). Im Gegensatz dazu erfol-

gen in Australien und Kanada erst nach Abschluss einer generalistischen Ausbildung an der Universität die fachliche Spezialisierung und praktische Berufserfahrung (vgl. The Canadian Nurse Association 2022; NSW Government 2020). So lässt sich vermuten, dass sich die jungen Angehörigen der Gesundheitsberufe in Deutschland aufgrund der frühen praktischen Berufserfahrung im Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen sicherer fühlen als ihre australischen und kanadischen Kollegen.

Zudem werden die Wahrnehmung von und der Umgang mit psychischen Erkrankungen durch die jeweilige Landeskultur geprägt (vgl. Koschorke et al. 2017; Schubert/Ringeisen 2020). Zwar muss davon ausgegangen werden, dass Individuen mit psychischen Erkrankungen weltweit unter Stigmatisierung und Diskriminierung leiden, der Grad der Ausprägung sowie die individuellen Folgen sind aber stark **kulturspezifisch** (vgl. Koschorke et al. 2017, S. 77). Beispielweise bringen Angehörige asiatischer Kulturen (z. B. Japan, China) im Vergleich zu westlich geprägten Kulturkreisen (z. B. Deutschland, Großbritannien) tendenziell stärkere stigmatisierende Einstellungen gegenüber psychisch Erkrankten zum Ausdruck (vgl. Furnham/Chan 2004). Auch mit Blick auf die Ergebnisse in Kapitel 7 der vorliegenden Arbeit zeigt sich, dass Angehörige der Gesundheitsberufe in China (vgl. Li et al. 2014) im Vergleich zu Angehörigen der Gesundheitsberufe in Deutschland eine höhere Ausprägung stigmatisierender Einstellungen gegenüber psychisch Erkrankten angaben. In asiatischen Kulturen gefährdet die psychische Krankheit eines Familienmitglieds das Ansehen der ganzen Familie, sodass generell der Kontakt oder die Assoziation mit Betroffenen vermieden wird (vgl. Furnham/Murao 2000; Sheikh/Furnham 2000; Furnham/Chan 2004). So verwundert auch nicht, dass in einem Ländervergleich die Probanden in Japan angaben, zurückhaltender über psychische Gesundheitsprobleme außerhalb der Familie zu sprechen, als dies bei den befragten Probanden in Australien der Fall war (vgl. Jorm et al. 2005). Daher ist es plausibel anzunehmen, dass in asiatisch geprägten Kulturen auch das Hilfesuchverhalten sowie das Angebot von Hilfe im Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz möglicherweise geringer ausfallen als in westlich geprägten Kulturen.

8.2.4 Beiträge zur Diskussion über zielgruppenspezifische Stresspräventionsmaßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention

Stresspräventionsmaßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention richten sich an Individuen, die besonders belastenden Arbeitstätigkeiten ausgesetzt sind, erste Frühwarnsymptome zeigen oder zu einer Risikogruppe zählen (vgl. Junge-Hoffmeister 2019, S. 946-947). Stresspräventionsmaßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention sind im Gegensatz zur Primärprävention zielgruppenspezifisch (vgl. Junge-Hoffmeister 2019, S. 947-948). Um geeignete Stresspräventionsmaßnahmen ergreifen zu können, sind daher umfassende Kenntnisse über die Zielgruppe essentiell. Die vorliegende Arbeit trägt zur zielgruppenspezifischen Ausrichtung von Stresspräventionsmaßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention bei: Dabei reichern die der Sekundär- und Tertiärprävention zugeordneten Untersuchungen in den Kapiteln 6 und 7 den Wissensstand um spezifische Aspekte zum (1) Alter und (2) Geschlecht an.

Bezogen auf das (1) **Alter** von Mitarbeitern ist bekannt, dass besonders junge Mitarbeiter vor dem 26. Lebensjahr für psychische Erkrankungen anfällig sind (vgl. Kessler et al. 2005; Rickwood et al. 2005; Patel et al. 2007). Ein Grund dafür sind erste Arbeitserfahrungen, die junge Menschen als extrem belastend empfinden können. Der in diesem Zusammenhang diskutierte Realitätsschock von jungen Angehörigen der Gesundheitsberufe beschreibt die erste Konfrontation mit der Berufspraxis (vgl. Kramer 1974). Abhängig von den im Vorfeld aufgebauten Erwartungen kann der Abgleich mit der Realität bei jungen Angehörigen der Gesundheitsberufe zu Frustration, Stresserleben und Angst bis hin zum Arbeitgeber- oder gar Berufswechsel führen (vgl. Duchscher 2009). Da Studien darauf hinweisen, dass in der Zeit des Berufseinstiegs die meisten psychischen Erkrankungen zwar erstmals auftreten, allerdings erst Jahre später behandelt werden (vgl. Kessler et al. 2005; Rickwood et al. 2005; Patel et al. 2007), stellt sich die Frage, welche Stresspräventionsmaßnahmen für diese Zielgruppe ergriffen werden können.

Die gewonnenen Studienergebnisse liefern dahingehend Evidenz, dass die Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz einen wesentlichen Bei-

trag zum Schutz und zur Förderung der psychischen Gesundheit junger Mitarbeiter leistet (vgl. 6; 7). So verdeutlichen die Ergebnisse der Studie in Kapitel 7, dass die Bereitschaft der jungen Zielgruppe, bei psychischen Gesundheitsproblemen Hilfsangebote anzunehmen, in einem höheren Maß von der individuellen psychischen Gesundheitskompetenz abhängt als von stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen. Demnach sind aus gestalterischer Sicht Stresspräventionsmaßnahmen, welche die psychische Gesundheitskompetenz stärken, solchen Maßnahmen vorzuziehen, die allein den Abbau von stigmatisierenden Einstellungen fokussieren.

Dies wird dadurch gestützt, dass stigmatisierende Einstellungen nur sehr schwer und über einen längeren Zeitraum hinweg veränderbar sind (vgl. Weber/Crocker 1983; Holmes et al. 1999). Im Gegensatz dazu legt eine Metaanalyse dar, dass gezielte Trainings innerhalb weniger Wochen zum Aufbau von psychischer Gesundheitskompetenz führen (vgl. z. B. Hadlaczky et al. 2014). Trainingsinhalte solcher Erste-Hilfe-Kurse für psychische Krisen sind neben der Vermittlung von Wissen bezüglich Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten häufig auftretender psychischer Störungen auch die direkte Unterstützung betroffener Individuen durch Laien im betrieblichen Kontext (vgl. Hadlaczky et al. 2014, S. 468). Da sich jüngere Erwachsene (18 bis 24 Jahre) im Gegensatz zu älteren (25 bis 64 Jahre) seltener professionelle Hilfe für ein psychisches Gesundheitsproblem suchen, spielt für diese Zielgruppe Unterstützung durch das direkte soziale Umfeld eine bedeutendere Rolle (vgl. Marcus/Westra 2012, S. 10-11). So kann eine hohe Gesundheitskompetenz dazu beitragen, dass sich sowohl das individuelle Hilfesuchverhalten im Falle eines psychischen Gesundheitsproblems verbessert als auch betroffenen Kollegen Hilfe angeboten wird (vgl. Moll 2017). Folglich stellt der Aufbau psychischer Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz einen vielversprechenden Ansatz dar, die psychische Gesundheit von Mitarbeitern, insbesondere von jungen Berufseinsteigern, im betrieblichen Kontext zu fördern.

Studien zur (2) **Rolle des Geschlechts** im Umgang mit Stress am Arbeitsplatz integrieren Erkenntnisse der Gender Studies in die betriebliche Präventionsforschung (vgl. Cifre/Vera/Signani 2015). Insgesamt ist die Studienlage zum Zusammenhang von Geschlecht und Arbeitsstress sowie geschlechtersensibler betrieblicher Prävention überschaubar (vgl. Cifre/Vera/Signani 2015).

Gyllensten und Palmer (2005) kommen zu dem Ergebnis, dass das Geschlecht zwar eine bedeutende Rolle bei der Stressverarbeitung spielt, die heterogenen Studienergebnisse aber keine weiteren Schlussfolgerungen erlauben. Gerade im Hinblick auf neue Konstrukte wie die psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz fehlt es bislang an Informationen dazu, welche Rolle das Geschlecht spielt. Die vorliegende Arbeit trägt mit ersten Untersuchungen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden zu einer geschlechtersensiblen Präventionsforschung bei.

Ganz allgemein zeigen sich in den verschiedenen Erhebungen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz (vgl. 6; 7). Zu einem ähnlichen Fazit kommt auch eine Studie zur allgemeinen psychischen Gesundheitskompetenz, in der anhand einer Stichprobe mit jungen Probanden der Einfluss des Geschlechts auf die Vergabe von Diagnosen für verschiedene psychische Störungsbilder untersucht wurde (vgl. Furnham/Annis/Cleridou 2014). Allerdings gibt die Studie in Kapitel 6 Hinweise darauf, dass Frauen spezielle psychische Gesundheitsprobleme besser als Männer erkennen. So zeigt sich, dass männliche Probanden für den Fall einer schweren Depression eine niedrigere psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz zeigen als weibliche Probanden. Die vorliegende Arbeit knüpft damit an die Untersuchung zur objektiven psychischen Gesundheitskompetenz von Pescosolido und Kollegen (2008) an und erweitert diese um Erkenntnisse zur Rolle des Geschlechts für die subjektive psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz. Die niedrigere psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz von Männern kann vor dem Hintergrund von Geschlechterrollen interpretiert werden (vgl. Swami 2012). Männer sind einem hohen sozialen Druck ausgesetzt, einem maskulinen Stereotyp zu entsprechen, der eine starke und robuste gesundheitliche Verfassung voraussetzt. Werden geschlechtsstereotype Überzeugungen und Verhaltensweisen vom Individuum internalisiert, führen sie dazu, dass insbesondere bei jungen Männern gesundheitliche Probleme oft unerkannt bleiben (vgl. Courtenay 2000). So werden selbst schwere psychische Störungen wie Depressionen bei Männern seltener diagnostiziert und behandelt als bei Frauen (vgl. Oliffe et al. 2019). Dies kann auch als Grund dafür vermutet

werden, dass zwei von drei Suiziden von Männern begangen werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2021).

8.3 Schlussfolgerungen

8.3.1 Praxisimplikationen

Die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention gehen mit den Zielen einher, die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitern zu erhalten. Die Förderung und der Schutz der psychischen Mitarbeitergesundheit stärkt das Humankapital (vgl. Becker 1993, S. 15), trägt somit zur individuellen Produktivität bei (vgl. Scherm/Süß 2010, S. 130-131) und dient letztendlich auch der Wettbewerbsfähigkeit von Organisationen (vgl. Barney/Wright 1998, S. 38). Die große Bedeutung der psychischen Gesundheit von Mitarbeitern für Organisationen spiegelt sich daher auch in der großen Anzahl an praxisnahen Veröffentlichungen wider (vgl. Fokus Online 2020; Spiegel Online 2020; Wirtschaftswoche 2020; Personalwirtschaft 2022). Um die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Organisationen auszubauen, wurden die gesetzlichen Regelungen um die Erfassung psychischer Belastungen erweitert (vgl. ArbSchG) und die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen wurde verbindlich geregelt (vgl. PräVG). Auch die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführten Studien bieten Erkenntnisse für die betriebliche Präventionspraxis.

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse dienen Organisationen und insbesondere den verantwortlichen Akteuren (vgl. 2.2.2) als Anregung für die Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention im Umgang mit psychosozialen Risiken und ihren Folgen. Die folgenden Implikationen sind daher als Anknüpfungspunkte zu verstehen, die den **Transfer von wissenschaftlicher Erkenntnis** in die betriebliche Präventionspraxis unterstützen sollen (vgl. Feldstein/Glasgow 2008). Dies geschieht jedoch mit der Einschränkung, dass das primäre Ziel wissenschaftlicher Auseinandersetzung nicht in der Ableitung von Praxisimplikationen liegt und daher die Bedeutung der Implikationen im Anwendungsfall separat bewertet werden muss. Gleichwohl sensibilisieren die auf Basis der vorlie-

genden Arbeit gewonnenen Erkenntnisse für die Bedeutung von Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention im Umgang mit psychosozialen Risiken und deren Folgen.

Zunächst weisen die Ergebnisse dieser Arbeit auf die Komplexität der Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen hin. In der Regel wird in der betrieblichen Präventionspraxis nicht auf die besonderen Bedingungen eingegangen, denen die Förderung und der Schutz der psychischen Mitarbeitergesundheit unterliegen. Eine **Sensibilisierung** für mögliche Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention im Umgang mit psychosozialen Risiken und ihren Folgen ist entscheidend, da sich die Maßstäbe des klassischen Arbeitsschutzes nicht ohne weiteres auf die Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen übertragen lassen (vgl. Jespersen/Hasle/Nielsen 2016, S. 29; Faller 2017a, S. 34). Mit der Schaffung eines Bewusstseins bei den verantwortlichen Akteuren können diese notwendigen Ressourcen bereitstellen und betriebliche Strukturen (z. B. ein BGM) schaffen. So ausgestattet können im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention nicht nur geeignete Präventionsmaßnahmen ausgewählt, sondern diese können auch sorgfältig umgesetzt und nachgehalten werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Zahl psychischer Erkrankungen und ihrer negativen Auswirkungen für Gesellschaft, Organisation und Individuum von Bedeutung.

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention treffen verschiedene Akteure aufeinander (vgl. 2.2.2). Dazu macht die in Kapitel 4 durchgeführte Studie deutlich, dass aufgrund der heterogenen Interessen beteiligter Akteure Konflikte bei der Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen entstehen können. Diese Konflikte haben das Potential, den Umsetzungserfolg zu gefährden, wenn auch nicht jeder Konflikt automatisch mit negativen Folgen verknüpft ist. Die **Zusammenarbeit relevanter Akteure** in der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention birgt aber auch Potential für die Entwicklung innovativer Lösungsansätze. Damit Unterschiede im Wissen, in Methoden und in Arbeits- und Denkweisen der beteiligten Disziplinen nicht zum

Konflikt, sondern zur Ressource werden, sind verschiedene Punkte zu beachten. Die Grundlage für eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit bilden der Abbau disziplinbasierter Vorurteile und Stereotype sowie die Reduktion von Professionszentrismus (vgl. Braßler 2020, S. 43-45). Dies kann auf Ebene des Individuums durch Perspektivwechsel und den Aufbau von Wertschätzung gegenüber anderen Disziplinen gefördert werden (vgl. Braßler 2020, S. 61-88). Auf organisationaler Ebene können passende Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die bereichsübergreifende Zusammenarbeit erleichtern. Zunächst ist dabei zu beachten, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit ressourcenintensiv ist, da sie mehr Zeit zur Lösung einer Aufgabe benötigt als homogene Gruppen (vgl. Brandstädter/Schleiting/Sonntag 2018, S. 41). Darüber hinaus gelingt die Kommunikation und Abstimmung bei der Planung und Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen besser in kleinen Gruppen mit bis zu sechs Mitgliedern (vgl. Schaper 2019a, S. 439). Außerdem ist die Gruppe aus Akteuren möglichst konstant zu halten und der informelle Austausch unter den Akteuren z. B. durch persönliche Treffen zu fördern (vgl. Brandstädter/Schleiting/Sonntag 2018, S. 41; Schaper 2019b, S. 618).

Die gewonnenen Erkenntnisse machen deutlich, dass eine bewusste **Gestaltung des Umsetzungsprozesses** von Stresspräventionsmaßnahmen erforderlich ist. Dabei verdeutlicht die vorliegende Arbeit, dass dafür grundsätzlich auf Erkenntnisse zur Gestaltung von organisationalen Veränderungsprozessen hinsichtlich Transparenz, Kommunikation und Partizipation zurückgegriffen werden kann. Daneben kann eine Stakeholderanalyse dazu beitragen, alle relevanten Akteure zu identifizieren sowie zu beteiligen und mögliche Interessenkonflikte frühzeitig zu antizipieren (vgl. Schlicht/Zinsmeister 2015, S. 145-146). Im Kontrast zu Erkenntnissen aus dem Change-Management, wonach Führungskräfte eng beteiligt werden sollten, empfiehlt sich dies allerdings nicht uneingeschränkt für die betriebliche Präventionspraxis (vgl. 4). Gerade Führungskräfte aus dem mittleren Management laufen Gefahr, eine spannungsgeladene Doppelrolle einzunehmen, da sie sowohl Multiplikatoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention sind als auch durch ihr Führungsverhalten selbst zur

psychischen Fehlbelastung von Mitarbeitern beitragen können (vgl. Süß/Weiß 2014; Weiß/Süß 2016).

Die Umsetzung der Erkenntnisse zum Schutz und zur Förderung der psychischen Mitarbeitergesundheit sollte aber nicht nur punktuell im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention Eingang in die Organisation finden. Vielmehr sollten Managementprozesse generell gesundheitsförderlich gestaltet werden. Dies trifft insbesondere für psychisch beanspruchende organisationale Veränderungen zu, z. B. für Restrukturierungsprozesse mit und ohne Personalabbau. Zentraler Bestandteil ist dabei **die Partizipation bzw. das Empowerment** von Mitarbeitern (vgl. Brandes/Stark 2021; Oreg/Vakola/Armenakis 2011). Soziale Unterstützung und wahrgenommene Kontrolle tragen zum Aufbau von individuellen Gesundheitsressourcen bei und können sich positiv auf die Einstellungen, Motivation und Gesundheit von Mitarbeitern auswirken (vgl. Nerdinger/Blickle/Schaper 2014; Oreg/Vakola/Armenakis 2011). Ferner unterstützt Partizipation den Abbau von Unsicherheit und Stress (vgl. Paterson/Cary 2002). Einen Mangel an Partizipation erleben Mitarbeiter hingegen oft als ungerecht, was negative Folgen für ihr psychisches Wohlbefinden haben kann (vgl. Richter et al. 2011).

Den in den Kapiteln 4 und 5 der vorliegenden Arbeit gewonnenen Erkenntnissen zufolge können Betriebs- und Personalräte die kollektive Partizipation von Mitarbeitern in verschiedenen Managementprozessen sicherstellen. Insbesondere der Arbeits- und Gesundheitsschutz, die Gestaltung von Arbeitsplätzen und der Datenschutz sind bedeutende mitbestimmungspflichtige Verhandlungsgegenstände (vgl. ArbSchG; BetrVG; BPersVG). Allerdings zeigt sich auch, dass Managementaufgaben zunehmend durch die Interessenvertreter übernommen werden und diese sich aktiv an wirtschaftlichen Entscheidungen und Veränderungsprozessen beteiligen (vgl. Müller-Jentsch 1998; Stracke/Schneider 2009; Haipeter 2018). Um als Co-Manager agieren zu können, ist zum einen die Organisationsleitung aufgefordert, Betriebs- und Personalräten den nötigen Handlungsspielraum zuzugestehen (vgl. Vahs 2019, S. 434). Zum anderen geht mit den veränderten Kompetenzanforderungen eine Professionalisierung der Interessenvertretungsarbeit einher.

Dabei genügt es längst nicht, dass Betriebs- und Personalräte ihre Expertise punktuell (z. B. durch externe Berater oder den Besuch von Seminaren) erweitern. Vielmehr sind die Interessenvertreter angehalten, sich langfristig und über die Kernthemen der Interessenvertretungsarbeit hinaus fortzubilden und ihr Wissen zu erweitern, um auf Augenhöhe mit dem Management diskutieren und verhandeln zu können (vgl. Minssen/Riese 2005; Hans-Böckler-Stiftung 2014). Der Ausdruck des Wunsches nach **Professionalisierung der Betriebs- und Personalratsarbeit** spiegelt sich auch im Angebot von berufsbegleitenden (Master-)Studiengängen an acht deutschen Hochschulen wider, die sich speziell an die betriebliche Interessenvertretung richten (vgl. Hans-Böckler-Stiftung 2021; Hocke 2021).

