

Aus dem Institut für Arbeits-, Sozial-, und Umweltmedizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Leitung: Prof. Dr. Peter Angerer

Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen in Klein- und
Kleinstunternehmen

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors Public Health
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Valeria Sophie Pavlista

2024

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. Peter Angerer

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Nico Dragano

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Pavlista, Valeria; Angerer, Peter; Diebig, Mathias (2021): Barriers and drivers of psychosocial risk assessments in German micro and small-sized enterprises: a qualitative study with owners and managers. In: BMC public health 21 (1). DOI: 10.1186/s12889-021-11416-1.

Pavlista, Valeria; Angerer, Peter; Kuske, Johanna; Schwens, Christian; Diebig, Mathias (2022): Exploring the Barriers to the Implementation of Psychosocial Risk Assessment in Micro- and Small-Sized Firms. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O 66 (4), S. 170–183. DOI: 10.1026/0932-4089/a000398.

Zusammenfassung

Die gesunde Gestaltung der Arbeitsbedingungen ist eine wichtige Säule der Primärprävention. Vorliegende Belastungen sollten in regelmäßigen Analysen ermittelt und bei Bedarf durch entsprechende Maßnahmen verbessert werden. Bei der Herangehensweise ist die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (GBP) weltweit das zentrale Mittel der Wahl. Wie in vielen anderen Ländern, wird auch in Deutschland die Durchführung der GBP durch das Arbeitsschutzgesetz gesetzlich vorgeschrieben. Allerdings kommen nicht alle Unternehmen dieser Pflicht nach. Insbesondere in Klein- und Kleinstunternehmen (KKU) wird die GBP zu selten und häufig nicht vollständig durchgeführt. Im Rahmen dieser Arbeit werden insbesondere die GBP-Initiierung und die GBP-Durchführung im spezifischen Kontext von KKU im Detail beleuchtet. Es wurden insgesamt drei Studien durchgeführt: In Studie 1 wurden in Interviews mit KKU-Führungskräften fördernde und hemmenden Faktoren bei der Durchführung der GBP qualitativ untersucht. In Studie 2 wurden in einer Rekrutierungsstudie sowie einer Non-Responder-Befragung die Beweggründe erforscht, die bei der Entscheidung für oder gegen die GBP ausschlaggebend sind. In Studie 3 wurden im Rahmen von Fallstudien einige KKU über einen längeren Zeitraum begleitet, um einen detaillierten Blick in die betriebliche Praxis und mögliche Schwierigkeiten während der GBP-Durchführung zu erhalten. Entscheidende Faktoren, die die GBP-Initiierung fördern oder hindern sind die Gesundheitskompetenz der Führungskräfte, externe Unterstützung sowie Überwachung durch behördliche Präsenz. Die GBP-Umsetzung wird durch die Gestaltung des GBP-Prozesses beeinflusst. Darüber hinaus begünstigt die Unterstützung bei der Gestaltung und Umsetzung von Maßnahmen, eine engagierte Führungskraft und die Einbindung der Beschäftigten die weitere Umsetzung. Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass im Rahmen der GBP die Berücksichtigung der Unternehmenscharakteristika wichtig und Anpassungen notwendig sind. Idealerweise werden nicht nur passende und gut zugängliche Herangehensweisen benötigt, sondern auch Unterstützung in Form von fachlicher Expertise.

Summary

The healthy organisation of working conditions is an important pillar of primary prevention. Existing stressors should be identified in regular analyses and, if necessary, improved through appropriate measures. The psychosocial risk assessment (PRA) is the main method of choice worldwide. As in many other countries, the implementation of PRA is also legally required in Germany by the Occupational Health and Safety Act. However, not all companies fulfil this obligation. Especially in micro and small-sized companies (MSE), PRA is carried out too rarely and often not in its entirety. This paper examines in detail the initiation and implementation of PRA in the specific context of MSE. A total of three studies were conducted: In Study 1, interviews with MSE managers were used to qualitatively analyse factors that promote and inhibit the implementation of PRA. In Study 2, a recruitment study and a non-responder survey were conducted to investigate the motivations behind the decision in favour of or against PRA. In Study 3, several MSE were followed over a longer period of time as part of case studies in order to gain a detailed insight into operational practice and possible difficulties during PRA implementation. Decisive factors that promote or hinder PRA initiation are the health competence of managers, external support and monitoring by the authorities. PRA implementation is influenced by the design of the PRA process. In addition, support in the design and implementation of measures, a committed manager and the involvement of employees favours further implementation. The results of the studies show that the consideration of company characteristics is important in the context of PRA, and it needs to be adapted. Ideally, not only suitable and easily accessible approaches are needed, but also support in the form of specialist expertise.

Abkürzungsverzeichnis

BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
COPSOQ	Copenhagen Psychological Questionnaire
EU-OSHA	Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
ERI-Modell	Effort-Reward-Imbalance Modell
ESENER	Europäische Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken
GBP	Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
KKU	Klein- und Kleinstunternehmen
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
OHS	Occupational Health and Safety (Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Graphische Darstellung des Belastung-Beanspruchung-Modells. (Quelle: eigene Darstellung, Bild mit KI erstellt (bing.com/create) am 22. April 2024 um 10:49 Uhr).....	2
Abbildung 2. Psychische Belastung, Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen (Quelle: eigene Darstellung, Grafik angelehnt an Beck et al. (2022)).....	3
Abbildung 3. Prozess der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen in sieben Schritten (Quelle: eigene Darstellung; an Beck et al. (2022) orientiert).	10
Abbildung 4. Beeinflussende Faktoren nach GBP-Phase.	26

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Themenüberblick	1
1.1.1 Psychische Belastung und psychische Beanspruchung.....	2
1.1.2 Arbeitsstress	4
1.1.3 Systematische Herangehensweisen in der betrieblichen Prävention.....	6
1.2 Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (GBP).....	7
1.2.1 Gesetzliche Grundlagen & Leitlinien der GBP.....	8
1.2.2 Der GBP-Prozess.....	10
1.2.3 Die GBP-Methoden.....	11
1.2.4 Die GBP in der Praxis	12
1.3 Klein- und Kleinstunternehmen.....	13
1.3.1 Unternehmenscharakteristika	14
1.3.2 Besondere Rahmenbedingungen in KKV	15
1.4 Durchführung der GBP in KKV	16
1.4.1 Förderfaktoren der GBP in KKV	17
1.4.2 Hemmfaktoren der GBP in KKV	19
1.5 Ziele der Arbeit.....	20
1.6 Ethikvotum.....	21
2. Publierte Originalarbeiten.....	22
2.1 Pavlista, Valeria; Angerer, Peter; Diebig, Mathias (2021): Barriers and drivers of psychosocial risk assessments in German micro and small-sized enterprises: a qualitative study with owners and managers. In: BMC public health 21 (1). DOI: 10.1186/s12889-021-11416-1.	22
2.2 Pavlista, Valeria; Angerer, Peter; Kuske, Johanna; Schwens, Christian; Diebig, Mathias (2022): Exploring the Barriers to the Implementation of Psychosocial Risk Assessment in Micro- and Small-Sized Firms. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O 66 (4), S. 170–183. DOI: 10.1026/0932-4089/a000398.	23
3. Diskussion	24

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	24
3.2 Diskussion der Ergebnisse	26
3.2.1 Beeinflussende Faktoren bei der GBP-Initiierung	26
3.2.2 Beeinflussende Faktoren bei der GBP-Umsetzung.....	33
3.2.3. Beeinflussende Faktoren bei der GBP-Fortschreibung.....	36
3.3 Besondere Herausforderungen in KKU	36
3.4 Praktische Implikationen und Lösungsansätze	37
3.5 Stärken und Schwächen der Arbeit.....	39
3.6 Schlussfolgerungen	39
4. Literaturverzeichnis	41

1. Einleitung

1.1 Themenüberblick

Die Gestaltung der Arbeitsbedingungen ist eine komplexe Aufgabe, die sowohl Chancen als auch Herausforderungen bietet. Gut gestaltete Arbeitsbedingungen spielen sowohl bei der Gesundheit der Mitarbeitenden als auch deren Leistungsfähigkeit eine zentrale Rolle und können durch entsprechende Interventionen verbessert werden (Angelis et al., 2020; Angerer et al., 2014; Barnay, 2016; Brisson et al., 2016; K. E. Fox et al., 2022; Montano et al., 2014; Tetrick & Winslow, 2015; Theorell et al., 2015). Die Arbeit sollte daher so gestaltet werden, dass gesundheitliche Risiken minimiert werden und die Gesundheit der Mitarbeitenden gefördert wird (Beck et al., 2022; Joyce et al., 2016; Rothe et al., 2017; Seidler et al., 2022; Theorell et al., 2016). Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (GBP) ist im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsvorsorge die zentrale Methode zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Beck et al., 2022). Als fortlaufenden Prozess implementiert, bietet sie den Arbeitgebern¹ die Möglichkeit, systematisch die Arbeitsbedingungen zu analysieren und gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Durch die Umsetzung der Maßnahmen können Unternehmen einen unterstützenden und psychologisch sicheren Arbeitsplatz schaffen, der zu einer höheren Motivation, einem geringeren Stressniveau und einer besseren Work-Life-Balance der Mitarbeitenden führt. Trotz expliziter gesetzlicher Anforderung zeigt der Blick in die Praxis, dass noch lange nicht jedes Unternehmen gleichermaßen der gesetzlichen Pflicht nachkommt und die GBP durchführt (Beck & Lenhardt, 2019; European Agency for Safety and Health at Work, 2012). Insbesondere Klein- und Kleinstunternehmen (KKU, weniger als 50 Mitarbeitende) haben niedrige Umsetzungsquoten (Kleinstunternehmen: 15%, Kleine Unternehmen: 33%), was aufgrund der großen Beschäftigungszahl in KKU (40% aller Beschäftigten in Deutschland) besorgniserregend ist (Beck & Lenhardt, 2019; Statistisches Bundesamt, 2021). Um die Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten gleichermaßen gesundheitsfördernd zu gestalten, sollte die GBP auch in KKU viel häufiger durchgeführt werden. Bislang ist jedoch unklar, warum dies nicht geschieht – es ist daher wichtig, mehr Wissen zu generieren, um höhere Umsetzungsquoten und damit auch mehr Prävention in den Betrieben zu erreichen. Ziel dieser Dissertation ist es, beeinflussende Faktoren bei der GBP-Initiierung/Umsetzung in KKU zu identifizieren, Aspekte aufzudecken, die bei der

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale Differenzierung weitestgehend verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter. Die verkürzte Sprachform beinhaltet keine Wertung.

Entscheidung für oder gegen eine GBP ausschlaggebend sind und in Fallstudien zu untersuchen, in welchem Umfang und auf welche Weise die GBP in KKV durchgeführt wird.

1.1.1 Psychische Belastung und psychische Beanspruchung

Laut internationaler Normung wird psychische Belastung „als die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“, definiert (DIN EN ISO 10075-1). Zudem differenziert man zwischen psychischer Belastung und psychischer Beanspruchung (Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung - Teil 1: Allgemeine Aspekte und Konzepte und Begriffe/Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2017). Die Belastungen können dabei sowohl positiver Art (Ressourcen) als auch negativer Art (Anforderungen) sein; somit ist der Begriff psychische Belastung wertneutral definiert. Die Bewertung der Situation erfolgt von der jeweiligen Person selbst und hängt von deren individuellen Eigenschaften und Voraussetzungen ab. Je nach den individuellen Voraussetzungen und nach Bewertung der Situation kann nachfolgend eine psychische Beanspruchung entstehen. Wie in Abbildung 1 dargestellt, kann die gleiche Belastung in zwei Menschen zu unterschiedlicher Beanspruchung führen. Die psychische Beanspruchung wird durch die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung in einer Person in Abhängigkeit von ihren jeweiligen augenblicklichen und überdauernden Voraussetzungen, einschließlich ihren individuellen Bewältigungsstrategien, definiert

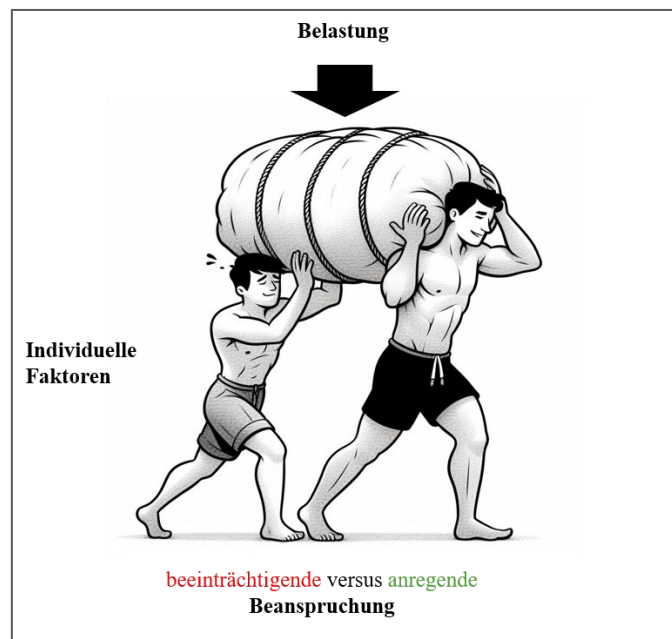


Abbildung 1. Graphische Darstellung des Belastungs-Beanspruchungs-Modells. (Quelle: eigene Darstellung, Bild mit KI erstellt (bing.com/create) am 22. April 2024 um 10:49 Uhr).

(Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung - Teil 1: Allgemeine Aspekte und Konzepte und Begriffe/Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2017). Unmittelbare Auswirkungen einer psychischen Beanspruchung können ebenfalls als positiv bzw. anregend oder negativ bzw. beeinträchtigend wahrgenommen werden (siehe auch Abbildung 2). Im positiven Fall erfolgt kurzfristig eine Aktivierung und ein Anstoß Neues zu lernen und nach gewisser Zeit Kompetenzentwicklung. Im ungünstigen Fall können unmittelbar Ermüdung und Stress die Folgen sein (Beck et al., 2022). Erfolgt eine psychische Beanspruchung über einen längeren Zeitraum, steigt das Risiko für Schädigungen der Gesundheit (vgl. Abbildung 2). Bislang gibt es keine definierten Grenzwerte, anhand derer eine übermäßige Belastung bzw. eine Beanspruchung festgestellt werden kann. Ferreira und Vogt (2022) unternahmen kürzlich

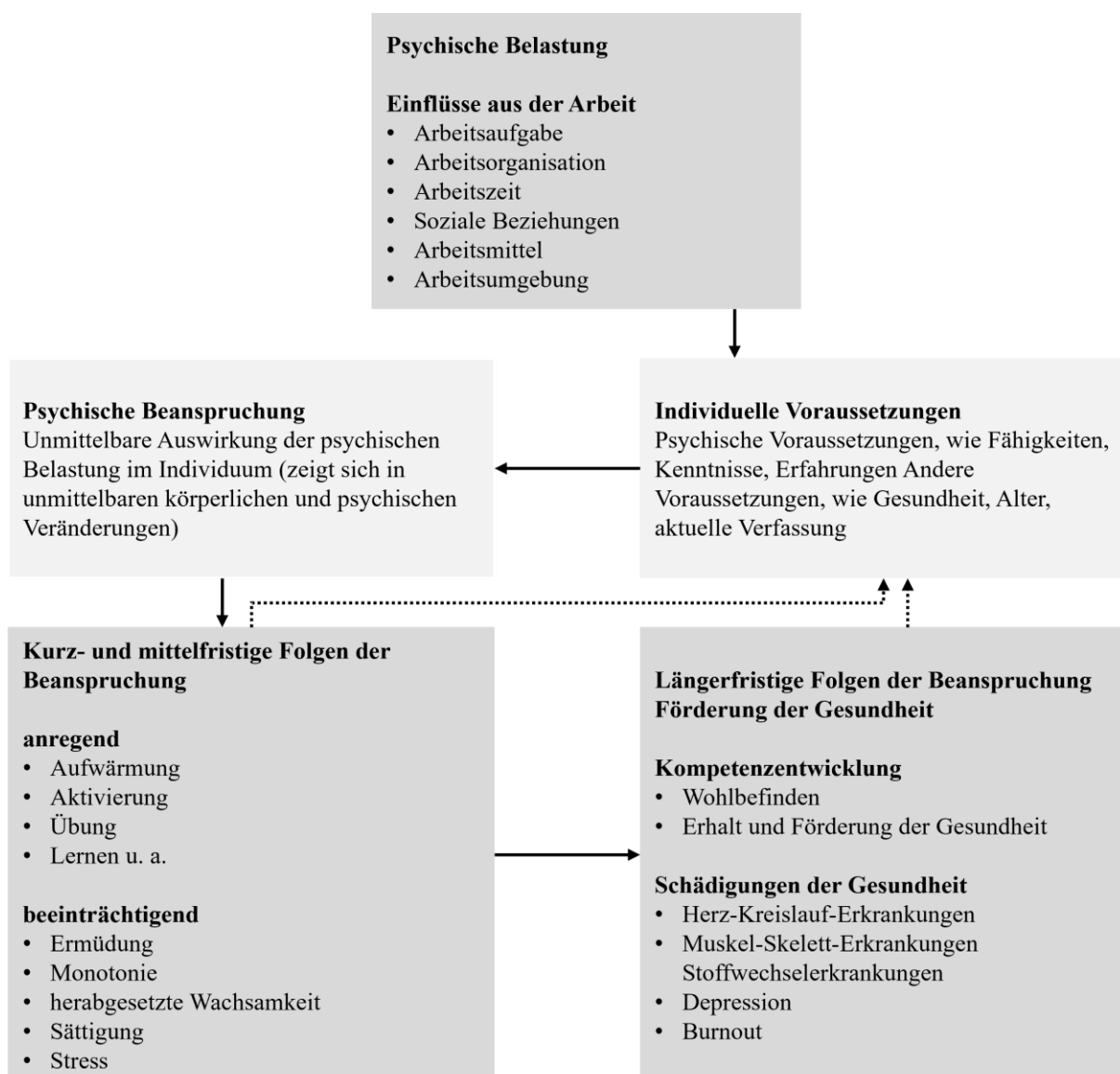


Abbildung 2. Psychische Belastung, Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen (Quelle: eigene Darstellung, Grafik angelehnt an Beck et al. (2022)).

einen Versuch, ein entsprechendes Arbeitsmodell mit konkreten Grenzwerten zu entwickeln. Ohne scharfe Abgrenzung der beitragenden Aspekte in ein einheitliches Kategoriensystem war dies jedoch nicht sinnvoll umsetzbar. Üblicherweise liegt im Rahmen der GBP eine moderate oder kritische Belastung vor, wenn viele Teilnehmer der untersuchten Organisationseinheit eine erhöhte Belastung berichten. Die Belastung von einzelnen Personen ist im Sinne der GBP in der Regel nicht relevant, da es um die Arbeitsbedingungen der untersuchten Organisationseinheit geht, nicht um die individuelle Belastungssituation einzelner Personen (Beck, Berger et al., 2017). In der Publikation von Beck et al. (2022) werden je nach Merkmalsbereich verschiedene Gefährdungen genannt, die möglichst vermieden werden sollten: Die Arbeitszeit sollte beispielsweise nicht mehr als 10 Stunden pro Tag betragen, unzureichende Erholungszeiten sollten durch kürzere Pausen oder Ruhezeiten vermieden werden und die Arbeitszeiten sollten vorhersehbar sein.

1.1.2 Arbeitsstress

Im allgemeinen entsteht Stress aufgrund eines Ungleichgewichts zwischen äußeren Anforderungen und den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, diese zu bewältigen (Lohmann-Haislah, 2012). Laut der Definition der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) entsteht arbeitsbedingter Stress (kurz Arbeitsstress), wenn die Anforderungen des Arbeitsumfelds die Fähigkeit der Arbeitnehmer übersteigen, sie zu bewältigen (oder zu kontrollieren). Schon im Jahr 2009 war laut EU-OSHA Arbeitsstress das zweithäufigste arbeitsbedingte Gesundheitsproblem, von dem 22% der Arbeitnehmer in der EU-27 betroffen waren (Milczarek et al., 2009). Es gibt einige Stressmodelle, die die Entstehung von Arbeitsstress und Möglichkeiten zur Reduktion aufzeigen.

