

Zbl Arbeitsmed 2023 · 73:230–239

<https://doi.org/10.1007/s40664-023-00507-y>

Eingegangen: 2. Dezember 2022

Angenommen: 8. Mai 2023

Online publiziert: 11. August 2023

© Der/die Autor(en) 2023



Inga Nolle<sup>1</sup> · Nicola Häberle<sup>1</sup> · Hans-Joachim Lincke<sup>1</sup> · David Beck<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FFAW: Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH, Freiburg, Deutschland

<sup>2</sup>Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA), Berlin, Deutschland

# Berücksichtigung psychischer Belastung in der betriebsärztlichen Praxis

## Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus Literaturrecherche und Interviews mit Expert:innen

### Hintergrund

Psychische Belastungen und Beanspruchungen gewinnen als Ursachen von Arbeits- und Berufsunfähigkeit zunehmend an Gewicht. Für Unternehmen sind sie häufig immer noch neuartige Herausforderungen, weshalb Betriebsärzt:innen mit ihrer medizinischen Ausbildung und dem ihnen gesetzlich zugeschriebenen Status in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken. In diesem Beitrag werden 3 Fragestellungen literaturbasiert und empirisch beantwortet, die sich mit der Rolle, dem Vorgehen und dem Selbstverständnis von Betriebsärzt:innen auf diesem Themenfeld befassen

Betriebsärzt:innen haben die Aufgabe, Arbeitgeber:innen bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen und bei der Umsetzung von Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Beschäftigten zu beraten und zu unterstützen (ASiG § 3). Durch Maßnahmen arbeitsmedizinischer Vorsorge sollen sie zum frühzeitigen Erkennen und Vorbeugen arbeitsbedingter Erkrankungen beitragen (ArbMedVV § 1). Bei alledem sind auch Gefährdungen durch die psychische Belastung bei der Arbeit zu berücksichtigen. An die Leistungen der Betriebsärzt:innen werden in diesem Themenfeld verschiedene Erwartungen geknüpft, u. a. Beiträge zur Aufklärung und Information über psychische Belastungen der Arbeit und damit ver-

bundene Gesundheitsrisiken [1, 2], die Thematisierung psychischer Belastung im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge [3, 4], fachkundige Beratung bei der Gefährdungsbeurteilung [1, 5–7], Empfehlungen zu Maßnahmen der Gefährdungsvermeidung [1] oder Beiträge zur Verknüpfung von Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention im Handlungsfeld „Psychische Gesundheit“ [8, 9]. Hierzu gibt es zwar spezifische arbeitsmedizinische Empfehlungen (AME Psychische Gesundheit im Betrieb), Leitfäden (z. B. DGUV Leitfaden für Betriebsärzte zu psychischen Belastungen und den Folgen in der Arbeitswelt) und Handlungshilfen (checklistenbasierte Handlungshilfe für Betriebsärzte zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung [10]). Wenig betrachtet wird allerdings, wie sich die betriebsärztliche Praxis im Umgang mit psychischer Belastung tatsächlich gestaltet: Welchen Stellenwert hat das Thema gegenwärtig in der arbeitsmedizinischen Vorsorge- und Beratungspraxis? (Wie) werden Maßnahmen und Erkenntnisse aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge und der Gefährdungsbeurteilung in der betriebsärztlichen Praxis verknüpft? Was sind Voraussetzungen, förderliche Bedingungen und Hemmnisse der Berücksichtigung psychischer Belastung in der betriebsärztlichen Vorsorge- und Beratungspraxis? Mit dem Ziel, das verfügbare Wissen zu diesen Fragen

aufzubereiten, wurden im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) eine systematische Literaturrecherche sowie Interviews mit praktisch tätigen Betriebsärzt:innen durchgeführt.