Der zusätzliche Kompetenzerwerb hinsichtlich Themen wie Wandel der Arbeit oder Digitalisierung und die damit verknüpften Risiken für die psychische Gesundheit kann einen Mehrwert für Organisationen, Mitarbeiter und Interessenvertretungen bieten. Vor allem kleinere Unternehmen mit limitierten Ressourcen können vom zusätzlichen Know-how der betrieblichen Interessenvertretung profitieren. Gleichzeitig können Mitarbeiter darauf vertrauen, dass kompetente Betriebs- und Personalräte ihre Interessen angemessen vertreten. **Expertenwissen** dient damit auch als Legitimationsquelle, da es einerseits zur Verankerung der betrieblichen Interessenvertretung in der Organisation beiträgt und andererseits die Positionierung gegenüber dem Arbeitgeber stärkt (vgl. Haipeter et al. 2019, S. 146). Letztlich verbessern Betriebs- und Personalräte damit auch ihre persönlichen Karrierechancen für die Zeit nach der ehrenamtlichen Tätigkeit (vgl. Hocke 2022).

Neben der betrieblichen Interessenvertretung wurde in der vorliegenden Arbeit die Bedeutung von Mitarbeitern als Ressource der sozialen Unterstützung bei psychischen Gesundheitsproblemen untersucht. Dabei gaben Mitarbeiter eine hohe Bereitschaft an, als Ansprechpartner für Kollegen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu dienen (vgl. 7). Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass sich Mitarbeiter in Falle eines psychischen Gesundheitsproblems eher Kollegen anvertrauen würden, als auf die betriebliche Interessenvertretung oder den Betriebsarzt zuzugehen. Um Mitarbeiter zu befähigen, erste Anzeichen psychischer Gesundheitsprobleme in ihrem Umfeld zu erkennen und zu

verstehen sowie angemessen darauf einzugehen, ist der Aufbau von psychischer Gesundheitskompetenz nötig (vgl. Jorm 2011).

In der betrieblichen Präventionspraxis kann der **Aufbau psychischer Gesundheitskompetenz** in Form von Schulungen einzelner Multiplikatoren umgesetzt werden, die wiederum ‚Ersthelfer‘ in der Organisation ausbilden (vgl. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim 2022). Als Multiplikatoren könnten die professionellen Arbeitsschutzexperten ausgebildet werden (vgl. 2.2.2), Ersthelfer kann dagegen jeder geschulte Mitarbeiter sein. Eine solches Schulungsangebot bietet beispielweise das australische Mental Health First Aid Programm, das hinsichtlich seiner Wirksamkeit mehrfach bestätigt wurde (vgl. z. B. Morgan/Ross/Reavley 2018) und mittlerweile auch in Deutschland lizenziert ist (vgl. MHFA 2022; Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim 2022). Das in Kapitel 6 entwickelte MHL-W-G kann in diesem Zusammenhand als Werkzeug der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention dienen. Mit Hilfe dieses Instruments kann sowohl der Bedarf als auch der Erfolg von Initiativen zur Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz zuverlässig gemessen werden.

Die Ersthelfer für psychische Gesundheit können ein betriebliches **Netzwerk** bilden, das vielfältige Funktionen übernimmt. Erstens werden die Organisationsmitglieder für das Thema der psychischen Gesundheit sensibilisiert. Zweitens kann das Netzwerk den Abbau von Unsicherheiten und stigmatisierenden Vorurteilen im Umgang mit betroffenen Personen unterstützen. Drittens wird die individuelle Handlungskompetenz gestärkt, sodass Mitarbeitern mit psychischen Gesundheitsproblemen frühzeitig angemessene Unterstützung angeboten werden kann. Viertens kann die Stärkung der individuellen psychischen Gesundheitskompetenz auch zum Aufbau einer organisationalen psychischen Gesundheitskompetenz beitragen. Diese unterstützt den fachkundigen Umgang mit neuen Anforderungen der sich verändernden Arbeitswelt in der betrieblichen Präventionspraxis (vgl. Gerlmaier 2019, S. 70-74). Im Sinne der Competence-based Theory of the Firm stellt die organisationale psychische Gesundheitskompetenz einen Wettbewerbsvorteil dar, da sie die Unternehmensressource Mitarbeitergesundheit schützt und fördert (vgl. Freiling 2004). Ferner kann der organisationale Kompetenzaufbau langfristig

auch zu einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur beitragen (vgl. 2.3.2).

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass der Arbeitsplatz ein bedeutendes Setting für die frühzeitige Prävention von psychischen Erkrankungen ist. Die Bedeutung zeigt sich u. a. darin, dass der Zugang zu in der Regel ‚gesunden‘ Erwachsenen, insbesondere zu Männern in Organisationen bzw. Betrieben ermöglicht wird (vgl. Naidoo/Wills 2019, S. 443). Dies ist relevant, da Männer außerhalb des Arbeitskontextes oft nur schwer für Präventionsmaßnahmen zu erreichen sind. Dies führt dazu, dass Männer seltener Hilfe z. B. bei Depressionen erhalten (vgl. Oliffe et al. 2019), obwohl sie häufiger an psychischen Störungen erkranken (vgl. Biddle et al. 2007). Die Ergebnisse der Studien in den Kapiteln 6 und 7 weisen darauf hin, dass insbesondere **junge Männer** eine eigene Risikogruppe darstellen. Mit diesem Wissen können im Rahmen der betrieblichen Gesundheitskommunikation bzw. des betrieblichen Präventionsmarketings Präventionsbotschaften zielgruppenspezifisch formuliert und hinsichtlich ihrer intendierten Wirkung überprüft werden (vgl. Faller 2017b). Um mit Stresspräventionsmaßnahmen gezielt junge männliche Mitarbeiter anzusprechen, empfiehlt es sich zum einen, psychische Erkrankungen und das Hilfesuchverhalten in der betrieblichen Kommunikation bestenfalls geschlechtsneutral darzustellen und mit positiven Attributen wie Stärke oder Kontrolle zu verknüpfen (vgl. Lynch/Long/Moorhead 2018). Zum anderen sollten Stresspräventionsmaßnahmen in stark männlich dominierten Branchen wie etwa dem Handwerk möglichst mit vorherrschenden männlichen Idealen in Einklang gebracht werden. Ferner unterstreichen Lynch, Long und Moorhead (2018) die Rolle der verwendeten Sprache, da diese stigmatisierende Einstellungen transportieren oder begünstigen kann.

8.3.2 Grenzen der Arbeit

Wie jede wissenschaftliche Abhandlung unterliegt auch die vorliegende Arbeit gewissen Grenzen, die bei der Interpretation der Ergebnisse Beachtung finden sollten. In den Kapiteln 4 bis 7 wurden die Limitationen im Zusammenhang mit dem forschungsmethodischen Vorgehen der einzelnen Studien bereits ausführlich diskutiert (vgl. 4.6; 5.6; 6.5; 7.6). Ferner ergeben sich studienübergreifende Grenzen für die vorliegende Arbeit, die im Folgenden näher betrachtet werden sollen.

Die offenkundigste Grenze ergibt sich aus dem **Fokus der Arbeit**. Der Schwerpunkt der Studien lag auf der Analyse von organisationalen und individuellen Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. Aus der Umwelt resultierende Einflussfaktoren standen nicht im Mittelpunkt der Untersuchungen, wengleich die vorliegende Arbeit einzelne Beiträge zu Einflussfaktoren an der Schnittstelle zwischen Organisation und Umwelt leistet. Diese Eingrenzung war notwendig, um beispielweise die Perspektiven und Interaktion der ohnehin großen Anzahl an betrieblichen Akteuren umfassend untersuchen zu können. Allerdings ist anzumerken, dass die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention auch durch überbetriebliche Akteure geprägt werden (vgl. Lenhardt 2017a; Dadaczynski et al. 2019). Mit Ausnahme der Studie in Kapitel 4 waren überbetriebliche Akteure nicht Bestandteil der empirischen Untersuchungen. In den Studien der vorliegenden Arbeit wurden Organisationsmitglieder, also Mitarbeiter (vgl. 6; 7) und deren Vertreter (Betriebs- und Personalrat) (vgl. 5), Arbeitgeber und Führungskräfte sowie professionelle Arbeitsschutzexperten (vgl. 4) fokussiert.

Zudem ist die **Generalisierbarkeit** der gewonnenen Erkenntnisse eingeschränkt, da sich die Studien hinsichtlich ihrer Stichprobensammensetzung unterscheiden. Insbesondere bei der Untersuchung von Auszubildenden der Gesundheitsberufe im Kapitel 7 stand eine spezielle Berufsgruppe im Analysefokus. Dies bot einerseits den Vorteil, dass die Forschungsfragen für diese Personengruppe detailliert beantwortet werden konnten. Andererseits ist aufgrund der professionsbezogenen Merkmale, etwa wegen des Kontakts zu Patienten mit psychischen Störungen, anzunehmen, dass die Erkenntnisse aus Kapitel 7 nicht ohne weiteres auf andere Berufsgruppen übertragbar sind. Im Kontrast dazu wurden auf Basis heterogener Stichproben, insbesondere Unternehmensgröße und Profession betreffend, die empirischen Analysen in den Kapiteln 4, 5 und 6 durchgeführt, was eine gewisse Generalisierung der Studienergebnisse erlaubt. Ferner wurden die Studien im deutschsprachigen Raum durchgeführt, sodass anzunehmen ist, dass die gewonnenen Erkenntnisse nicht ohne weiteres auf andere Länder bzw. Kulturen übertragbar sind, zumal bereits an verschiedenen Stellen der Arbeit darauf hingewiesen wurde, dass wirtschaftliche, politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

durchaus Einfluss auf die betriebliche Präventionspraxis haben (vgl. z. B. 8.5).

Daneben resultiert eine Grenze der vorliegenden Arbeit aus dem Umstand, dass die angewandten Forschungsmethoden nicht für alle Studien eine Interpretation der **Ursache-Wirkungs-Relationen** zulassen. Zunächst ist anzumerken, dass die Studien in den Kapiteln 4 und 5 nicht das Ziel hatten, kausale Zusammenhänge zu prüfen. Vielmehr stand in den Studien mit qualitativem Forschungsdesigns die „verstehend-interpretative Rekonstruktion“ (Bortz/Döring 2016, S. 63) möglicher organisationaler Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention im Vordergrund. In den Studien in den Kapiteln 6 und 7 mit quantitativen Daten wurden einige Vorkehrungen getroffen, um konkurrierende Kausalmodelle und die Gefahr einer umgekehrten Kausalität zu reduzieren (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 679-680). So wurde die Analyse in Kapitel 6 anhand zweier unabhängiger Stichproben mit jeweils zwei Messzeitpunkten durchgeführt. In Kapitel 7 erfolgte die Erhebung der unabhängigen und der abhängigen Variablen in zwei getrennten Messzeitpunkten zur Reduktion der Methodenverzerrung („common method bias“) (Podsakoff et al. 2003). Trotz dieser Maßnahmen sind die Ergebnisse in den Kapiteln 6 und 7 hinsichtlich ihrer Kausalität mit Vorsicht zu beurteilen. Diese Einschränkung trifft jedoch letztendlich auf jede Studie zu, die keine experimentelle Studie ist. Diese gilt als Goldstandard unter den Forschungsdesigns, da sie hinsichtlich der Ursache-Wirkungs-Relationen besonders valide und aussagekräftig ist (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 705; Huber 2020, S. 341).

8.3.3 Weiterer Forschungsbedarf

Die diskutierten Grenzen der Arbeit bieten Ansatzpunkte für zukünftige Forschungsbestreben im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. Zusätzlich ergibt sich weiterer Forschungsbedarf auf Basis der in den einzelnen Studien gewonnenen Erkenntnisse. Aufgrund der Vielzahl an möglichen Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention übersteigt eine abschließende Aufzählung des Forschungsbedarfs (im Sinne weiterer

Einflussfaktoren) den Rahmen dieses Kapitels. Es soll jedoch der Forschungsbedarf dargestellt werden, der sich direkt aus der vorliegenden Arbeit ableitet.

Erstens ergibt sich Forschungsbedarf aus dem Fokus der vorliegenden Arbeit auf organisationale und individuelle Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention. An die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit anknüpfend könnte die Interaktion relevanter Akteure über die Organisationsgrenzen hinaus anhand sogenannter Return-to-Work-Prozesse (also betrieblicher Wiedereingliederungsprozesse) untersucht werden. Die **Wiedereingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Störungen** zielt auf die berufliche Rehabilitation von langzeiterkrankten Mitarbeitern ab und ist damit der Tertiärprävention zuzuordnen (vgl. 2.2.1; 2.2.3). Da Arbeit bedeutsame psychosoziale Funktionen erfüllen kann (vgl. 2.1.2), ist eine zeitnahe Wiedereingliederung von zentraler Bedeutung für die Genesung. Die bisherige Return-to-Work-Forschung unterstreicht die Bedeutung der Zusammenarbeit von überbetrieblichen Akteuren (u. a. Behandler, Sozialversicherungsträger) mit betrieblichen Akteuren (u. a. Betriebsarzt, Führungskraft) für eine erfolgreiche Wiedereingliederung (Schwarz/Stegmann/Wegewitz 2020, S. 269-271). Nichtsdestoweniger kann ein Mangel an Studien zur Interaktion dieser Akteure im Rahmen der Wiedereingliederung von Mitarbeitern mit einer psychischen Störung festgestellt werden (vgl. z. B. Stegmann/Schröder 2018, S. 4-5). In zukünftigen Studien könnte der Fokus daher auf die Spezifika von Wiedereingliederungsprozessen von Mitarbeitern mit verschiedenen psychischen Störungen unter Berücksichtigung der Rolle und Zusammenarbeit (über)betrieblicher Akteure gelegt werden.

Weiterer Forschungsbedarf besteht darin, den Forschungsfokus auf die **Prozessevaluation** zu lenken. So können die Rahmenbedingungen und Merkmale der Umsetzung konkreter Stresspräventionsmaßnahmen analysiert und es kann ein umfassendes Bild der betrieblichen Präventionspraxis gezeichnet werden (vgl. Feldstein/Glasgow 2008; Rojatz/Merchant/Nitsch 2015). Im Rahmen der Prozessevaluation werden Implementationsoutcomes (etwa die Machbarkeit und Angemessenheit von Stresspräventionsmaßnah-

men) mittels administrativer Daten, Interviews, Fokusgruppen, Beobachtungen und Fragebögen gemessen (vgl. Proctor et al. 2011; Petermann 2014). Es empfiehlt sich für die Prozessevaluation, qualitative (z. B. Interviews) und quantitative Methoden (z. B. administrative Daten) zu kombinieren, da sich so die verschiedenen Zugänge zum Untersuchungsgegenstand ergänzen. Die Erkenntnisse aus der Prozessevaluation können dann mit den Erkenntnissen aus den Wirksamkeitsstudien in Verbindung gebracht werden, sodass darstellbar wird, welche Stresspräventionsmaßnahmen unter welchen Bedingungen wirksam sind. So gelingt die Unterscheidung zwischen Interventionsfehler (unpassende Stresspräventionsmaßnahme) und Implementationsfehler (fehlerhafte Umsetzung) (vgl. Petermann 2014, S. 123).

Ferner erweitert die Prozessevaluation die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit insofern, als dass die Einflussfaktoren in Abhängigkeit von der Implementierungsphase untersucht werden können. Die Betrachtung der Umsetzung von Stresspräventionsmaßnahmen über alle Implementierungsphasen hinweg kann dazu beitragen, die Bedeutung der einzelnen Einflussfaktoren besser einzuschätzen und das Zusammenspiel der Einflussfaktoren zu verstehen. In diesem Bereich ist weitere Forschung notwendig, da bislang nur vereinzelt Studien vorliegen, in denen die Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention prozessoral dargestellt werden (vgl. Elke et al. 2015).

Die **Digitalisierung** treibt nicht nur einen Wandel der Arbeit voran (vgl. z. B. Süß/Evertz/Christou 2020; Bauer et al. 2021), sondern wirkt sich auch auf die Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention aus. So wird in der aktuellen Forschung zur Verhältnisprävention empfohlen, psychosoziale Risiken, die sich aus der modernen Arbeitswelt ergeben, auch in der GB-Psychologie zu berücksichtigen (vgl. z. B. Diebig et al. 2019). Allerdings sind nicht nur die Inhalte von Stresspräventionsmaßnahmen an die sich wandelnde Arbeitswelt anzupassen, sondern auch die Formate von Stresspräventionsmaßnahmen werden überdacht. So erfüllt eine digitalisierte GB-Psychologie die Anforderungen einer orts- und zeitunabhängigen Umsetzung und ermöglicht einen geringeren Einsatz von Ressourcen sowie eine automatisierte Auswertung und Dokumentation von Maßnahmen

(vgl. Dragano/Wulf/Diebig 2019). Die Nutzung internetbasierter Informations- und Kommunikationstechnologien wird auch im Rahmen von verhaltenspräventiven Stresspräventionsmaßnahmen diskutiert. Zwar stecken die Wirksamkeitsstudien zu Online-Gesundheitstrainings für Mitarbeiter (insbesondere zu Gesundheits-Apps) noch in den Anfängen, erste empirische Ergebnisse zeigen jedoch, dass hierin weiteres Entwicklungspotential für die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Krankheitsprävention liegt (vgl. Lehr/Boß 2019).

Vor dem Hintergrund der Digitalisierung ist zu prüfen, inwieweit bekannte Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention hinsichtlich der **Umsetzung digitaler Formate** Gültigkeit besitzen. Erste Untersuchungen deuten darauf hin, dass der Umsetzungserfolg digitaler Stresspräventionsmaßnahmen durch vergleichbare Einflussfaktoren wie analoge Formate bedingt wird (vgl. Muuraiskangas et al. 2016; Kaiser/Matusiewicz 2018). Zusätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sich die Bedeutung einzelner Einflussfaktoren im digitalen Kontext verändert. So sind zentrale Einflussfaktoren auf organisationaler Ebene die technische Ausstattung sowie die Passung der Maßnahme zur technischen Infrastruktur (vgl. Muuraiskangas et al. 2016). Auf individueller Ebene ist denkbar, dass die Inanspruchnahme von digitalen Hilfsangeboten nicht nur von der psychischen Gesundheitskompetenz abhängt, sondern auch Kompetenzen im Umgang mit digitalen Medien voraussetzt (vgl. Bertschi/Levin-Zamir 2020). Darüber hinaus ist anzunehmen, dass vermehrt Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und der Datensicherheit sowie Angst vor Überwachung auftreten und zum Widerstand von Mitarbeitern führen können. Zudem bilden sich im digitalen Wandel neue Mitbestimmungspraktiken heraus (vgl. Haipeter et al. 2019). Weitere Studien sind nötig, um Einflussfaktoren einer digitalen betrieblichen Gesundheitsförderung und betrieblichen Krankheitsprävention zu untersuchen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der anhaltenden Coronapandemie und der damit verbundenen Beschleunigung der Digitalisierung der Arbeit relevant (vgl. z. B. Green/Tappin/Bentley 2020; Klingenberg et al. 2021).

Bislang wurde die psychische Gesundheitskompetenz in erster Linie auf individueller Ebene untersucht (vgl. z. B. Moll et al. 2018; Waldmann et al.

2019). So lag auch in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf der individuellen psychischen Gesundheitskompetenz. Im Arbeitskontext ist jedoch davon auszugehen, dass die Handlungsvoraussetzungen für Mitarbeiter durch das organisationale Umfeld mit seinen impliziten und expliziten Normen, Regeln und Strukturen beeinflusst wird – zumal bekannt ist, dass sich Organisationen im Umgang mit Krankheit unterscheiden (vgl. z. B. Ruhle/Süß 2020). Daher ist es naheliegend, in zukünftigen Studien die **psychische Gesundheitskompetenz auf organisationaler Ebene** zu untersuchen. Synonym zur individuellen Gesundheitskompetenz sind auf organisationaler Ebene gesundheitsförderliche Strukturen und Prozesse sowie die Unterstützung der Entwicklung der individuellen Gesundheitskompetenz assoziiert. Daraus leiten sich zum einen die Forschungsfragen ab, inwieweit sich Organisationen hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheitskompetenz voneinander unterscheiden und welche branchenspezifischen Unterschiede es gibt. Zum anderen könnte unter Einbeziehung der Competence-based Theory (vgl. Freiling 2004) untersucht werden, inwieweit Organisationen mit einer ausgeprägten psychischen Gesundheitskompetenz Vorteile gegenüber Organisationen mit einer weniger gut ausgeprägten psychischen Gesundheitskompetenz haben.