Das Anforderungs-Kontroll-Modell wurde von Robert Karasek in den 1970ern entwickelt (Karasek, 1979) und besagt, dass Arbeitsstress entsteht, wenn ein Ungleichgewicht zwischen Arbeitsanforderungen und Kontrollmöglichkeiten bestehen (Karasek et al., 1981). Eine besonders ungünstige bzw. gesundheitsgefährdende Kombination für Beschäftigte besteht, wenn hohe Anforderungen und geringe Kontrolle in Kombination vorliegen (Karasek et al., 1981). Nach dem Modell beziehen sich die Anforderungen auf die physischen, psychischen, sozialen oder organisatorischen Aspekte eines Arbeitsplatzes, die dem Arbeitnehmer anhaltende physische oder psychische Anstrengungen abverlangen. Beispiele hierfür sind Arbeitsbelastung, Zeitdruck und widersprüchliche Anforderungen. Die Kontrolle am Arbeitsplatz bezieht sich auf das Maß an Autonomie oder die Entscheidungsbefugnis, die ein

Arbeitnehmer über seine Aufgaben und deren Erledigung hat. Dazu gehört der Einsatz von Elementen wie Handlungsspielraum, Entscheidungsfreiheiten und Kreativität während der Arbeit. Epidemiologische Studien auf Basis des Anforderungs-Kontroll-Modells zeigen, dass insbesondere hohe Arbeitsanforderungen gepaart mit geringem Entscheidungsspielraum langfristig zu psychischen wie auch körperlichen Erkrankungen führen können (Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti et al., 2001; Niedhammer et al., 2021).

Ein weiteres bedeutendes Stressmodell ist das Effort-Reward-Imbalance (ERI)-Modell, von Johannes Siegrist in den späten 1990er Jahren entwickelt (Siegrist, 1996a, 1996b). Das ERI-Modell bietet einen theoretischen Rahmen zum Verständnis wie psychosoziale Faktoren am Arbeitsplatz zu Stress und negativen gesundheitlichen Folgen beitragen (Siegrist, 2015). Es konzentriert sich auf den Austausch zwischen den bei der Arbeit aufgewendeten Anstrengungen und den dafür erhaltenen Belohnungen. Anstrengungen im Sinne des ERI-Modells beziehen sich auf die physischen und psychischen Kosten, die mit den Arbeitsanforderungen verbunden sind, einschließlich Arbeitsbelastung, Zeitdruck und Verantwortung. Das Modell stellt die Investition von Energie, Zeit und Fähigkeiten dar, die von den Mitarbeitenden benötigt wird, um ihre Arbeitsanforderungen zu erfüllen. Die Belohnungen werden vom Arbeitnehmer individuell wahrgenommen und können sowohl materiell als auch immateriell sein. Konkret gemeint ist beispielsweise finanzielle Vergütung, Arbeitsplatzsicherheit, Karrieremöglichkeiten, Anerkennung und soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen. Das ERI-Modell geht davon aus, dass die Wahrnehmung eines Ungleichgewichts zwischen Leistung und Belohnung durch die Arbeitnehmer zu einer Stresssituation führt, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Die Stresssituation ist besonders ausgeprägt, wenn der wahrgenommene Mangel an Belohnung chronisch und anhaltend ist. Seit der Entwicklung des Modells wurden zahlreiche Studien durchgeführt, die aufzeigen wie ein Ungleichgewicht von Anstrengung und Belohnung die Gesundheit beeinträchtigen kann, dazu gehören beispielsweise koronare Herzkrankheiten (Dragano et al., 2017; Ervasti & Kivimäki, 2023; Siegrist & Dragano, 2008) oder Depressionen (Rugulies et al., 2017; Rugulies et al., 2021). Außerdem konnte gezeigt werden, dass sich auch die physiologische Stressreaktion je nach ERI-Situation verändert (Landolt et al., 2017).

Grundsätzlich ist der Zusammenhang zwischen Fehlbelastung bei der Arbeit und schlechter Gesundheit empirisch gut erforscht (Niedhammer et al., 2021; Rau & Buyken, 2015; Rothe et al., 2017). Arbeitsstress begünstigt die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Anfossi et al., 2022; Kivimäki et al., 2012; Steptoe & Kivimäki, 2013; Theorell et al., 2016), Muskel-

Skelett-Erkrankungen (Taibi et al., 2021) und psychischen Erkrankungen wie Depressionen (Niedhammer et al., 2021; Niedhammer et al., 2022; Seidler et al., 2022; Theorell et al., 2015), was neben der eigentlichen Krankheitssymptomatik auch soziales Leiden (engl. *social suffering*) nach sich ziehen kann (Woods et al., 2019). Die derzeitige Studienlage zeigt, dass andauernder Arbeitsstress gravierende Folgen für den Einzelnen haben kann, die bis hin zu einem erhöhtem Sterblichkeitsrisiko reichen können (Amiri & Behnezhad, 2020). Für Mitarbeitende mit diagnostizierter psychischer Störung kann Arbeitsstress die bestehende Symptomatik verstärken und zu langen Fehlzeiten führen (Duchaine et al., 2020). Der negative Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und der Beeinträchtigung der mentalen Gesundheit wird weltweit beobachtet und gerät dadurch zunehmend in den Fokus des betrieblichen Gesundheitsmanagements (van der Molen et al., 2020). Für die Unternehmen entstehen durch Erkrankungen der Mitarbeitenden ebenfalls Nachteile. Laut dem Barmer Gesundheitsreport lag die durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2022 bei 44,6 Tagen (Grobe et al., 2023) – ein langer Zeitraum, indem die anfallende Arbeit nicht erledigt oder durch Kollegen kompensiert werden muss. Arbeitsstress sollte somit aus verschiedenen Gründen vermieden werden: im Sinne des Gesundheitsschutzes aufgrund der drohenden gesundheitlichen Konsequenzen aber auch aus unternehmerischer Sicht wegen hoher Kosten (Angerer & Gündel, 2023).

1.1.3 Systematische Herangehensweisen in der betrieblichen Prävention

Um sämtliche negativen Folgen gar nicht erst entstehen zu lassen, sollten Ursachen und Risikofaktoren, die zur Entstehung von Krankheiten beitragen, strukturiert überwacht werden, sodass frühzeitig Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet werden können. Hier setzt die Primärprävention an: diese bezeichnet die Gesamtheit aller Maßnahmen, die den Erhalt der Gesundheit von Personengruppen – im Arbeitskontext die Belegschaft eines Unternehmens – zum Ziel haben. Es wird der Ansatz verfolgt, dass nur durch Prävention die Inzidenz verringert werden kann (Albee & Ryan-Finn, 1993). So werden übergreifende Muster untersucht, die die Gesundheit der Menschen beeinflussen, um die mentale Gesundheit zu wahren (Caplan & Grunebaum, 1967). Dementsprechend sollten Arbeitsbedingungen so gestaltet werden, dass gesundheitsgefährdende Belastungen minimiert werden. Um diesem Ansatz gerecht zu werden, wurden systematische Ansätze entwickelt, an denen sich Gesundheitsexperten sowie Führungskräfte orientieren können, um alle wesentlichen Gefährdungsbereiche zu untersuchen. Mit dem Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes 1996 wurde in Deutschland der systematische Ansatz gesetzlich verankert (vgl. 1.2.1 Gesetzliche

Grundlagen & Leitlinien der GBP). Seitdem bietet die sogenannte „Gefährdungsbeurteilung“ den Arbeitgebern die Möglichkeit, mechanische, elektrische und chemische Gefährdungen, Gefahrenstoffe oder andere gefährdende Arbeitsumgebungsbedingungen systematisch zu untersuchen (Kittelmann et al., 2023). Erst im Jahr 2013 wurden die psychischen Belastungen als Gefährdung explizit genannt und dementsprechend als Teil der Gefährdungsbeurteilung gefordert. Die systematische Herangehensweise im betrieblichen Gesundheitsmanagement hat den Vorteil, dass alle signifikanten Merkmalsbereiche abgedeckt werden und somit keine wichtigen Aspekte übersehen werden. Dem Anwender stehen unzählige Checklisten, Handbücher und digitale Tools von den Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften, Krankenkassen oder auch privaten Anbietern zur Auswahl. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Gefährdungen durch psychische Belastungen („Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen“, kurz „GBP“), da dieser Bereich mit der gesamten Bandbreite aller psychosozialen Faktoren sehr umfangreich ist und im Verhältnis zu anderen Gefährdungen historisch vernachlässigt wurde.

1.2 Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (GBP)

Die Weltgesundheitsorganisation definiert einen gesunden Arbeitsplatz folgendermaßen (World Health Organization, 2010):

“Ein gesunder Arbeitsplatz ist ein Arbeitsplatz, an dem Arbeitnehmer und Führungskräfte zusammenarbeiten, um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit, der Sicherheit und des Wohlbefindens aller Arbeitnehmer und der Nachhaltigkeit des Arbeitsplatzes zu nutzen, indem sie auf der Grundlage der ermittelten Bedürfnisse Folgendes berücksichtigen:

- *Gesundheits- und Sicherheitsbelange in der physischen Arbeitsumgebung;*
- *Belange der Gesundheit, der Sicherheit und des Wohlbefindens in der psychosozialen Arbeitsumgebung, einschließlich Arbeitsorganisation und Arbeitsplatzkultur;*
- *persönliche Gesundheitsressourcen am Arbeitsplatz; und*
- *Möglichkeiten der Beteiligung an der Gemeinschaft, um die Gesundheit der Arbeitnehmer, ihrer Familien und anderer Mitglieder der Gemeinschaft zu verbessern.“*

Genau an dieser Stelle greift die GBP, denn sie stellt eine – wenn nicht die zentrale Methode dar, diese Ziele zu erreichen. Infolgedessen spielt die GBP bei der Förderung eines gesunden

Arbeitsumfelds und der Gewährleistung des Wohlbefindens der Mitarbeitenden eine entscheidende Rolle. In Deutschland hat die GBP in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen, da die Unternehmen erkannt haben, wie wichtig es ist, sich mit psychosozialen Faktoren zu befassen, die sich auf die Gesundheit und Leistung der Mitarbeitenden auswirken können. Die GBP zielt darauf ab, Faktoren im Arbeitsumfeld zu identifizieren und zu bewerten, die Stress oder andere negative psychologische Auswirkungen auf die Mitarbeitenden haben können. Der Zweck dieser Beurteilungen ist es, solche Risiken durch die Umsetzung geeigneter Maßnahmen und Interventionen zu verhindern oder zu mindern. Arbeitgeber können mit Hilfe dieser Bewertungen arbeitsbedingten Stress und die damit verbundenen Kosten wie Fehlzeiten, Fluktuation und verringerte Produktivität proaktiv bewältigen und reduzieren. Durch die Schaffung eines gesünderen Arbeitsumfelds können Arbeitgeber das Engagement ihrer Mitarbeitenden, die Arbeitszufriedenheit und die Gesamtleistung des Unternehmens steigern. Wie in vielen anderen Ländern, ist in Deutschland die psychosoziale Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz gesetzlich vorgeschrieben (Arbeitsschutzgesetz). Bereits 1996 wurde der systematische Ansatz im Rahmen des Arbeitsschutzgesetz rechtlich umgesetzt. Seit 2013 wird die psychische Belastung als Bestandteil der Gefährdungsbeurteilung explizit genannt bzw. gefordert.

1.2.1 Gesetzliche Grundlagen & Leitlinien der GBP

Die grundlegenden Prinzipien der GBP werden in Europa von der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) benannt (Eurofound and EU-OSHA, 2014). Die EU-OSHA wurde 1994 zunächst mit dem primären Ziel gegründet, Arbeitsunfälle zu vermeiden und Arbeitsschutz auf europäischer Ebene zu koordinieren. Seitdem nimmt die Agentur die Rolle eines Vermittlers ein und führt regelmäßig Unternehmenserhebungen durch, z.B. die europäische Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken² (ESENER). Auf europäischer Ebene wurde so ein Rahmen für die GBP entwickelt, um die bestehenden Ansätze in den verschiedenen Ländern zu vereinheitlichen (Cox & Leka, 2008). In vielen europäischen Ländern gibt es sowohl verbindliche als auch freiwillige Regelungen zur Durchführung der GBP (Leka, Jain et al., 2015). Die Autoren identifizierten 34 regulatorische und 60 freiwillige Regelungen - mit der Annahme eines Anstiegs in den nächsten Jahren. Auch weltweit werden psychosoziale Belange adressiert, jedoch fallen manche Länder – meist wirtschaftlich schwächere Länder – bei der Umsetzung zurück (Bernal et al., 2022; Kortum et al., 2010; Liu, 2022). Auf europäischer Ebene gibt es einige Gemeinsamkeiten in der

² Englischer Begriff: European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks, ESENER

Vorgehensweise, aber auch weitreichende Unterschiede bei der Umsetzung (Chirico, 2017; Leka, Jain et al., 2015; Leka et al., 2010).

In Deutschland stellt das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) seit 1996 die entscheidende gesetzliche Grundlage dar. Es fordert den Arbeitgeber auf, die Arbeit so zu gestalten, dass eine Gefährdung für das Leben sowie der körperlichen und geistigen Gesundheit vermieden und jedes Restrisiko so gering wie möglich gehalten wird (ArbSchG, §4). Des Weiteren wird jeder Arbeitgeber in Deutschland dazu aufgefordert, durch regelmäßige Beurteilungen zu überprüfen, ob eine durch die Arbeit verbundene Gefährdung vorliegt und ggf. Maßnahmen einzuleiten (ArbSchG, §5). Seit 2013 stellt neben der Einrichtung der Arbeitsstätte, der Bereitstellung von Arbeitsmitteln und der Vermeidung von Gefahrenstoffen, die psychische Belastung eine eigenständige Komponente der zu überprüfende Gefährdung dar (ArbSchG, §5, Abschnitt 6). Gemäß §3, Abs. 1 ArbSchG gehört es zu den Pflichten des Arbeitgebers, *„die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben“*. Die Ausgestaltung sowie konkrete Anforderungen an die Beurteilung werden von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) gestellt. Ausgesprochenes Ziel ist *„die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten durch einen effizient und systematisch wahrgenommenen Arbeitsschutz – ergänzt durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung – zu erhalten, zu verbessern und zu fördern“* (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, 2018). Die Leitlinie stellt den Rahmen dar, nach dem Beratung und Überwachung zum Thema psychische Belastungen erfolgen sollte. Zielgruppe der Leitlinie sind somit Arbeitsschutzbehörden und Präventionsdienstleister wie Unfallversicherungsträger. Angedacht ist, dass *„Aufsichtspersonen und Aufsichtsbeamtinnen und -beamten als Generalisten eine Lotsenfunktion wahrnehmen, den Unternehmen ihre fachbezogenen Kenntnisse als Wegweiser und Berater zum Thema psychische Belastung zur Verfügung stellen, ohne jedoch die betriebliche Bearbeitung des Themas in den einzelnen Phasen zu begleiten“* (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, 2018). Die Durchführung der GBP liegt folglich bei den Unternehmen selbst. Inhaltlich werden in Bezug auf die psychische Belastung fünf Hauptmerkmalsbereiche unterschieden: Arbeitsinhalt/ Arbeitsaufgabe, Arbeitsorganisation, soziale Beziehungen, Arbeitsumgebung und neue Arbeitsformen (Beck et al., 2022). Neben dem Arbeitsschutzgesetz gibt es seit Januar 2021 das

Arbeitsschutzkontrollgesetz (ArbSchKG), das den Vollzug des Arbeitsschutzes verbessern soll. Es wurde eine jährliche Mindestbesichtigungsquote von 5% festgelegt, was eine Steigerung der Betriebsbesichtigungen zur Folge haben soll. Zudem werden die Aufsichtsbehörden befugt, gezielt Betriebe mit einem hohem Gefährdungspotential zu besichtigen und gegebenenfalls eine schriftliche Arbeitsschutzvereinbarung zu verlangen. Auf diese Weise soll durch stärkere und spezifischere Kontrollen die betriebliche Prävention verbessert und die Umsetzungsquoten gesteigert werden.

1.2.2 Der GBP-Prozess

Der im Folgenden beschriebene GBP-Prozess basiert auf den Leitlinien der GDA bzw. der BAuA (Beck et al., 2022; Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, 2018). Das Verfahren folgt einem typischen Muster zur systematischen Beurteilung verschiedener Aspekte der Arbeitsbedingungen auf betrieblicher Ebene. Im Voraus soll das Vorgehen geplant und die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden. Dazu gehört die Einbeziehung aller relevanten Personen und die Auswahl geeigneter Methoden zur Durchführung der GBP. Im ersten Schritt der GBP (1) werden die zu beurteilende Bereiche nach Tätigkeitsbereichen bzw. sinnvollen Organisationsstrukturen eingeteilt (siehe Abbildung 3). Anschließend werden die Gefährdungen, z.B. im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen, Beobachtungsinterviews oder

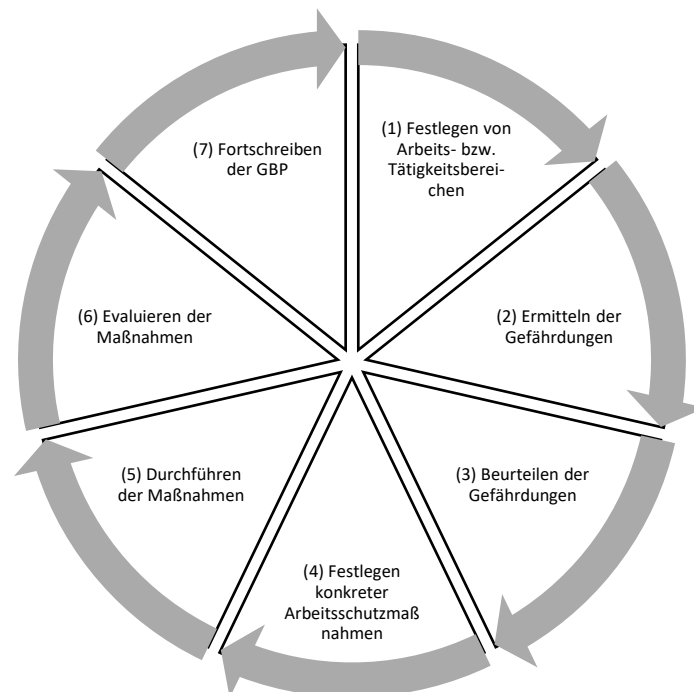


Abbildung 3. Prozess der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen in sieben Schritten (Quelle: eigene Darstellung; an Beck et al. (2022) orientiert).

Workshops analysiert und beurteilt (2, 3). Ziel ist die „systematische Identifizierung von möglichen Gefährdungen durch psychische Belastung bei der Arbeit und deren Entstehungsbedingungen“ (Beck et al., 2022). Nach der Identifizierung der Risikofaktoren bewerten die Unternehmen deren Schweregrad und mögliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Leistung der Mitarbeitenden. Diese Bewertung hilft bei der Priorisierung von Maßnahmen und der effektiven Zuweisung von Ressourcen. Basierend auf den Ergebnissen werden möglichst zeitnah (4) Maßnahmen festgelegt, die problematische Bereiche verbessern und anschließend umgesetzt (5). Zu den üblichen Maßnahmen gehören die Veränderung von Arbeitsprozessen sowie Arbeitsorganisation und die Verbesserung der Kommunikation. Nach einem gewissen Zeitraum der Umsetzung (in der Regel mindestens 6 Monate) wird die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft und die Maßnahmen gegebenenfalls angepasst (6). Der letzte Schritt (7) besteht in der Fortschreibung der GBP, d.h. die erneute Durchführung nach einem angemessenen Zeitraum oder nach veränderten Arbeitsbedingungen. Inhaltlich sollten in der GBP verschiedene Merkmalsbereiche analysiert werden, die in die Hauptkategorien Arbeitsinhalt/-aufgabe, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit, Soziale Beziehungen, Arbeitsmittel und Arbeitsumgebung klassifiziert werden können (Beck et al., 2022). Eine Neuerung in den letzten Jahren liegt in der von Benennung von Schlüsselfaktoren, die in jedem Fall in einer GBP enthalten sein sollten, da diese potenziell sehr große Risiken bergen (Beck, Berger et al., 2017). Diese sind: Arbeitsintensität, Arbeitszeit, Handlungsspielraum, soziale Beziehungen (insbesondere zu Vorgesetzten), Arbeitsumgebungsbedingungen (insbesondere die Belastung durch Lärm).