### Methode

#### Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde nach der Abstimmung im Projektteam in gängigen Suchmaschinen durchgeführt, unter Berücksichtigung von Trunkierungen, den Booleschen Operatoren sowie dem Schneeballverfahren. Zu den Datenbanken gehörten u. a. PubMed, Researchgate, Springer Link, Sage, Bibliothekskataloge, WISO, Google Scholar, BASE, Livivo, die Wiley online Library und einige Zeitschriften wie die *Zeitschrift für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin* (ASU), das *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*. Berücksichtigung fanden Studien, die nicht älter als 15 Jahre waren, die einen Bezug zur arbeitsmedizinischen Praxis in Deutschland aufwiesen, auf Betriebsärzt:innen fokussierten bzw. auf allgemeine Suchbegriffe aus dem Wortfeld wie „Vorsorge“, „psychische Belastung“ und „Gefährdungsbeurteilung“ ansprachen. Der Ein- und Ausschluss erfolgte mehrstufig: über die Definition von Suchbegriffen, die Lektüre von Abstracts und

schließlich die Volltextlektüre. Relevante Hauptbegriffe für den Einschluss waren Zusammensetzungen mit „Arzt/Ärztin“, „Arbeitsmedizin“ und „psychisch“. Textpassagen wurden kopiert, nach Textart sortiert und den jeweiligen Fragestellungen zugeordnet.

Parallel zur Literaturrecherche wurden 11 arbeitsmedizinische Lehrstühle angefragt, um Hinweise auf aktuelle Projekte und unveröffentlichte Arbeiten zu erhalten. Die auf diese Weise gesammelte Literatur wurde u. a. mit Verweis auf die Fundstelle, den Grund für Ein- oder Ausschluss katalogisiert und in der Dokumentation zum Forschungsbericht einsehbar gemacht. Diese Arbeiten fanden im Januar und Februar 2021 statt.

Nach Abschluss des Volltext-Screenings konnten 81 Literaturbeiträge mit einem erkennbaren inhaltlichen Bezug zum Forschungsthema identifiziert werden. In 64 Fällen handelt es sich um offizielle Leitlinien und Vorgaben, Handbuchartikel, Empfehlungen und Kommentare, und damit um Schriften, die psychische Arbeitsbelastungen als Handlungsfeld ausweisen, aber wenig über die gelebte arbeitsmedizinische Praxis aussagen. Einige von ihnen sind bereits in der Einleitung benannt bzw. werden als Erwartungs- und Möglichkeitshorizont des betriebsärztlichen Handelns in der Ergebnisdarstellung referiert. Direkten Bezug auf die Praxis nehmen lediglich 17 Publikationen. Ihre Spannweite reicht von der groß angelegten Auftragsstudie bis zur weniger umfangreichen Qualifikationsarbeit. Ebenso vielfältig sind die Berührungspunkte mit dem Forschungsthema, sodass sie eher nebeneinanderstehen, als dass sie eine umfassende Evidenzbasis begründen könnten [1, 9]. Als wichtige und umfassende Studie ragt die „Sifa-Langzeitstudie“ insofern aus dem Kreis der Publikationen mit Praxisbezug heraus, als in ihr Sicherheitsfachkräfte und auch Betriebsärzt:innen explizit nach Tätigkeitsschwerpunkten, Kooperationsbeziehungen und wahrgenommenen Wirkungen ihres Handelns befragt wurden [5]. Insgesamt bestärkt die Literaturrecherche jedoch eher den Eindruck eines Mangels an Studien, die auf genaue und quantifizierbare Weise die Forschungsfragen beantworten.

## Expert:inneninterviews

Für die empirische Untersuchung wurden 6 explorative Interviews mit Betriebsärzt:innen durchgeführt. Als Expert:innen für die betriebsärztliche Praxis werden diese im Folgenden mit den Kürzeln E1 bis E6 chiffriert. Angestrebt wurde, Betriebsärzt:innen zu interviewen, die seit mindestens 3 Jahren als solche tätig sind, unterschiedliche berufliche Stationen aufweisen, in unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnissen, Branchen und Unternehmen tätig sind. Die Rekrutierung stützte sich u. a. auf das im Projektteam vertretene berufliche Netzwerk sowie die Listung von Betriebsärzt:innen beim Verband der Deutschen Betriebs- und Werk-särzte e. V. (VDBW). Sie wurde – wie die spätere Interviewdurchführung – durch den Start der COVID-19-Impfkampagne und damit verbundene Inanspruchnahme vieler Betriebsärzt:innen erschwert. Die Gruppe der interviewten Expert:innen umfasst 3 männliche und 3 weibliche Personen, die zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 6 und 30 Jahren als Betriebsärzt:innen tätig waren. Es handelt sich um 3 innerbetrieblich Festangestellte und 3 überbetrieblich Tätige. Bis auf eine Person sind die Expert:innen hauptberuflich als Betriebsärzt:in tätig. Drei haben einen Facharzt für Arbeitsmedizin und ebenfalls 3 führen die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“. Die Einsatzgebiete umfassen überwiegend Industriebetriebe, Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen, aber auch Organisationen aus dem Finanzsektor und der Kultur. Die Größe der betreuten Unternehmen reicht von 50 bis über 250 Beschäftigte.