In der Literatur findet sich eine vergleichbare Systemperspektive im Zusammenhang mit dem Konzept der organisationalen Gestaltungskompetenz. Die organisationale Gestaltungskompetenz befähigt Organisationen dazu, Arbeitssysteme gesundheitsförderlich zu gestalten und psychosoziale Risiken zu minimieren (vgl. Gerlmaier/Latniak 2019). Im Gegensatz zur psychischen Gesundheitskompetenz liegt der Fokus der Gestaltungskompetenz auf der aktiven Anpassung der Arbeitssysteme, um Ressourcen zu stärken und negative Gesundheitsfolgen zu verhindern. Im Rahmen einer Querschnittsanalyse konnte gezeigt werden, dass die organisationale Handlungskompetenz in einem positiven Zusammenhang mit der psychosozialen Mitarbeitergesundheit steht (vgl. Gerlmaier 2019). Dies erklärt sich zum einen vor dem Hintergrund eines transformationalen Führungsstils und einer hohen Beziehungsqualität zwischen Führungskraft und Mitarbeiter (vgl. z. B. Rivkin 2019; Stuber et al. 2019). Zum anderen dadurch, dass gestaltungskompetente Mitarbeiter und Führungskräfte bewusst soziale Unterstützung suchen, Allianzen bilden und Probleme kooperativ bewältigen (vgl. Gerlmaier 2019). Da die Konzepte der

Gestaltungskompetenz und der psychischen Gesundheitskompetenz inhaltlich verwandt sind, ist davon auszugehen, dass ähnliche Ergebnisse für die psychische Gesundheitskompetenz auf organisationaler Ebene zu erwarten sind. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um diese Annahme zu überprüfen und die beiden Konzepte hinsichtlich ihrer inhaltlichen Überschneidung zu beurteilen.

Zur **Messung** der psychischen Gesundheitskompetenz einer Organisation können die individuellen psychischen Gesundheitskompetenzen der einzelnen Organisationsmitglieder erhoben und anschließend aggregiert werden. Dafür bietet sich das in der vorliegenden Arbeit entwickelte Instrument MHL-W-G an (vgl. 6). Zusätzlich können objektive Maße zur Bestimmung der psychischen Gesundheitskompetenz ergänzt werden (vgl. Wei et al. 2015). Dies würde einen bislang ausstehenden Vergleich der Selbsteinschätzung individueller psychischer Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz mit der objektiven psychischen Gesundheitskompetenz ermöglichen. Die aus der kombinierten Untersuchung subjektiver und objektiver Maße gewonnenen Erkenntnisse könnten einerseits zur Weiterentwicklung des MHL-W-G beitragen. Andererseits könnte eine solche differenzierte Untersuchung das angemessene Adressieren eines objektiven (z. B. durch die Vermittlung von Wissen) bzw. subjektiven Kompetenzmangels (z. B. durch den Aufbau von Vertrauen in die eigenen Kompetenzen) im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der betrieblichen Krankheitsprävention unterstützen.

Literaturverzeichnis

- Adams, Elizabeth F. M./Lee, Alison J./Pritchard, Colin W./White, Rupert J. E. (2010): What stops us from healing the healers: A survey of help-seeking behaviour, stigmatisation and depression within the medical profession, in: *International Journal of Social Psychiatry* 56 (4/2010), S. 359-370
- Ahlers, Elke (2014): Möglichkeiten und Grenzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht einer arbeitnehmerorientierten Wissenschaft, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2014*, Berlin u. a. 2014, S. 35-43
- Ahlers, Elke (2015a): Leistungsdruck, Arbeitsverdichtung und die (ungenutzte) Rolle von Gefährdungsbeurteilungen, in: *WSI-Mitteilungen* 3 (68/2015), S. 194-201
- Ahlers, Elke (2015b): Arbeits- und Gesundheitsschutz hat Konjunktur, <https://www.mitbestimmung.de/html/arbeits-und-gesundheitsschutz-hat-1183.html>, 03.01.2022
- Aiken, Linda H./Clarke, Sean P./Sloane, Douglas M./Sochalski, Julie A. (2001): An international perspective on hospital nurses' work environments: The case for reform, in: *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2 (4/2001), S. 255-263
- Aiken, Linda H./Sermeus, Walter/van den Heede, Koen/Sloane, Douglas M./Busse, Reinhard/McKee, Martinet/ Bruyneel, Luk/Rafferty, Anne M./Griffiths, Peter/Moreno-Casbas, Maria T. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care. Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States, in: *BMJ Clinical Research* 344 (o. H./2012), S. 1-14
- Ajzen, Icek (1991): The theory of planned behavior, in: *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (2/1991), S. 179-211
- Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2022a): Warum Empfehlungen?, <http://fairmedia.seelischegesundheit.net/leitfaden/empfehlungen>, 03.01.2022

- Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2022b): Psychische Erkrankungen, <https://www.seelischegesundheit.net/themen/psychische-erkrankungen>, 03.01.2022
- Allen, James/Jimmieson, Nerina L./Bordia, Prashant/Irmer, Bernd E. (2007): Uncertainty during organizational change: Managing perceptions through communication, in: *Journal of Change Management* 7 (2/2007), S. 187-210
- Altgeld, Thomas/Kolip, Petra (2018): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias/Klotz, Theodor/Stock, Stephanie (Hrsg.): *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung*, 5. Aufl., Bern 2018, S. 57-72
- American Psychological Association (2022): Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct, <https://www.apa.org/ethics/code>, 03.01.2022
- Anderson, James C./Gerbing, David W. (1988): Structural equation modeling in practice. A review and recommended two-step approach, in: *Psychological Bulletin* 103 (3/1988), S. 411-423
- Ando, Shuntaro/Nishida, Atsushi/Usami, Satoshi/Koike, Shinsuke/Yamasaki, Syudo/Kanata, Sho/Fujikawa, Shinya/Furukawa, Toshiaki A./Fukuda, Masato/Sawyer, Susan M./Hiraiwa-Hasegawa, Mariko/Kasai, Kiyoto (2018): Help-seeking intention for depression in early adolescents: Associated factors and sex differences, in: *Journal of Affective Disorders* 238 (o. H./2018), S. 359-365
- Angermeyer, Matthias C. (2004): Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft, in: *Psychiatrische Praxis* 31 (2/2004), S. 246-250
- Angermeyer, Matthias C./Dietrich, Sandra (2006): Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness. A review of population studies, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113 (3/2006), S. 163-179
- Angermeyer, Matthias C./Holzinger, Andreas/Matschinger, Herbert (2009): Mental health literacy and attitude towards people with mental illness. A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany, in: *European Psychiatry* 24 (4/2009), S. 225-232

- Angermeyer, Matthias C./Matschinger, Herbert (1997): Social distance towards the mentally ill: Results of representative surveys in the Federal Republic of Germany, in: *Psychological Medicine* 27 (1/1997), S. 131-141
- Angermeyer, Matthias C./Matschinger, Herbert (2003): The stigma of mental illness. Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108 (4/2003), S. 304-309
- Angermeyer, Matthias C./Matschinger, Herbert/Schomerus, Georg (2013): Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: Changes over two decades, in: *The British Journal of Psychiatry* 203 (2/2013), S. 146-151
- Antonovsky, Aaron (1987): *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*, San Francisco 1987
- Apel, Helmut/Fertig, Michael (2009): Operationalisierung von „Beschäftigungsfähigkeit“ – ein methodischer Beitrag zur Entwicklung eines Messkonzepts, in: *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung* 42 (1/2009), S. 5-28
- Arboleda-Flórez, Julio (2002): What causes stigma?, in: *World Psychiatry* 1 (1/2002), S. 25-26
- ArbSchG: Arbeitsschutzgesetz, 4. Aufl., München 2021, Stand: 2020
- Aronson, Elliot/Wilson, Timothy D./Akert, Robin M. (2014): *Sozialpsychologie*, 8. Aufl., Hallbergmoos 2014
- Aronsson, Gunnar/Theorell, Töres/Grape, Tom/Hammarström, Anne/Hogstedt, Christer/Marteinsdottir, Ina/Skoog, Ingmar/Träskman-Bendz, Lil/Hall, Charlotte (2017): A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms, in: *BMC Public Health* 17 (1/2017), S. 1-17
- Ashforth, Blake E./Rogers, Kristie M./Corley, Kevin G. (2011): Identity in organizations: Exploring cross-level dynamics, in: *Organization Science* 22 (5/2011), S. 1144-1156

- ASiG: Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (2022), <http://www.gesetze-im-internet.de/asig/>, 03.01.2022
- Ayazi, Touraj/Lien, Lars/Eide, Arne/Shadar, Elizabeth J. S./Hauff, Edvard (2014): Community attitudes and social distance towards the mentally ill in South Sudan: A survey from a post-conflict setting with no mental health services, in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49 (5/2014), S. 771-780
- Badura, Bernhard (2011): Kooperation und Gesundheit – Zur Rolle der Soziologie in den Gesundheitswissenschaften, in: Schott, Thomas/Hornberg, Claudia (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*, Wiesbaden 2011, S. 23-38
- Badura, Bernhard (2016): Unternehmenskultur und Gesundheit: Ein Überblick, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2016*, Berlin, Heidelberg 2016, S. 1-6
- Badura, Bernhard/von dem Knesebeck, Olaf (2016): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 6. Aufl., Weinheim, Basel 2016, S. 187-220
- Bahlmann, Johannes/Schomerus, Georg/Angermeyer, Matthias C. (2015): Nicht ganz dasselbe: Krankheitsvorstellungen von Burnout und Depression in der Allgemeinbevölkerung, in: *Psychiatrische Praxis* 42 (8/2015), S. 443-447
- Bakker, Arnold B./Demerouti, Evangelia (2007): The job demands-resources model: State of the art, in: *Journal of Managerial Psychology* 22 (3/2007), S. 309-328
- Bamberg, Eva (2011): Voraussetzungen und Hindernisse interdisziplinärer Kooperation in der Arbeitswissenschaft, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 65 (1/2011), S. 19-23

- Bamberg, Eva/Busch, Christine (2006): Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt, in: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 50 (4/2006), S. 215-226
- Bamberg, Eva/Ducki, Antje/Metz, Anna-Marie (2011): Handlungsbedingungen von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement, in: Bamberg, Eva (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt, Göttingen 2011, S. 109-122
- Bamberg, Eva/Mohr, Gisela (2016): Psychologisches Wissen für die Praxis – Gefährdungsbeurteilungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz, in: Psychologische Rundschau 67 (2/2016), S. 130-134
- Bambra, Clare/Egan, Matt/Thomas, Sian/Petticrew, Mark/Whitehead, Margaret (2007): The psychosocial and health effects of workplace reorganisation: A systematic review of task restructuring interventions, in: Journal of Epidemiology & Community Health 61 (12/2007), S. 1028-1037
- Bambra, Clare/Lunau, Thorsten/van Der Wel, Kjetil A./Eikemo, Terje A./Dragano, Nico (2014): Work, health, and welfare: The association between working conditions, welfare states, and self-reported general health in Europe, in: International Journal of Health Services 44 (1/2014), S. 113-136
- Bandura, Albert (1997): Self-efficacy. The exercise of control, New York 1997
- Bandura, Albert (2004): Health promotion by social cognitive means, in: Health Education & Behavior 31 (2/2004), S. 143-164
- Barello, Serena/Palamenghi, Lorenzo/Graffigna, Guendalina (2020): Stressors and resources for healthcare professionals during the covid-19 pandemic: Lesson learned from Italy, in: Frontiers in Psychology 11 (o. H./2020), S. 1-5
- Barney, Jay/Wright, Patrick (1998): On becoming a strategic partner. The role of human resources in gaining competitive advantage, in: Human Resource Management 37 (1/1998), S. 31-46

- Barthelmes, Ina/Bödeker, Wolfgang/Sörensen, Jelena/Kleinlercher, Kai-Michael/Odoy, Jennifer (2019): Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention, <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-40/>, 03.01.2022
- Bartölke, Klaus/Foit, Otto/Gohl, Jürgen/Kappler, Ekkehard/Ridder, Hans-Gerd/Schumann, Ulrich (1981): *Konfliktfeld Arbeitsbewertung. Grundprobleme und Einführungspraxis*, Frankfurt a. M. 1981
- Bartunek, Jean M./Rousseau, Denise M./Rudolph, Jenny W./DePalma, Judith A. (2006): On the receiving end: Sensemaking, emotion, and assessments of an organizational change initiated by others, in: *The Journal of Applied Behavioral Science* 42 (2/2006), S. 182-206
- BAuA (2014): *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Erfahrungen und Empfehlungen*, Berlin 2014
- BAuA (2020): *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2018*, https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit_node.html, 03.01.2022
- BAuA (2020a): *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2018*, 2. Aufl., Dortmund u. a. 2020
- BAuA (2020b): *Öffentlicher Dienst: Hohe Arbeitsintensität, starke Belastung*, https://www.baua.de/DE/Services/Presse/Pressemitteilungen/2020/02/pm010-20.html?pk_campaign=NEWSLETTER, 03.01.2022
- BAuA (2021): *Handbuch Gefährdungsbeurteilung: Grundlagen und Prozessschritte*, www.baua.de/gebrauch/gefahrdungsbeurteilung, 03.01.2022
- BAuA (2022c): *Schäden und Beeinträchtigungen durch Lärm*, <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Physikalische-Faktoren-und-Arbeitsumgebung/Laerm/Schaeden.html>, 03.01.2022
- Bauer, Wilhelm/Mütze-Niewöhner, Susanne/Stowasser, Sascha/Zanker, Claus/Müller, Nadine (2021): *Arbeit in der digitalisierten Welt*, Berlin, Heidelberg 2021

- Beaton, Dorcas E./Bombardier, Claire/Guillemin, Francis/Ferraz, Marcos B. (2000): Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures in: *Spine* 25 (24/2000), S. 3186-3191
- Bechmann, Sebastian/Jäckle, Robert/Lück, Patricia/Herdegen, Regina (2011): Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/igareport-20/>, 03.01.2022
- Beck, David (2013): Betriebliche Gesundheitspolitik. Überlegungen zur Analyse betrieblicher Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis als Gegenstand von Politik, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 49 – Gesundheitspolitik in der Arbeitswelt, Hamburg 2013, S. 10-28
- Beck, David/Lenhardt, Uwe (2019): Consideration of psychosocial factors in workplace risk assessments: Findings from a company survey in Germany, in: *International Archives of Occupational and Environmental Health* 92 (3/2019), S. 435-451
- Beck, David/Lenhardt, Uwe/Schmitt, Britta/Sommer, Sabine (2015): Patterns and predictors of workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany, in: *BMC Public Health* 15 (1/2015), S. 1-9
- Becker, Gary S. (1993): *Human Capital. A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*, 3. Aufl., Chicago, London 1993
- Becker, Johannes/Süß, Stefan/Sieweke, Jost (2014): Individuelle Kompetenzen als zentrale Einflussfaktoren der Employability von Freelancern: Eine empirische Analyse, in: *Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung* 66 (68/2014), S. 62-87
- Becker, Karina (2016): Entgrenzte Organisationen – begrenzte Beschäftigungsgesundheit? Arbeitspolitische Aushandlungen um Grenzverschiebungen und Grenzziehungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz, in: *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 23 (2/2016), S. 142-161

- Beelmann, Andreas/Karing, Constance (2014): Implementationsfaktoren und -prozesse in der Präventionsforschung. Strategien, Probleme, Ergebnisse, Perspektiven, in: *Psychologische Rundschau* 65 (3/2014), S. 129-139
- Berntson, Erik/Marklund, Staffan (2007): The relationship between perceived employability and subsequent health, in: *Work & Stress* 21 (3/2007), S. 279-292
- Bertschi, Isabella/Levin-Zamir, Diane (2020): Der Umgang mit Gesundheitsbotschaften aus traditionellen und digitalen Medien – Media Health Literacy und digitale Gesundheitskompetenz, in: Bollweg, Torsten M./Bröder, Janine/Pinheiro, Paulo (Hrsg.): *Health Literacy im Kindes- und Jugendalter*, Wiesbaden 2020, S. 225-238
- BetrVG: Betriebsverfassungsgesetz, 20. Aufl., Frankfurt 2018, Stand: 2018
- Biddle, Lucy/Donovan, Jenny/Sharp, Debbie/Gunnell, David (2007): Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behaviour, in: *Sociology of Health & Illness* 29 (7/2007), S. 983-1002
- Bielefeld, Knud (2018): Statistiken der häufigsten Vornamen für jeden Geburtsjahrgang, <https://www.beliebte-vornamen.de/jahrgang>, 03.01.2022
- Biron, Caroline/Cooper, Cary L./Bond, Frank W. (2008): Mediators and moderators of organizational interventions to prevent occupational stress, in: Cartwright, Susan/Cooper, Cary L. (Hrsg.): *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being*, Oxford u. a. 2008, S. 441-465
- Biron, Caroline/Gatrell, Caroline/Cooper, Cary L. (2010): Autopsy of a failure: Evaluating process and contextual issues in an organizational-level work stress intervention, in: *International Journal of Stress Management* 17 (2/2010), S. 135-158
- Bitektine, Alex (2011): Toward a theory of social judgments of organizations: The case of legitimacy, reputation, and status, in: *Academy of Management Review* 36 (1/2011), S. 151-179

- Bogumil, Jörg/Kißler, Leo (1995): Neue Steuerung der öffentlichen Verwaltung – Wohin steuert der Personalrat, in: Der Personalrat 10 (o. H./1995), S. 414-418
- Bogumil, Jörg/Kißler, Leo (1998): Verwaltungsmodernisierung als Machtspiel. Zu den heimlichen Logiken kommunaler Modernisierungsprozesse, in: Budäus, Dietrich/Conrad, Peter/Schreyögg, Georg (Hrsg.): Managementforschung, 8. Aufl., Berlin u. a. 1998, S. 123-149
- Bonabi, Herdis/Müller, Mario/Ajdacic-Gross, Vladeta/Eisele, Jochen/Rodgers, Stephanie/Seifritz, Erich/Rössler, Wulf/Rüsch, Nicolas (2016): Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use. A longitudinal study, in: The Journal of Nervous and Mental Disease 204 (4/2016), S. 321-324
- Bordia, Prashant/Jones, Elizabeth/Gallois, Cindy/Callan, Victor J./DiFonzo, Nicholas (2006): Management are aliens! Rumors and stress during organizational change, in: Group & Organization Management 31 (5/2006), S. 601-621
- Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (2016): Forschungsmethoden und Evaluation für Human-und Sozialwissenschaftler, 5. Aufl., Berlin, Heidelberg 2016
- Bothe, Patricia/Pförtner, Timo K./Pfaff, Holger (2018): Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias/Klotz, Theodor/Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung, 5. Aufl., Bern 2018, S. 391-403
- Bourget, Beverley/Chenier, Richard (2007): Mental health literacy in Canada: Phase one draft report mental health literacy project. Canadian alliance on mental illness and mental health, <http://en.copian.ca/library/research/mhl/cover.htm>, 03.01.2022
- BPersVG: Bundespersonalvertretungsgesetz, 10. Aufl., Frankfurt 2019, Stand: 2019