1.2.3 Die GBP-Methoden

Inhaltlich stehen eine Vielzahl von Verfahren bzw. Fragebögen zur Auswahl, die in die drei Hauptverfahren Mitarbeiterbefragungen, Analyseworkshops und Beobachtungsinterviews eingeordnet werden können (Beck, Berger et al., 2017; Beck et al., 2022; Schuller et al., 2018; Treier, 2019). Kersten et al. (2022) identifizierten 83 Instrumente für die GBP, von denen 19 Verfahren als geeignet eingestuft werden. In Kombination mit der allgemeinen „klassischen“ Gefährdungsbeurteilung ergibt sich eine fast unübersichtliche Vielzahl von potentiell einsetzbaren Instrumenten, die allerdings nicht alle gut befunden werden (Oakman et al., 2022). In Mitarbeiterbefragungen werden standardisierte Fragebögen eingesetzt, die sich gut eignen, um einen Überblick zu erhalten und alle Mitarbeitenden einzubeziehen (Beck, Berger et al., 2017; Metz & Rothe, 2017). Außerdem kann hier die Anonymität der Mitarbeitenden gut eingehalten werden, wenn ausreichend viele Personen teilnehmen. Die quantitative Natur der

Methode ermöglicht eine einfache Auswertung und gute Vergleichbarkeit. Allerdings sollten im Fall von erhöhten Belastungen bei der Maßnahmenableitung bzw. Umsetzung zusätzliche Methoden eingesetzt werden, die die Mitarbeitenden miteinbeziehen (Beck, Berger et al., 2017). Ein häufig eingesetzter Fragebogen bei Mitarbeiterbefragungen ist der Copenhagen Psychological Questionnaire (COPSOQ), der 87 Items umfasst und damit ein breites Spektrum abbildet (Ghadiri et al., 2016). Auf Seite der qualitativen Verfahren sind Analyseworkshops in Mitarbeiterunden bzw. Gesundheitszirkel eine beliebte Methode (Aust & Ducki, 2004; Beck, Berger et al., 2017; Beck et al., 2022; Ghadiri et al., 2016; Meggeneder, 2007). Bei dieser Vorgehensweise ermitteln die Führungskräfte mit den Mitarbeitenden gemeinsam die Belastungen und suchen direkt im Anschluss nach Lösungen. Diese Methode kann schnell und effizient sein, wenn die Workshops zielführend moderiert werden und es in dem Unternehmen eine offene Gesprächskultur gibt. Für kleine Unternehmen wird diese Methode häufig empfohlen (Beck, Berger et al., 2017). In Beobachtungsinterviews ermitteln fachkundige Personen psychische Belastungen mittels Beobachtungen der jeweiligen Tätigkeit, in der Regel ergänzt durch Interviews mit den Mitarbeitenden zu Merkmalen ihrer Arbeit (Beck, Berger et al., 2017). Vorteil dieser Methode ist die Analyse der Arbeitssituation unabhängig von der Einschätzung der Mitarbeitenden und ein detaillierter Einblick in den Unternehmensablauf. Nachteilig ist allerdings der hohe Zeitaufwand und die subjektive Einschätzung einer einzigen beurteilenden Person (Beck et al., 2022). Die Vielzahl an Verfahren und Vorgehensweisen bietet die Möglichkeit, dass jedes Unternehmen eine passende Vorgehensweise finden kann. Der benötigte Zeitaufwand die geeignete Methode zu finden ist jedoch nicht zu unterschätzen; somit kann es empfehlenswert sein, sich bei der Auswahl von Experten beraten zu lassen (Beck et al., 2022).

1.2.4 Die GBP in der Praxis

Viele Unternehmen bzw. Arbeitgeber kommen den gesetzlichen Anforderungen des Arbeitsschutzgesetzes nach und führen Gefährdungsbeurteilungen durch. Große europaweite Umfragen aus dem Jahr 2019 zeigen, dass 77% der interviewten Betriebe regelmäßig eine Gefährdungsbeurteilung durchführen (European Agency for Safety and Health at Work, 2019). Allerdings sinkt die Zahl mit der Unternehmensgröße: Je kleiner das Unternehmen, desto seltener werden Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt. Unklar ist, ob alle Komponenten – also auch die psychische Belastung – erfragt wurden. Repräsentative Ergebnisse aus einer Befragung von 6.500 zufällig ausgewählten Betrieben in Deutschland zur Gefährdungsbeurteilung zeigen, dass in den durchgeführten Gefährdungsbeurteilungen die

organisatorisch-sozialen Dimensionen sowie die psychischen Belastungen im Vergleich zu materiell-stofflichen Aspekten deutlich weniger berücksichtigt werden (Sommer et al., 2018). Die Bedeutung der Unternehmensgröße ist in diesem Zusammenhang ebenfalls offenkundig: 70% der großen Unternehmen (> 250 Beschäftigte) haben eine GBP eingeführt, während es bei den kleinen Unternehmen (10 bis 49 Beschäftigte) lediglich 33% und bei den Kleinstunternehmen (1 bis 9 Beschäftigte) 15% sind (Beck & Lenhardt, 2019). Betrachtet man nur die Unternehmen, die die GBP-Anforderungen vollständig erfüllen, so zeigt die Statistik, dass nur 7% der kleinen Unternehmen und nur 4% der Kleinstunternehmen die Kriterien erfüllen. Ein Trend, der sich in vielen anderen Studien wiederfindet und auch auf internationaler Ebene beobachtet wird (Bonafede et al., 2016; Eurofound and EU-OSHA, 2014; European Agency for Safety and Health at Work, 2012, 2018, 2019; Kortum et al., 2010; McCoy et al., 2014; Schreibauer et al., 2020). Mehr als die Hälfte (57%) der Kleinstunternehmen lehnt die Durchführung der GBP direkt ab (Lenhardt & Beck, 2016). Vielen Studien ist gemeinsam, dass es wenig genaue Daten zum Verlauf der GBP gibt. Der Großteil der Datenlage basiert auf der Befragung von Führungskräften, ob sie in ihrem Unternehmen eine GBP durchführen. Aus außenstehender Perspektive kann daher kaum validiert werden, ob die GBP tatsächlich durchgeführt wird und in welcher Weise dies geschieht. Eventuell wird die Umsetzung in Befragungen gegenüber offiziellen Institutionen aus Angst vor Bestrafung besser dargestellt als sie es in Wirklichkeit ist. Außerdem gibt es aufgrund der variierenden Vorgehensweisen viel Spielraum für unterschiedliche Auslegung und Interpretation. Die wenigen Studien, die es zur Umsetzung gibt, wie z.B. die Studie von Beck und Lenhardt (2019), zeigen deutlich, dass die Umsetzungsquote sowie die Umsetzungstreue weit von dem erwünschten Zustand entfernt sind. Klar ist, dass KKV die GBP viel zu selten durchführen und es zu wenig methodisch passende Angebote gibt (Leka, van Wassenhove & Jain, 2015). Insgesamt gibt es aber relativ wenig Wissen über die konkrete Situation in KKV, insbesondere aus der Perspektive einer unabhängigen Instanz. Möglicherweise praktizieren KKV andere Formen der Prävention, die informeller und so niedrigschwellig sind, dass sie den Verantwortlichen selbst nicht bewusst sind (Schuller et al., 2018).

1.3 Klein- und Kleinstunternehmen

Laut der Empfehlung der Europäischen Kommission ist *„ein Kleinstunternehmen als ein Unternehmen definiert, das weniger als 10 Personen beschäftigt und dessen Jahresumsatz bzw. Jahresbilanz 2 Millionen Euro nicht überschreitet“* (2003/361/EG). Ein kleines Unternehmen

wird dementsprechend mit weniger als 50 Beschäftigten und einem Jahresumsatz von maximal 10 Millionen definiert. Beide Unternehmensgruppen werden in der Literatur häufig unter der Gruppe der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) subsumiert, wodurch zum einen eine Differenzierungsmöglichkeit verloren geht und zum anderen die kleineren Unternehmen aufgrund der Beschäftigtenanzahl im Verhältnis zu den mittleren Unternehmen (bis zu 249 Beschäftigte) zahlenmäßig übertroffen werden. In Deutschland waren 2021 rund 18,7% der tätigen Personen in Kleinstunternehmen und 20,8% in kleinen Unternehmen beschäftigt (Destatis, 2021). Dies bedeutet im Falle der GBP und der niedrigen Durchführungsrate, dass ein großer Anteil der deutschen Arbeitnehmerschaft, konkret 15 Millionen Beschäftigte, von systematischer betrieblicher Prävention ausgeschlossen bleibt. Die Statistik aus dem Jahr 2021 zeigt ebenfalls, dass 96,9% aller deutscher Unternehmen KKV sind – im Vergleich dazu erreichen Großunternehmen einen Anteil 0,7% (Destatis, 2021). In der Praxis hat sich gezeigt, dass sich die Definition der Unternehmensgröße primär auf die Mitarbeiteranzahl ausrichtet und Bilanzsummen eine untergeordnete Rolle spielen (Lackner et al., 2021). Darüber hinaus ist es nicht immer möglich, die Unternehmensgröße eindeutig abzugrenzen, da zum einen die Zahl der Beschäftigten schwankt und zum anderen auf internationaler Ebene unterschiedliche Grenzen für die Definition der Größe bestehen. In dieser Arbeit wird die Größendefinition der Europäischen Kommission angewendet.

1.3.1 Unternehmenscharakteristika

Kleine Unternehmen sind typischerweise auf die Unternehmerpersönlichkeit ausgerichtet, die in der Regel sowohl die Finanz- als auch die Personalverantwortung innehat (Pfohl, 2006). Nicht selten ist die Unternehmerpersönlichkeit sowohl Gründer/in, als auch Inhaber/in als auch Manager/in (in dieser Arbeit wird verallgemeinernd der Überbegriff „KKU-Führungskraft“ verwendet). Von der Unternehmensstruktur unterscheiden sich kleinere Unternehmen in Bezug auf ihre einfachere Organisationsstruktur, eine verrichtungsorientierte Gliederung in Geschäftsbereiche, flachen Hierarchien und einem geringen Formalisierungsgrad zu Großunternehmen (Harney & Alkhalaf, 2021; Kaschny et al., 2015). Zudem herrschen laut Kaschny et al. (2015) statt formalen Richtlinien, Regulierungen und Bürokratie eher indirekte Kontrollmechanismen vor. Insbesondere hervorzuheben ist daher die Rolle der Führungskraft, die in großen Teilen die gesamte Verantwortung trägt und somit in Bezug auf die GBP aufgrund der Organisationsstruktur Hauptakteur sowohl bei der Initiierung als auch bei der Durchführung ist. Dies hat den Vorteil, dass ein geringer Koordinationsaufwand notwendig ist, große Entscheidungsspielräume bestehen und schnelle Entscheidungen getroffen werden können

(Becker & Ulrich, 2011). Alternative Ansprechpartner, Entscheidungsträger oder zusätzliche Kontrollmechanismen fehlen allerdings häufig wie beispielsweise das dünne Vorhandensein von Betriebsräten in KKV aufzeigt: nur ca. 5% der Unternehmen mit 5-50 Mitarbeitenden haben in Deutschland einen Betriebsrat (Ellguth & Kohaut, 2022). Als Nachteil drohen den Führungskräften Überlastung aufgrund von mangelnden Delegationsmöglichkeiten und im Falle von fehlender Kompetenz bestehen wenig Kompensationsmöglichkeiten durch ein Unterstützungsnetzwerk (Becker & Ulrich, 2011). Oft beherrscht in kleinen Unternehmen die Bewältigung des Tagesgeschäfts das Geschehen, weswegen strategische Ausrichtungen nicht zu den Stärken von KMU gehören (Pfohl, 2006). In kleineren Betrieben ist es wahrscheinlicher, dass Arbeitnehmer im Niedriglohnbereich beschäftigt werden, die häufig ein erhöhtes Risiko für chronische Krankheiten haben (Baron et al., 2014; Harris et al., 2014). In einer Studie aus dem Jahr 2011 gaben von den befragten Kleinstunternehmen 60% an, dass mehr als die Hälfte ihrer Beschäftigten Niedriglöhne (\leq \$11,50 pro Stunde im Jahr 2011) beziehen. In kleinen Unternehmen waren es noch 11% der Betriebe und in mittleren Unternehmen nur noch 7% (Harris et al., 2014). Hinzu kommt, dass bei kleinen Unternehmen die Wahrscheinlichkeit geringer ist, dass sie Arbeitsunfälle an die Behörden melden und so die Beschäftigten die notwendige Unterstützung erhalten (Baron et al., 2014; Dong et al., 2011; Souza et al., 2010). Diese Daten zeigen, dass es in KKV besonders wichtig wäre, Arbeitsschutzmaßnahmen umzusetzen, da die Beschäftigten häufiger als in großen Unternehmen aus einer vulnerablen Personengruppe stammen, die Hilfe umso mehr notwendig hätte. Alles in allem stellt sich daher die Frage, warum bisher wenig wirksame Lösungen für funktionierende betriebliche Prävention in KKV implementiert wurden, obwohl sie in Summe eine große Anzahl ausmachen und vergleichsweise viele vulnerable Personen beschäftigen.

1.3.2 Besondere Rahmenbedingungen in KKV

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz hat 2016 die besonderen Merkmale von KKV beschrieben (Walters & Wadsworth, 2016): Demnach haben KKV mit einem weit verbreiteten und komplexen Defizit an Ressourcen in allen Bereichen des Unternehmensbetriebs zu kämpfen, weswegen ein großer Teil von ihnen vereinfachte Businessstrategien verfolgt. Gemeinsam ist außerdem ihre prekäre wirtschaftliche Lage mit Sorgen um die finanzielle Lebensfähigkeit und einem Mangel an Ressourcen, die für Investitionen in Initiativen für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz notwendig wären (Walters & Wadsworth, 2016). Darüber hinaus sind KKV-Führungskräfte in der Regel nur begrenzt mit Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz vertraut,

verfügen diesbezüglich über ein geringes Problembewusstsein und geringe Fachkenntnisse (Walters & Wadsworth, 2016). So sind einige der Meinung dass „gesunder Menschenverstand“ eine ausreichende Sicherheits- und Gesundheitsmaßnahme am Arbeitsplatz darstellt und dass manche Risiken „Teil des Jobs“ sind bzw. die Mitarbeitenden selbst für ihre psychische Gesundheit zuständig sind (Hasle et al., 2018). Einige vorherrschenden Einstellungen und Prioritäten von KKV-Führungskräften sind somit wenig förderlich für die Priorisierung von Arbeitsschutzbelangen. Zudem haben KKV begrenzte Fähigkeiten bzw. Mittel, ihre Angelegenheiten systematisch zu verwalten (Hasle et al., 2018; Walters & Wadsworth, 2016). Dies ist ein entscheidender Unterschied zu größeren Unternehmen – während sich in großen Unternehmen ganze Abteilungen oder zumindest einzelne Personen primär mit Arbeitsschutzthemen befassen, liegt es in KKV an den Führungskräften, sich mit diesen Themen zu befassen (Pfohl, 2006). In qualitativen Interviewstudien attestieren sich die Führungskräfte selbst fehlende Qualifikationen und Sensibilität in Bezug auf die GBP (Wulf et al., 2017). Da die Führungskräfte durch ihren Führungsstil und ihre Entscheidungen die Arbeitsbedingungen im Unternehmen selbst gestalten, fehlt ihnen möglicherweise nicht nur die nötige Distanz, um die Situation beurteilen zu können, sondern sie sind selbst Teil des Problems – beispielsweise durch einen schlechten Führungsstil (Wulf et al., 2017).

1.4 Durchführung der GBP in KKV

Um den spezifischen Anforderungen von KKV gerecht zu werden, gibt es verschiedene Bestrebungen, die GBP an die besonderen Rahmenbedingungen in KKV anzupassen. Eine Strategie besteht darin, vereinfachte Methoden anzuwenden. Ein Beispiel dafür sind Ideentreffen, deren Methodik detailliert beschrieben seit 2016 im Internet unter anderem von der Deutschen Unfallversicherung frei zur Verfügung gestellt wird (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung [DGUV], 2022). Dahinter verbirgt sich eine vereinfachte Methode, die GBP im Rahmen von Mitarbeitertreffen im Kleinen abzuhandeln. Die Mitarbeitenden treffen sich in regelmäßigen Abständen, suchen ein Hauptthema und diskutieren anschließend Lösungen, um eine Verbesserung zu bewirken. Außerdem wird besprochen, was sich seit dem letzten Ideen-Treffen verändert hat. In einer Checkliste werden verschiedene Merkmalsbereiche aus der GBP als Hauptthema vorgeschlagen, wie zum Beispiel Handlungsspielraum, Verantwortung oder emotionale Inanspruchnahme. Leider gibt es bislang keine wissenschaftlich fundierten Daten zur Anwendung der Methode in der Praxis. Da sich die Methode primär an die Führungskräfte richtet, ist zu erwarten, dass nur diejenigen

Führungskräfte erreicht werden, die bereits für das Thema sensibilisiert sind. Die geringe Durchführungsrate der GBP in KKU spricht dafür, dass bislang entweder noch keine passende Methode gefunden oder eine passende Methode nicht weit genug verbreitet wurde.

Ein Ansatzpunkt für ein besseres Verständnis der Herausforderungen, mit denen KKU bei der GBP-Durchführung konfrontiert sind, besteht darin, förderliche und hemmende Faktoren zu identifizieren, die sowohl die Einführung als auch die Durchführung der GBP beeinflussen. Ein direkterer Weg zu dieser Information führt in den Austausch mit KKU-Führungskräften, um diese nach ihren Bedürfnissen und Problemen mit der GBP zu befragen. In den vergangenen Jahren wurden einige Befragungen durchgeführt, allerdings wird in vielen Studien die Unternehmensgröße, wenn überhaupt, nur beiläufig erwähnt. Somit ist unklar, ob sich diese Faktoren auch auf den Kontext von KKU übertragen lassen. Nichtsdestotrotz geben diese Studien Aufschluss über wichtige Faktoren, mit denen viele Unternehmen unabhängig von deren Größe zu kämpfen haben. In den folgenden zwei Unterkapiteln werden die fördernden sowie hemmenden Faktoren separat beschrieben.

1.4.1 Förderfaktoren der GBP in KKU

Die empirische Forschung hat einige Förderfaktoren identifiziert, die Unternehmen dabei helfen können, die GBP einzuführen bzw. umzusetzen. Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) veröffentlicht seit vielen Jahren in regelmäßigen Abständen die Ergebnisse von europaweiten Unternehmenserhebungen über neue und aufkommende Risiken am Arbeitsplatz (European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks, ESENER). Im Jahr 2012 wurden einige fördernde Faktoren für die Einführung von psychosozialen Risikomanagement veröffentlicht, die auf Daten aus 36.000 Telefoninterviews mit Führungskräften aus Unternehmen mit mehr als 10 Mitarbeitenden basieren. Der Grad des Bewusstseins und die Anerkennung von psychosozialen Problemen, der Wunsch der Beschäftigten sowie die Einbeziehung der Belegschaft erleichtern die GBP-Initiierung (European Agency for Safety and Health at Work, 2012). Kritische Ereignisse wie hohe Abwesenheitsraten oder ein Produktivitätsrückgang können der Auslöser für die GBP-Initiierung sein (European Agency for Safety and Health at Work, 2012). Auch die Unternehmenskultur, das Engagement der Geschäftsleitung und deren Bereitschaft für Veränderung (*Readyness for Change*) spielen eine signifikante Rolle (Dalton & Gottlieb, 2003; European Agency for Safety and Health at Work, 2012; Nielsen et al., 2010). In der darauffolgenden ESENER-Umfrage aus dem Jahr 2019 werden weitere Gründe genannt, die Unternehmen dazu veranlassen im Bereich des Gesundheitsschutzes aktiv zu werden, dazu

zählen: die Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen sowie der Erwartungen der Beschäftigten, die Vermeidung von Bußgeldern, die Wahrung des Ansehens und die Aufrechterhaltung oder Steigerung der Produktivität (European Agency for Safety and Health at Work, 2019). Aus den genannten Gründen zeigt sich, dass sich viele Unternehmen an den rechtlichen Anforderungen orientieren und diese erfüllen wollen. Dies unterstreicht die Wichtigkeit der gesetzlichen Verankerung sowie der Ausgestaltung der Leitlinien. Außerdem wird klar, dass sich einige Förderfaktoren um finanzielle Aspekte drehen. Die Unternehmen wollen Strafen bei Nichtdurchführung vermeiden und die Produktivität erhalten oder sogar steigern. Die Vermeidung von Bußgeldern sowie die (angedrohte) Senkung von Versicherungsprämien ist ein Motivator, der auch im spezifischen Kontext von KMU gefunden wurde (Cagno et al., 2016). Im Falle von Deutschland gibt es allerdings die Einschränkung, dass in der Regel keine Ahndung bei Nichtdurchführung erfolgt – somit bleibt dieser Förderfaktor in der Praxis größtenteils ungenutzt. Cagno et al. (2016) identifizierten noch weitere nennenswerte Förderfaktoren, die kleinen Unternehmen bei der Einführung von OHS-Interventionen³ helfen: Externe Unterstützung durch Berater, Verfügbarkeit von Wissen über wirksame Maßnahmen, Zusammenarbeit mit Verbänden und Unternehmensnetzwerken, Informations- und Kommunikationsinstrumente zur Unterstützung von Maßnahmen im Arbeitssicherheitsbereich sowie die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren. Es wird deutlich, dass der verbesserte Zugang zu Informationen sowie der Informationsaustausch eine fördernde Funktion einnimmt. Dazu gehören auch die Verfügbarkeit von Wissen, die Zusammenarbeit mit Netzwerken und Stakeholdern, aber auch die Verbesserung der Kommunikation sowie die Einbeziehung der Belegschaft bzw. von relevanten Akteuren innerhalb des Unternehmens (Langhoff & Satzer, 2010). Neben dem Informationsaustausch ist es für viele Unternehmen notwendig, insbesondere in der Initialphase externe Unterstützung zu bekommen (Langhoff & Satzer, 2010). Empirische Studien haben gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit einer GBP-Durchführung mit dem Vorhandensein einer Sicherheitsfachkraft (OR = 3.5, 95% CI 2.6-4.6), einer arbeitsmedizinischen Fachkraft (OR = 3.4, 95% CI 2.6-4.4) und dem Besuch einer Inspektion durch die Arbeitsschutzbehörde (OR = 3.4, 95% CI 2.4-4.7) stark ansteigt (Beck & Lenhardt, 2019). Darüber hinaus steht das Vorhandensein eines OHS-Managementsystems in engem Zusammenhang mit der GBP-Umsetzung (European Agency for Safety and Health at Work, 2012). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es Wissen über die Förderfaktoren für

³ Gebräuchliche Abkürzung aus dem Englischen für *Occupational Health and Safety*, auf Deutsch: Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz.

die Umsetzung von Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit gibt. Dieses Wissen wurde jedoch häufig weder ausschließlich im Kontext von KKV generiert noch bezieht es sich auf genauere Aspekte der GBP-Umsetzung, wie beispielsweise die Umsetzungstreue nach den Leitlinien.