Die Interviews wurden durch einen einheitlichen Leitfaden strukturiert, der sich inhaltlich und in der Abfolge an den vorgegebenen Fragen des Forschungsprojekts hält und welcher auch der Ergebnispräsentation in diesem Text entspricht. Die Strukturmerkmale der Interviewpartner:innen wurden in einem standardisierten Erfassungsbogen erhoben. Nach vorheriger Übermittlung der Interviewthemen und Einholung von Einverständniserklärungen wurden die Expert:innen in einem Fall telefo-

nisch, in einem Fall vor Ort und viermal videobasiert interviewt. Die Interviews fanden im Mai und Juni 2021 statt und dauerten 1–2,5 h. Sie wurden datenschutzkonform aufgezeichnet und anschließend transkribiert, codiert, sortiert und paraphrasiert. Für die Codierung der Interviews wurde im ersten Schritt ein aus der Literaturrecherche abgeleiteter Leitfaden erstellt, dessen Kategorien im Zuge der Sichtung des Interviewmaterials spezifiziert wurde. Die Interviews wurden von 2 Personen codiert, die sich auch über die Test-Codierung von Interviews hinaus austauschten, um Inter-Codiervalidität sicherzustellen. Für die Transkription wurde die Software MAXQDA (VERBI Software GmbH, Berlin, Deutschland) genutzt; die Auswertung erfolgte gemäß der qualitativ-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring & Frenzl [11]. Ausführliche Informationen zum Vorgehen sind im Forschungsbericht dokumentiert.

## Ergebnisse

### Welchen Stellenwert hat das Thema psychische Belastung gegenwärtig in der arbeitsmedizinischen Vorsorge- und Beratungspraxis?

Durch die personenbezogene arbeitsmedizinische Vorsorge können individuelle Dispositionen berücksichtigt werden [4]. Betriebsärzt:innen setzen sich in den Vorsorgeterminen, neben den üblichen arbeitsmedizinischen Themen, auch mit psychischen, sozialen und psychosomatischen Aspekten auseinander [12]. Es geht dabei nicht nur um das Erkennen psychischer Belastungen, sondern um einen komplexen Zusammenhang aus Betreuung, Beratung und letztendlich in hohem Maße um die betriebliche Wiedereingliederung von Betroffenen [12–14]. Bei arbeitsplatzbezogenen Ursachen können hierfür – in Absprache mit dem/der Betroffenen – innerbetriebliche Maßnahmen, wie Gesprächsrunden oder Führungskräftegespräche, initiiert oder begleitet werden [4, 12, 14]. Häufig stehen bereits aufgetretene Beschwerden im Zentrum der Aufmerksamkeit, nicht so sehr die dafür ursächlichen Belastun-

I. Nolle · N. Häberle · H.-J. Lincke · D. Beck

## Berücksichtigung psychischer Belastung in der betriebsärztlichen Praxis. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus Literaturrecherche und Interviews mit Expert:innen

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Betriebsärzt:innen haben den Auftrag, Arbeitgeber:innen bei der Beurteilung von Arbeitsbedingungen und beim Schutz der Gesundheit der Beschäftigten zu beraten und zu unterstützen. Das gilt auch für die Gefährdung durch psychische Arbeitsbelastungen. Während sich diese Erwartung klar aus den entsprechenden Bestimmungen ergibt, ist dagegen weniger klar, wie sich die betriebsärztliche Praxis tatsächlich gestaltet.

**Methodik.** Mithilfe einer Literaturrecherche sowie 6 leitfadenstrukturierten Interviews mit praktisch tätigen Betriebsärzt:innen wurde 2021 exploriert, welchen Stellenwert die psychische Belastung in der arbeitsmedizinischen Vorsorge und Beratung hat, welcher Zugang zur Gefährdungsbeurteilung vorliegt

und welche Voraussetzungen, förderlichen Bedingungen und Hemmnisse die Arbeit auf diesem Feld prägen.