- Brand, Sarah L./Thompson Coon, Jo/Fleming, Lora E./Carroll, Lauren/Bethel, Alison/Wyatt, Katrina (2017): Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review, in: PLoS One 12 (12/2017), S. 1-26
- Brandes, Sven/Stark, Wolfgang (2021): Empowerment, <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/empowermentbefaehigung/>, 03.01.2022
- Brandstädter, Simone/Schleiting, Yannick/Sonntag, Karlheinz (2018): Interdisziplinäre Kompetenz in der Wirtschaft, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 72 (1/2018), S. 35-43
- Braßler, Mirjam (2020): Praxishandbuch interdisziplinäres Lehren und Lernen. 50 Methoden für die Hochschullehre, 1. Aufl., Weinheim u. a. 2020
- Bräunig, Dietmar/Haupt, Jessy/Kohstall, Thomas/Kramer, Ina/Pieper, Claudia/Schröer, Sarah (2015): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention, https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf, 03.01.2022
- Brenscheidt, Simone/Siefer, Anke/Hinnenkamp, Heike/Hünefeld, Lena/Lück, Marcel/Kopatz, Florian (2020): Arbeitswelt im Wandel. Zahlen – Daten – Fakten, <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/A105.html>, 03.01.2022
- Brisson, Chantal/Gilbert-Ouimet, Mahee/Duchaine, Caroline/Trudel, Xavier/Vézina, Michel (2016): Workplace interventions aiming to improve psychosocial work factors and related health, in: Siegrist, Johannes/Wahrendorf, Morten (Hrsg.): Work Stress and Health in a Globalized Economy, Cham 2016, S. 333-363
- Britt, Thomas W./Bennett, Elizabeth A./Crabtree, Michael/Haugh, Christine/Oliver, Kalifa/McFadden, Anna/Pury, Cynthia L. S. (2011): The theory of planned behaviour and reserve component veteran treatment seeking, in: Military Psychology 23 (1/2011), S. 82-96

- Brohan, Elaine/Henderson, Claire/Wheat, Kay/Malcolm, Estelle/Clement, Sarah/Barley, Elizabeth A./Slade, Mike/Thornicroft, Graham (2012): Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace, in: *BMC Psychiatry* 12 (2012), S. 1-11
- Brouwers, Evelien/Mathijssen, Jolanda/van Bortel, Tine/Knifton, Lee/Wahlbeck, Kristian/van Audenhove, Chantal/Kadri, Norlina/Chang, Chih-Cheng/Goud, Ramakrishna B./Ballester, Dinarte/Tófoli, Luis F./Bello, Reinaldo/Jorge-Monteiro, Maria F./Zäske Horst/Milačić Ivona/Uçok, Alp/Bonetto, Chiara/Lasalvia, Antonio/Thornicroft, Graham/Van Weeghel, Jaap/ASPEN INDIGO Study Group (2016): Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional study in 35 countries, in: *BMJ Open* 6 (2/2016), S. 1-8
- Bundesagentur für Arbeit (2019): Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201912/arbeitsmarktberichte/fk-engpassanalyse/fk-engpassanalyse-d-0-201912-pdf.pdf>, 03.01.2022
- Bundesgesetzblatt (2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>, 03.01.2022
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2020): Portal der Bundesregierung für Fachkräfte aus dem Ausland, <https://www.make-it-in-germany.com/de/jobs/gefragte-berufe/pflegekraefte/>, 03.01.2022
- Bundespsychotherapeutenkammer (2013): BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung, https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20140128_BPtK-Studie_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf, 03.01.2022
- Bundesverwaltungsgericht (2012): Beschluss vom 05.03.2012 – 6 PB 25.11, <https://www.bverwg.de/050312B6PB25.11.0>, 03.01.2022

- Bungart, Jörg (2017): Von zunehmender Bedeutung: Unterstützung bei psychischen Erkrankungen im Betrieb, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern 2017, S. 331-343
- Burnes, Bernard (2017): Managing change. A strategic approach to organisational dynamics, 7. Aufl., Harlow 2017
- Busch-Heizmann, Anne/Entgelmeier, Ines/Rinke, Timothy (2018): Digitalisierung und Entgrenzung, https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-006970, 03.01.2022
- Büssing, André/May, Simone (1995): Krankenpflegeausbildung im internationalen Vergleich, in: Journal of Public Health 3 (3/1995), S. 264-275
- Byrne, Barbara M. (2016): Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming, 3. Aufl., New York, London 2016
- Caplan, Gerald (1964): Principles of Preventive Psychiatry, New York 1964
- Cauce, Ana M./Domenech-Rodríguez, Melanie/Paradise, Matthew/Cochran, Bryan N./Shea, Jennifer M./Srebnik, Debra/Baydar, Nazli (2002): Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology 70 (1/2002), S. 44-55
- Chaudoir, Stephenie R./Dugan, Alicia G./Barr, Colin H. I. (2013): Measuring factors affecting implementation of health innovations: A systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures, in: Implementation Science 8 (22/2013), S. 1-20
- Cheng, Hsiu-Lan/Wang, Cixin/McDermott, Ryon C./Kridel, Matthew/Rislin, Jamey L. (2018): Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help, in: Journal of Counseling & Development 96 (1/2018), S. 64-74
- Cheung, Gordon W./Rensvold, Roger B. (2002): Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance, in: Structural Equation Modeling 9 (2/2002), S. 233-255

- Chew-Graham, Carolyn A./Rogers, Anne/Yassin, Nuha (2003): 'I wouldn't want it on my CV or their records': Medical students' experiences of help-seeking for mental health problems, in: *Medical Education* 37 (10/2003), S. 873-880
- Cifre, Eva/Vera, Maria/Signani, Fulvia (2015): Women and men at work: Analyzing occupational stress and well-being from a gender perspective, in: *Revista Puertorriqueña de Psicología* 26 (2/2015), S. 172-191
- Cockerham, William C. (2017): *Medical Sociology*, 14. Aufl., New York 2017
- Cohen, Jacob (1988): *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences*, 2. Aufl., New York 1988
- Cole, David A./Maxwell, Scott E. (2003): Testing mediational models with longitudinal data: Questions and tips in the use of structural equation modeling, in: *Journal of Abnormal Psychology* 112 (4/2003), S. 558-577
- Cornally, Nicola/McCarthy, Geraldine (2011): Help-seeking behaviour. A concept analysis, in: *International Journal of Nursing Practice* 17 (3/2011), S. 280-288
- Corrigan, Patrick W. (2000): Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change, in: *Clinical Psychology: Science and Practice* 7 (1/2000), S. 48-67
- Corrigan, Patrick W. (2004): How stigma interferes with mental health care, in: *The American Psychologist* 59 (7/2004), S. 614-625
- Corrigan, Patrick W./Bink, Andrea B. (2016): The Stigma of Mental Illness, in: *Encyclopedia of Mental Health*, 2016, S. 230-234
- Corrigan, Patrick W./Nieweglowski, Katherine (2019): How does familiarity impact the stigma of mental illness?, in: *Clinical Psychology Review* 70 (2019), S. 40-50
- Corrigan, Patrick W./River, L. Philip/Lundin, Robert K./Penn, David L./Uphoff-Wasowski, Kyle/Campion, John/Mathisen, James/Gagnon, Christine/Bergman, Maria/Goldstein, Hillel (2001): Three

- strategies for changing attributions about severe mental illness, in: *Schizophrenia Bulletin* 27 (2/2001), S. 187-195
- Cotton, Sue M./Wright, Annemarie/Harris, Meredith G./Jorm, Anthony F./McGorry, Patrick D. (2006): Influence of gender on mental health literacy in young Australians, in: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40 (9/2006), S. 790-796
- Courtenay, Will H. (2000): Constructions of masculinity and their influence on men's well-being. A theory of gender and health, in: *Social Science & Medicine* 50 (10/2000), S. 1385-1401
- Creswell, John W./Creswell, J. David (2018): *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, 5. Aufl., Los Angeles u. a. 2018
- Crozier, Michel/Friedberg, Erhard (1979): *Macht und Organisation. Die Zwänge kollektiven Handelns*, Königstein 1979
- Cusack, Jason/Deane, Frank P./Wilson, Coralie J./Ciarrochi, Joseph (2004): Who influence men to go to therapy? Reports from men attending psychological services, in: *International Journal for the Advancement of Counselling* 26 (3/2004), S. 271-283
- Dadaczynski, Kevin/Plaumann, Martina/Alayli, Adrienne/Thaiss, Heidrun M. (2019): Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland, in: Naidoo, Jennie/Wills, Jane (Hrsg.): *Lehrbuch Gesundheitsförderung*, 3. Aufl., Bern 2019, S. 237-253
- Davidov, Eldad/Meuleman, Bart/Cieciuch, Jan/Schmidt, Peter/Billiet, Jaak (2014): Measurement Equivalence in Cross-National Research, in: *Annual Review of Sociology* 40 (1/2014), S. 55-75
- Davidson, Judy E./Mendis, Janet/Stuck, Amy R./DeMichele, Gianni/Zisook, Sidney (2018): Nurse suicide. Breaking the silence, <https://nam.edu/nurse-suicide-breaking-the-silence/>, 03.01.2022
- de Dreu, Carsten K. W./Weingart, Laurie R. (2003): Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: A meta-analysis, in: *Journal of Applied Psychology* 88 (4/2003), S. 741-749

- de la Sablonnière, Roxane/Tougas, Francine/de la Sablonnière, Édith/Debrosse, Régine (2012): *Profound organizational change, psychological distress and burnout symptoms: The mediator role of collective relative deprivation*, in: *Group Processes & Intergroup Relations* 15 (6/2012), S. 776-790
- de Wit, Frank R./Greer, Lindred L./Jehn, Karen A. (2012): *The paradox of intragroup conflict: A meta-analysis*, in: *Journal of Applied Psychology* 2 (97/2012), S. 360-390
- DeBord, Lenora F./Branstetter, Mary L./Smith, Lynette S. (2019): *Working nursing students willing to seek psychological services*, in: *The Psychiatric Quarterly* 90 (2/2019), S. 293-301
- DeChurch, Leslie A./Marks, Michelle A. (2001): *Maximizing the benefit of task conflict. The role of conflict management*, in: *International Journal of Conflict Management* 12 (1/2001), S. 4-22
- Deephouse, David L./Suchman, Mark (2008): *Legitimacy in organizational institutionalism*, in: Greenwood, Royston/Oliver, Christine/Suddaby, Roy/Sahlin, Kerstin (Hrsg.): *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, London u. a. 2008, S. 49-77
- Demerouti, Evangelia/Peeters, Maria C. W./van den Heuvel, Machteld (2019): *Job crafting interventions: Do they work and why?*, in: van Zyl, Llewellyn E./Rothmann, Sebastiaan (Hrsg.): *Positive Psychological Intervention Design and Protocols for Multi-Cultural Contexts*, Cham 2019, S. 103-125
- Deutsch, Morton (2011): *Cooperation and competition*, in: Deutsch, Morton/Coleman, Peter T./Marcus, Eric C. (Hrsg.): *The handbook of conflict resolution: Theory and practice*, 2. Aufl., San Francisco 2011, S. 23-42
- Deutsche Rentenversicherung (2020): *Rentenversicherung in Zahlen 2020. Statistik der Deutschen Rentenversicherung*, https://www.deutscherentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte_node.html, 03.01.2022

- DeVellis, Robert F. (2016): Scale development: Theory and applications, 4. Aufl., Thousand Oaks 2016
- DGB (2019): DGB-Index Gute Arbeit – Report 2019. Arbeiten am Limit, <https://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/jahresreports/> ++co++caa19028-1511-11ea-81ba-52540088cada, 03.01.2022
- DGUV (2009): Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Unfallverhütungsvorschrift: Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit, https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/vorschriften_regeln/dguv-vorschrift_2/muster_vorschr_2.pdf, 03.01.2022
- Diebig, Mathias/Dragano, Nico/Körner, Ulrike/Lunau, Thorsten/Wulf, Ines C./Angerer, Peter (2019): Development and validation of a questionnaire to measure psychosocial work stressors in modern working environments, in: Journal of Occupational and Environmental Medicine 62 (3/2019), S. 185-193
- Dietscher, Christina/Pelikan, Jürgen (2016): Soziologie der Krankheitsprävention, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit, 1. Aufl., Wiesbaden 2016, S. 417-434
- Dilger, Alexander (2003): Sind Betriebsräte effizient?, in: Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 10 (4/2003), S. 512-527
- DIN (2000): Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung – Teil 1: Allgemeines und Begriffe (ISO 10075: 1991; EN ISO 10075-1: 2000. EN ISO 10075-1 2000
- Ditte, Darja/Schulz, Wolfgang/Schmid-Ott, Gerhard (2006): Einstellung gegenüber der Psychotherapie in der russischen Bevölkerung und in der Bevölkerung mit einem russischen/sowjetischen kulturellen Hintergrund in Deutschland. Eine Pilotstudie, in: Der Nervenarzt 77 (1/2006), S. 64-72
- Döhler, Marian (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich, Frankfurt am Main 1997

- Dolce, Joni N./Bates, Francine M. (2019): Hiring and employing individuals with psychiatric disabilities: Focus groups with human resource professionals, in: *Journal of Vocational Rehabilitation* 50 (1/2019), S. 85-93
- Doppler, Klaus/Lauterburg, Christoph (2019): *Change Management: Den Unternehmenswandel gestalten*, 14. Aufl., Frankfurt 2019
- Döring, Nicola/Bortz, Jürgen (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*, 5. Aufl., Berlin u. a. 2016
- Drabek, Agata (2010): Determinanten der Inanspruchnahme sozialer sowie professioneller psychologischer Unterstützung von Justizwachebeamten im österreichischen Strafvollzug, <http://othes.univie.ac.at/12498/>, 03.01.2022
- Dragano, Nico/Wahl, Stefanie (2015): Zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement: Hintergründe, Strategien und Qualitätsstandards, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2015*, Berlin, Heidelberg 2015, S. 21-29
- Dragano, Nico/Wulf, Ines C./Diebig, Mathias (2019): Digitale Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen*, Berlin, Heidelberg 2019, S. 111-125
- Duchscher, Judy E. (2009): Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses, in: *Journal of Advanced Nursing* 65 (5/2009), S. 1103-1113
- Ducki, Antje (2019): Digitale Transformationen – von gesundheitsschädigenden Effekten zur gesundheitsförderlichen Gestaltung, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen*, Berlin, Heidelberg 2019, S. 1-12
- Duckworth, Angela L./Tsukayama, Eli/May, Henry (2010): Establishing causality using longitudinal hierarchical linear modeling: An illustration

- predicting achievement from self-control, in: *Social Psychological and Personality Science* 1 (4/2010), S. 311-317
- Duden online (2022): Gesundheit, <https://www.duden.de/rechtschreibung/Gesundheit>, 03.01.2022
- Durand-Zaleski, Isabelle/Scott, Jan/Rouillon, Frédéric/Leboyer, Marion (2012): A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France, in: *BMC Psychiatry* 12 (1/2012), S. 128-136
- Durlak, Joseph A./DuPre, Emily P. (2008): Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation, in: *American Journal of Community Psychology* 41 (3-4/2008), S. 327-350
- Dyrbye, Lotte N./Shanafelt, Tait D./Sinsky, Christine A./Cipriano, Pamela F./Bhatt, Jay/Ommaya, Alexander/West, Colin P./Meyers, David (2017): Burnout among health care professionals. A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care, <https://nam.edu/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care/>, 03.01.2022
- Edenfeld, Stefan (2000): *Arbeitnehmerbeteiligung im Betriebsverfassungs- und Personalvertretungsrecht*, Köln 2000
- Eichhorst, Werner/Buhlmann, Florian (2015): Die Zukunft der Arbeit und der Wandel der Arbeitswelt, in: *Wirtschaftspolitische Blätter* 62 (1/2015), S. 131-148
- Eickholt, Clarissa/Hamacher, Werner/Lenartz, Norbert (2015): Gesundheitskompetenz im Betrieb fördern – aber wie?, in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (9/2015), S. 976-982
- Eisenberg, Daniel/Downs, Marilyn F./Golberstein, Ezra/Zivin, Kara (2009): Stigma and help seeking for mental health among college students, in: *Medical Care Research and Review* 66 (5/2009), S. 522-541

- Elke, Gabriele/Gurt, Jochen/Möltner, Hannah/Externbrink, Kai (2015): Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung: Vergleichende Analyse der Prädiktoren und Moderatoren guter Praxis, Dortmund 2015
- Elkeles, Thomas/Beck, David (2017): Evaluation von betrieblicher Gesundheitsförderung – mehr als ein „Datenvergleich“, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern 2017, S. 253-260
- Ellguth, Peter (2018): Die betriebliche Mitbestimmung verliert an Boden, <https://www.iab-forum.de/die-betriebliche-mitbestimmung-verliert-an-boden/>, 03.01.2022
- Ellguth, Peter/Kohaut, Susanne (2017): Tarifbindung und betriebliche Interessenvertretung: Ergebnisse aus dem IAB-Betriebspanel 2016, in: WSI Mitteilungen 70 (4/2017), S. 278-286
- Eriksson, Carin B. (2004): The effects of change programs on employees' emotions, in: Personnel Review 33 (1/2004), S. 110-126
- Esslinger, Adelheid S. (2019): Betriebliches Gesundheitsmanagement, in: Haring, Robin (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften, Berlin, Heidelberg 2019, S. 725-734
- EU-OSHA (2016): Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2). Overview Report: Managing Safety and Health at Work, <https://osha.europa.eu/de/tools-and-publications/publications/second-european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener>, 03.01.2022
- EU-OSHA (2019): Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 3), https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/ESENER_3_first_findings.pdf, 03.01.2022
- Evans-Lacko, Sara E./Knapp, Martin (2016): Global patterns of workplace productivity for people with depression: Absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 51 (11/2016), S. 1525-1537

- Faber, Ulrich/Faller, Gudrun (2017): Hat BGF eine rechtliche Grundlage? Gesetzliche Anknüpfungspunkte für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern 2017, S. 57-76
- Faller, Gudrun (2017a): Was ist eigentlich betriebliche Gesundheitsförderung?, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern 2017, S. 25-38
- Faller, Gudrun (2017b): Mehr als Marketing: Kommunikation und Gesundheit im Betrieb, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern 2017, S. 189-201
- Faller, Hermann (2019): Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit, in: Faller, Hermann/Lang, Hermann (Hrsg.): Medizinische Psychologie und Soziologie, 5. Aufl., Berlin, Heidelberg 2019, S. 3-14
- Faltermaier, Toni (2018): Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter, in: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias/Klotz, Theodor/Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung, 5. Aufl., Bern 2018, S. 101-112
- Faupel, Stefanie/Süß, Stefan/Wulf, Ines C. (2019): Legitimität und Legitimitätssicherung von Betriebs- und Personalrat in organisationalen Veränderungen – Eine qualitative Analyse, in: Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 26 (3/2019), S. 278-301
- Feldstein, Adrienne C./Glasgow, Russell E. (2008): A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice, in: The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 34 (4/2008), S. 228-243
- Felfe, Jörg/Wombacher, Jörg (2016): Mitarbeiterbindung und Gesundheit, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016, Berlin, Heidelberg 2016, S. 129-138
- Finch, David/Deephouse, David L./Varella, Paul (2015): Examining an individual's legitimacy judgment using the value-attitude system: The

- role of environmental and economic values and source credibility, in: *Journal of Business Ethics* 127 (2/2015), S. 265-281
- Finzen, Asmus (2020): *Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen*, 3. Aufl., Köln 2020
- Fokus Online (2020): *Psychische Belastung am Arbeitsplatz: So reduzieren Sie sie*, https://praxistipps.focus.de/psychische-belastung-am-arbeitsplatz-so-reduzieren-sie-sie_119207, 03.01.2022
- Frege, Carola M. (2002): *A critical assessment of the theoretical and empirical research on German works councils*, in: *British Journal of Industrial Relations* 40 (2/2002), S. 221-248
- Freiling, Jörg (2004): *A competence-based theory of the firm*, in: *Management Revue* 15 (1/2004), S. 27-52
- Frögéli, Elin/Rudman, Ann/Gustavsson, Petter (2019): *The relationship between task mastery, role clarity, social acceptance, and stress: An intensive longitudinal study with a sample of newly registered nurses*, in: *International Journal of Nursing Studies* 91 (o. H./2019), S. 60-69
- Furnham, Adrian/Annis, Jennifer/Cleridou, Kalia (2014): *Gender differences in the mental health literacy of young people*, in: *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 26 (2/2014), S. 283-292
- Furnham, Adrian/Chan, Esther (2004): *Lay theories of schizophrenia. A cross-cultural comparison of British and Hong Kong Chinese attitudes, attributions and beliefs*, in: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39 (7/2004), S. 543-552
- Furnham, Adrian/Murao, Masako (2000): *A cross-cultural comparison of British and Japanese lay theories of schizophrenia*, in: *International Journal of Social Psychiatry* 46 (1/2000), S. 4-20
- Fürst, Ronny A. (2019): *Ausblick – Zukunftsperspektiven der digitalen Transformation*, in: Fürst, Ronny A. (Hrsg.): *Gestaltung und Management der digitalen Transformation*, Wiesbaden 2019, S. 367-376
- Gärtner, Fania R./Nieuwenhuijsen, Karen/van Dijk, Frank J./Sluiter, Judith K. (2010): *The impact of common mental disorders on the work*