1.4.2 Hemmfaktoren der GBP in KKV

Die Voraussetzungen in KKV für OHS-Interventionen sind aus struktureller Perspektive anders als in größeren Unternehmen, was zu einigen erschwerenden Faktoren beiträgt. Wie bereits in Kapitel 1.3.1 Unternehmenscharakteristika erläutert, bedingen die Unternehmenscharakteristika von KKV, dass Verantwortung sowie Entscheidungsbefugnis in erster Linie bei der Führungskraft liegen. Deshalb können Themen zum Gesundheitsschutz im Vergleich zu anderen Aufgaben leicht ins Hintertreffen geraten (Beck & Lenhardt, 2016). Die Führungskräfte sind folglich der Schlüssel für die Umsetzung von OHS-Interventionen. Fehlen ihre Zustimmung und ihr Engagement oder gibt es eine ablehnende Haltung, sind die Umsetzung und der Erfolg von Gesundheitsschutzmaßnahmen gefährdet (da Silva & Amaral, 2019; Schuller, 2020). Das Fehlen unterstützender Organisationsstrukturen, wie beispielweise eine zuständige Personalabteilung oder ein aktiver Betriebsrat/arzt, bedeutet, dass seltener die Initiative zur GBP-Durchführung ergriffen wird (Schuller, 2020). Der Mangel an finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen in KKV führt oft dazu, dass es im Unternehmen kaum Personen gibt, die sich alternativ zu den Führungskräften mit dem Thema beschäftigen können. Außerdem können aufgrund fehlender finanzieller Mittel keine Experten von außen eingekauft werden (Champoux & Brun, 2003; Cherniack et al., 2010; da Silva & Amaral, 2019; Masi & Cagno, 2015; Micheli & Cagno, 2010; O'Hara et al., 2005; Schuller, 2020; Sivris & Leka, 2015). Erschwerend kommt hinzu, dass Führungskräfte in KMU häufig gar keine Notwendigkeit für die GBP sehen. Begründet wird dies damit, dass die Risiken bereits bekannt sind, es keine größeren Probleme gibt oder die Mitarbeitenden die Gefahren selbst erkennen (European Agency for Safety and Health at Work, 2019; Sommer et al., 2018). In der Studie von Sommer et al. (2018) waren 82% der Führungskräfte in Kleinstunternehmen der Meinung, dass es keine nennenswerten Gefährdungen gibt und 83% glaubten, dass die Mitarbeitenden die Sicherheitsdefizite selbst erkennen. Diese und ähnliche Einstellungen haben zur Konsequenz, dass eine der wichtigsten Voraussetzungen für die GBP – nämlich die Einsicht und somit auch die Bereitschaft zur Veränderung – häufig nicht gegeben sind (Guarnieri et al., 2010; Rafferty et al., 2013). Das fehlende Wissen, dass sich die GBP trotz wenig Probleme nicht nur lohnt, sondern auch aus rechtlicher Sicht erforderlich ist, führt dazu, dass psychosoziale Themen nicht

auf dem Radar erscheinen und folglich auch nicht adressiert werden. Hinzu kommt, dass der wahrgenommene Zeitdruck, der Mangel an technischer Ausstattung, die hohe Komplexität der betrieblichen Probleme und der Verwaltungsaufwand in Verbindung mit dem Mangel an Ressourcen die GBP-Umsetzung zusätzlich erschweren (Schuller, 2020; Sivris & Leka, 2015). Interessanterweise zeigt sich in einer Studie von Masi und Cagno (2015), dass aus Perspektive der 58 interviewten KMU-Führungskräfte die strukturellen Hindernisse durch rechtliche Anforderungen relativ viel Raum einnehmen: Genannt werden strenge gesetzliche Anforderungen (58%), Bürokratie (58%), Verhalten der Gewerkschaften (53%), fehlende Leitlinien (46%) und mangelnde technische Unterstützung durch die Kontrollbehörden (43%) oder Berater (51%). Neben fehlenden wirtschaftlichen Ressourcen (59%) und fehlender Zeit (46%) sind dies die am häufigsten vorkommenden Hindernisse in der Studie. Im Vergleich werden Hindernisse im Bereich der Information bzw. Qualifikation seltener genannt, wie beispielsweise unzureichend qualifiziertes Management (41%) bzw. Personal (30%) oder mangelnde Kenntnis der kritischen Aspekte des Unternehmens durch das Management (29%) bzw. durch die Arbeitnehmer (13%). Hier zeigt sich ein Widerspruch, der auch in der Studie von Bonafede et al. (2016) zum Ausdruck kommt: Einerseits wird die Regulierung und Kontrolle durch Behörden als Förderfaktor wahrgenommen, andererseits stellen zu viele gesetzliche Verpflichtungen oder zu strenge Arbeitsinspektoren ein Hindernis dar. Auch soziale Aspekte spielen bei der Umsetzung von Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit eine wichtige Rolle; zu nennen ist die Angst vor Nichtakzeptanz, Bedenken hinsichtlich des Geschäftsklimas, Schwierigkeiten bei der Einbeziehung der Arbeitnehmer sowie kulturelle Unterschiede und hinderliche Überzeugungen (da Silva & Amaral, 2019; European Agency for Safety and Health at Work, 2018; Sivris & Leka, 2015).

1.5 Ziele der Arbeit

Die vorliegende Arbeit betrifft eine große Zielgruppe (96,9% aller Unternehmen sind KKV, mit 15 Millionen Beschäftigten), die mit einem brisanten Thema (psychosoziale Belastungen bzw. Arbeitsstress) konfrontiert ist. Die konventionelle Methode zur Bewältigung (GBP) ist zwar wissenschaftlich gut fundiert, wird jedoch in der Praxis kaum angewandt. Bislang gibt es aus empirischer Perspektive wenig konkretes Wissen, warum dies so ist. Um diese Lücke zu schließen, wurden im Rahmen dieses Promotionsvorhabens verschiedene Studien durchgeführt, mit dem Ziel, herauszufinden, warum die Methode nicht funktioniert und um Ansatzpunkte für Verbesserungen zu finden. Die Klärung dieser Forschungsfragen erfordert ein besseres

Verständnis der Probleme und der situativen Bedingungen der Strukturen in dem Unternehmen (Antoni et al., 2022). Außerdem sollen verschiedene Phasen der GBP durchleuchtet werden, da je nach Phase andere Faktoren ausschlaggebend sein können (Rojatz et al., 2017). Um den Forschungsfragen möglichst offen und explorativ nachgehen zu können, werden hauptsächlich qualitative Methoden angewandt. Die Ziele dieser Dissertation lauten wie folgt:

1. Qualitativ zu erforschen, welche Förder- und Hemmfaktoren bei der GBP-Initiierung/Umsetzung in dem spezifischen Kontext von KKU vorliegen;
2. Aspekte zu identifizieren, die bei der Entscheidung für oder gegen eine GBP ausschlaggebend sind;
3. In konkreten Fallstudien zu untersuchen, wie die GBP in der Praxis durchgeführt wird und welche Ursachen eine unvollständige Umsetzung bedingen.

Die komplexe Gesamtsituation erfordert eine kleinstufige, detaillierte Herangehensweise, die im Rahmen dieses Promotionsvorhaben in mehreren Studien umgesetzt wurde und in Tabelle 1 dargestellt wird.

Tabelle 1. Übersicht der durchgeführten Studien.

Studie	Methode	Inhalt	Ziel	Publikation
Studie 1	Interviews mit KKU-Führungskräften	- Förder- und Hemmfaktoren aus Sicht von 18 KKU-Führungskräften	- Aktuellen Stand in der Praxis erfassen - Ansatzpunkte zur Verbesserung identifizieren	Pavlista et al. (2021)
Studie 2	Rekrutierungsstudie & Non-Responder-Befragung	- Anschreiben via E-Mail von 585 KKU - 64 Telefoninterviews zur Erforschung der Nicht-Teilnahme	- Beweggründe erforschen, die für oder gegen eine GBP-Einführung sprechen	Pavlista et al. (2022)
Studie 3	Fallstudien	- Durchführung und Begleitung der GBP in 15 KKU über 18 Monate - Dokumentation der Abbruchgründe	- Einblick in die betriebliche Praxis während GBP-Durchführung	Pavlista et al. (2022)

1.6 Ethikvotum

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf hat alle Studien genehmigt (Studennummer: 2019-460, 2019-460_2).

2. Publierte Originalarbeiten

2.1 Pavlista, Valeria; Angerer, Peter; Diebig, Mathias (2021): Barriers and drivers of psychosocial risk assessments in German micro and small-sized enterprises: a qualitative study with owners and managers. In: BMC public health 21 (1). DOI: 10.1186/s12889-021-11416-1.

2.2 Pavlista, Valeria; Angerer, Peter; Kuske, Johanna; Schwens, Christian; Diebig, Mathias (2022): Exploring the Barriers to the Implementation of Psychosocial Risk Assessment in Micro- and Small-Sized Firms. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O 66 (4), S. 170–183. DOI: 10.1026/0932-4089/a000398.

3. Diskussion

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In Studie 1 wurden 18 Führungskräfte aus 15 KKU interviewt. Die Führungskräfte waren überwiegend männlich (88,9%), im Durchschnitt 49,3 Jahre alt ($SD = 9,0$) und hatten schon einige Jahre Berufserfahrung als Führungskraft (durchschnittlich 15,6 Jahre). Insgesamt konnten acht Hemm- und sechs Förderfaktoren mittels qualitativer Inhaltsanalyse aus den Interviews mit den befragten KKU-Führungskräften extrahiert werden. Die in Tabelle 2 dargestellten Ergebnisse zeigen eine Vielfalt an Faktoren, die in dem Kontext von KKU bei der Umsetzung der GBP eine Rolle spielen. Da die GBP in KKU aufgrund der Unternehmensstruktur fast ausschließlich von der Führungskraft als alleinigem Entscheidungsträger initiiert wird, ist insbesondere die Unwissenheit über psychosoziale Gesundheit und das Unverständnis über die Notwendigkeit der GBP in Kombination mit den mangelnden Ressourcen besonders kritisch anzusehen. Ist die Führungskraft unwissend oder gegen die GBP eingestellt, kann davon ausgegangen werden, dass diese Faktoren allein so schwerwiegend sind, dass eine Einführung der GBP sehr unwahrscheinlich ist.

Tabelle 2. Zusammenfassung der Hemm- und Förderfaktoren der GBP in KKU aus Studie 1 (Pavlista et al., 2021).

Hemmfaktoren	Förderfaktoren
<ul style="list-style-type: none">- Negatives GBP-Image- Stigmatisierung der psychischen Gesundheit- Fehlende Akzeptanz der Mitarbeitenden- Angst vor übermäßiger behördlicher Einmischung- Unwissenheit über GBP- Unverständnis über die Notwendigkeit- Unangemessene Vorgehensweise- Begrenzte Ressourcen	<ul style="list-style-type: none">- Vereinfachter Zugang zu GBP-Material- Externe Unterstützung durch Experten- Umbenennung des Begriffs „Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen“- Verständnis für Inhalt und Nutzen der GBP- Vereinfachung und Überarbeitung des GBP-Prozesses- Erkennbare Konsequenzen der Durchführung oder Nichtdurchführung der GBP

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der psychosozialen Kompetenz und den Bedarf an fortlaufender Unterstützung bei der Überwindung begrenzter finanzieller sowie personeller Ressourcen. Die Studie zeigt außerdem auf, dass einige grundsätzliche Voraussetzungen sowie notwendige Bedingungen für die GBP – wie beispielsweise das Wissen und die Bereitschaft zur Handlung – in KKU eine signifikante Hürde darstellen.

In Studie 2 wurde die Rekrutierung von KKU für die GBP sowie deren Gründe für die Teilnahme und Nichtteilnahme an der GBP explorativ erforscht. Insgesamt wurden 585 zufällig ausgewählte KKU zur GBP im Namen des Instituts für Arbeits-, Sozial-, und Umweltmedizin der Universität Düsseldorf via E-Mail zur Teilnahme an der GBP eingeladen (Pavlista et al., 2022). Anschließend wurden die Interessenten in Telefoninterviews unter anderem über deren Motivation zur Teilnahme befragt ($N = 7$). Im Anschluss folgte die Initiierung der GBP, deren Verlauf in Studie 3 ausführlicher beschrieben wird. Die GBP-Interessenten sahen Stress, Stressbewältigung und Prävention als wichtige Themen und nannten diese als entscheidende Motivationsfaktoren für die Teilnahme. Die Hälfte der KKU-Führungskräfte war persönlich von Stress und seinen schwerwiegenden Folgen betroffen und wollte daher vorbeugende Maßnahmen ergreifen, um eine Wiederholung zu vermeiden. Unter den Teilnehmern ohne Rückmeldung wurde eine randomisierte Non-Responder-Befragung durchgeführt, um deren Gründe zur Nichtteilnahme zu explorieren. Insgesamt wurden 64 KKU per Telefon kontaktiert, von denen 21 für ein kurzes Gespräch zur Verfügung standen. Einige der befragten Non-Responder gaben an, dass in ihren Unternehmen Stress kaum vorkommt und dass sie deshalb Stressprävention für unnötig halten. Auf der anderen Seite gab es auch einige, die angaben, dass in ihrem Unternehmen so viel Stress vorherrscht, sodass keine Zeit für Stressprävention bleibt. Zudem gab es verschiedene sonstige Gründe, weshalb das GBP-Vorgehen als unpassend angesehen wurde, dazu zählt beispielsweise: keine direkten Angestellten (ausschließlich Freelancer), eine laufende Liquidierung des Unternehmens, oder ein kurz bevorstehender Renteneintritt.

In Studie 3 wurde der GBP-Prozess in 15 KKU über einen Zeitraum von 18 Monaten längsschnittlich aufgezeichnet und analysiert. Der Beginn war in allen Unternehmen gleich: Zunächst wurde mit allen Teilnehmern in einem Gespräch der weitere Verlauf skizziert und deren Bedürfnisse erfragt. Der GBP-Prozess wurde GDA-Leitlinien konform je nach Wunsch in den Unternehmen individuell gestaltet und durchlaufen. Hauptsächlich wurden Mitarbeiterbefragungen (teils schriftlich teils online) als Instrument der Arbeitsplatzanalyse eingesetzt. Zehn KKU führten im Rahmen der Studie ein Screening zur Belastungssituation durch oder hatten entsprechende aktuelle Daten bereits vorliegen. Bei der Entwicklung bzw. Umsetzung der Maßnahmen blieb in vielen Unternehmen der Prozess stehen; nur vier Unternehmen konnten diese Schritte abschließen. Bis zum Schritt der Evaluation kam innerhalb der 18 Monate keines der Unternehmen.

3.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Betrachtung der Hemm- und Förderfaktoren in chronologischer Reihenfolge führt zu dem Verständnis, dass die Mehrheit der Förderfaktoren, wie beispielsweise die Gestaltung der GBP, erst zum Tragen kommen, wenn die Hürden zur Initiierung überwunden werden und überhaupt die Bereitschaft besteht, sich mit psychosozialen Themen und der GBP auseinander zu setzen. Daraus lässt sich ableiten, wann bestimmte Maßnahmen ansetzen müssen, um eine verbesserte Situation zu erzielen – nämlich lange vor dem Beginn der GBP. Abbildung 4 veranschaulicht zusammenfassend die identifizierten Faktoren aus den drei Studien, die in den verschiedenen Stadien der GBP (Initiierung, Umsetzung und Fortschreibung) besonders relevant sind. Daher werden sie in der Darstellung bestimmten Stadien zugeordnet, auch wenn einige davon fortlaufend eine Rolle spielen und sich gegenseitig beeinflussen können.

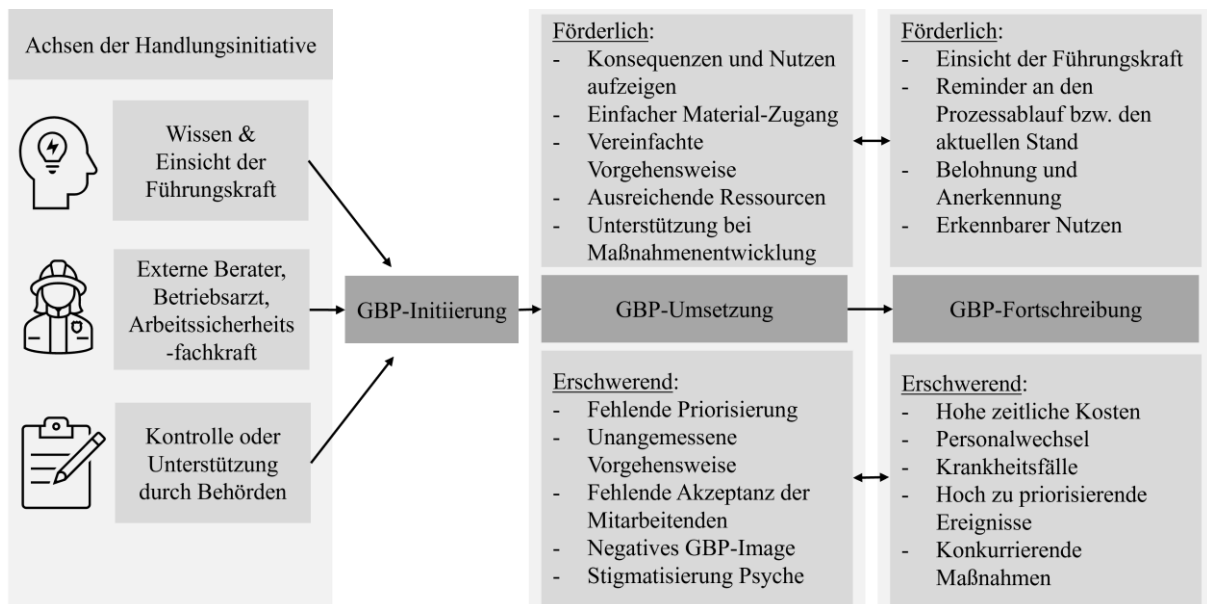


Abbildung 4. Beeinflussende Faktoren nach GBP-Phase.