**Ergebnisse.** Es gibt für Betriebsärzt:innen klare Empfehlungen und Leitfäden zur Befassung mit psychischer Belastung bei der Arbeit. Den (wenigen) verfügbaren Studien zufolge werden psychische Belastungen in der arbeitsmedizinischen Praxis jedoch nicht systematisch adressiert. Auch die Interviews mit den Expert:innen deuten auf eine schwache Kopplung von Empfehlung und Umsetzung hin. Das „Ob und Wie“ der Beschäftigung mit psychischen Belastungen zeigt sich stark vom Selbstverständnis des einzelnen Betriebsarztes/der einzelnen Betriebsärztin abhängig.

**Diskussion.** Die Interviews und Literatur lassen vermuten, dass das Potenzial der arbeitsmedizinischen Beratung und Vorsorge für das Thema „psychische Belastung“ (noch) nicht systematisch erschlossen und genutzt wird. Die vorgelegten Studienergebnisse können weitere Forschung anstoßen und über das bessere Verstehen betriebsärztlicher Haltungen dazu beitragen, praktische Maßnahmen wie die Gefährdungsbeurteilung weiter zu etablieren.

### Schlüsselwörter

Betriebsmedizin · Arbeitsmedizinische Vorsorge · Psychische Belastungen · Gefährdungsbeurteilung · Prävention · Deutschland

## Consideration of mental stress in occupational medical practice. Results and conclusions from literature search and interviews with experts

### Abstract

**Background.** Occupational health physicians have the task of advising and supporting employers in the assessment of working conditions and the protection of health of employees. This also applies to risks of psychosocial stress. While this expectation is due to relevant legal regulations, it is less known how occupational physicians actually deal with psychosocial stress in practice.

**Methodology.** With the help of a systematic literature review and six structured interviews with occupational health physicians in Germany in 2021, the status of psychosocial stress in occupational healthcare was explored as well as the requirements, beneficial

conditions, and barriers encountered in this field.

**Results.** There are recommendations and guidelines for occupational physicians on how to deal with psychosocial stress. According to the (few) studies available, psychosocial stress has not been systematically addressed in occupational healthcare practice to date. There are only weak ties between occupational healthcare and the risk assessment of psychosocial stress. The interviews make it clear that the “if and how” of addressing mental stress strongly depends on the self-image of the physicians.

**Discussion.** The interviews and literature suggest that the potential of occupational health counselling and prevention for the topic of “mental stress” is not (yet) systematically tapped and used. The study results presented can initiate further research and contribute to further establishing practical measures, such as risk assessment by understanding the attitudes of occupational physicians more precisely.

### Keywords

Occupational medicine · Occupational healthcare · Mental stress · Risk assessment · Prevention · Germany

gen, oder anders gesagt: Psychische Belastungen kommen weniger als solche und als mögliche, zu vermeidende Gefährdungen, sondern über ihre Auswirkungen in den Blick [15]. Diese Beobachtung korrespondiert mit dem Umstand, dass Betriebsärzt:innen die Sekundär- und Tertiärprävention aufgrund von Fachwissen und ärztlicher Herangehensweise verhältnismäßig naheliegt [16].

Eine weitere Beratungsaufgabe von Betriebsärzt:innen ist, für gesundheits-

förderliche Arbeitsbedingungen zu sorgen [17]: Durch ihre arbeitsmedizinische Tätigkeit kennen sie nicht nur die persönlichen gesundheitlichen (psychischen) Voraussetzungen und Belastungen, sondern auch die Arbeitsplätze der Beschäftigten. Dieses Wissen erweist sich als nützlich, um den Mitarbeitenden individuell zum Zusammenspiel von Arbeitsbedingungen und dessen Ressourcen zu beraten [9, 16]. Neben allgemeinen und offiziellen Empfeh-

lungen und Leitlinien zur Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung, ist auf der Webseite des VDBW und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) ein Anamnesebogen verfügbar, der auf das Thema psychische Gesundheit fokussiert [18]. Es ist jedoch nicht bekannt, inwieweit der Bogen in der Vorsorge Berücksichtigung findet. In der Praxis zeigt sich, dass oft Angebotsuntersu-

chungen wie die zur Bildschirmarbeit dafür genutzt werden, um psychische Belastungen zu thematisieren [3, 13]. In Einzelfällen sind es die Beschäftigten selbst, die das Beratungsgespräch suchen [2]. Alternativ werden Betriebsärzt:innen auch von anderen betrieblichen Akteuren angesprochen und über psychische Auffälligkeiten informiert [12, 13].