- functioning of nurses and allied health professionals. A systematic review, in: *International Journal of Nursing Studies* 47 (8/2010), S. 1047-1061
- Gerlmaier, Anja (2019): Wer gestaltet die Arbeit im Zeitalter der Digitalisierung?, in: Gerlmaier, Anja/Latniak, Erich (Hrsg.): *Handbuch psychosoziale Gestaltung digitaler Produktionsarbeit. Gesundheitsressourcen stärken durch organisationale Gestaltungs-kompetenz*, Wiesbaden 2019, S. 57-78
- Gerlmaier, Anja/Latniak, Erich (2019): *Handbuch psychosoziale Gestaltung digitaler Produktionsarbeit. Gesundheitsressourcen stärken durch organisationale Gestaltungskompetenz*, Wiesbaden 2019
- Gerst, Detlef/Pickshaus, Klaus/Wagner, Hilde (2011): Revitalisierung der Gewerkschaften durch Arbeitspolitik? Die Initiativen der IG Metall – Szenario für Arbeitspolitik in und nach der Krise, in: Haipeter, Thomas/Dörre, Klaus (Hrsg.): *Gewerkschaftliche Modernisierung*, Wiesbaden 2011, S. 136-163
- Gimm, Elisabeth (2018): Einfluss von Unternehmenskultur und Führung auf den Erfolg von Betrieblichem Gesundheitsmanagement, in: Herget, Josef/Strobl, Herbert (Hrsg.): *Unternehmenskultur in der Praxis: Grundlagen - Methoden - Best Practices*, Wiesbaden 2018, S. 343-354
- Glasgow, Russell E./Harden, Samantha M./Gaglio, Bridget/Rabin, Borsika/Smith, Matthew L./Porter, Gwendolyn C./Ory, Marcia G./Estabrooks, Paul A. (2019): RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review, in: *Frontiers in Public Health* 7 (o. H./2019), S. 1-9
- Glasgow, Russell E./Vogt, Thomas M./Boles, Shawn M. (1999): Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework, in: *American Journal of Public Health* 89 (9/1999), S. 1322-1327
- Golant, Benjamin D./Sillince, John A. A. (2007): The constitution of organizational legitimacy: A narrative perspective, in: *Organization Studies* 28 (8/2007), S. 1149-1167

- Gómez-Urquiza, José L./Vargas, Cristina/de la Fuente, Emilia I./Fernández-Castillo, Rafael/La Cañadas-De Fuente, Guillermo A. (2017): Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: A meta-analytic study, in: *Research in Nursing & Health* 40 (2/2017), S. 99-110
- Goodman, Paul S./Kurke, Lance B. (1982): Studies of change in organizations: A status report, in: Goodman, Paul S. (Hrsg.): *Change in Organizations*, San Francisco 1982, S. 1-46
- Graetz, Fiona (2000): Strategic change leadership, in: *Management Decision* 38 (8/2000), S. 550-564
- Green, Nicola/Tappin, David/Bentley, Tim (2020): Working from home before, during and after the covid-19 pandemic: Implications for workers and organisations, in: *New Zealand Journal of Employment Relations* 45 (2/2020), S. 5-16
- Gregersen, Sabine/Kuhnert, Saskia/Zimber, Andreas/Nienhaus, Albert (2011): Führungsverhalten und Gesundheit: Zum Stand der Forschung, in: *Das Gesundheitswesen* 73 (1/2011), S. 3-12
- Greifenstein, Ralph/Kißler, Leo (2002): Personalräte zwischen Rationalisierungsschutz und Modernisierungsmanagement, in: *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 9 (1/2002), S. 33-54
- Greifenstein, Ralph/Kißler, Leo/Lange, Hendrik (2017): *Trendreport Betriebsratswahlen 2014*, Düsseldorf 2017
- Gulliver, Amelia/Griffiths, Kathleen M./Christensen, Helen (2010): Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review, in: *BMC Psychiatry* 10 (1/2010), S. 1-9
- Gyllensten, Kristina/Palmer, Stephen (2005): The role of gender in workplace stress: A critical literature review, in: *Health Education Journal* 64 (3/2005), S. 271-288
- Habermann-Horstmeier, Lotte (2018): *Von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Kompakte*

- Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer, Bern 2018
- Hadlaczky, Gergö/Hökby, Sebastian/Mkrtchian, Anahit/Carli, Vladimir/Wasserman, Danuta (2014): Mental health first aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis, in: *International Review of Psychiatry* 26 (4/2014), S. 467-475
- Häfner, Heinz (2019): Psychische Krankheit – ein Mehrregionenbegriff, in: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 87 (12/2019), S. 685-694
- Hagen, Christine/Himmelreicher, Ralf K. (2014): Erwerbsminderungsrente in Deutschland: Ein unterschätztes Risiko (?), in: *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 83 (2/2014), S. 115-138
- Haipeter, Thomas (2016): Erneuerung durch Beteiligung. Befunde zum Wandel der Mitbestimmung der Betriebsräte, in: Bäcker, Gerhard/Lehndorff, Steffen/Weinkopf, Claudia (Hrsg.): *Den Arbeitsmarkt verstehen, um ihn zu gestalten*, Wiesbaden 2016, S. 199-211
- Haipeter, Thomas (2018): Digitalisierung, Mitbestimmung und Beteiligung – auf dem Weg zur Mitbestimmung 4.0?, in: Hirsch-Kreinsen, Hartmut/Ittermann, Peter/Niehaus, Jonathan (Hrsg.): *Digitalisierung industrieller Arbeit. Die Vision Industrie 4.0 und ihre sozialen Herausforderungen*, 2. Aufl., Baden-Baden 2018, S. 303-322
- Haipeter, Thomas/Bosch, Gerhard/Schmitz-Kießler, Jutta/Spallek, Anne-Christin (2019): Neue Mitbestimmungspraktiken in der digitalen Transformation der „Industrie 4.0“: Befunde aus dem gewerkschaftlichen Projekt „Arbeit 2020 in NRW“, in: *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 26 (2/2019), S. 130-149
- Hanisch, Sabine E./Twomey, Conal D./Szeto, Andrew C. H./Birner, Ulrich W./Nowak, Dennis/Sabariego, Carla (2016): The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: A systematic review, in: *BMC Psychiatry* 16 (1/2016), S. 1-11

- Hans-Böckler-Stiftung (2014): Arbeitsgestaltung. Recht auf Abschalten, https://www.boeckler.de/pdf/p_mb_4_2014.pdf, 03.01.2022
- Hans-Böckler-Stiftung (2021): Wissenschaftliche Weiterbildung an deutschen Hochschulen, <https://www.mitbestimmung.de/html/wissenschaftliche-weiterbildung-an-10777.html>, 03.01.2022
- Hanschmidt, Franz (2018): Deutsche Übersetzung des General help seeking questionnaire (GHSQ), persönliche Mitteilung (E-Mail), 10.07.2018
- Harkness, Janet/Pennell, Beth-Ellen/Schoua-Glusberg, Alisú (2004): Survey Questionnaire Translation and Assessment, in: Presser, Stanley/Rothgeb, Jennifer M./Couper, Mick/Lessler, Judith T. (Hrsg.): *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*, Hoboken 2004, S. 453-473
- Hassel, Anke/Schroeder, Wolfgang (2018): *Gewerkschaften 2030. Rekrutierungsdefizite, Repräsentationslücken und neue Strategien der Mitgliederpolitik*, Düsseldorf 2018
- Havermans, Bo M./Schlevis, Roosmarijn M./Boot, Cecile R./Brouwers, Evelien P./Anema, Johannes R./van der Beek, Allard J. (2016): Process variables in organizational stress management intervention evaluation research: A systematic review, in: *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 34 (3/2016), S. 371-381
- Heaney, Catherine A./Price, Richard H./Rafferty, Jane (1995): Increasing coping resources at work: A field experiment to increase social support, improve work team functioning, and enhance employee mental health, in: *Journal of Organizational Behavior* 16 (4/1995), S. 335-352
- Helfen, Markus (2005): De-Institutionalisierung des Betriebsrates. Welchen Erklärungsbeitrag liefern „New Economy“ und direkte Partizipation?, in: *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 12 (2/2005), S. 120-148
- Helfferich, Cornelia (2011): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*, 4. Aufl., Wiesbaden 2011

- Hinrichs, Sven (2016): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen, Düsseldorf 2016
- Hocke, Simone (2022): Validierung non-formal und informell erworbener Kompetenzen betrieblicher Interessenvertreter*innen, http://denkdoch-mal.de/wp/simone-hocke-validierung-non-formal-und-informell-erworbener-kompetenzen-betrieblicher-interessenvertreterinnen/#_ftn4, 03.01.2022
- Hohnen, Pernille/Hasle, Peter/Jespersen, Anne H./Madsen, Christian U. (2014): Hard work in soft regulation: A discussion of the social mechanisms in OHS management standards and possible dilemmas in the regulation of psychosocial work environment, in: *Nordic Journal of Working Life Studies* 4 (3/2014), S. 13-30
- Hollederer, Alfons (2017): Und die, die draußen sind? Gesundheitsförderung für Arbeitslose, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, Bern 2017, S. 425-431
- Hollederer, Alfons/Wießner, Frank (2015): Prevalence and development of workplace health promotion in Germany: Results of the IAB Establishment Panel 2012, in: *International Archives of Occupational and Environmental Health* 88 (7/2015), S. 861-873
- Holmes, E. Paul/Corrigan, Patrick W./Williams, Princess/Canar, Jeffrey/Kubiak, Mary A. (1999): Changing attitudes about schizophrenia, in: *Schizophrenia Bulletin* 25 (3/1999), S. 447-456
- Hopf, Christel (2012). *Qualitative Interviews – Ein Überblick*, in: Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, 10. Aufl., Reinbek 2012, S. 349-360
- Hoyle, Rick H. (2012): *Handbook of structural equation modelling*, New York 2012
- Hoyle, Rick H./Gottfredson, Nisha C. (2015): Sample size considerations in prevention research applications of multilevel modeling and structural equation modeling, in: *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research* 16 (7/2015), S. 987-996

- Huber, Sascha (2020): Experimente, in: Tausendpfund, Markus (Hrsg.): Fortgeschrittene Analyseverfahren in den Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2020, S. 335-375
- Hugo, Malcolm (2001): Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder, in: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8 (5/2001), S. 419-425
- Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie, 8. Aufl., Weinheim und Basel 2013
- Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias/Klotz, Theodor/Stock, Stephanie (2018): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias/Klotz, Theodor/Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung, 5. Aufl., Bern 2018, S. 23-33
- Hurtienne, Jörn/Koch, Katharina (2018): Resilienz, in: Karidi, Maria/Schneider, Martin/Gutwald, Rebecca (Hrsg.): Resilienz: Interdisziplinäre Perspektiven zu Wandel und Transformation, Wiesbaden 2018, S. 141-157
- Jacobi, Frank/Kessler-Scheil, Sonia (2013): Epidemiologie psychischer Störungen, in: Psychotherapeut 58 (2/2013), S. 191-206
- Janetzke, Hanna/Ertel, Michael (2016): Gefährdungsbeurteilung psychosozialer Belastungen im europäischen Vergleich, https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-006377, 03.01.2022
- Janetzke, Hanna/Ertel, Michael (2017): Psychosocial Risk Management in a European Comparison, <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2339.html>, 03.01.2022
- Jehn, Karen A./Bendersky, Corinne (2003): Intragroup conflict in organizations: A contingency perspective on the conflict-outcome relations, in: Research in Organizational Behavior 25 (1/2003), S. 187-242
- Jennings, Kristen S./Cheung, Janelle H./Britt, Thomas W./Goguen, Kandice N./Jeffers, Stephanie M./Peasley, Allison L./Lee, Abigail C. (2015):

- How are perceived stigma, self-stigma, and self-reliance related to treatment-seeking? A three-path model, in: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38 (2/2015), S. 109-116
- Jerusalem, Matthias (2018): Selbstwirksamkeit, in: Kohlmann, Carl-Walter/Salewski, Christel/Wirtz, Markus A. (Hrsg.): *Psychologie in der Gesundheitsförderung*, 1. Aufl., Bern 2018, S. 127-140
- Jespersen, Anne H./Hasle, Peter/Nielsen, Klaus T. (2016): The wicked character of psychosocial risks. Implications for regulation, in: *Nordic Journal of Working Life Studies* 6 (3/2016), S. 23-42
- Jones, Amanda M. (2011): Disclosure of mental illness in the workplace: A literature review, in: *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 14 (3/2011), S. 212-229
- Jordan, Susanne/Hoebel, Jens (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA), in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (9/2015), S. 942-950
- Jörges-Süß, Katharina/Süß, Stefan (2011): Leistungsorientierte Bezahlung in der öffentlichen Verwaltung: Eine neoinstitutionalistische Analyse, in: *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 18 (1-2/2011), S. 99-118
- Jorm, Anthony F. (2011): Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health, in: *The American Psychologist* 67 (3/2011), S. 231-243
- Jorm, Anthony F./Kitchener, Betty A./Fischer, Julie-Anne/Cvetkovski, Stefan (2010): Mental health first aid training by e-learning: A randomized controlled trial, in: *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44 (12/2010), S. 1072-1081
- Jorm, Anthony F./Korten, Ailsa E./Jacomb, Patricia A./Christensen, Helen/Rodgers, Bryan/Pollitt, Penelope P. (1997): "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment, in: *The Medical Journal of Australia* 166 (4/1997), S. 182-186

- Jorm, Anthony F./Korten, Ailsa E./Jacomb, Patricia A./Christensen, Helen/Henderson, Scott (1999): Attitudes towards people with a mental disorder: A survey of the Australian public and health professionals, in: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33 (1/1999), S. 77-83
- Jorm, Anthony F./Medway, Jo/Christensen, Helen/Korten, Ailsa E./Jacomb, Patricia A./Rodgers, Bryan (2000): Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression. Effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms, in: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34 (4/2000), S. 619-626
- Jorm, Anthony F./Nakane, Yoshibumi/Christensen, Helen/Yoshioka, Kumiko/Griffiths, Kathleen M./Wata, Yuji (2005): Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: A comparison of Australia and Japan, in: *BMC Medicine* 3 (o. H./2005), S. 6-14
- Jung, Hyejin/von Sternberg, Kirk/Davis, King (2017): The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental help-seeking, in: *International Journal of Mental Health Promotion* 19 (5/2017), S. 252-267
- Junge-Hoffmeister, Juliane (2019): Prävention psychischer Störungen, in: Schneider, Silvia/Margraf, Jürgen (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Berlin u. a. 2019, S. 943-965
- Jürges, Hendrik/Winter, Joachim (2013): Are anchoring vignettes ratings sensitive to vignette age and sex? *Health Economics*, 22 (1/2013), S. 1-13
- Kädtler, Jürgen (2016): Konfliktpartnerschaft – Zwischen Auslaufmodell und sozialer Innovation, in: *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 23 (3/2016), S. 334-374
- Kaiser, Linda/Matusiewicz, David (2018): Effekte der Digitalisierung auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), in: Matusiewicz, David/Kaiser, Linda (Hrsg.): *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement: Theorie und Praxis*, Wiesbaden 2018, S. 1-34

- Kapoor, Arunima (2017): Depressed people need not apply: Mental health stigma decreases perceptions of employability of applicants with depression, in: *The Yale Review of Undergraduate Research in Psychology* 7 (o. H./2017), S. 84-94
- Karageorgiou, Alex (2000): Risk assessment in four member states of the European Union, in: Frick, Kaj/Jensen, Per L./Quinlan, Michael/Wilthagen, Ton (Hrsg.): *Systematic occupational health and safety management: Perspectives on an international development*, Amsterdam 2000, S. 251-284
- Karasek, Robert A. (1979): Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign, in: *Administrative Science Quarterly* 24 (2/1979), S. 285-308
- Kauffeld, Simone/Ochmann, Annika/Hoppe, Diana (2019): Arbeit und Gesundheit, in: Kauffeld, Simone (Hrsg.): *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor*. 3. Aufl., Berlin 2019, S. 305-358
- Kaufmann, Inge/Pornschlegel, Hans/Udris, Ivars (1982): Arbeitsbelastung und Beanspruchung, in: Zimmermann, Hans (Hrsg.): *Belastungen und Stress bei der Arbeit*, Hamburg 1982, S. 13-48
- Keller, Berndt/Schnell, Rainer (2003): Zur empirischen Analyse von Personalräten – Strukturdaten und Probleme der Interessenvertretung, in: *WSI Mitteilungen* 56 (3/2003), S. 185-193
- Kessler, Ronald C./Angermeyer, Matthias/Anthony, James C./de Graaf, Ron/Demyttenaere, Koen/Gasquet, Isabelle/Girolamo de, Giovanni/Gluzman, Semyon/Gureje, Oye/Haro, Josep M. (2007): Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative, in: *World Psychiatry* 6 (3/2007), S. 168-176
- Kessler, Ronald C./Berglund, Patricia/Demler, Olga/Jin, Robert/Koretz, Doreen/Merikangas, Kathleen/Rush, A. John/Walters, Ellen/Wang, Philip S. (2003): The epidemiology of major depressive disorder, in: *Journal of the American Medical Association* 289 (23/2003), S. 3095-3105

- Kessler, Ronald C./Berglund, Patricia/Demler, Olga/Jin, Robert/Merikangas, Kathleen R./Walters, Ellen E. (2005): Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, in: *Archives of General Psychiatry* 62 (6/2005), S. 593-602
- Kickbusch, Ilona/Pelikan, Jürgen/Haslbeck, Jörg/Apfel, Franklin/Tsouros, Agis D. (2016): Gesundheitskompetenz. Die Fakten 2016, <https://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/health-literacy.-the-solid-facts>, 03.01.2022
- Kiesche, Eberhard (2013): *Betriebliches Gesundheitsmanagement*, Frankfurt am Main 2013
- Kißler, Leo/Greifenstein, Ralph/Schneider, Karsten (2011): *Die Mitbestimmung in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Einführung*, 1. Aufl., Wiesbaden 2011
- Kliche, Thomas/Kröger, Gesa/Meister, Ramona (2010): Die Implementation betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland: Stand, Hürden und Strategien – ein Überblick, in: Kirch, Wilhelm/Middeke, Martin/Rychlik, Reinhard/Hillger, Christiane (Hrsg.): *Aspekte der Prävention*, Dresden u. a. 2010, S. 224-235
- Klingenberg, Ingo/Ruhle, Sascha A./Schmoll, René/Süß, Stefan (2021): Bewirkt Covid-19 eine nachhaltige Transformation der Arbeitswelt?, in: Schwuchow, Karlheinz/Gutmann, Joachim (Hrsg.): *HR-Trends 2022: COVID-19, Smart Work, Purpose, Digitalisierung*, Freiburg 2021, S. 23-34
- Klingenberg, Ingo/Süß, Stefan (2020): Coping und Resilienz, in: *Wirtschaftswissenschaftliches Studium* 49 (4/2020), S. 18-22
- Kluge, Norbert/Maschke, Manuela (2016): Gute Arbeit durch Mitbestimmung 4.0, in: *WISO* 39 (4/2016), S. 61-77
- Knaak, Stephanie/Mantler, Ed/Szeto, Andrew (2017): Mental illness-related stigma in healthcare. Barriers to access and care and evidence-based solutions, in: *Healthcare Management Forum* 30 (2/2017), S. 111-116