3.2.1 Beeinflussende Faktoren bei der GBP-Initiierung

Viele der Faktoren, die bei der GBP-Initiierung ausschlaggebend sind, beziehen sich auf den Status Quo in den Unternehmen bzw. die vorherrschenden Einstellungen. Daher betreffen viele beeinflussende Faktoren nicht nur bestimmte Aspekte der GBP, sondern allgemein die Handlungsinitiative für eine Präventionsmaßnahme. Grundsätzlich sind wenig Ressourcen ein häufig thematisierter Grund, warum keine GBP begonnen wird (Alphonse et al., 2018; da Silva & Amaral, 2019; Masi & Cagno, 2015). Strukturell bedingt ist in KKV der Kampf um die Ressourcen verstärkt, weil es dort im Vergleich zu größeren Unternehmen insgesamt weniger davon gibt (Walters & Wadsworth, 2016). Allerdings sind Gründe wie keine Zeit oder zu wenig

Personal oft Fragen der Priorisierung, die ein fehlendes Verständnis für die Dringlichkeit vermuten lassen. In den Interviews (Studie 1&3) waren sich einige KKV-Führungskräfte nicht bewusst, dass sie die unternehmerische bzw. gesetzliche Verpflichtung haben, eine GBP durchzuführen – manchen war der Begriff sogar gänzlich unbekannt. Im Sinne der Implementationsforschung wird deutlich, dass die Dissemination, also die Verbreitung der Methode, verbessert werden sollte (Birken & Nilsen, 2018; Rapport et al., 2018). Ein weiteres Indiz für das Desinteresse bzw. die Unbekanntheit ist die sehr niedrige Rückmeldequote von 1,2% aus Studie 2, was auch in anderen Studien berichtet wurde (Martin et al., 2015). Das allgemeine Interesse an einer GBP-Teilnahme scheint nicht sehr groß zu sein, obwohl in dem Anschreiben in Anlehnung an das Health Belief Modell viele positive Aspekte betont wurden und das Angebot kostenlos war (Carpenter, 2010; Conner & Norman, 2007). Eine Ansprache auf postalischem Weg stellt zwar eine mögliche Alternative dar, ist aber aufgrund des höheren Kosten- bzw. Personalaufwands nicht unbedingt besser – zumal die Rückmeldequoten sogar noch schlechter sein können (Newby et al., 2003). Die ernüchternde Bilanz von vielen Studien zeigt, dass für gesundheitsförderliche Interventionen wenig Interesse besteht, die Rekrutierung schwierig ist und die Interventionen in der Praxis nicht gut angenommen werden (Cherniack et al., 2010; da Silva & Amaral, 2019; Engels et al., 2024; Masi & Cagno, 2015; Micheli et al., 2019). Wie die Studie von Cherniack et al. (2010) zeigt, ist selbst der größte Aufwand bei der Rekrutierung kein Erfolgsgarant: aus 1200 Unternehmen wurden vier Unternehmen ausgewählt, die unter anderem die höchste Bereitschaft zur Veränderung hatten. Nach intensiver Betreuung und erfolgsversprechenden Gesprächen mit dem mittleren Management, entschied sich letztendlich das höhere Management in allen vier Unternehmen gegen die Teilnahme. Die Nicht-Teilnahme wurde unter anderem durch folgende Faktoren begründet: Öffentliches Auftreten des Unternehmens, voraussichtliche Entlassungen oder andere größere personelle Veränderungen, Störung der normalen Abläufe durch das Studienteam vor Ort, die 4-jährige Dauer der Studie, Zeitaufwand für die Teilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Unterbrechungen in Produktion und Verkauf, mögliche Kosten für die Einführung der Gesundheitsförderung bzw. ergonomische und arbeitsgestalterische Veränderungen sowie andere ungesehene oder nicht erkannte Kosten. Die Studie zeigt außerdem, dass Führungskräfte in dieser Hinsicht unabhängig von der Größe des Unternehmens ähnliche Bedenken hinsichtlich der Präventionsmaßnahmen teilen. Solange nicht die oberste Führungsebene von der Sinnhaftigkeit bzw. Notwendigkeit der Präventionsmaßnahme überzeugt ist, ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass eine Intervention

begonnen wird. Hughes et al. (2011) argumentieren, dass sich Informationskampagnen daher an die obersten Führungsebenen richten sollten, da dort die Entscheidung getroffen wird.

Ein Modell, das die Situation bei der GBP-Initiierung gut erklären kann, ist das Modell der Bereitschaft zur Veränderung (engl. „*Readiness for Change*“). Dies bezieht sowohl die Führungskraft, die Mitarbeitenden als auch auf das gesamte Unternehmen mit ein. Demnach beruht die organisatorische Veränderung auf verschiedenen Antezedenzen, wie der kognitiven Einstellung sowie der affektiven Veränderung einzelner Personen im Unternehmen, die zusammengefasst eine höhere Organisationseinheit bilden und somit die organisatorische Veränderung ermöglichen (Rafferty et al., 2013; Weiner, 2009). Ohne die Erfüllung entsprechender Voraussetzungen ist eine effektive Implementation einer Präventionsmaßnahme unwahrscheinlich (Rapport et al., 2018). Das Modell zeigt verschiedene Ansatzpunkte auf, die zu Beginn einer Intervention berücksichtigt werden sollten.

Grundsätzlich war in allen durchgeführten Studien das Interesse und die Umsetzungsquote der GBP gering. Die verschiedenen Gründe dafür werden in den nachfolgenden Abschnitten genauer diskutiert. Dabei sollte jedoch bedacht werden, dass die Ergebnisse nicht zwangsläufig bedeuten, dass keine gesundheitsförderlichen Maßnahmen in den Unternehmen durchgeführt wurden (Schuller et al., 2018). Um auch informelle Maßnahmen erfassen zu können wurde in Studie 1 explizit danach gefragt. Dabei zeigte sich, dass informelle Gespräche häufig vorkommen und viele Unternehmen gesundheitsförderliche Maßnahmen anbieten. Diese waren jedoch praktisch ausschließlich im Bereich des individuellen Gesundheitsverhaltens angesiedelt (Sport, Stressmanagement, E-Bikes, etc.). Diese helfen zwar dem Einzelnen, die Arbeitsbedingungen und somit häufig die zugrundeliegende Belastungsursache, wird dadurch allerdings nicht verändert.

Förderung der Gesundheitskompetenz

Die Erweiterung des Wissens über psychische Gesundheit und die GBP ist ein zentraler Aspekt bei der Verbesserung der GBP-Initiierung. Dazu gehört sowohl der Zugang zu den GBP-Materialien, die GBP prominenter zu umwerben als auch den Inhalt nicht nur den KKU-Führungskräften, sondern auch den Mitarbeitenden näher zu bringen. Wie in Studie 1 gezeigt werden konnte, haben KKU-Führungskräfte Vorbehalte gegen die Behandlung von psychosozialen Themen am Arbeitsplatz. Einige befürchten, dass ihre Mitarbeitenden eine Thematisierung missbilligen würden. Die Förderung der Gesundheitskompetenz der KKU-Führungskräfte ist daher eine Möglichkeit, wie der Zugang zu Gesundheitsprävention gefördert werden kann (Badura et al., 2017). Auf persönlicher Ebene führt eine verbesserte

Gesundheitskompetenz für die jeweilige Führungskraft zu einer besseren Bewältigung arbeitsbedingter Belastungen (Badura et al., 2017). Auf organisatorischer Ebene kann deren Bewusstsein für die getragene Verantwortung gesteigert und damit eine erhöhte Sensibilisierung für gesundheitsbezogenen Themen erreicht werden. Die Auswirkungen zeigen sich nach Badura et al. (2022) in mehreren Dimensionen, die auch für die GBP relevant sind: Auf ökonomischer Ebene bewirkt eine langfristige Profitabilität das Fortbestehen des Unternehmens, was beispielsweise mit gesunden Mitarbeitenden bei gutem Betriebsklima wesentlich besser zu erreichen ist. Auf rechtlicher Ebene tragen die Führungskräfte die Verantwortung für die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen, unter das auch das Arbeitsschutzgesetz und die Durchführung der GBP fallen. Auf der ethischen Ebene werden durch verantwortungsvolles unternehmerisches Handeln universelle menschliche Werte sichergestellt, was im Sinne des "ethisch Richtigen" ebenfalls auf das Wohl der Belegschaft interpretiert werden kann. Allgemein ist die Förderung der Gesundheitskompetenz und die Stärkung des Bewusstseins über die unternehmerische Verantwortung eine gute Möglichkeit, um die Tür für die betriebliche Prävention zu öffnen und sie langfristig zu sichern.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie eine verbesserte Gesundheitskompetenz erreicht werden kann. Idealerweise beginnt die Gesundheitserziehung schon möglichst früh, um eine Stigmatisierung der mentalen Gesundheit gar nicht erst entstehen zu lassen. Auch wenn die Überwindung des sogenannten Mental-Health-Stigma wahrscheinlich mehrere Generationen andauern wird (Corrigan, 2000; A. B. Fox et al., 2018), kann der Prozess möglicherweise trotzdem beschleunigt werden, indem beispielsweise während der schulischen Laufbahn – unabhängig von der fachlichen Ausrichtung – ein gesunder Umgang mit mentaler Gesundheit vermittelt wird. So könnte beispielsweise das Schulfach Sport umgestaltet werden, sodass nicht nur der Zugang zu der physischen, sondern auch zu der psychischen Gesundheit gefördert wird. Gesundheitskompetenz kann außerdem in Form von Fortbildungen und Führungskräfte trainings erlernt werden, dabei sind insbesondere Führungskräfte trainings mit entsprechend thematischer Ausrichtung zu nennen (Auweiler et al., 2022; Gayed et al., 2018). Zudem gibt es ein vignettenbasiertes Instrument, anhand dessen die Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz erfasst und verbessert werden kann (Moll et al., 2017; Wulf & Ruhle, 2020). Es konnte kürzlich gezeigt werden, dass KMU-Führungskräfte nach einer GBP-Schulung mehr Wissen über den GBP-Prozess erlernt haben und sie sich besser ausgerüstet fühlen eine GBP durchzuführen (Auweiler et al., 2022).

Alternativ zu der Einsicht der Führungskraft gibt es zwei Möglichkeiten, wie die Initiierung der GBP gelingen kann (siehe auch Abbildung 4). (1) Entweder durch die Beratung einer Arbeitssicherheitsfachkraft o.ä., die die Führungskraft trotz mangelnder Zeit/Einsicht davon überzeugen kann, eine GBP durchzuführen und als eigenständiger Akteur die treibende Rolle in der Durchführung der GBP übernimmt oder (2) die Wirkung einer angedrohten Bestrafung so stark ist, dass die Initiierung quasi erzwungen wird, ohne dass notwendigerweise die Einsicht der Führungskraft vorhanden ist. Durch den starken Druck von außen würde die GBP zwangsläufig höher priorisiert und benötigte Ressourcen zur Verfügung gestellt. Allerdings ist in beiden Varianten fraglich, inwiefern die GBP nachhaltig angelegt und inhaltlich gut ausgeführt werden würde, insbesondere wenn der Input/Druck von außen wieder nachlässt. Insofern stellt die Förderung der Gesundheitskompetenz und folglich die Förderung der intrinsischen Motivation das erste Mittel der Wahl dar.

Unterstützung durch externe Angebote

Wenn die Bewältigung des Tagesgeschäfts zum Aufgabenspektrum aller Mitarbeitenden gehört, ist es sehr wahrscheinlich, dass immer wieder Ereignisse auftreten, die die Arbeitsleistung von Präventionsmaßnahmen ablenken. Genau diese Situation ist strukturell bedingt in KKV aber häufig anzutreffen. Geeignete externe Unterstützung kann das bieten, was im Unternehmen nicht ausreichend vorhanden ist: Expertise und Zeit für Präventionsmaßnahmen. Micheli et al. (2019) berichten, dass über 90% der Unternehmen, die eine GBP durchführten, Unterstützung von externen Anbietern erhalten haben. Hier zeigt sich, dass obwohl die Führungskraft verantwortlich ist, sie in der Praxis selten die Instanz ist, die die GBP durchführt. Somit wird auch klar, warum dies in KKV selten funktioniert – hier fehlt sowohl auf finanzieller Ebene die Kaufkraft und auf motivationaler Ebene die antreibende Abteilung.

Eine Unterstützung für Unternehmen kann entweder in Form von persönlicher Betreuung durch externe Akteure⁴ oder durch digitale Angebote erfolgen. Diese sollten entsprechende Präventionsmaßnahmen im Blick haben und moderierend eingreifen, falls der Prozess ins Stocken gerät. Allerdings ist der persönliche Betreuungsaufwand groß und viele KKV haben wenig Geld für Präventionsmaßnahmen, weshalb der Umfang der Angebote überschaubar und das Preisniveau niedrig sein sollte (Tait & Walker, 2000; Walker & Tait, 2004). Eine intensive Betreuung durch eine Fachkraft ist daher nicht für alle Unternehmen realistisch umsetzbar.

⁴ Der Begriff „externe Akteure“ umfasst Arbeitssicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte/räte sowie private oder behördliche Berater, die über Fachwissen im Bereich der psychischen Gesundheit verfügen.

Abhilfe können digitale Lösungen schaffen, die es externen Akteuren ermöglichen, viele Unternehmen parallel zu unterstützen, da einige Bereiche der GBP problemlos von den Unternehmen selbst verwaltet werden können (Micheli et al., 2019). In diesem Szenario werden die Akteure nur persönlich aktiv, wenn es Bedarf oder Probleme gibt. Viele Studien haben gezeigt, wie wirksam die externe Unterstützung durch digitale Lösungen sein können (Carolan et al., 2017; Giusino et al., 2021; Nixon et al., 2021; O'Neil, 2019; Stark et al., 2022). Micheli et al. (2018) benennen das Vorhandensein von externem Support als Hauptförderfaktor während der Umsetzungsphase. In einer Studie von Wikström et al. (2021) wurde gezeigt, wie Unterstützung mittels einer Prozessbegleitung während der Pre-Interventionsphase aussehen kann: Es wurden Partnerschaften mit Managern und wichtigen Funktionsbereichen innerhalb eines Unternehmens aufgebaut, die auf der Grundlage von Veränderungsstrategien beteiligt sein sollten. Dabei wurde eine Vermittlerrolle (*facilitator role*) an externe Experten vergeben, die sowohl Kenntnisse über gesundheitsfördernde Aspekte der Arbeitsumgebung als auch über Veränderungsprozesse hatten. Die benannten Vermittler begleiteten die Unternehmen während dem gesamten Interventionszeitraum (ca. zwei Jahre) und waren selbst nach der Intervention in der Post-Interventionsphase im Bedarfsfall noch verfügbar.

Überwachung durch behördliche Präsenz

In den Interviews wurden verschiedene Aspekte der behördlichen Präsenz⁵ thematisiert. Einerseits besteht bei den KKV-Führungskräften Angst vor übermäßiger behördlicher Einmischung. Andererseits werden Förderprogramme und stärkere Kontrollen als Förderfaktor genannt. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen von Bonafede et al. (2016) und verdeutlichen, wie unterschiedlich die persönliche Präferenz und Wahrnehmung der KKV-Führungskräfte sein kann. Aus neuropsychologischer bzw. verhaltenswissenschaftlicher Sicht ist es wahrscheinlich, dass ein Teil der Führungskräfte eher durch negatives Feedback lernt bzw. reagiert und der andere Teil eher auf Positives anspricht (Fong et al., 2019; Petzold et al., 2010; van Dijk & Kluger, 2011; van Duijvenvoorde et al., 2008). Das Health Belief Modell sagt voraus, dass Menschen mit größerer Wahrscheinlichkeit positive Gesundheitsverhaltensweisen zeigen, wenn sie einen hohen Nutzen und geringe Hindernisse für diese Verhaltensweisen sehen (Carpenter, 2010; Janz & Becker, 1984). Insofern spricht Vieles dafür, dass die behördliche Präsenz sowohl durch Kontrollen als auch durch Förderung in Erscheinung treten sollte, es aber entscheidend ist, wie dies geschieht. Die Ergebnisse der

⁵ Der Begriff "behördliche Präsenz" bezieht sich auf alle Institutionen, die im Zusammenhang mit den GBP eine Rolle spielen, daher: Aufsichtsbehörden, GDA, Innungskrankenkassen, Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften usw.

Non-Responder Befragung (Studie 2) zeigen, dass übermäßige Kontrolle abschreckend wirken und sogar das Gegenteil erreichen kann. Gibt es einen persönlichen Ansprechpartner? Werden direkt Strafen oder Belohnungen thematisiert? Nicht zuletzt wird der vorherrschende Tonfall und das Verhältnis der agierenden Personen die Entscheidung beeinflussen. Im Rahmen des Arbeitsschutzkontrollgesetzes ist zu erwarten, dass in Zukunft häufiger Kontrollen durch Behörden stattfinden werden (vgl. Kapitel 1.2.1 Gesetzliche Grundlagen & Leitlinien der GBP). Es wird sich daher in naher Zukunft zeigen, ob die stärkere Kontrolle die erwünschte Wirkung zeigt.

An dieser Stelle sollte jedoch auch bedacht werden, dass einige KKV-Führungskräfte in den Studien weder die Rechtslage noch die GBP-Leitlinien kannten. Daher liegt eine mögliche Alternativerklärung darin, dass Kontrollen, Bürokratie und Regularien eher vorgeschobene Gründe für die Nichteinführung der GBP waren. Tatsächlich bietet die Leitlinie der GDA, insbesondere für kleinere Unternehmen, auch informelle Vorgehensweisen an (vgl. Ideentreffen in Kapitel 1.2.3 Die GBP-Methoden). Hier schließt sich der Kreis zu der Gesundheitskompetenz der Führungskraft. Ist diese nicht gegeben, wird die Überwachung durch behördliche Präsenz nur bedingt erfolgreich und wenig nachhaltig angelegt sein, da wenig intrinsische Motivation von Seiten der Führungskraft zu erwarten ist. Die Dissemination der GBP muss verbessert werden, was in Form von Informationskampagnen in verschiedenen Medien oder Weiterbildungsmaßnahmen geschehen könnte.

Da in den Studien einige KKV-Führungskräfte explizit keinen Kontakt zu Behörden oder ihren Berufsgenossenschaften gewünscht haben, könnte eine bessere Lösung darin liegen, die Kontrolle und die Unterstützung aufzuteilen. In den Interviews aus Studie 1 wollten einige KKV-Führungskräfte keine betriebsinternen Details an kontrollierende Behörden preisgeben, die im Rahmen der GBP potenziell zur Sprache gekommen wären. Langhoff und Satzer (2010) sehen in den Gewerkschaften, Betriebsräten, Arbeitsschutzbehörden und Berufsgenossenschaften die Impulsgeber bzw. Kontrollinstanz für die Gefährdungsbeurteilung. Ohne deren Impulse sehen die Autoren die GBP-Durchführung als wenig wahrscheinlich an. Allerdings bliebe dann für den unterstützenden Teil hauptsächlich private Dienstleister, was aus monetären Gründen für einige KKV nicht umsetzbar sein wird.

3.2.2 Beeinflussende Faktoren bei der GBP-Umsetzung

Viele der Faktoren, die die GBP-Initiierung beeinflussen, sind für die Durchführung der GBP weiterhin relevant. Es kommen jedoch zusätzlich einige Faktoren stärker zum Tragen, die konkret die GBP betreffen. Diese werden in den folgenden Abschnitten genauer erläutert. In einem vor kurzem veröffentlichten Modell werden verschiedene Einstellungen von KKU-Führungskräften vorgestellt, die die Adoption von Stressprävention in KKU positiv als auch negativ beeinflussen können (Kuske et al., 2024), dazu gehört: die wahrgenommene Nähe zu den Mitarbeitenden, die wahrgenommene eigene Kompetenz in der Stressprävention, die Einstellung zu formalen Herangehensweisen, die Einstellung zu externer Unterstützung sowie die Einstellung zum Arbeitsstress und die wahrgenommene Akzeptanz der Mitarbeitenden. Je nach Ausprägung wird die Umsetzung einer Stresspräventionsmaßnahme entweder gefördert oder gehemmt.

Umgestaltung des GBP-Prozesses

Einige KKU-Führungskräfte äußerten in den Interviews den Wunsch nach einer vereinfachten Vorgehensweise oder fanden die Vorgehensweise in KKU unpassend. Die sieben Schritte der GBP erzeugten den Eindruck eines umfangreichen, aufwendigen Unterfangens. Die KKU-Führungskräfte wünschten sich einen vereinfachten Prozess, der leicht zu verstehen und ohne Aufwand und Ressourceninvestition umsetzbar ist. Die Unternehmenscharakteristika von KKU erschweren den Einsatz quantitativer Methoden wie Mitarbeiterbefragungen, da die Ergebnisse aufgrund der geringen Teilnehmerzahl stark verzerrt werden können und die Anonymität der Teilnehmenden in Frage steht. Viele KKU-Führungskräfte bevorzugten persönliche, informelle und weniger strukturierte Vorgehensweisen. Eine Lösung stellt eine Beschränkung auf die Erfassung der GDA-Schlüsselfaktoren (vgl. Kapitel 1.2.2 Der GBP-Prozess) und eine Fokussierung auf eine aktive Gefährdungsvermeidung dar (Beck, Schuller & Schulz-Dadaczynski, 2017).

Unterstützung bei Maßnahmengestaltung und Umsetzung

Wie sich in Studie 3 zeigt, ist die Maßnahmenentwicklung sowie -umsetzung ein Punkt, an dem viele Unternehmen sehr lange brauchen und letztlich nicht weiterkommen. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass dort das fehlende Expertenwissen und ggf. die fehlende Mitarbeiterunterstützung die größten Auswirkungen hat. Zudem muss das Unternehmen spätestens bei der Maßnahmenumsetzung selbst tätig werden, da die Maßnahme in die organisatorische Praxis umgesetzt werden muss. Die GBP kann zu einem gewissen Grad mittels unterstützender Instrumente ohne Expertenwissen durchgeführt werden; das ändert sich jedoch

spätestens mit der Interpretation der Ergebnisse und der anschließenden Maßnahmenableitung. Ohne Gesundheitskompetenz ist es für die beteiligten Personen sehr schwierig, die Situation einzuschätzen und noch schwieriger passende Maßnahmen zu finden. Tatsächlich gibt es zwar eine Vielzahl an Instrumenten für die Analyse der Arbeitsbedingungen, konkrete, detaillierte Hilfestellungen und Vorschläge für die Maßnahmenableitung sind jedoch selten bzw. schwer zu finden. Selbst wenn man den KKV-Kontext außer Acht lässt, gibt es insgesamt wenig evaluierte Maßnahmen, deren Erfolg wissenschaftlich nachgewiesen wurde und die allgemein zu empfehlen sind – auch wenn es erfolgreiche Einzelbeispiele gibt (Michie, 2003; Newman et al., 2015; Paterson et al., 2024). Außerdem gibt es nicht nur eine große Vielzahl an möglichen Maßnahmen, sondern die Maßnahmen müssen in die aktuelle Situation des Unternehmens passen, weswegen allgemeine Vorschläge aus Checklisten ohnehin nur bedingt sinnvoll sind. Nach GBP-Leitlinie sollten die Maßnahmen in Workshops mit den Beschäftigten gemeinsam entwickelt werden. Dies erfordert sowohl einen (kompetenten) Moderator als auch das Zusammentreffen einiger Beschäftigter, was nicht in allen Unternehmen gut umsetzbar ist (siehe Studie 3). Eine weitere Hürde bei der Maßnahmenumsetzung liegt in der Schwierigkeit, organisatorischen Wandel zu bewirken (Maes & van Hootegem, 2019). Veränderungen auf Organisationsebene benötigen Zeit, einerseits aufgrund der erforderlichen Prozessplanung, andererseits aufgrund der zahlreichen beteiligten Prozess- und Personenkreise. Ein Lösungsvorschlag liegt in der Benennung von sogenannten *change agents* (Veränderungsbeauftragten), die den Veränderungsprozess begleiten.

Einbeziehung der Mitarbeitenden

Die Einbeziehung der Mitarbeitenden bei der GBP ist aus verschiedenen Gründen sinnvoll. Zum einen sind die Mitarbeitenden direkt betroffen und können bei der Gestaltung anwendungsbezogene Lösungen einbringen (Cox & Leka, 2008). Es gibt viele Studien, die zeigen, dass der Erfolg von Interventionen durch die Akzeptanz der Mitarbeitenden beeinflusst wird (Bambra et al., 2007; European Agency for Safety and Health at Work, 2010; Nielsen & Randall, 2012; Taitel et al., 2008). Die Führungskräfte in den durchgeführten Studien hatten Bedenken, dass die GBP nicht von ihren Beschäftigten akzeptiert werden würde. Der beste Weg, um Vorurteilen und Stigmatisierungen entgegenzuwirken, ist ein offener Umgang mit dem Thema von Anfang an. Daher empfiehlt die GDA-Leitlinie die Mitarbeitenden frühzeitig zu informieren und einzubeziehen. Die Umsetzung der Maßnahmen ist vor allem dann erfolgreich, wenn die Maßnahme von der Belegschaft mitgetragen wird und sich die Mitarbeitenden an die Veränderungen halten (Nielsen & Randall, 2012). Zudem sind

Mitarbeitende zufriedener mit ihrem Arbeitsplatz, wenn sie bei Veränderungsprozessen aktiv beteiligt werden (Nielsen et al., 2021; Nielsen et al., 2013). Im Gegensatz dazu werden Maßnahmen „von oben“ eher abgelehnt. Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen Einbeziehung der Mitarbeitenden und Mitarbeiterzufriedenheit wissenschaftlich gut belegt und empfehlenswert (Björk et al., 2021; Knight et al., 2019).

Die Rolle der Führungskräfte

Die Rolle der Führungskräfte sollte bei der GBP-Umsetzung in KKU besonders berücksichtigt werden. Hierbei ist die differenzierte Betrachtung von verschiedenen Aspekten wichtig. Agiert die Führungskraft als Rollenmodell und aktiver Unterstützer von OHS-Interventionen stellt dies einen starken förderlichen Faktor da (vgl. Studie 2, Führungskräfte als Vorbilder). Zum anderen kann ein ungünstiger Führungsstil an sich auch eine Belastung für die Mitarbeitenden darstellen. In Studie 1 wurden Bedenken geäußert, dass sich manche Mitarbeitende aus Angst vor negativen Folgen möglicherweise nicht trauen, offen über Probleme zu sprechen – dies kann unter anderem durch eine Führungskraft bedingt sein, die keine offene Gesprächskultur fördert. In diesem Fall wäre es ungünstig, wenn die Führungskraft die GBP selbst anleitet. Allerdings ist die Führungskraft im Rahmen der GBP in KKU in der Regel zentraler Hauptakteur (vgl. Kapitel 1.3.1 Unternehmenscharakteristika) Dies kann aus verschiedenen Gründen problematisch sein: Führen die Führungskräfte selbst die GBP durch, fehlt ihnen potenziell die notwendige Distanz (Wulf et al., 2017). Das betrifft zum einen die neutrale Sichtweise auf die Arbeitsbelastungen und zum anderen das (potenziell vorbelastete) Verhältnis zu den Mitarbeitenden.

In der Literatur konnte gezeigt werden, dass das Verhalten und die Einstellungen der Führungskräfte den Implementierungserfolg einer Intervention stark beeinflussen kann (Cagno et al., 2016; Erschens et al., 2024; Kuske et al., 2024; Lundmark et al., 2017). Die Kommunikation innerhalb des Unternehmens sowie die Involvierung der Führungskräfte in die GBP sind wichtige beeinflussende Faktoren, die in jeder Phase der GBP wichtig und je nach Ausprägung fördernd als auch hemmend sein können (Masi et al., 2014; Nielsen et al., 2010). Idealerweise werden sowohl Führungskräfte als auch die Beschäftigten als primäre Gestaltungsakteure in die GBP einbezogen und gestärkt (Beck, 2019; Nielsen et al., 2013; Rothe et al., 2017). Zudem fördert ein positives Vorbild und ein gutes Verhältnis zu den Mitarbeitenden deren Leistung (Chen et al., 2022).

3.2.3. Beeinflussende Faktoren bei der GBP-Fortschreibung

Die Daten zur letzten Phase beruhen in erster Linie auf Studie 1 aus den Interviews mit KKU-Führungskräften. Der Untersuchungszeitraum in Studie 3 umfasste nicht die Begleitung nach der GBP, sodass die Aussagen in diesem Abschnitt auf den Erfahrungen im Vorfeld basieren. Um bei der GBP-Fortschreibung den besten Erfolg zu bewirken, gibt es eine Reihe von Dingen, die erfüllt sein sollten. Einige Führungskräfte äußerten den Wunsch nach Nachhaltigkeit, die sowohl zu Beginn aber auch zur dauerhaften Implementierung unbedingt gegeben sein sollte. Teil der nachhaltigen Implementierung ist eine gute Integration in die vorhandene betriebliche Praxis (Beck, 2019; Eriksson et al., 2017; Koolhaas et al., 2010; Leka, van Wassenhove & Jain, 2015). Auch Wirksamkeitsnachweise, wie sie im Rahmen der Evaluation der GBP angedacht sind, können ein Motivator sein, diese in Zukunft fortzuführen. Damit die GBP nicht in Vergessenheit gerät, sind regelmäßige Erinnerungen eine sinnvolle Unterstützung. Negative Einflüsse wie konkurrierende Interventionen oder andere parallellaufende Maßnahmen sind aufgrund des personellen Mangels zu vermeiden. Zudem ist die Betonung auf positive Aspekte wie Mitarbeiterproduktivität, -rekrutierung und -bindung erfolgsversprechend, die somit insgesamt eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz aufzeigen (Hughes et al., 2011).

3.3 Besondere Herausforderungen in KKU

Aus der Schwierigkeit bei der Rekrutierung lässt sich ableiten, warum es bisher wenig wissenschaftliche Daten zu der Lage in KKU gibt: Zum einen war es herausfordernd, das Interesse von KKU für die Studien zu wecken und sie zur Teilnahme zu motivieren. Zudem stehen die geringen Beschäftigungszahlen im Konflikt zu vielen üblichen quantitativen Methoden (z.B. Anwendung des COPSOQ), sowohl in Bezug auf die wissenschaftliche Forschungsmethodik als auch bei der Durchführung der GBP. Die Unternehmenscharakteristika sowie das informelle Umfeld finden in der teils formellen, systematischen Vorgehensweise der GBP wenig Anklang. Auch wenn die GBP nicht zwangsläufig so durchgeführt werden muss, so hat sie doch das Image einer bürokratischen Pflicht (siehe Studie 1). Es herrscht eklatanter Bedarf an vereinfachten Vorgehensweisen, die auch in KKU gut einsetzbar sind (Leka, van Wassenhove & Jain, 2015). Insbesondere für Kleinstunternehmen machen viele der in der GBP enthaltenen Methoden wenig Sinn. Eine Tatsache, die Hagqvist et al. (2020) als „Herausfallen aus dem System“ (engl. *“Falling outside the system”*) bezeichnen. Sie beschreiben, dass die Arbeitsschutzinspektoren in ihrer Studie Großunternehmen als die Norm ansehen und Kleinstunternehmen eine Ausnahme von dieser

Norm darstellen (tatsächlich arbeiten knapp 20% der deutschen Beschäftigten in Kleinstunternehmen). Für die „Abweichung von der Norm“ gibt es weniger vorgefertigte Wege und wenige passende Angebote, was die Betreuung dieser Unternehmen aufwendiger macht. In dieser Konstellation sind die Beschäftigten von Kleinstunternehmen die Leidtragenden, wenn im schlechtesten Fall ungünstige psychosoziale Arbeitsbedingungen vorherrschen und sich die Aufsichtsbehörden vorzugsweise mit größeren Unternehmen befassen.

3.4 Praktische Implikationen und Lösungsansätze

Grundsätzlich ist bei dem Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis eine Lücke zu beobachten, die bisher relativ wenig beachtet wurde (Rapport et al., 2018). Was wissenschaftlich als gut befunden wurde, kann nicht zwangsläufig ohne Anpassungen in jeden Praxiskontext eingesetzt werden. Es scheint, dass genau dies für die GBP in KKV zutrifft: Zwar ist die GBP wissenschaftlich gut fundiert, für den Fall von KKV ist die Methode jedoch nicht uneingeschränkt einsetzbar. In Anbetracht der schlechten GBP-Umsetzungsquote sowie der von den KKV-Führungskräften als unpassend angesehenen Methode muss die Frage gestellt werden, ob die GBP überhaupt die richtige Vorgehensweise für diese Unternehmensgröße ist. Grundsätzlich besteht der erste und einfachste Lösungsansatz in der Überarbeitung der GBP mit der Ergänzung um neue Herangehensweisen, wie beispielsweise der stärkeren Einbeziehung der Arbeitnehmerperspektive oder der Verwendung eines breiteren methodischen Ansatzes (Harney et al., 2022). Allerdings ist gesundheitsbezogenes Verhalten bei Menschen in vielen Bereichen ein schwieriges Thema; oft ist zwar prinzipiell die kognitive Einsicht vorhanden, nicht jedoch die entsprechende Handlung (Schwarzer, 2008; van Achterberg et al., 2011). Dies zeigt sich in vielen gesundheitsbezogenen Bereichen wie gesunde Ernährung, Drogenkonsum oder Sport. Wie die zahlreichen theoretischen Modelle der individuellen sowie organisatorischen Veränderung aufzeigen, ist langfristige Veränderung langwierig und komplex (Beasley et al., 2021; By, 2005; Heimlich & Ardoin, 2008; Maes & van Hootegem, 2019; Smith, 2005; Spruijt-Metz et al., 2015). Ein gemeinsames Problem liegt in dem Verhältnis zwischen der einfacheren Lösung für den Moment (nichts tun oder so weitermachen wie bisher) und in der abstrakten, vielleicht niemals eintretenden Bedrohung. Für KKV erscheinen Investitionen in Arbeitsschutzmaßnahmen auch deshalb unrentabel, weil KKV Schwierigkeiten bei der Bewertung und Überwachung des tatsächlichen Risikos haben (Bianchini et al., 2017). Dies liegt laut den Autoren zum einen an den Schwierigkeiten bei der

Bewertung und Überwachung des tatsächlichen Risikos und zum anderen an der geringen Zahl der Beschäftigten.

In den durchgeführten Studien war die persönliche Betroffenheit ein starker Förderfaktor für die GBP-Initiierung – ein Aspekt, der auch in anderen Studien gefunden wurde (Dawkins et al., 2018). In diesem Fall ist die Bedrohung konkreter geworden, sodass nun Initiativen ergriffen werden, um eine Wiederholung in Zukunft zu verhindern. Leider kommt diese Einsicht erst, nachdem bereits negative Erfahrungen gemacht worden sind bzw. der Krankheitsfall eingetreten ist. Wie die Studie von Suter et al. (2023) zeigt, gibt es gute Beispiele, wie KKV-Führungskräfte mit psychischen Gesundheitsproblemen ihrer Mitarbeitenden umgehen. Mit entsprechender Förderung und Unterstützung wäre diese Variante sicherlich noch weiter ausbaufähig, sodass zumindest im Falle von langfristigen Beanspruchungen bzw. Erkrankungen die notwendige Unterstützung „vor Ort“ gegeben wäre. Möglicherweise liegt ein realistischer Einstiegspunkt für gesunde Arbeitsbedingungen daher weniger in der Primärprävention, sondern eher in der Sekundärprävention. Bei diesen Ansätzen stellt sich die Sinnhaftigkeitsfrage nicht mehr, allerdings verfehlt die Prävention dann ihr primäres Ziel: dafür zu sorgen, dass gesunde Arbeitsbedingungen vorherrschen und die Mitarbeitenden gar nicht erst krank werden.

Aus diesem Grunde erscheint der Ansatz der aktiven Gefährdungsvermeidung ein guter Kompromiss zu sein (Beck, Schuller & Schulz-Dadaczynski, 2017). Hier stehen die Gefährdungen konkreter im Fokus und es sollen mehr betriebliche Strukturen beteiligt werden. Infolgedessen ist der Blick weiter gefasst als bei der GBP (Beck, Schuller & Schulz-Dadaczynski, 2017) und passt daher besser in die betriebliche Praxis von KKV. Wie von Schuller et al. (2018) beschrieben, stellen unstrukturierte, anlassbezogene oder spontane Beobachtungen und Reflexionen im Arbeitsalltag sowie Einzel- oder Jahresmitarbeitergespräche für KKV eine gute Ergänzung dar. Nichtsdestotrotz sollten die angewendeten Methoden einen systematischen Überblick über die gesamte Belastungssituation im Unternehmen ermöglichen und eine nachvollziehbare Dokumentation beinhalten, die im Falle von behördlichen Kontrollen als Nachweis eingesetzt werden kann (Schuller et al., 2018). Zudem könnte es gelingen, im Rahmen von Delphi-Studien weitere Erkenntnisse zu passenden Vorgehensweisen zu finden, insbesondere wenn bei den Expertenrunden KKV-Führungskräfte einbezogen werden.

3.5 Stärken und Schwächen der Arbeit

Die angewendeten qualitativen Methoden ermöglichen eine offene, explorative Herangehensweise mit detaillierter Einsicht in die betriebliche Praxis von KKU. Erforscht wurde sowohl die Denkweise von KKU-Führungskräften zu Förder- und Hemmfaktoren bei der GBP-Initiierung als auch die tatsächliche Umsetzung in der Praxis. Bisher gab es bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung kaum Studien, die KKU über einen längeren Zeitraum begleiten und den Fortschritt in der Detailtiefe der GBP-Prozessschritte dokumentieren. Des Weiteren gibt es bislang keine Studie, die in Form von Non-Responder-Befragungen die Beweggründe für eine Nicht-Teilnahme erfragt hat. Insgesamt zeigt die vorliegende Arbeit detailliert verschiedene Herausforderungen sowie mögliche Lösungsansätze für die GBP-Initiierung sowie Umsetzung in KKU auf. Diese Erkenntnisse sind wertvoll für die Weiterentwicklung der systematischen Stressprävention und können somit zu dem Ziel beitragen, die GBP-Umsetzungsquoten in KKU zu steigern und die betriebliche Prävention zu verbessern.

Qualitative Methoden unterliegen der Einschränkung der Subjektivität, sowohl durch den Interviewer als auch bei der Datenauswertung. Trotz zusätzlicher unabhängiger Forscher kann diese daher in den durchgeführten Studien nicht ausgeschlossen werden. Qualitative Daten bieten inhaltliche Tiefe, jedoch keine quantitative Breite. Um dies zu erreichen wären Studien mit größeren Stichproben und quantitativem Forschungsdesign sinnvoll. Wie in allen freiwilligen Studien ist ein Selektionsbias aufgrund der freiwilligen Teilnahme nicht auszuschließen. Die Annahme liegt nahe, dass die Teilnehmer generell offen für Gesundheitsthemen waren und keine Scheu hatten, Informationen über sich und ihr Unternehmen preiszugeben. Im Gesamtkontext der Verbesserung der betrieblichen Prävention in KKU stellt die vorliegende Arbeit den ersten Schritt dar; einer der nächsten Schritte sollte die Überarbeitung der GBP-Vorgehensweise sein.

3.6 Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Arbeit wurde qualitativ erforscht, welche GBP-Förder- und Hemmfaktoren in dem Kontext von KKU vorliegen, welche Aspekte bei der Entscheidung für oder gegen eine GBP ausschlaggebend sind und der konkrete GBP-Ablauf in der Praxis in einigen Unternehmen untersucht. Alles in allem verdeutlicht die vorliegende Arbeit, warum die GBP in KKU wenig umgesetzt wird. Zwar gibt es Parallelen zu der Problematik in größeren Unternehmen, einige Besonderheiten sind jedoch vor allem auf die Unternehmenscharakteristika von KKU

zurückzuführen. Dazu gehört die Sonderrolle der Führungskraft als Hauptakteur, aber auch die Zusammensetzung der Belegschaft mit wenig hierarchischen Strukturen und insgesamt wenig Mitarbeitenden. Die ohnehin stark belastete Führungskraft hat wenig Kapazität und zusätzlich möglicherweise wenig Expertise sich mit gesundheitsbezogenen Themen zu befassen (Wagner et al., 2022), somit steht die Handlungsinitiative zur GBP in Frage. In Bezug auf die Umsetzung passt die informelle, persönliche Organisationsstruktur von vielen KKV wenig zu der unpersönlichen, strukturierten Herangehensweise. Zwar kann die GBP in der Theorie an eine entsprechende Umgebung angepasst werden, jedoch gibt es in vielen Unternehmen hierfür kaum Kapazitäten. Externe Angebote könnten Abhilfe beschaffen, allerdings ist der Zugang erschwert, da einige KKV-Führungskräfte wenig Interesse an dem Thema haben oder keine Notwendigkeit sehen. Zum einen wäre es daher notwendig, die Gesundheitskompetenz der Führungskräfte zu fördern und mehr Aufmerksamkeit auf Präventionsmaßnahmen zu lenken. Zum anderen bräuchte es vereinfachte Zugänge zu Methoden, die zu KKV passen. Wie in Kapitel 3.4 Praktische Implikationen und Lösungsansätze ausführlicher dargestellt, sind Lösungen in vereinfachten, informellen oder alternativen Herangehensweisen zu finden.