- Kompier, Michiel/de Gier, Erik/Smulders, Peter/Draaisma, Dirk (1994): Regulations, policies and practices concerning work stress in five European countries, in: *Work & Stress* 8 (4/1994), S. 296-318
- Köper, Birgit/Richter, Götz (2016): Restrukturierung und Gesundheit, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2016*, Berlin, Heidelberg 2016, S. 159-170
- Koschorke, Mirja/Evans-Lacko, Sara/Sartorius, Norman/Thornicroft, Graham (2017): Stigma in Different Cultures, in: Gaebel, Wolfgang/Rössler, Wulf/Sartorius, Norman (Hrsg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?*, Cham 2017, S. 67-82
- Koser, Denise A./Matsuyama, Munehiko/Kopelman, Richard E. (1999): Comparison of a physical and a mental disability in employee selection: An experimental examination of direct and moderated effects, in: *North American Journal of Psychology* 1 (2/1999), S. 213-222
- Kotthoff, Hermann (1995): Betriebsräte und betriebliche Reorganisation, in: *Arbeit* 4 (4/1995), S. 425-447
- Kotthoff, Hermann (2013): Betriebliche Mitbestimmung im Spiegel der jüngeren Forschung, in: *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 20 (4/2013), S. 323-341
- Kramer, Marlene (1974): *Reality Shock, why nurses leave nursing*, 1. Aufl., Saint Louis 1974
- Kratzer, Nick (2016): Unternehmenskulturelle Aspekte des Umgangs mit Zeit- und Leistungsdruck, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2016*, Berlin, Heidelberg 2016, S. 21-31
- Kriegesmann, Bernd/Kley, Thomas/Kublik, Sebastian (2010): Innovationstreiber betriebliche Mitbestimmung, in: *WSI Mitteilungen* 63 (2/2010), S. 71-78
- Krüger, Wilfried (2014): Strategische Erneuerung: Probleme und Prozesse, in: Krüger, Wilfried/Bach, Norbert (Hrsg.): *Excellence in Change*, 5. Aufl., Wiesbaden 2014, S. 33-61

- Krupchanka, Dzmityr/Thornicroft, Graham (2017): Discrimination and stigma, in: Gaebel, Wolfgang/Rössler, Wulf/Sartorius, Norman (Hrsg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?*, Cham u. a. 2017, S. 123-139
- Kuhlmann, Ellen/Batenburg, Ronald/Wismar, Matthias/Dussault, Gilles/Maier, Claudia B./Glinos, Irene A./Azzopardi-Muscat, Natasha/Bond, Christine/Burau, Viola/Correia, Tiago/Groenewegen, Peter P./Hansen, Johan/Hunter, David J./Khan, Usman/Kluge, Hans H./Kroezen, Marieke/Leone, Claudia/Santric-Milicevic, Milena/Sermeus, Walter/Ungureanu, Marius (2018): A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe, in: *Health Research Policy and Systems* 16 (1/2018), S. 5-8
- Kuhn, Karl (2017): Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklungen der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, Bern 2017, S. 39-56
- Kunyk, Diane/Inness, Michelle/Reisdorfer, Emilene/Morris, Heather/Chambers, Thane (2016): Help seeking by health professionals for addiction: A mixed studies review, in: *International Journal of Nursing Studies* 60 (o. H./2016), S. 200-215
- Lai, Keke/Green, Samuel B. (2016): The problem with having two watches: Assessment of fit when RMSEA and CFI disagree, in: *Multivariate Behavioral Research* 51 (2-3/2016), S. 220-239
- Lamnek, Siegfried (2010): *Qualitative Sozialforschung*, 5. Aufl., Weinheim, Basel 2010
- Langlands, Robyn L./Jorm, Anthony F./Kelly, Claire M./Kitchener, Betty A. (2008): First aid recommendations for psychosis: Using the Delphi method to gain consensus between mental health consumers, carers, and clinicians, in: *Schizophrenia Bulletin* 34 (3/2008), S. 435-443

- Lanz, Julie J./Bruk-Lee, Valentina (2017): Resilience as a moderator of the indirect effects of conflict and workload on job outcomes among nurses, in: *Journal of Advanced Nursing* 73 (12/2017), S. 2973-2986
- Lasogga, Frank (2017): Krisenbewältigung und Möglichkeiten der Prävention bei Einsatzkräften, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung*, Berlin, Heidelberg 2017, S. 77-86
- Lauer, Thomas (2019): *Change Management: Grundlagen und Erfolgsfaktoren*, 3. Aufl., Berlin u. a. 2019
- Lawrence, Thomas B./Suddaby, Roy/Leca, Bernard (2009): *Institutional Work: Actors and Agency in Institutional Studies of Organizations*, New York 2009
- Lehr, Dirk/Boß, Leif (2019): Occupational e-Mental Health – eine Übersicht zu Ansätzen, Evidenz und Implementierung, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen*, Berlin, Heidelberg 2019
- Leitão, Sara/Greiner, Birgit (2017): Psychosocial, health promotion and safety culture management – Are health and safety practitioners involved?, in: *Safety Science* 91 (1/2017), S. 84-92
- Leka, Stavroula/van Wassenhove, Wim/Jain, Aditya (2015): Is psychosocial risk prevention possible? Deconstructing common presumptions, in: *Safety Science* 71 (1/2015), S. 61-67
- Lenhard, Alexandra/Lenhard, Wolfgang (2016): Berechnung von Effektstärken, <https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>, 03.01.2022
- Lenhardt, Uwe (2017a): Akteure der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Interessenlagen – Handlungsbedingungen – Sichtweisen, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, Bern 2017, S. 203-214

- Lenhardt, Uwe (2017b): Psychische Belastung in der betrieblichen Praxis, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 71 (1/2017), S. 6-13
- Lenhardt, Uwe/Beck, David (2016): Prevalence and quality of workplace risk assessments – Findings from a representative company survey in Germany, in: Safety Science 86 (6/2016), S. 48-56
- Leppin, Anja (2018): Konzepte und Strategien der Prävention, in: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias/Klotz, Theodor/Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung, 5. Aufl., Bern 2018, S. 47-55
- Levy, Amir/Merry, Uri (1986): Organizational Transformation: Approaches, Strategies, Theories, New York 1986
- Li, Jie/Li, Juan/Thornicroft, Graham/Huang, Yuanguang (2014): Levels of stigma among community mental health staff in Guangzhou, China, in: BMC Psychiatry 14 (o. H./2014), S. 1-7
- Lim, Joanne/Bogossian, Fiona/Ahern, Kathryn (2010): Stress and coping in Australian nurses: A systematic review, in: International Nursing Review 57 (1/2010), S. 22-31
- Lines, Rune (2004): Influence of participation in strategic change: Resistance, organizational commitment and change goal achievement, in: Journal of Change Management 4 (3/2004), S. 193-215
- Link, Bruce G./Cullen, Francis T./Frank, James/Wozniak, John F. (1987): The social rejection of former mental patients. Understanding why labels matter, in: American Journal of Sociology 92 (6/1987), S. 1461-1500
- Link, Bruce G./Phelan, Jo C. (2001): Conceptualizing stigma, in: Annual Review of Sociology 27 (1/2001), S. 363-385
- Link, Bruce G./Phelan, Jo C. (2013): Labeling and stigma, in: Aneshensel, Carol S./Phelan, Jo C./Bierman, Alex (Hrsg.): Handbook of the Sociology of Mental Health, Dordrecht 2013, S. 525-541
- Linnan, Laura/Bowling, Mike/Childress, Jennifer/Lindsay, Garry/Blakey, Carter/Pronk, Stephanie/Wieker, Sharon/Royall, Penelope (2008):

- Results of the 2004 national worksite health promotion survey, in: American Journal of Public Health 98 (8/2008), S. 1503-1509
- Loh, May Y./Zadow, Amy/Dollard, Maureen (2020): Psychosocial safety climate and occupational health, in: Theorell, Töres (Hrsg.): Handbook of Socioeconomic Determinants of Occupational Health, Cham 2020, S. 1-27
- Lohmann-Haislah, Andrea (2012a): Zusammenfassung der Ergebnisse, in: Lohmann-Haislah, Andrea (Hrsg.): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Dortmund u. a. 2012, S. 164-177
- Lohmann-Haislah, Andrea (2012b): Verhältnisprävention geht vor Verhaltensprävention. Psychische Belastung – was tun?, https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Aktuell/2-2012.html?__blob=publicationFile&v=2, 03.01.2022
- Lunau, Thorsten/Bambra, Clare/Eikemo, Terje A./van Der Wel, Kjetil A./Dragano, Nico (2014): A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states, in: The European Journal of Public Health 24 (3/2014), S. 422-427
- Lunau, Thorsten/Dragano, Nico/Siegrist, Johannes/Wahrendorf, Morten (2017): Country differences of psychosocial working conditions in Europe: The role of health and safety management practices, in: International Archives of Occupational and Environmental Health 90 (7/2017), S. 629-638
- Lunau, Thorsten/Wahrendorf, Morten/Dragano, Nico/Siegrist, Johannes (2013): Work stress and depressive symptoms in older employees: Impact of national labour and social policies, in: BMC Public Health 13 (1/2013), S. 1086-1096
- Lynch, Louise/Long, Maggie/Moorhead, Anne (2018): Young men, help-seeking, and mental health services: Exploring barriers and solutions, in: American Journal of Men's Health 12 (1/2018), S. 138-149
- Mack, Simon/Jacobi, Frank/Gerschler, Anja/Strehle, Jens/Höfler, Michael/Busch, Markus A./Maske, Ulrike E./Hapke, Ulfert/Seiffert,

- Ingeburg/Gaebel, Wolfgang (2014): Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module, in: *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23 (3/2014), S. 289-303
- Mackenzie, Corey S./Gekoski, William L./Knox, Jane V. (2006): Age, gender, and the underutilization of mental health services. The influence of help-seeking attitudes, in: *Aging & Mental Health* 10 (6/2006), S. 574-582
- Marchal, Bruno/van Belle, Sara/van Olmen, Josefien/Hoerée, Tom/Kegels, Guy (2012): Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research, in: *Evaluation* 18 (2/2012), S. 192-212
- Marcus, Madalyn/Westra, Henny (2012): Mental health literacy in Canadian young adults: Results of a national survey, in: *Canadian Journal of Community Mental Health* 31 (1/2012), S. 1-15
- Martin, Angela/Shann, Clare/La Montagne, Anthony D. (2020): Promoting workplace mental wellbeing, in: Bültmann, Ute/Siegrist, Johannes (Hrsg.): *Handbook of Disability, Work and Health*, Basel 2020, S. 289-307
- Mason, Robert J./Hart, Laura M./Rossetto, Alyssia/Jorm, Anthony F. (2015): Quality and predictors of adolescents' first aid intentions and actions towards a peer with a mental health problem, in: *Psychiatry Research* 228 (1/2015), S. 31-38
- Maxwell, Scott E./Cole, David A. (2007): Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation, in: *Psychological Methods* 12 (1/2007), S. 23-44
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 12. Aufl., Weinheim u. a. 2015
- McCann, Terence V./Lu, Sai/Berryman, Cally (2009): Mental health literacy of Australian bachelor of nursing students: A longitudinal study, in:

- Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 16 (1/2009), S. 61-67
- McCoy, Kira/Stinson, Kaylan/Scott, Kenneth/Tenney, Liliana/Newman, Lee S. (2014): Health promotion in small business: A systematic review of factors influencing adoption and effectiveness of worksite wellness programs, in: Journal of Occupational and Environmental Medicine 56 (6/2014), S. 579-587
- MDS (2020): Präventionsbericht 2020. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2019, <https://www.mds-ev.de/themen-des-mds/weitere-themen/praeventionsbericht.html>, 03.01.2022
- MEgA (2022): MEgA-Toolbox „Gesunde Arbeit 4.0“, <https://gesundearbeit-mega.de/toolbox-gesundheitsmanagement>, 03.01.2022
- Mehta, Nishita/Pandit, Anil (2018): Concurrence of big data analytics and healthcare. A systematic review, in: International Journal of Medical Informatics 114 (6/2018), S. 57-65
- Mendel, Rosmarie/Hamann, Johannes/Kissling, Werner (2010): Vom Tabu zum Kostenfaktor – warum die Psyche plötzlich ein Thema für Unternehmen ist, in: Wirtschaftspsychologie aktuell 17 (2/2010), S. 23-27
- Mendoza, Hadrian/Masuda, Akihiko/Swartout, Kevin M. (2015): Mental health stigma and self-concealment as predictors of help-seeking attitudes among latina/o college students in the United States, in: International Journal for the Advancement of Counselling 37 (3/2015), S. 207-222
- Metz, Anna-Marie/Rothe, Heinz-Jürgen (2017): Psychische Belastung, psychische Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen, in: Metz, Anna-Marie/Rothe, Heinz-Jürgen (Hrsg.): Screening psychischer Arbeitsbelastung. Ein Verfahren zur Gefährdungsbeurteilung, Wiesbaden 2017, S. 5-22
- Meyer, Markus/Wehner, Kristin/Cichon, Patrick (2017): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2016, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer,

- Markus (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung, Berlin u. a. 2017, S. 281-485
- Meyer, Markus/Wiegand, Stefanie/Schenkel, Antje (2020): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2019, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2020. Gerechtigkeit und Gesundheit, Berlin u. a. 2020, S. 365-444
- MHFA (2022): International Mental Health First Aid Programs, <http://www.mhfainternational.org/international-mhfa-programs.html>, 03.01.2022
- Milin, Robert/Kutcher, Stanley/Lewis, Stephen P./Walker, Selena/Wei, Yifeng/Ferrill, Natasha/Armstrong, Michael A. (2016): Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: A randomized controlled trial, in: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 55 (5/2016), S. 383-391
- Minssen, Heiner (2019): Arbeit in der modernen Gesellschaft: Eine Einführung, 2. Aufl., Wiesbaden 2019
- Minssen, Heiner/Riese, Christian (2005): Der Co-Manager und seine Arbeitsweise. Die interne Arbeitsorganisation von Betriebsräten im Öffentlichen Personennahverkehr, in: Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 12 (4/2005), S. 367-392
- Minssen, Heiner/Riese, Christian (2007): Professionalität der Interessenvertretung: Arbeitsbedingungen und Organisationspraxis von Betriebsräten, Berlin 2007
- Mohr, Gisela/Udris, Ivars (1997): Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, in: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch, 2. Aufl., Göttingen 1997, S. 553-573
- Moll, Sandra (2017): Persönliche Mitteilung (Email), 29.11.2017
- Moll, Sandra E./Patten, Scott B./Stuart, Heather/Kirsh, Bonnie/MacDermid, Joy C. (2015): Beyond silence. Protocol for a randomized parallel-

- group trial comparing two approaches to workplace mental health education for healthcare employees, in: *BMC Medical Education* 15 (o. H./2015), S. 1-9
- Moll, Sandra E./Patten, Scott B./Stuart, Heather/MacDermid, Joy C./Kirsh, Bonnie (2018): Beyond silence. A randomized, parallel-group trial exploring the impact of workplace mental health literacy training with healthcare employees, in: *Canadian Journal of Psychiatry* 3 (12/2018), S. 826-833
- Moll, Sandra E./Zanhour, Mona/Patten, Scott B./Stuart, Heather/MacDermid, Joy C. (2017): Evaluating mental health literacy in the workplace: Development and psychometric properties of a vignette-based tool, in: *Journal of Occupational Rehabilitation* 27 (4/2017), S. 601-611
- Moll, Sandra E./Eakin, Joan M./Franche, Renée-Louise/Strike, Carol (2013): When health care workers experience mental ill health. Institutional practices of silence, in: *Qualitative Health Research* 23 (2/2013), S. 167-179
- Montano, Diego/Reeske, Anna/Franke, Franziska/Hüffmeier, Joachim (2017): Leadership, followers' mental health and job performance in organizations. A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective, in: *Journal of Organizational Behavior* 38 (3/2017), S. 327-350
- Morgan, Amy J./Ross, Anna/Reavley, Nicola J. (2018): Systematic review and meta-analysis of mental health first aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour, in: *PloS One* 13 (5/2018), S. 1-20
- Morley, Michael/Morley, Michael J. (2007): Person-organization fit, in: *Journal of Managerial Psychology* 11 (2/2007), S. 109-117
- Müller, Sebastian/Teusch, Christoph/Kuhn, Eva/Buyx, Alena/Heidbrink, Ludger (2020): Gesundheitslabel. Eine Bestandsaufnahme, https://macau.uni-kiel.de/receive/macau_mods_00000506?lang=de, 03.01.2022

- Müller-Jentsch, Walther (1998): Wandel der Unternehmens- und Arbeitsorganisation und seine Auswirkungen auf die Interessenbeziehungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 31 (3/1998), S. 75-584
- Müller-Jentsch, Walther (2016): Konfliktpartnerschaft und andere Spielarten industrieller Beziehungen, in: Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 23 (4/2016), S. 518-531
- Müller-Jentsch, Walther/Seitz, Beate (1998): Betriebsräte gewinnen Konturen: Ergebnisse einer Betriebsräte-Befragung im Maschinenbau, in: Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 5 (4/1998), S. 361-387
- Mullins, Laurie J. (2007): Management and Organisational Behaviour, 8. Aufl., Harlow 2007
- Murta, Sheila G./Sanderson, Kristy/Oldenburger, Brian (2007): Process evaluation in occupational stress management programs: A systematic review, in: American Journal of Health Promotion 21 (4/2007), S. 248-254
- Muuraiskangas, Salla/Harjuma, Marja/Kaipainen, Kirsikka/Ermes, Miikka (2016): Process and effects evaluation of a digital mental health intervention targeted at improving occupational well-being: Lessons from an intervention study with failed adoption, in: JMIR Mental Health 3 (2/2016), S. 1-13
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2019): Lehrbuch Gesundheitsförderung, 3. Aufl., Bern 2019
- NAK (2007): Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie – Fachkonzept und Arbeitsschutzziele 2008 – 2012, http://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/GDA-Fachkonzept-gesamt.pdf?__blob=publicationFile&v=2, 03.01.2022
- NAK (2016): Empfehlungen zur Qualifizierung betrieblicher Akteure für die Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, <http://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Publikationen/DE/>

- Qualifizierungs-Empfehlungen.pdf?__blob=publicationFile&v=9,
03.01.2022
- NAK (2017): Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Arbeitsschutz in der Praxis, <https://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Publikationen/DE/broschuere-empfehlung-gefaehrdungsbeurteilung.html>, 03.01.2022
- NAK (2018): Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz, <http://www.gda-portal.de/de/pdf/Leitlinie-Psych-Belastung.pdf>, 03.01.2022
- Näswall, Katharina/Sverke, Magnus/Hellgren, Johnny (2005): The moderating role of personality characteristics on the relationship between job insecurity and strain, in: *Work & Stress* 19 (1/2005), S. 37-49
- Nerdinger, Friedemann W. (2019): Gravitation und organisationale Sozialisation, in: Nerdinger, Friedemann W./Blickle, Gerhard/Schaper, Niclas (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie*, 4. Aufl., Berlin u. a. 2019, S. 81-94
- Nerdinger, Friedemann W./Blickle, Gerhard/Schaper, Niclas (2014): *Arbeits- und Organisationspsychologie*, 3. Aufl., Berlin u. a. 2014
- Neuner, Ralf (2019): *Psychische Gesundheit bei der Arbeit. Gefährdungsbeurteilung und Betriebliches Gesundheitsmanagement*, 3. Aufl., Wiesbaden 2019
- Nielsen, Karina/Abildgaard, Johan S. (2013): Organizational interventions: A research-based framework for the evaluation of both process and effects, in: *Work & Stress* 27 (3/2013), S. 278-297
- Nielsen, Karina/Miraglia, Mariella (2017): What works for whom in which circumstances? On the need to move beyond the ‘what works?’ question in organizational intervention research, in: *Human Relations* 70 (1/2017), S. 40-62
- Nielsen, Karina/Randall, Raymond (2013): Opening the black box: Presenting a model for evaluating organizational-level interventions, in: *European Journal of Work and Organizational Psychology* 22 (5/2013), S. 601-617