4. Literaturverzeichnis

- Albee, G. W. & Ryan-Finn, K. D. (1993). An Overview of Primary Prevention. *Journal of Counseling & Development*, 72(2), 115–123. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb00909.x>
- Alphonse, I., Dupont, C., Ferauge, P. & Scoyez Sylvie (2018). Sensitivity of Directors to Workplace Wellbeing and Risk Management: Evidence from Small and Medium Enterprises in Belgium. *Global Journal of Business Research*, 12(1), 79–92. <https://ssrn.com/abstract=3210934>
- Amiri, S. & Behnezhad, S. (2020). Job strain and mortality ratio: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Public health*, 181, 24–33. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.030>
- Anfossi, C. M., Muñoz, M. A., Fredes, C. T., Rojas, Felipe, Pérez, Ross, J., Head, J. & Britton, A. (2022). Work Exposures and Development of Cardiovascular Diseases: A Systematic Review. *Annals of Work Exposures and Health*, 66(6), 698–713. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxac004>
- Angelis, M. de, Giusino, D., Nielsen, K., Aboagye, E., Christensen, M., Innstrand, S. T., Mazzetti, G., van den Heuvel, M., Sijbom, R. B. L., Pelzer, V., Chiesa, R. & Pietrantonio, L. (2020). H-WORK Project: Multilevel Interventions to Promote Mental Health in SMEs and Public Workplaces. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17218035>
- Angerer, P., Glaser, J., Gündel, H., Henningsen, P., Lahmann, C., Letzel, S. & Nowak, D. (Hrsg.). (2014). *Handbuch der Arbeitsmedizin. Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und psychosomatischer Medizin*. ecomed Medizin.
- Angerer, P. & Gündel, H. (2023). Lohnen sich Maßnahmen gegen Arbeitsstress? *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 30(3), 327–341. <https://doi.org/10.1007/s11613-023-00825-3>
- Antoni, C. H., Beck, D. & Schütte, M. (2022). Psychosocial Risk Management in Company Practice. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 66(4), 167–169. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000401>
- Aust, B. & Ducki, A. (2004). Comprehensive health promotion interventions at the workplace: experiences with health circles in Germany. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 258–270. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.9.3.258>
- Auweiler, L., Lemmens, V., Hülshager, U. & Lang, J. (2022). Digital training for psychosocial risk assessment as an approach to foster primary prevention for SMEs: An evaluation study. *Work (Reading, Mass.)*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.3233/WOR-211264>
- Badura, B., Ducki, A., Meyer, M. & Schröder, H. (Hrsg.). (2022). *Fehlzeiten-Report 2022: Verantwortung und Gesundheit* (Bd. 2022). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-65598-6>

- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2017). *Fehlzeiten-Report 2017: Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54632-1>
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bambra, C., Egan, M., Thomas, S., Petticrew, M. & Whitehead, M. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of epidemiology and community health*, 61(12), 1028–1037. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.054999>
- Barnay, T. (2016). Health, work and working conditions: a review of the European economic literature. *European journal of health economics*, 17(6), 693–709. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0715-8>
- Baron, S. L., Beard, S., Davis, L. K., Delp, L., Forst, L., Kidd-Taylor, A., Liebman, A. K., Linnan, L., Punnett, L. & Welch, L. S. (2014). Promoting integrated approaches to reducing health inequities among low-income workers: applying a social ecological framework. *American journal of industrial medicine*, 57(5), 539–556. <https://doi.org/10.1002/ajim.22174>
- Beasley, L., Grace, S. & Horstmanshof, L. (2021). Assessing individual readiness for change in healthcare: a review of measurement scales. *Journal of Health Organization and Management*, 1062–1079. <https://doi.org/10.1108/jhom-10-2020-0414>
- Beck, D. (2019). Psychische Belastung als Gegenstand des Arbeitsschutzes. *Arbeit*, 28(2), 125–147. <https://doi.org/10.1515/arbeit-2019-0009>
- Beck, D., Berger, S., Breutmann, N., Fergen, A., Gregersen, S., Morschhäuser, M., Reddehase, B., Ruck, Y. R., Sandrock, S., Splittgerber, B. & Theiler, A. (2017). Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung. *GDA*.
- Beck, D. & Lenhardt, U. (2016). Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. *Das Gesundheitswesen*, 17(01), 56–62.
- Beck, D. & Lenhardt, U. (2019). Consideration of psychosocial factors in workplace risk assessments: findings from a company survey in Germany. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92(3), 435–451. <https://doi.org/10.1007/s00420-019-01416-5>
- Beck, D., Schuller, K. & Schulz-Dadaczynski, A. (2017). Aktive Gefährdungsvermeidung bei psychischer Belastung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12(4), 302–310. <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0615-0>
- Beck, D., Taşkan, Esin, Elskamp, Elisabeth, Gold, M., Gregersen, S., Klamroth, H., Miels, J., Sandrock, S., Schuller, K., Thorein, A., Tiedemann, M.-B., Willingstorfer, B. & Wittmann, S. (2022). *Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung: Empfehlungen zur Umsetzung in der betrieblichen Praxis*. <https://www.gda->

- psyche.de/SharedDocs/Downloads/DE/empfehlungen-zur-umsetzung-der-gefaehrungsbeurteilung-psychischer-belastung.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Becker, W. & Ulrich, P. (2011). *Mittelstandsforschung: Begriffe, Relevanz und Konsequenzen. Mittelstand und Mittelstandsforschung*. Kohlhammer.
- Bernal, L. G. G., Torres, M. A. M. & Conde, H. O. D. (2022). The Prevention of Work-Related Risks: A Fundamental Principle for Organization With Purpose. In I. R. Management Association (Hrsg.), *Research Anthology on Changing Dynamics of Diversity and Safety in the Workforce* (S. 185–201). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-6684-2405-6.ch012>
- Bianchini, A., Donini, F., Pellegrini, M. & Saccani, C. (2017). An innovative methodology for measuring the effective implementation of an Occupational Health and Safety Management System in the European Union. *Safety Science*, 92, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.09.012>
- Birken, S. A. & Nilsen, P. (2018). Implementation science as an organizational process. *Health care management review*, 43(3), 181. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000212>
- Björk, J. M., Bolander, P. & Forsman, A. K. (2021). Bottom-Up Interventions Effective in Promoting Work Engagement: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*, 12, 730421. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.730421>
- Bonafede, M., Corfiati, M., Gagliardi, D., Boccuni, F., Ronchetti, M., Valenti, A., Marinaccio, A. & Iavicoli, S. (2016). OHS management and employers' perception: differences by firm size in a large Italian company survey. *Safety Science*, 89, 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.05.012>
- Brisson, C., Gilbert-Ouimet, M., Duchaine, C., Trudel, X. & Vézina, M. (2016). Workplace Interventions Aiming to Improve Psychosocial Work Factors and Related Health. In J. Siegrist & M. Wahrendorf (Hrsg.), *Aligning Perspectives on Health, Safety and Well-Being Ser. Work Stress and Health in a Globalized Economy: The Model of Effort-Reward Imbalance* (S. 333–363). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32937-6_15
- By, R. T. (2005). Organisational change management: A critical review. *Journal of change management*, 5(4), 369–380. <https://doi.org/10.1080/14697010500359250>
- Cagno, E., Masi, D. & Leão, C. P. (2016). Drivers for OSH interventions in small and medium-sized enterprises. *International journal of occupational safety and ergonomics: JOSE*, 22(1), 102–115. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1117351>
- Caplan, G. & Grunebaum, H. (1967). Perspectives on primary prevention. A review. *Archives of general psychiatry*, 17(3), 331–346. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730270075012>
- Carolan, S., Harris, P. R. & Cavanagh, K. (2017). Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace. *Journal of medical Internet research*, 19(7), e271. <https://doi.org/10.2196/jmir.7583>

- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health communication*, 25(8), 661–669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>
- Champoux, D. & Brun, J.-P. (2003). Occupational health and safety management in small size enterprises: an overview of the situation and avenues for intervention and research. *Safety Science*, 41(4), 301–318. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(02\)00043-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(02)00043-7)
- Chen, B., Wang, L., Li, B. & Liu, W. (2022). Work stress, mental health, and employee performance. *Frontiers in psychology*, 13, 1006580. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1006580>
- Cherniack, M., Morse, T., Henning, R., Seidner, A. & Punnett, L. (2010). Health promotion site selection blues: barriers to participation and implementation. *Journal of occupational and environmental medicine*, 52(6), 626–634. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181e138a4>
- Chirico, F. (2017). The forgotten realm of the new and emerging psychosocial risk factors. *Journal of occupational health*, 59(5), 433–435. <https://doi.org/10.1539/joh.17-0111-OP>
- Conner, M. & Norman, P. (Hrsg.). (2007). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (second edition). Open University Press.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Cox, T. & Leka, S. (2008). *PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management: a resource for employers and workers representatives*. Protecting workers' health series: Bd. 9. World Health Organization.
- da Silva, S. L. C. & Amaral, F. G. (2019). Critical factors of success and barriers to the implementation of occupational health and safety management systems: A systematic review of literature. *Safety Science*, 117, 123–132. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.03.026>
- Dalton, C. C. & Gottlieb, L. N. (2003). The concept of readiness to change. *Journal of advanced nursing*, 42(2), 108–117. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02593.x>
- Dawkins, S., Martin, A., Kilpatrick, M. & Scott, J. (2018). Reasons for Engagement: SME Owner-Manager Motivations for Engaging in a Workplace Mental Health and Wellbeing Intervention. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60(10), 917–927. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001360>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Jonge, J. de, Janssen, P. & Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(4), 279–286. <https://www.jstor.org/stable/40967145>
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.). (2022). *So geht's mit Ideen-Treffen für Wirtschaft, Verwaltung und Handwerk: Ihr Instrument für die Gefährdungsbeurteilung und vieles mehr*. <https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/804/so-geht-s-mit-ideen-treffen-fuer-wirtschaft-verwaltung-und-handwerk>

- Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung - Teil 1: Allgemeine Aspekte und Konzepte und Begriffe Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2017).
- Dong, X. S., Fujimoto, A., Ringen, K., Stafford, E., Platner, J. W., Gittleman, J. L. & Wang, X. (2011). Injury underreporting among small establishments in the construction industry. *American journal of industrial medicine*, 54(5), 339–349. <https://doi.org/10.1002/ajim.20928>
- Dragano, N., Siegrist, J., Nyberg, S. T., Lunau, T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Erbel, R., Fahlén, G., Goldberg, M., Hamer, M., Heikkilä, K., Jöckel, K.-H., Knutsson, A., Madsen, I. E. H., Nielsen, M. L., Nordin, M., . . . Kivimäki, M. (2017). Effort-Reward Imbalance at Work and Incident Coronary Heart Disease: A Multicohort Study of 90,164 Individuals. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 28(4), 619–626. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000666>
- Duchaine, C. S., Aubé, K., Gilbert-Ouimet, M., Vézina, M., Ndjaboué, R., Massamba, V., Talbot, D., Lavigne-Robichaud, M., Trudel, X., Pena-Gralle, A.-P. B., Lesage, A., Moore, L., Milot, A., Laurin, D. & Brisson, C. (2020). Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence Due to a Diagnosed Mental Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(8), 842–851. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0322>
- Ellguth, P. & Kohaut, S. (2022). Tarifbindung und betriebliche Interessenvertretung: Ergebnisse aus dem IAB-Betriebspanel 2021. *WSI-Mitteilungen*, 75(4), 328–336. <https://doi.org/10.5771/0342-300X-2022-4-328>
- Engels, M., Scheepers, L., Engels, J., Boß, L., Kuhlmann, R., Kuske, J., Lesener, L., Pavlista, V., Schmidt-Stiedenroth, K., Diebig, M., Ruhle, S. A., Zapkau, F. B., Angerer, P., Hoewner, J., Lehr, D., Schwens, C., Süß, S., Wulf, I. C. & Dragano, N. (2024). Web-based occupational stress prevention in German micro- and small-sized enterprises - process evaluation results of an implementation study. *BMC Public Health*, 24(1), 1618. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19102-8>
- Eriksson, A., Orvik, A., Strandmark, M., Nordsteien, A. & Torp, S. (2017). Management and Leadership Approaches to Health Promotion and Sustainable Workplaces: A Scoping Review. *Societies*, 7(2), 14. <https://doi.org/10.3390/soc7020014>
- Erschens, R., Adam, S. H., Schröpel, C., Diebig, M., Rieger, M. A., Gündel, H., Zipfel, S. & Junne, F. (2024). Improving Well-Being and Fostering Health-Oriented Leadership among Leaders in Small and Medium-Sized Enterprises (SMEs): A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare12040486>
- Ervasti, J. & Kivimäki, M. (2023). *The links between exposure to work-related psychosocial risk factors and cardiovascular disease*. <https://osha.europa.eu/en/publications/links-between-exposure-work-related-psychosocial-risk-factors-and-cardiovascular-disease>
- Eurofound and EU-OSHA. (2014). *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. A joint report from the European Foundation for the Improvement of Living and

- Working Conditions and the European Agency for Safety and Health at Work. <https://osha.europa.eu/en/publications/psychosocial-risks-europe-prevalence-and-strategies-prevention/view> <https://doi.org/10.2806/70971>
- European Agency for Safety and Health at Work (Hrsg.). (2010). *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks: Managing safety and health at work*. https://osha.europa.eu/sites/default/files/en_ESENER_report.pdf
- European Agency for Safety and Health at Work (Hrsg.). (2012). *Drivers and barriers for psychosocial risk management: An analysis of the findings of the European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER) report*. <https://osha.europa.eu/sites/default/files/esener-drivers-barriers.pdf>
- European Agency for Safety and Health at Work (Hrsg.). (2018). *Management of psychosocial risks in European workplaces - evidence from the second European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER-2) – Executive summary: European Risk Observatory*. <https://osha.europa.eu/de/publications/executive-summary-management-psychosocial-risks-european-workplaces-evidence-second/view>
- European Agency for Safety and Health at Work (Hrsg.). (2019). *Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 3)*. <https://osha.europa.eu/en/publications/third-european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener-3/view>
- Ferreira, Y. & Vogt, J. (2022). Psychische Belastung und deren Herausforderungen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 76(2), 202–219. <https://doi.org/10.1007/s41449-021-00292-5>
- Fong, C. J., Patall, E. A., Vasquez, A. C. & Stautberg, S. (2019). A Meta-Analysis of Negative Feedback on Intrinsic Motivation. *Educational Psychology Review*, 31(1), 121–162. <https://doi.org/10.1007/S10648-018-9446-6>
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C. & Vogt, D. (2018). Conceptualizing and Measuring Mental Illness Stigma: The Mental Illness Stigma Framework and Critical Review of Measures. *Stigma and health*, 3(4), 348–376. <https://doi.org/10.1037/sah0000104>
- Fox, K. E., Johnson, S. T., Berkman, L. F., Sianoja, M., Soh, Y., Kubzansky, L. D. & Kelly, E. L. (2022). Organisational- and group-level workplace interventions and their effect on multiple domains of worker well-being: A systematic review. *Work & Stress*, 36(1), 30–59. <https://doi.org/10.1080/02678373.2021.1969476>
- Gayed, A., Milligan-Saville, J. S., Nicholas, J., Bryan, B. T., LaMontagne, A. D., Milner, A., Madan, I., Calvo, R. A., Christensen, H., Mykletun, A., Glozier, N. & Harvey, S. B. (2018). Effectiveness of training workplace managers to understand and support the mental health needs of employees: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(6), 462–470. <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104789>
- Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. (2018). *Leitlinie „Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz“*. <https://www.gda->

- portal.de/DE/Downloads/pdf/Leitlinie-Gefahrungsbeurteilung.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Ghadiri, A., Ternès, A. & Peters, T. (2016). *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-07978-9>
- Giusino, D., Angelis, M. de & Pietrantoni, L. (2021). Digital Solutions for Workplace Mental Health Promotion During COVID-19 Pandemic: Taxonomy and Human Factors Issues. In N. L. Black, W. P. Neumann & I. Noy (Hrsg.), *Lecture Notes in Networks and Systems: Bd. 222. Proceedings of the 21st Congress of the International Ergonomics Association (IEA 2021): Volume IV: Healthcare and Healthy Work* (1st ed. 2021, Bd. 222, S. 564–571). Springer International Publishing; Imprint Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-74611-7_76
- Grobe, T., Braun, A. & Starke, P. (2023). *Barmer Gesundheitsreport 2023: Risikofaktoren für psychische Erkrankungen*. <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/gesundheitsreport-2023>
- Guarnieri, F., Besnard, D., Miotti, H., Martin, C. & Rall, J.-M. (2010). *Occupational safety and health in France: Practitioners and policy-AFNOR Report*. AFNOR Report. <https://minesparis-psl.hal.science/hal-00790214/document>
- Hagqvist, E., Vinberg, S., Toivanen, S., Hagström, M., Granqvist, S. & Landstad, B. J. (2020). Falling outside the system: Occupational safety and health inspectors' experiences of micro-enterprises in Sweden. *Safety Science*, 125, 104631. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104631>
- Harney, B. & Alkhalaf, H. (2021). A quarter-century review of HRM in small and medium-sized enterprises : Capturing what we know exploring where we need to go. *Human Resource Management*, 60(1), 5–29. <https://doi.org/10.1002/hrm.22010>
- Harney, B., Gilman, M., Mayson, S. & Raby, S. (2022). Advancing understanding of HRM in small and medium-sized enterprises (SMEs): critical questions and future prospects. *The International Journal of Human Resource Management*, 33(16), 3175–3196. <https://doi.org/10.1080/09585192.2022.2109375>
- Harris, J. R., Hannon, P. A., Beresford, S. A. A., Linnan, L. A. & McLellan, D. L. (2014). Health promotion in smaller workplaces in the United States. *Annual review of public health*, 35, 327–342. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182416>
- Hasle, P., Ramioul, M., Refslund, B., Wadsworth, E. & Walters, D. (2018). *Safety and health in micro and small enterprises in the EU: Final report from the 3-year SESAME project*. European risk observatory report. Publications Office of the European Union.
- Heimlich, J. E. & Ardoin, N. M. (2008). Understanding behavior to understand behavior change: a literature review. *Environmental Education Research*, 14(3), 215–237. <https://doi.org/10.1080/13504620802148881>
- Hughes, M. C., Patrick, D. L., Hannon, P. A., Harris, J. R., Ghosh, D. L. & Aldana, Birken, Chapman, Divine, Goetzel, Golaszewski, Golaszewski, Hughes, Kwak, Linnan, Linnan, Maibach, Marquis, McMahan, Mokdad, O'Donnell, Schult, Stokols (2011). Understanding the decision-

- making process for health promotion programming at small to mid-sized businesses. *Health promotion practice*, 12(4), 512–521. <https://doi.org/10.1177/1524839909349162>
- Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B. & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46(4), 683–697. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002408>
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285–308.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A. & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. *American journal of public health*, 71(7), 694–705.
- Kaschny, M., Nolden, M. & Schreuder, S. (2015). *Innovationsmanagement im Mittelstand*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-02545-8>
- Kersten, M., Kozak, A., Adler, M., Wohlert, C., Stamer, S. & Gregersen, S. (2022). Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Geeignete Analyseinstrumente für das Sozial- und Gesundheitswesen [Risk assessment for mental stress]. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 72(1), 41–49. <https://doi.org/10.1007/s40664-021-00450-w>
- Kittlmann, M., Adolph, L., Michel, A., Packroff, R., Schütte, M. & Sommer, S. (2023). *Handbuch Gefährdungsbeurteilung*. www.baua.de/gefaehrdungsbeurteilung
<https://doi.org/10.21934/baua:fachbuch20230531>
- Kivimäki, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., Björner, J. B., Borritz, M., Burr, H. & Casini, A. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*, 380(9852), 1491–1497.
- Knight, C., Patterson, M. & Dawson, J. (2019). Work engagement interventions can be effective: a systematic review. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 28(3), 348–372. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2019.1588887>
- Koolhaas, W., Brouwer, S., Groothoff, J. W. & van der Klink, J. J. (2010). Enhancing a sustainable healthy working life: design of a clustered randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10(1), 461. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-461>
- Kortum, E., Leka, S. & Cox, T. (2010). Psychosocial risks and work-related stress in developing countries: health impact, priorities, barriers and solutions. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 23(3), 225–238. <https://doi.org/10.2478/v10001-010-0024-5>
- Kuske, J., Zapkau, F. B., Gänser-Stickler, G. M. & Schwens, C. (2024). Too small to care? Developing a model explaining managers' decision to adopt employee stress prevention practices in micro