- Nielsen, Karina/Randall, Raymond/Holten, Ann-Louise/González, Eusebio R. (2010): Conducting organizational-level occupational health interventions. What works?, in: *Work & Stress* 24 (3/2010), S. 234-259
- NSW Government (2020): Becoming a Registered Nurse, <https://www.health.nsw.gov.au/nursing/careers/Pages/registered-nurse.aspx>, 03.01.2022
- O'Connor, Matt/Casey, Leanne/Clough, Bonnie (2014): Measuring mental health literacy – a review of scale-based measures, in: *Journal of Mental Health* 23 (4/2014), S. 197-204
- O'Connor, Karen/Neff, Deirdre M./Pitman, Steve (2018): Burnout in mental health professionals. A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants, in: *European Psychiatry* 53 (o. H./2018), S. 74-99
- OECD (2015): *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Paris 2015
- Oliffe, John L./Rossnagel, Emma/Seidler, Zac E./Kealy, David/Ogrodniczuk, John S./Rice, Simon M. (2019): Men's depression and suicide, in: *Current Psychiatry Reports* 21 (10/2019), S. 1-6
- Olswang, Lesley B./Prelock, Patricia A. (2015): Bridging the gap between research and practice: Implementation science, in: *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 58 (6/2015), S. 1818-1826
- Oreg, Shaul/Vakola, Maria/Armenakis, Achilles (2011): Change recipients' reactions to organizational change. A 60-year review of quantitative studies, in: *The Journal of Applied Behavioral Science* 47 (4/2011), S. 461-524
- Packebusch, Lutz (2008): Prävention human und effizient, in: Giesert, Marianne (Hrsg.): *Prävention: Pflicht & Kür. Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis*, Hamburg 2008, S. 11-17
- Padkapayeva, Kathy/Gilbert-Ouimet, Mahée/Bielecky, Amber/Ibrahim, Selaha-din/Mustard, Cameron/Brisson, Chantal/Smith, Peter (2018): Gender/Sex Differences in the Relationship between Psychosocial

- Work Exposures and Work and Life Stress, in: *Annals of Work Exposures and Health* 62 (4/2018), S. 416-425
- Parsons, Talcott (1951): *The Social System*, Glencoe 1951
- Patel, Vikram/Flisher, Alan J./Hetrick, Sarah/McGorry, Patrick (2007): Mental health of young people. A global public-health challenge, in: *Lancet* 369 (9569/2007), S. 1302-1313
- Paterson, Janice M./Cary, Jane (2002): Organizational justice, change anxiety, and acceptance of downsizing: Preliminary tests of an AET-based model, in: *Motivation and Emotion* 26 (1/2002), S. 83-103
- Paulus, Stefan (2019): Gefährdungsbeurteilungen von psychosozialen Risiken in der Arbeitswelt. Zum Stand der Forschung, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 73 (2/2019), S. 141-152
- Peck, Anna/Sandrock, Stephan/Stowasser, Sascha (2018): Herausforderung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – Viele Beschäftigte erreichen, in: Pfannstiel, Mario A./Mehlich, Harald (Hrsg.): *BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen*, Wiesbaden 2018, S. 787-801
- Perry, Lin/Lamont, Scott/Brunero, Scott/Gallagher, Robyn/Duffield, Christine (2015): The mental health of nurses in acute teaching hospital settings. A cross-sectional survey, in: *BMC Nursing* 14 (1/2015), S. 1-8
- Personalwirtschaft (2022): BGM: Unternehmen müssen in mentale Gesundheit investieren, <https://www.personalwirtschaft.de/hr-organisation/bgm/artikel/hr-themen-2022-mentale-gesundheit.html>, 06.01.2022
- Pescosolido, Bernice A./Jensen, Peter S./Martin, Jack K./Perry, Brea L./Olafsdottir, Sigrun/Fettes, Danielle (2008): Public knowledge and assessment of child mental health problems. Findings from the national stigma study-children, in: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 47 (3/2008), S. 339-349
- Petermann, Franz (2014): Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte, in: *Psychologische Rundschau* 65 (3/2014), S. 122-128

- Pfeiffer, Sabine (2014): Innovation und Mitbestimmung, in: Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 21 (4/2014), S. 390-404
- Pffor, Klaus/Schröder, Jette (2015): Panelstudien 2015, <https://www.gesis.org/gesis-survey-guidelines/operations/panelstudien>, 03.01.2022
- Phillips, Elena A./Gordeev, Vladimir S./Schreyögg, Jonas (2019): Effectiveness of occupational e-mental health interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, in: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 45 (6/2019), S. 560-576
- Pieper, Claudia/Schröer, Sarah/Eilerts, Anna-Lisa (2019): Evidence of workplace interventions – A systematic review of systematic reviews, in: International Journal of Environmental Research and Public Health 16 (19/2019), S. 1-13
- Podsakoff, Nathan P./LePine, Jeffery A./LePine, Marcie A. (2007): Differential challenge stressor-hindrance stressor relationships with job attitudes, turnover intentions, turnover, and withdrawal behavior: A meta-analysis, in: The Journal of Applied Psychology 92 (2/2007), S. 438-454
- Podsakoff, Philip M./MacKenzie, Scott B./Lee, Jeong-Yeon/Podsakoff, Nathan P. (2003): Common method biases in behavioural research: A critical review of the literature and recommended remedies, in: The Journal of Applied Psychology 88 (5/2003), S. 879-903
- Portuné, Roland (2012): Psychosocial risks in the workplace: An increasing challenge for German and international health protection, in: Arh Hig Rada Toksikol 63 (2/2012), S. 123-131
- PrävG: Präventionsgesetz. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, Stand: 2015
- Preacher, Kristopher J./Hayes, Andrew F. (2004): SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models, in: Behaviour Research Methods, Instruments & Computers 36 (4/2004), S. 717-731

- Preacher, Kristopher J./Hayes, Andrew F. (2008): Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models, in: *Behaviour Research Methods* 40 (3/2008), S. 879-891
- Pries, Ludger (2017): *Erwerbsregulierung in einer globalisierten Welt. Theoretische Konzepte und empirische Tendenzen der Regulierung von Arbeit und Beschäftigung in der Transnationalisierung*, 2. Aufl., Wiesbaden 2017
- Proctor, Enola/Silmere, Hiie/Raghavan, Ramesh/Hovmand, Peter/Aarons, Greg/Bunger, Alicia/Griffey, Richard/Hensley, Melissa (2011): Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda, in: *Administration and Policy in Mental Health* 38 (2/2011), S. 65-76
- Proper, Karin I./van Oostrom, Sandra H. (2019): The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – A systematic review of reviews, in: *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 45 (6/2019), S. 546-559
- Rami, Ursula/Euler, Hanns P. (2008): *Betriebsratsarbeit der Zukunft*, in: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (Hrsg.): *Produkt- und Produktionsergonomie – Aufgabe für Entwickler und Planer*, Dortmund 2008, S. 755-758
- Rami, Ursula/Hunger, Andreas (2007): Der Betriebsrat – Unverzichtbar aber verbesserungsfähig, in: *Kontraste* 8 (1/2007), S. 6-8
- Rami, Ursula/Hunger, Andreas (2011): Vertrauen als Legitimation für die Betriebsratsarbeit, in: *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 18 (3/2011), S.167-189
- Ran, Mao-Sheng/Peng, Man-Man/Yau, Yuen Y./Zhang, Tian-Ming/Li, Xu-Hong/Wong, Irene Y. L./Ng, Siunan/Thornicroft, Graham/Chan, Cecilia L. W./Lu, Lin (2021): Knowledge, contact and stigma of mental illness: Comparing three stakeholder groups in Hong Kong, in: *The International Journal of Social Psychiatry* (online first 2021)

- Rätzel-Kürzdörfer, Walter (2018): Arbeit und Depression, in: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias/Klotz, Theodor/Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien, 5. Aufl., Bern 2018, S. 290-300
- Rau, Renate/Buyken, Dajana (2015): Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. Ein systematisches Review über Metaanalysen und Reviews, in: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 59 (3/2015), S. 113-129
- Reavley, Nicola J./Jorm, Anthony F. (2011): Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome. Findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma, in: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 45 (11/2011), S. 947-956
- Reavley, Nicola J./Jorm, Anthony F./Morgan, Amy J. (2017): Discrimination and positive treatment toward people with mental health problems in workplace and education settings: Findings from an Australian national survey, in: Stigma and Health 2 (4/2017), S. 254-265
- Reavley, Nicola J./Morgan, Amy J./Jorm, Anthony F. (2014): Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis, in: The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 48 (1/2014), S. 61-69
- Rebscher, Herbert/Marschall, Jörg/Hildebrandt-Heene, Susanne/Sydow, Hanna/Nolting, Hans-Dieter (2016): Gesundheitsreport 2016, Schwerpunkt: Gender und Gesundheit, Heidelberg 2016
- Rehder, Britta (2006): Legitimitätsdefizite des Co-Managements: Betriebliche Bündnisse für Arbeit als Konfliktfeld zwischen Arbeitnehmern und betrieblicher Interessenvertretung, in: Zeitschrift für Soziologie 35 (3/2006), S. 227-242
- Rehder, Britta (2016): Konflikt ohne Partnerschaft? Arbeitsbeziehungen im Dienstleistungssektor, in: Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 23 (3/2016), S. 366-373

- Richman, Wendy L./Kiesler, Sara/Weisband, Suzanne/Drasgow, Fritz (1999): A meta-analytic study of social desirability distortion in computer-administered questionnaires, traditional questionnaires, and interviews, in: *Journal of Applied Psychology* 84 (5/1999), S. 754-775
- Richter, Matthias/Schütte, Martin (2017): Belastung ist neutral! Das Belastungs-Beanspruchungsmodell, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*, Bern 2017, S. 123-129
- Richter, Peter/Wegge, Jürgen (2011): Occupational Health Psychology – Gegenstand, Modelle, Aufgaben, in: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hrsg.): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, Berlin u. a. 2011, S. 337-359
- Rickwood, Debra J./Thomas, Kerry/Bradford, Sally (2012): Help-seeking measures in mental health: A rapid review, <https://www.saxinstitute.org.au/publications/help-seeking-measures-in-mental-health-a-rapid-review/>, 03.01.2022
- Rickwood, Debra/Deane, Frank P./Wilson, Coralie J./Ciarrochi, Joseph (2005): Young people's help-seeking for mental health problems, in: *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health* 4 (3/2005), S. 218-251
- Ridic, Goran/Gleason, Suzanne/Ridic, Ognjen (2012): Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada, in: *Materia Socio-Medica* 24 (2/2012), S. 112-120
- Rigotti, Thomas/Mohr, Gisela (2011): Gesundheit und Krankheit in der neuen Arbeitswelt, in: Bamberg, Eva (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt*, Göttingen 2011, S. 61-82
- Rittel, Horst W. J./Webber, Melvin M. (1973): Dilemmas in a general theory of planning, in: *Policy Sciences* 4 (2/1973), S. 155-169
- Rivkin, Wladislaw (2019): Gesundheitsorientierte Führung, in: Gerlmaier, Anja/Latniak, Erich (Hrsg.): *Handbuch psychosoziale Gestaltung digitaler Produktionsarbeit. Gesundheitsressourcen stärken durch organisationale Gestaltungskompetenz*, Wiesbaden 2019, S. 345-348

- Robbins, Stephen P./Judge, Timothy A./Campbell, Tim (2017): *Organizational behaviour*, 2. Aufl., Harlow 2017
- Roberts, Brent W. (2006): *Personality Development and Organizational Behavior*, in: *Research in Organizational Behavior* 27 (o. H./2006), S. 1-40
- Rohmert, Walter (1984): *Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept*, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 38 (4/1984), S. 193-200
- Röhrle, Bernd/Behner, Catarina/Christiansen, Hanna (2012): *Prävention*, in: Berking, Matthias/Rief, Winfried (Hrsg.): *Prävention. Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor*, Berlin u. a. 2012, S. 141-147
- Rojatz, Daniela/Merchant, Almas/Nitsch, Martina (2015): *Zentrale Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung*, in: *Prävention und Gesundheitsförderung* 10 (2/2015), S. 134-146
- Rojatz, Daniela/Merchant, Almas/Nitsch, Martina (2017): *Factors influencing workplace health promotion intervention: A qualitative systematic review*, in: *Health Promotion International* 32 (5/2017), S. 831-839
- Romahn, Regine (2013): *Gefährdungsbeurteilungen. Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Analyse und Handlungsempfehlungen*, 2. Aufl., Frankfurt a. M. 2013
- Rongen, Anne/Robroek, Suzan J. W./van Lenthe, Frank J./Burdorf, Alex (2013): *Workplace health promotion: A meta-analysis of effectiveness*, in: *American Journal of Preventive Medicine* 44 (4/2013), S. 406-415
- Roschker, Nicole S. (2014): *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Soziale und ökonomische Relevanz für Gesellschaft und Unternehmen*, Wiesbaden 2014
- Ross, Charlotte A./Goldner, Elliot M. (2009): *Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession. A review of the literature*, in: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16 (6/2009), S. 558-567

- Rossetto, Alyssia/Jorm, Anthony F./Reavley, Nicola J. (2016): Predictors of adults' helping intentions and behaviours towards a person with a mental illness: A six-month follow-up study, in: *Psychiatry research* 240 (o. H./2016), S. 170-176
- Röthlin, Florian/Pelikan, Jürgen M./Ganahl, Kristin (2013): Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV), <https://oepgk.at/abschlussbericht-der-oesterreichischen-gesundheitskompetenz-jugendstudie/>, 03.01.2022
- Ruhle, Sascha A./Süß, Stefan (2020): Presenteeism and absenteeism at work – an analysis of archetypes of sickness attendance cultures, in: *Journal of Business and Psychology* 35 (2/2020), S. 241-255
- Rump, Jutta/Schiedhelm, Melanie/Eilers, Silke (2016): Gesundheit anordnen? Die Rolle der Führungskultur im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2016*, Berlin u. a. 2016, S. 95-103
- Rüsch, Nicolas/Angermeyer, Matthias C./Corrigan, Patrick W. (2005): Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen, in: *Psychiatrische Praxis* 32 (5/2005), S. 221-232
- Rüsch, Nicolas/Evans-Lacko, Sara E./Henderson, Claire/Flach, Clare/Thornicroft, Graham (2011): Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness, in: *Psychiatric Services* 62 (6/2011), S. 675-678
- Rüsch, Nicolas/Müller, Mario/Ajdacic-Gross, Vladeta/Rodgers, Stephanie/Corrigan, Patrick/Rössler, Wulf (2014): Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking, in: *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 23 (2/2014), S. 177-187

- Rüsch, Nicolas/Thornicroft, Graham (2014): Does stigma impair prevention of mental disorders?, in: *The British Journal of Psychiatry* 204 (4/2014), S. 249-251
- Rutenfranz, Josef/Rohmert, Walter (1975): *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen*, Bonn 1975
- Ryde, Gemma C./Gilson, Nicholas D./Burton, Nicola W./Brown, Wendy J. (2013): Recruitment rates in workplace physical activity interventions: characteristics for success, in: *American Journal of Health Promotion* 27 (5/2013), S. 101-112
- Saksvik, Per Ø./Nytrø, Kjell/Dahl-Jørgensen, Carla/Mikkelsen, Aslaug (2002): A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions, in: *Work & Stress* 16 (1/2002), S. 37-57
- Saldaña, Johnny (2016): *The Coding Manual for Qualitative Researchers*, 3. Aufl., Los Angeles 2016
- Sandhu, Swaran (2012): *Public Relations und Legitimität: Der Beitrag des organisationalen Neo-Institutionalismus für die PR-Forschung*, Wiesbaden 2012
- Sartorius, Norman/Kuyken, Willem (1994): Translation of Health Status Instruments, in: Orley, John/Kuyken, Willem (Hrsg.): *Quality of Life Assessment: International Perspectives*, Berlin, Heidelberg 1994, S. 3-18
- Schaper, Niclas (2019a): Gruppenarbeit in der Produktion, in: Nerdinger, Friedemann W./Blickle, Gerhard/Schaper, Niclas (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie*, 4. Aufl., Berlin, Heidelberg 2019, S. 435-462
- Schaper, Niclas (2019b): Neue Formen der Arbeit: Das Beispiel Telekooperation, in: Nerdinger, Friedemann W./Blickle, Gerhard/Schaper, Niclas (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie*, 4. Aufl., Berlin, Heidelberg 2019, S. 601-628

- Scherm, Ewald/Süß, Stefan (2010): Personalawards: Legitimationsfassade, Mythos, Symbol?, in: Zeitschrift Führung und Organisation 79 (4/2010), S. 254-256
- Scherm, Ewald/Süß, Stefan (2016): Personalmanagement, 3. Aufl., München 2016
- Schermelleh-Engel, Karin/Moosbrugger, Helfried/Müller, Hans (2003): Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures, in: Methods of Psychological Research Online 8 (2/2003), S. 23-74
- Schermuly, Carsten C./Schermuly, René A./Meyer, Bertolt (2011): Effects of vice-principals' psychological empowerment on job satisfaction and burnout, in: International Journal of Educational Management 25 (3/2011), S. 252-264
- Schigutt, Brigitte/Püringer, Joe (2017): Evaluierung psychischer Belastungen: Ein neuer Weg der Betrieblichen Gesundheitsförderung? Aktuelle Entwicklungen in Österreich, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern 2017, S. 77-87
- Schlicht, Wolfgang/Zinsmeister, Marcus (2015): Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren, Berlin u. a. 2015
- Schmierl, Klaus (2018): Gratifizierung von Arbeit: Lohn und Leistung, in: Böhle, Fritz/Voß, Günter/Wachtler, Günther (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie, Band 1: Arbeit, Strukturen und Prozesse, 2. Aufl., Wiesbaden 2018, S. 503-533
- Schnabel, Claus (2007): Arbeitnehmervvertretungen im öffentlichen Sektor: Bedeutung und (potenzielle) Effizienzwirkungen, <http://hdl.handle.net/10419/23794>, 03.01.2022
- Schnyder, Nina/Panczak, Radoslaw/Groth, Nicola/Schultze-Lutter, Frauke (2017): Association between mental health-related stigma and active help-seeking. Systematic review and meta-analysis, in: The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science 210 (4/2017), S. 261-268

- Schomerus, Georg/Matschinger, Herbert/Angermeyer, Matthias C. (2009): Attitudes that determine willingness to seek psychiatric help for depression: A representative population survey applying the theory of planned behaviour, in: *Psychological Medicine* 39 (11/2009), S. 1855-1865
- Schomerus, Georg/Stolzenburg, Susanne/Freitag, Simone/Speerforck, Sven/Janowitz, Deborah/Evans-Lacko, Sara/Muehlan, Holger/Schmidt, Silke (2018): Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: A prospective study among untreated persons with mental illness, in: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 269 (4/2018), S. 469-479
- Schreyögg, Georg/Koch, Jochen (2015): *Grundlagen des Managements. Basiswissen für Studium und Praxis*, 3. Aufl., Wiesbaden 2015
- Schubert, Saskia/Ringeisen, Tobias (2020): Stressbewältigung im Kulturvergleich, in: Ringeisen, Tobias/Genkova, Petia/Leong, Frederick T. L. (Hrsg.): *Handbuch Stress und Kultur*, Wiesbaden 2020, S. 1-20
- Schulte-Zurhausen, Manfred (2014): *Organisation*, 6. Aufl., München 2014
- Schulz, Wolfgang/Shin, Min A./Schmid-Ott, Gerhard (2018): Einstellungen gegenüber Psychotherapie in Südkorea und Deutschland, in: *Der Nervenarzt* 89 (o. H./2018), S. 51-57
- Schulze, Annett/Hien, Wolfgang/von Kardorff, Ernst (2018): Der Beitrag der Neuen Sozialen Bewegungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – eine Fallstudie zur Transformation und Verstetigung von Protestkommunikation in (in-)formellen Netzwerken, in: *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management* 25 (2/2018), S. 252-274
- Schumacher, Désirée/Schreurs, Bert/van Emmerik, Hetty/de Witte, Hans (2016): Explaining the relation between job insecurity and employee outcomes during organizational change: A multiple group comparison, in: *Human Resource Management* 55 (5/2016), S. 809-827
- Schwarz, Betje/Stegmann, Ralf/Wegewitz, Uta (2020): Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke und -angebote zur Unterstützung des Return to Work