- and small enterprises. *Industrial Marketing Management*, 121, 40–54. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2024.06.005>
- Lackner, M., Klamert-Schmid, J. & Zangl, S. (Hrsg.). (2021). *Berufsfeld Wirtschaftsingenieure: Die Vielfalt der Schnittstellenkompetenz*. Springer Gabler.
- Landolt, K., O'Donnell, E., Hazi, A., Dragano, N. & Wright, B. J. (2017). An Experimental Examination of the Effort-Reward Imbalance Model of Occupational Stress: Increased Financial Reward is Related to Reduced Stress Physiology. *Biological Psychology*, 125, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.03.006>
- Langhoff, T. & Satzer, R. (2010). Erfahrungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen / Experiences with risk assessment against mental stress. *Arbeit*, 19(4). <https://doi.org/10.1515/arbeit-2010-0405>
- Leka, S., Jain, A., Iavicoli, S. & Di Tecco, C. (2015). An Evaluation of the Policy Context on Psychosocial Risks and Mental Health in the Workplace in the European Union: Achievements, Challenges, and the Future. *BioMed research international*, 2015, 213089. <https://doi.org/10.1155/2015/213089>
- Leka, S., Jain, A., Zwetsloot, G. & Cox, T. (2010). Policy-level interventions and work-related psychosocial risk management in the European Union. *Work & Stress*, 24(3), 298–307. <https://doi.org/10.1080/02678373.2010.519918>
- Leka, S., van Wassenhove, W. & Jain, A. (2015). Is psychosocial risk prevention possible? Deconstructing common presumptions. *Safety Science*, 71, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.03.014>
- Lenhardt, U. & Beck, D. (2016). Prevalence and quality of workplace risk assessments – Findings from a representative company survey in Germany. *Safety Science*, 86, 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.02.017>
- Liu, K. (2022). Regulating Occupational Health and Safety in EU and China. In I. R. Management Association (Hrsg.), *Research Anthology on Changing Dynamics of Diversity and Safety in the Workforce* (S. 1021–1042). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-6684-2405-6.ch051>
- Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden [Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012]*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Lundmark, R., Hasson, H., Thiele Schwarz, U. von, Hasson, D. & Tafvelin, S. (2017). Leading for change: line managers' influence on the outcomes of an occupational health intervention. *Work & Stress*, 31(3), 276–296. <https://doi.org/10.1080/02678373.2017.1308446>
- Maes, G. & van Hootegem, G. (2019). A systems model of organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 32(7), 725–738. <https://doi.org/10.1108/JOCM-07-2017-0268>

- Martin, A., Kilpatrick, M., Cocker, F., Sanderson, K., Scott, J. & Brough, P. (2015). Recruitment and retention challenges of a mental health promotion intervention targeting small and medium enterprises. In (S. 191–200). https://doi.org/10.1007/978-94-017-9867-9_22
- Masi, D. & Cagno, E. (2015). Barriers to OHS interventions in Small and Medium-sized Enterprises. *Safety Science*, 71, 226–241. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.05.020>
- Masi, D., Cagno, E. & Micheli, G. J. L. (2014). Developing, implementing and evaluating OSH interventions in SMEs: a pilot, exploratory study. *International journal of occupational safety and ergonomics: JOSE*, 20(3), 385–405. <https://doi.org/10.1080/10803548.2014.11077059>
- McCoy, K., Stinson, K., Scott, K., Tenney, L. & Newman, L. S. (2014). Health promotion in small business: a systematic review of factors influencing adoption and effectiveness of worksite wellness programs. *Journal of occupational and environmental medicine*, 56(6), 579–587. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000171>
- Meggeneder, O. (2007). Style of management and the relevance for workplace health promotion in small and medium sized enterprises. *Journal of Public Health*, 15(2), 101–107. <https://doi.org/10.1007/s10389-006-0088-7>
- Metz, A.-M. & Rothe, H.-J. (2017). *Screening psychischer Arbeitsbelastung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12572-1>
- Micheli, G. J. L. & Cagno, E. (2010). Dealing with SMEs as a whole in OHS issues: Warnings from empirical evidence. *Safety Science*, 48(6), 729–733. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2010.02.010>
- Micheli, G. J. L., Cagno, E. & Calabrese, A. (2018). The Transition from Occupational Safety and Health (OSH) Interventions to OSH Outcomes: An Empirical Analysis of Mechanisms and Contextual Factors within Small and Medium-Sized Enterprises. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph15081621>
- Micheli, G. J. L., Gnoni, M. G., Merich, D. de, Sala, G., Rosso, A., Tornese, F., Piga, G. & Malorgio, B. (2019). Barriers, Drivers and Impact of a Simplified Occupational Safety and Health Management System in Micro and Small Enterprises. In P. M. F. M. Arezes (Hrsg.), *Advances in Intelligent Systems and Computing. Advances in Safety Management and Human Factors* (Bd. 791, S. 81–90). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-94589-7_8
- Michie, S [S.] (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 3–9. <https://doi.org/10.1136/oem.60.1.3>
- Milczarek, M., Schneider, E. & González, E. R. (2009). *OSH in figures: Stress at work - facts and figures. European risk observatory report: Bd. 9*. Office for Official Publications of the European Communities.
- Moll, S., Zanhour, M., Patten, S. B., Stuart, H. & MacDermid, J. (2017). Evaluating Mental Health Literacy in the Workplace: Development and Psychometric Properties of a Vignette-Based

- Tool. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(4), 601–611. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9695-0>
- Montano, D., Hoven, H. & Siegrist, J. (2014). Effects of organisational-level interventions at work on employees health: a systematic review. *BMC Public Health*, 14, 135. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-135>
- Newby, R., Watson, J. & Woodliff, D. (2003). SME Survey Methodology: Response Rates, Data Quality, and Cost Effectiveness. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 28(2), 163–172. <https://doi.org/10.1046/j.1540-6520.2003.00037.x>
- Newman, L. S., Stinson, K. E., Metcalf, D., Fang, H., Brockbank, C. v., Jinnett, K., Reynolds, S., Trotter, M., Witter, R., Tenney, L., Atherly, A. & Goetzl, R. Z. (2015). Implementation of a worksite wellness program targeting small businesses: the Pinnacol Assurance health risk management study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 57(1), 14–21. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000279>
- Niedhammer, I., Bertrais, S. & Witt, K. (2021). Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(7), 489–508. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3968>
- Niedhammer, I., Sultan-Taïeb, H., Parent-Thirion, A. & Chastang, J.-F. (2022). Update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in Europe. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 95(1), 233–247. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01737-4>
- Nielsen, K., Dawson, J., Hasson, H. & Schwarz, U. v. T. (2021). What about me? The impact of employee change agents' person-role fit on their job satisfaction during organisational change. *Work & Stress*, 35(1), 57–73. <https://doi.org/10.1080/02678373.2020.1730481>
- Nielsen, K. & Randall, R. (2012). The importance of employee participation and perceptions of changes in procedures in a teamworking intervention. *Work & Stress*, 26(2), 91–111. <https://doi.org/10.1080/02678373.2012.682721>
- Nielsen, K., Randall, R., Holten, A.-L. & González, E. R. (2010). Conducting organizational-level occupational health interventions: What works? *Work & Stress*, 24(3), 234–259. <https://doi.org/10.1080/02678373.2010.515393>
- Nielsen, K., Stage, M., Abildgaard, J. S. & Brauer, C. V. (2013). Participatory Intervention from an Organizational Perspective: Employees as Active Agents in Creating a Healthy Work Environment. In G. F. Bauer & G. F. Bauer (Hrsg.), *Salutogenic organizations and change: The concepts behind organizational health intervention research* (S. 327–350). Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6470-5_18
- Nixon, P., Boß, L., Heber, E., Ebert, D. D. & Lehr, D. (2021). A three-armed randomised controlled trial investigating the comparative impact of guidance on the efficacy of a web-based stress

- management intervention and health impairing and promoting mechanisms of prevention. *BMC Public Health*, 21(1), 1511. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11504-2>
- Oakman, J., Weale, V., Kinsman, N., Nguyen, H. & Stuckey, R. (2022). Workplace physical and psychosocial hazards: A systematic review of evidence informed hazard identification tools. *Applied Ergonomics*, 100, 103614. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2021.103614>
- O'Hara, R., Dickety, N. & Weyman, A. (2005). Good Practice in Assessing Workplace Risks by Small and Medium-sized Enterprises. *Risk Management*, 7(1), 31–41. <https://doi.org/10.1057/palgrave.rm.8240203>
- O'Neil, I. (2019). *Digital health promotion: A critical introduction*. Polity.
- Paterson, C., Leduc, C., Maxwell, M., Aust, B., Strachan, H., O'Connor, A., Tsantila, F., Cresswell-Smith, J., Purebl, G., Winter, L., Fanaj, N., Doukani, A., Hogg, B., Corcoran, P., D'Alessandro, L., Mathieu, S., Hegerl, U., Arensman, E. & Greiner, B. A. (2024). Barriers and facilitators to implementing workplace interventions to promote mental health: qualitative evidence synthesis. *Systematic reviews*, 13(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02569-2>
- Pavlista, V., Angerer, P. & Diebig, M. (2021). Barriers and drivers of psychosocial risk assessments in German micro and small-sized enterprises: a qualitative study with owners and managers. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11416-1>
- Pavlista, V., Angerer, P., Kuske, J., Schwens, C. & Diebig, a. M. (2022). Exploring the Barriers to the Implementation of Psychosocial Risk Assessment in Micro- and Small-Sized Firms. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 66(4), 170–183. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000398>
- Petzold, A., Plessow, F., Goschke, T. & Kirschbaum, C. (2010). Stress reduces use of negative feedback in a feedback-based learning task. *Behavioral Neuroscience*, 124(2), 248–255. <https://doi.org/10.1037/a0018930>
- Pfohl, H.-C. (Hrsg.). (2006). *Management und Wirtschaft Praxis: Bd. 44. Betriebswirtschaftslehre der Mittel- und Kleinbetriebe: Größenspezifische Probleme und Möglichkeiten zu ihrer Lösung* (4. Aufl.). Erich Schmidt.
- Rafferty, A. E., Jimmieson, N. L. & Armenakis, A. A. (2013). Change Readiness. *Journal of Management*, 39(1), 110–135. <https://doi.org/10.1177/0149206312457417>
- Rapport, F., Clay-Williams, R., Churrua, K., Shih, P., Hogden, A. & Braithwaite, J. (2018). The struggle of translating science into action: Foundational concepts of implementation science. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(1), 117–126. <https://doi.org/10.1111/jep.12741>
- Rau, R. & Buyken, D. (2015). Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 59(3), 113–129. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000186>

- Rojatz, D., Merchant, A. & Nitsch, M. (2017). Factors influencing workplace health promotion intervention: a qualitative systematic review. *Health Promotion International*, 32(5), 831–839. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw015>
- Rothe, I., Adolph, L., Beermann, B., Schütte, M., Windel, A., Grewer, A., Lenhardt, U., Michel, J., Thomson, B. & Formazin, M. (2017). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Wissenschaftliche Standortbestimmung*. <https://doi.org/10.21934/baua:bericht20170421>
- Rugulies, R., Aust, B. & Madsen, I. E. H. (2017). Effort–reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*.
- Rugulies, R., Sørensen, K., Di Tecco, C., Bonafede, M., Rondonone, B. M., Ahn, S., Ando, E., Ayuso-Mateos, J. L., Cabello, M., Descatha, A., Dragano, N., Durand-Moreau, Q., Eguchi, H., Gao, J., Godderis, L., Kim, J., Li, J., Madsen, I. E. H., Pachito, D. V., . . . Pega, F. (2021). The effect of exposure to long working hours on depression: A systematic review and meta-analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environment International*, 155, 106629. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106629>
- Schreibauer, E. C., Hippler, M., Burgess, S., Rieger, M. A. & Rind, E. (2020). Work-Related Psychosocial Stress in Small and Medium-Sized Enterprises: An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph17207446>
- Schuller, K. (2020). Interventions as the centrepiece of psychosocial risk assessment – why so difficult? *International Journal of Workplace Health Management*, 13(1), 61–80. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-07-2018-0098>
- Schuller, K., Schulz-Dadaczynski, A. & Beck, D. (2018). Methodische Vorgehensweisen bei der Ermittlung und Beurteilung psychischer Belastung in der betrieblichen Praxis. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 62(3), 126–141. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000269>
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
- Seidler, A., Schubert, M., Freiberg, A., Drössler, S., Hussenoeder, F. S., Conrad, I., Riedel-Heller, S. & Starke, K. R. (2022). Psychosocial Occupational Exposures and Mental Illness. *Deutsches Arzteblatt International*, 119(42), 709–715. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0295>
- Siegrist, J. (1996a). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41.
- Siegrist, J. (1996b). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Siegrist, J. (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen: Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen* (1. Aufl.). Elsevier Urban & Fischer.

- Siegrist, J. & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben: Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51(3), 305–312.
- Sivris, K. C. & Leka, S. (2015). Examples of Holistic Good Practices in Promoting and Protecting Mental Health in the Workplace: Current and Future Challenges. *Safety and Health at Work*, 6(4), 295–304. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.002>
- Smith, I. (2005). Achieving readiness for organisational change. *Library Management*, 26(6/7), 408–412. <https://doi.org/10.1108/01435120510623764>
- Sommer, S., Kerschek, R. & Lenhardt, U. (2018). *Gefährdungsbeurteilung in der betrieblichen Praxis: Ergebnisse der GDA-Betriebsbefragungen 2011 und 2015*. <https://doi.org/10.21934/baua:fokus20180905>
- Souza, K., Steege, A. L. & Baron, S. L. (2010). Surveillance of occupational health disparities: challenges and opportunities. *American journal of industrial medicine*, 53(2), 84–94. <https://doi.org/10.1002/ajim.20777>
- Spruijt-Metz, D., Hekler, E., Saranummi, N., Intille, S., Korhonen, I., Nilsen, W., Rivera, D. E., Spring, B., Michie, S [Susan], Asch, D. A., Sanna, A., Salcedo, V. T., Kukakfa, R. & Pavel, M. (2015). Building new computational models to support health behavior change and maintenance: new opportunities in behavioral research. *Translational behavioral medicine*, 5(3), 335–346. <https://doi.org/10.1007/s13142-015-0324-1>
- Stark, A. L., Geukes, C. & Dockweiler, C. (2022). Digital Health Promotion and Prevention in Settings: Scoping Review. *Journal of medical Internet research*, 24(1), e21063. <https://doi.org/10.2196/21063>
- Statistisches Bundesamt. (2021). *Beschäftigungsanteile 2021*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/aktuell-beschaeftigte.html>
- Steptoe, A. & Kivimäki, M. (2013). Stress and Cardiovascular Disease: An Update on Current Knowledge. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 337–354. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114452>
- Suter, J., Irvine, A. & Howorth, C. (2023). Juggling on a tightrope: Experiences of small and micro business managers responding to employees with mental health difficulties. *International Small Business Journal*, 41(1), 3–34. <https://doi.org/10.1177/02662426221084252>
- Taibi, Y., Metzler, Y. A., Bellingrath, S. & Müller, A. (2021). A systematic overview on the risk effects of psychosocial work characteristics on musculoskeletal disorders, absenteeism, and workplace accidents. *Applied Ergonomics*, 95, 103434. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2021.103434>
- Tait, R. & Walker, D. (2000). Marketing health and safety management expertise to small enterprises. *Safety Science*, 36(2), 95–110. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00033-3)

- Taitel, M. S., Haufle, V., Heck, D., Loeppke, R. & Fetterolf, D. (2008). Incentives and other factors associated with employee participation in health risk assessments. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(8), 863–872. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181845fe2>
- Tetrick, L. E. & Winslow, C. J. (2015). Workplace Stress Management Interventions and Health Promotion. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2(1), 583–603. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032414-111341>
- Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I. & Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*, 15, 738. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>
- Theorell, T., Jood, K., Järholm, L. S., Vingård, E., Perk, J., Östergren, P. O. & Hall, C. (2016). A systematic review of studies in the contributions of the work environment to ischaemic heart disease development. *European Journal of Public Health*, 26(3), 470–477. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw025>
- Treier, M. (2019). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-23293-1>
- van Achterberg, T., Huisman-de Waal, G. G. J., Ketelaar, N. A. B. M., Oostendorp, R. A., Jacobs, J. E. & Wollersheim, H. C. H. (2011). How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques. *Health Promotion International*, 26(2), 148–162. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq050>
- van der Molen, H. F., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H. W. & Groene, G. de (2020). Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10(7), e034849. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034849>
- van Dijk, D. & Kluger, A. N. (2011). Task type as a moderator of positive/negative feedback effects on motivation and performance: A regulatory focus perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 32(8), 1084–1105. <https://doi.org/10.1002/job.725>
- van Duijvenvoorde, A. C. K., Zanolie, K., Rombouts, S. A. R. B., Raijmakers, M. E. J. & Crone, E. A. (2008). Evaluating the negative or valuing the positive? Neural mechanisms supporting feedback-based learning across development. *The Journal of Neuroscience*, 28(38), 9495–9503. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1485-08.2008>
- Wagner, A., Tsarouha, E., Ög, E., Preiser, C., Rieger, M. A. & Rind, E. (2022). Work-related psychosocial demands related to work organization in small sized companies (SMEs) providing health-oriented services in Germany - a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 22(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12700-4>
- Walker, D. & Tait, R. (2004). Health and safety management in small enterprises: an effective low cost approach. *Safety Science*, 42(1), 69–83. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(02\)00068-1](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(02)00068-1)

- Walters, D. & Wadsworth, E. (2016). *Contexts and arrangements for occupational safety and health in micro and small enterprises in the EU – SESAME project*. European Agency for Safety and Health at Work.
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4, 67. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67>
- Wikström, E., Severin, J., Jonsdottir, I. H. & Akerstrom, M. (2021). Process facilitators shifting between the support and expert roles in a complex work environment intervention in the Swedish healthcare sector. *Journal of Health Organization and Management*, 36(9), 25–47. <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2021-0382>
- Woods, M., Macklin, R., Dawkins, S. & Martin, A. (2019). Mental Illness, Social Suffering and Structural Antagonism in the Labour Process. *Work, Employment & Society*, 33(6), 948–965. <https://doi.org/10.1177/0950017019866650>
- World Health Organization. (2010). *Healthy workplaces: A model for action: for employers, workers, policy-makers and practitioners*. World Health Organization.
- Wulf, I. C. & Ruhle, S. A. (2020). Psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz. *Diagnostica*, 66(1), 50–61. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000237>
- Wulf, I. C., Süß, S. & Diebig, M. (2017). Akteure der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Perspektiven und Konflikte im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 71(4), 296–304. <https://doi.org/10.1007/s41449-017-0085-4>

5. Danksagung

Zunächst möchte ich mich bei Prof. Dr. Mathias Diebig für die fortlaufende Unterstützung bei der Anfertigung der Publikationen sowie der Begleitung der Promotion bedanken. Ich bin sehr dankbar für die investierte Zeit, die bereichernden Ideen und das konstruktive Feedback. Vielen Dank für die professionelle und freundliche Zusammenarbeit.

Ich möchte mich auch bei Herrn Prof. Dr. med. Peter Angerer bedanken, der mir die Möglichkeit gegeben hat, viele Jahre am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltwissenschaft zu arbeiten, mich weiterzuentwickeln und zu promovieren. Zudem bin ich dankbar für die Betreuung der Promotion, die fachliche Expertise und das entgegengebrachte Vertrauen, das mir eine selbstständige Arbeitsweise ermöglichte. Weiterer Dank gilt meinem Zweitbetreuer, Prof. Dr. Nico Dragano, für seine Unterstützung bei den Publikationen und die angenehme Zusammenarbeit im Rahmen des PragmatiKK-Projekts. Einen herzlichen Dank gilt außerdem den Kolleginnen und Kollegen des Instituts, die immer mit Rat und Tat zur Seite gestanden haben.

Außerdem möchte ich meinen Großeltern Martha und Franz Pavlista danken, die mir den Weg des Überlebens und Neubeginns aufgezeigt, und meinen Eltern Rita und Detlev (Schmidt-) Pavlista, die mir den Weg des Höherstrebens und Hinterfragens vorgelebt haben. Last but not least danke ich meinem Mann Damian Pavlista für seine fortlaufende Unterstützung und Ermutigung zum Abschluss der Promotion. Danke, dass du seit der Geburt unserer Tochter Elina für uns da warst und das Jonglieren zwischen akademischer Leistung und Kinderbetreuung mitgetragen und erleichtert hast!