- nach psychischer Krise: Zwischen gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung und Selbstmanagement der Zurückkehrenden, in: Die Rehabilitation 59 (5/2020), S. 263-272
- Schwarzer, Ralf/Jerusalem, Matthias (2003): SWE. Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, https://www.psycharchives.org/bitstream/20.500.12034/320.2/11/PT_9001003_SWE_Autorenbeschreibung.pdf, 03.01.2022
- Seel, Helga (2017): Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance und Herausforderung, in: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Bern 2017, S. 285-294
- Self, Dennis R./Armenakis, Achilles A./Schraeder, Mike (2007): Organizational change content, process, and context: A simultaneous analysis of employee reactions, in: Journal of Change Management 7 (2/2007), S. 211-229
- SGB: Sozialgesetzbuch, 49. Aufl., München 2019, Stand: 2019
- Sheikh, Shaheen/Furnham, Adrian (2000): A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 35 (7/2000), S. 326-334
- Sherif, Muzafer (1966): In common predicament: Social psychology of intergroup conflict and cooperation, Boston 1966
- Shoss, Mindy K. (2017): Job insecurity: An integrative review and agenda for future research, in: Journal of Management 43 (6/2017), S. 1911-1939
- Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben, Göttingen 1996
- Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie, 6. Aufl., München u. a. 2005
- Siegrist, Johannes/von dem Knesebeck, Olaf (2018): Prävention chronischer Stressbelastungen, in: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias/Klotz,

- Theodor/Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien, 5. Aufl., Bern 2018, S. 267-275
- Siegrist, Johannes/Dragano, Nico (2008): Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben, in: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 51 (3/2008), S. 305-312
- Simmering, Marcia J./Fuller, Christie M./Richardson, Hettie A./Ocal, Yasemin/Atinc, Guclu M. (2015): Marker variable choice, reporting, and interpretation in the detection of common method variance. A review and demonstration, in: Organizational Research Methods 18 (3/2015), S. 473-511
- Simmons, Susan (1994): Social networks: Their relevance to mental health nursing, in: Journal of Advanced Nursing 19 (2/1994), S. 281-289
- Sisolefsky, Franziska/Rana, Madiha/Herzberg, Philipp Y. (2017): Persönlichkeit, Burnout und Work Engagement. Eine Einführung für Psychotherapeuten und Angehörige gefährdeter Berufsgruppen, Wiesbaden 2017
- Smith, Coral L./Shochet, Ian M. (2011): The impact of mental health literacy on help-seeking intentions. Results of a pilot study with first year psychology students, in: International Journal of Mental Health Promotion 13 (2/2011), S. 14-20
- Smith, George B./Hukill, Elizabeth (1996): Nurses impaired by emotional and psychological dysfunction, in: Journal of the American Psychiatric Nurses Association 2 (6/1996), S. 192-200
- Sousa, Valmi D./Rojjanasrirat, Wilaiporn (2011): Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research. A clear and user-friendly guideline, in: Journal of Evaluation in Clinical Practice 17 (2/2011), S. 268-274
- Spector, Paul E. (2019): Do not cross me: Optimizing the use of cross-sectional designs, in: Journal of Business and Psychology 34 (2/2019), S. 125-137

- Spiegel Online (2020): Erste Hilfe für die Seele, <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/mhfa-kurse-wie-das-umfeld-psychisch-krankemenschen-unterstuetzen-kann-a-58f2bf57-aa85-40ed-982a-37ee3588bbd1>, 03.01.2022
- Stadler, Sofie M. (2010): Einstellungen und Soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken, in: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 58 (4/2010), S. 265-273
- Staehele, Wolfgang H. (1999): Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive, 8. Aufl., München 1999
- Stagnaro, Juan C./Cia, Alfredo H./Vommaro, Horacio/Sustas, Sebastián/Vázquez, Nestor/Serfaty, Edith/Kessler, Ronald C./Benjet, Corina (2019): Delays in making initial treatment contact after the first onset of mental health disorders in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology, in: Epidemiology and Psychiatric Sciences 28 (2/2019), S. 240-250
- Statistisches Bundesamt (2021): Todesursachen: Suizide, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>, 03.01.2022
- Stegmann, Ralf/Schröder, Ute B. (2018): Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt, Wiesbaden 2018
- Steinmetz, Holger/Schmidt, Peter/Tina-Booh, Andrea/Wieczorek, Siegrid/Schwartz, Shalom H. (2009): Testing measurement invariance using multigroup CFA. Differences between educational groups in human values measurement, in: Quality & Quantity 43 (4/2009), S. 599-616
- Stemmer-Lück, Magdalena (2009): Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen. Psychodynamische Konzepte in der psychosozialen Praxis, 1. Aufl., Stuttgart 2009
- Stolzenburg, Susanne/Freitag, Simone/Evans-Lacko, Sara/Speerforck, Sven/Schmidt, Silke/Schomerus, Georg (2018): Individuals with currently untreated mental illness. Causal beliefs and readiness to seek help, in: Epidemiology and Psychiatric Sciences 28 (4/2018), S. 446-457

- Stracke, Stefan/Nerdinger, Friedemann W. (2010): Mitbestimmung und Innovation aus Betriebsratsperspektive: Ergebnisse qualitativer Studien, in: Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 17 (1/2010), S. 30-53
- Stracke, Stefan/Schneider, Karsten (2009): Beschäftigungssicherung durch Innovation als Aufgabe der Mitbestimmung, in: Nerdinger, Friedemann W./Wilke, Peter (Hrsg.): Beteiligungsorientierte Unternehmenskultur, Wiesbaden 2009, S. 183-209
- Streich, Richard K. (1997): Veränderungsprozessmanagement, in: Reiss, Michael/von Rosenstiel, Lutz/Lanz, Anette (Hrsg.): Change-Management. Programme, Projekte und Prozesse, Stuttgart 1997, S. 237-254
- Stuber, Felicitas/Seifried-Dübon, Tanja/Rieger, Monika A./Zipfel, Stephan/Gündel, Harald/Junne, Florian (2019): Investigating the role of stress-preventive leadership in the workplace hospital: The cross-sectional determination of relational quality by transformational leadership, in: Frontiers in Psychiatry 10 (o. H./2019), S. 1-11
- Suchman, Mark C. (1995): Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches, in: Academy of Management Review 20 (3/1995), S. 571-610
- Süß, Stefan (2008): Soziologischer Neoinstitutionalismus: Aussagen, Anwendungsbereiche, Kritik, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium 37 (2/2008), S. 63-68
- Süß, Stefan (2009): Die Institutionalisierung von Managementkonzepten. Eine strukturationstheoretisch-mikropolitische Perspektive, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft 79 (2/2009), S. 187-212
- Süß, Stefan/Evertz, Lena/Christou, Vasiliki (2020): Digitale Transformation im Handwerk: Eine qualitative Analyse der individuellen Veränderungsbereitschaft, in: Zeitschrift für KMU und Entrepreneurship 69 (3-4/2020), S. 149-168

- Süß, Stefan/Weiß, Eva-Ellen (2014): Stressfaktor Chef: Wie der Führungsstil Stress und Work-Life-Conflict beeinflusst, in: *Personal Quarterly* 66 (3/2014), S. 36-41
- Süß, Stefan/Wulf, Ines C./Körner, Ulrike (2017): Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Industrie 4.0: Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, in: *Industrie Management* 33 (3/2017), S. 26-30
- Swami, Viren (2012): Mental health literacy of depression. Gender differences and attitudinal antecedents in a representative british sample, in: *PloS One* 7 (11/2012), S. 1-6
- Tanner, Grit/Bamberg, Eva (2018): Betriebliche Gesundheitsförderung, in: Kohlmann, Carl-Walter/Salewski, Christel/Wirtz, Markus A. (Hrsg.): *Psychologie in der Gesundheitsförderung*, 1. Aufl., Bern 2018, S. 523-534
- ten Have, Margreet/de Graaf, Ron/van Dorsselaer, Saskia/Beekman, Aartjan (2013): Lifetime treatment contact and delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder in: *Psychiatric Services* 64 (10/2013), S. 981-989
- Tetrick, Lois E./Winslow, Carolyn J. (2015): Workplace stress management interventions and health promotion, in: *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* 2 (1/2015), S. 583-603
- The Canadian Nurse Association (2022): RN and Baccalaureate Education, <https://www.aacnnursing.org/News-Information/Fact-Sheets/Impact-of-Education>, 03.07.2022
- Thelen, Kathleen/Turner, Lowell (1998): Codetermination in comparative perspective, in: *Mitbestimmung* 1 (44/1998), S. 16-19
- Thornicroft, Graham/Rose, Diana/Kassam, Aliya/Sartorius, Norman (2007): Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?, in: *The British Journal of Psychiatry* 190 (3/2007), S. 192-193
- Thornton, Patricia H./Ocasio, William (2008): Institutional logics, in: Greenwood, Royston/Oliver, Christine/Sudabby, Roy/Sahlin,

- Kerstin (Hrsg.): The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism, Los Angeles u. a. 2008, S. 99-128
- Tietel, Erhard (2008): Betriebspolitik im Wandel: Betriebsräte als Grenzgänger, in: *Supervision* 1 (o. H./2008), S. 6-13
- Tjosvold, Dean (1998): Cooperative and competitive goal approach to conflict: Accomplishments and challenges, in: *Applied Psychology* 47 (3/1998), S. 285-313
- Todnem By, Rune (2005): Organisational change management: A critical review, in: *Journal of Change Management* 5 (4/2005), S. 369-380
- Trinczek, Rainer (2010): Politische Regulierung von Arbeit und Arbeitsbeziehungen: Betriebliche Regulierung von Arbeitsbeziehungen, in: Böhle, Fritz/Voß, Günter G./Wachtler, Günther (Hrsg.): *Handbuch Arbeitssoziologie*, Wiesbaden 2010, S. 841-872
- Tyler, Tom R. (2006): Psychological perspectives on legitimacy and legitimation, in: *Annual Review of Psychology* 57 (o. H./2006), S. 375-400
- Uchiyama, Ayako/Odagiri, Yuko/Ohya, Yumiko/Takamiya, Tomoko/Inoue, Shigeru/Shimomitsu, Teruichi (2013): Effect on mental health of a participatory intervention to improve psychosocial work environment. A cluster randomized controlled trial among nurses, in: *Journal of Occupational Health* 55 (3/2013), S. 173-183
- Vahs, Dietmar (2019): *Organisation. Ein Lehr- und Managementbuch*, 10. Aufl., Stuttgart 2019
- Verhaeghe, Mieke/Bracke, Piet (2012): Associative stigma among mental health professionals. Implications for professional and service user well-being, in: *Journal of Health and Social Behaviour* 53 (1/2012), S. 17-32
- Vogel, David L./Bitman, Rachel L./Hammer, Joseph H./Wade, Nathaniel G. (2013): Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma, in: *Journal of Counseling Psychology* 60 (2/2013), S. 311-316

- Vogel, David L./Wade, Nathaniel G./Haake, Shawn (2006): Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help, in: *Journal of Counseling Psychology* 53 (3/2006), S. 325-337
- Vogel, David L./Wade, Nathaniel G./Hackler, Ashley H. (2007): Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling, in: *Journal of Counseling Psychology* 54 (1/2007), S. 40-50
- Vogel, David L./Wade, Nathaniel G./Wester, Stephen R./Larson, Lisa/Hackler, Ashley H. (2007): Seeking help from a mental health professional. The influence of one's social network, in: *Journal of Clinical Psychology* 63 (3/2007), S. 233-245
- Vogt, Dominique/Gehrig, Saskia M. (2021): Bedeutung und Stärkung von Gesundheitskompetenz/Health Literacy in der Prävention und Gesundheitsförderung, in: Tiemann, Michael/Mohokum, Melvin (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*, Berlin u. a. 2021, S. 305-315
- Waldmann, Tamara/Staiger, Tobias/Oexle, Nathalie/Rüsch, Nicolas (2019): Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems, in: *Journal of Mental Health* 29 (3/2019), S. 270-276
- Walker, Elizabeth R./McGee, Robin E./Druss, Benjamin G. (2015): Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis, in: *JAMA Psychiatry* 72 (4/2015), S. 334-341
- Wallace, Jean E. (2012): Mental health and stigma in the medical profession, in: *Health* 16 (1/2012), S. 3-18
- Walters, David/Nichols, Theo (2007): The development of statutory measures on worker health and safety representation, in: Walters, David/Nichols, Theo (Hrsg.): *Worker Representation and Workplace Health and Safety*, London 2007, S. 11-23
- Wan Mohd Yunus, Wan M. A./Musiat, Peter/Brown, June S. L. (2018): Systematic review of universal and targeted workplace interventions for

- depression, in: *Occupational and Environmental Medicine* 75 (1/2018), S. 66-75
- Wandersman, Abraham/Duffy, Jennifer/Flaspohler, Paul/Noonan, Rita/Lubell, Keri/Stillman, Lindsey/Blachman, Morris/Dunville, Richard/Saul, Janet (2008): Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation, in: *American Journal of Community Psychology* 41 (3-4/2008), S. 171-181
- Wang, Cixin/Cramer, Kristine M./Cheng, Hsiu-Lan/Do, Kieu A. (2019): Associations between depression literacy and help-seeking behaviour for mental health services among high school students, in: *School Mental Health* 11 (4/2019), S. 707-718
- Wang, Jingyi/He, Yanling/Jiang, Qing/Cai, Jun/Wang, Weiling/Zeng, Qingzhi/Miao, Juming/Qi, Xuejun/Chen, Jianxin/Bian, Qian/Cai, Chun/Ma, Ning/Zhu, Ziqing/Zhang, Mingyuan (2013): Mental health literacy among residents in Shanghai, in: *Shanghai Archives of Psychiatry* 25 (4/2013), S. 224-235
- Wang, Philip S./Angermeyer, Matthias/Borges, Guilherme/Bruffaerts, Ronny/Chiu, Wai T./Girolamo, Giovanni/Fayyad, John/Gureje, Oye/Haro, Josep M./Huang, Yueqin (2007): Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative, in: *World Psychiatry* 6 (3/2007), S. 177-185
- Wang, Philip S./Berglund, Patricia/Olfson, Mark/Pincus, Harold A./Wells, Kenneth B./Kessler, Ronald C. (2005): Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication, in: *Archives of General Psychiatry* 62 (6/2005), S. 603-613
- Weber, Renee/Crocker, Jennifer (1983): Cognitive processes in the revision of stereotypic beliefs, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 45 (5/1983), S. 961-977

- Wei, Yifeng/McGrath, Patrick J./Hayden, Jill/Kutcher, Stan (2015): Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review, in: BMC Psychiatry, 15 (o.H./2015), S. 1-20
- Weick, Karl E./Sutcliffe, Kathleen M./Obstfeld, David (2005): Organizing and the process of sensemaking, in: Organization Science 16 (4/2005), S. 409-421
- Weigl, Matthias/Müller, Andreas/Angerer, Peter/Petru, Raluca (2016): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Expertenbasierte Entwicklung einer checklistbasierten Handlungshilfe für Betriebsärzte, in: Das Gesundheitswesen 78 (3/2016), S. e14-e22
- Weiß, Eva-Ellen (2020): Worktime control and work stress: The moderating effect of self-comparisons and social comparisons, in: The International Journal of Human Resource Management 31 (5/2020), S. 682-704
- Weiß, Eva-Ellen/Süß, Stefan (2016): The relationship between transformational leadership and effort-reward imbalance, in: Leadership & Organization Development Journal 37 (4/2016), S. 450-466
- Weiss, Hilde/Gravogl, Barbara/Oberforster, Christina (2014): Civil Rights (Wien). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen, [http://zis.gesis.org/skala/Weiss-Gravogl-Oberforster-Civil-Rights-\(Wien\)](http://zis.gesis.org/skala/Weiss-Gravogl-Oberforster-Civil-Rights-(Wien)), 03.01.2022
- Wendsche, Johannes/Lohmann-Haislah, Andrea (2021): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Detachment, <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/F2353-3c.html>, 03.01.2022
- West, Stephen G./Taylor, Aaron B./Wu, Wei (2012): Model fit and model selection in structural equation modeling, in: Hoyle, Rick H. (Hrsg.): Handbook of Structural Equation Modeling, New York 2012, S. 209-231
- Wheat, Kay/Brohan, Elaine/Henderson, Claire/Thornicroft, Graham (2010): Mental illness and the workplace: Conceal or reveal?, in: Journal of the Royal Society of Medicine 103 (3/2010), S. 83-86

- WHO (1946): Constitution of the World Health Organisation, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>, 03.01.2022
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, 03.01.2022
- WHO (1997): Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert, https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf?ua=1, 03.01.2022
- WHO (2011): Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response for health and social sectors at the country level, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf, 03.01.2022
- WHO (2016): WHO meeting report – Excess mortality in persons with severe mental disorders, https://www.who.int/mental_health/evidence/excess_mortality_meeting_report.pdf?ua=1, 03.01.2022
- WHO (2017): Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>, 03.01.2022
- WHO (2019): Psychische Gesundheit, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf?ua=1, 03.01.2022
- Wieclaw, Joanna/Agerbo, Esben/Mortensen, Preben B./Bonde, Jens P. (2006): Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions, in: Occupational and Environmental Medicine 63 (5/2006), S. 314-319
- Wiederkehr, Gabriele (2012): Betriebliche Gesundheitsförderung – Bedeutung der Entwicklung von Gesundheitskompetenz von Pflegepersonen, in: Österreichische Pflegezeitschrift 2 (o. H./2012), S. 21-24
- Wierenga, Debbie/Engbers, Luuk H./van Empelen, Pepijn/Duijts, Saskia/Hildebrandt, Vincent H./van Mechelen, Willem (2013): What

- is actually measured in process evaluations for worksite health promotion programs: A systematic review, in: BMC Public Health 13 (1/2013), S. 1-16
- Wilson, Coralie J./Deane, Frank P./Ciarrochi, Joseph/Rickwood, Debra (2005): Measuring help-seeking intentions. Properties of the general help seeking questionnaire, in: Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy 39 (1/2005), S. 15-28
- Wirtschaftswoche (2020): Wenn Arbeit krank macht, <https://www.wiwo.de/technologie/blick-hinter-die-zahlen/blick-hinter-die-zahlen-39-gesundheit-wenn-arbeit-krank-macht/26269738.html>, 03.01.2022
- Wirtz, Markus A./Caspar, Franz (2002): Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen, Göttingen 2002
- Wolcott, Harry F. (2003): Teachers versus technocrats: An educational innovation in anthropological perspective, Eugene 2003
- Wright, Michael T. (2020): Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipation-mitentscheidung-der-buergerinnen-und-buerger/>, 03.01.2022
- Wulf, Ines C. (2022): Help-Seeking and Help-Outreach Intentions of Healthcare Workers – The Role of Mental Health Literacy and Stigma in the Workplace, in: Frontiers in Education 7 (o.H./2022), S. 1-16
- Wulf, Ines C./Ruhle, Sascha A. (2020): Psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz – Validierung und Anpassung einer deutschsprachigen Version des Mental Health Literacy tool for the Workplace, in: Diagnostica 66 (1/2020), S. 50-61
- Wulf, Ines C./Süß, Stefan/Diebig, Mathias (2017): Akteure der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Perspektiven und Konflikte im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 71 (4/2017), S. 296-304

- Yunus, Wan M. A./Musiat, Peter/Brown, June S. L. (2018): Systematic review of universal and targeted workplace interventions for depression, in: Occupational and Environmental Medicine 75 (1/2018), S. 66-75
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim (2022): MHFA Ersthelfer, <https://www.mhfa-ersthelfer.de/de/was-ist-mhfa/>, 03.01.2022
- Zoni, Silvia/Lucchini, Roberto G. (2012): European approaches to work-related stress: A critical review on risk evaluation, in: Safety and Health at Work 3 (1/2012), S. 43-49