Auch in den Interviews wurde deutlich, dass der Fokus auf der Sekundär- und Tertiärprävention liege, auch wenn vielfach auf die präventiv ausgerichteten Vorsorgespräche verwiesen wurde. Dies deutet auf einen Selektionseffekt der betriebsärztlichen Arbeit hin, da Ärzt:innen vorrangig von Beschäftigten erfahren, die (bereits) ein gesundheitliches Problem haben (E2,3). Expert:in 2 weist darauf hin, dass „wenn es keine Anlässe gibt, dann muss der Betrieb auch keine arbeitsmedizinische Vorsorge anbieten oder gar pflichtmäßig durchführen lassen“ und dann bekämen die Betriebsärzt:innen die Mitarbeitenden auch nicht zu Gesicht. Eine Vorsorge zu psychischen Belastungen am Arbeitsplatz gäbe es nicht (E2). Hauptzugang zu den Beschäftigten sei nach wie vor die Pflicht- und Angebotsvorsorge, bei der die Beschäftigten sowieso kommen müssen. Einige Betriebsärzt:innen bieten zusätzlich eine offene Sprechstunde an, in der sie für alle Mitarbeiter:innen zur Verfügung stehen. Alle Betriebsärzt:innen betonen, dass, wenn Mitarbeitende mit psychischen Themen kommen, sie gerne zu diesem Thema beraten können. Gleichzeitig kennen sie ihre Grenzen und würden bei Bedarf an eine psychologische Beratungsstelle oder an vernetzte Psycholog:innen weiterempfehlen.

Bei den Aussagen zur Primärprävention geht es vor allem um individuelle Prävention. Die Vorsorge wird genutzt, um mit den Beschäftigten über die Lebensgestaltung zu sprechen und dann in Form einer individuellen Beratung Verbesserungspotenziale zu entwickeln (E5) oder Interventionsprogramme anzubieten (E5,6). In Bezug auf strukturelle Ansätze beschreibt eine Betriebsärztin ihre Aufgabe darin, das Thema zu kommunizieren, die Geschäftsleitung aufzuklären, Gelder freigegeben zu bekommen und Überzeugungsarbeit zu

leisten (E5). Auch bei der Sekundär- und Tertiärprävention gehe es vor allem um das Individuum: Einbindung beim betrieblichen Eingliederungsmanagement, Zusammenarbeit mit externen Partner:innen, Unterstützung bei Reha-Anträgen oder Empfehlung von Kliniken oder außerbetrieblichen Anlaufstellen (E1,2,5,6).

Bei allen Interviews gilt im Umgang mit psychischen Belastungen: „Alles kann, nichts muss“, wie die Betriebsärzt:innen in den Interviews betonten. Will eine Person nicht über ihre Situation reden, dann werde dies akzeptiert. Gleichzeitig verwenden die meisten Betriebsärzt:innen eine aktive Gesprächsführung, in der sie mal mehr, mal weniger direkt die psychischen Belastungen ansprechen. Dabei zeigen sich zwischen den Betriebsärzt:innen klare Unterschiede in Bezug auf ihr jeweiliges Rollenverständnis – obgleich allen gemein ist, dem Thema wachsende Bedeutung beizumessen. Während sich die einen verpflichtet sehen, Belastungen bzw. Beschwerden aktiv und regelmäßig bei Beschäftigten und Unternehmensführung anzusprechen, legen die anderen mehr Zurückhaltung an den Tag:

■ Expertin 1 (E1) berücksichtigt in ihrer Vorsorge die psychischen Belastungen immer: Wenn psychische Belastungen nicht der Hauptfaktor für Beschwerden seien, dann sehe sie darin mindestens einen wichtiger „Co-Faktor“. Sie würde den Anteil von psychischen Aspekten in ihrer Vorsorge mit 60 % einschätzen. Als Begründung führt sie den Mangel an anderen Belastungen an. Eine gute Möglichkeit, über psychische Belastungen zu sprechen, stellten die klassischen Angebots- und Pflichtvorsorgetermine dar. Entweder bleibe im Rahmen des Vorsorgetermins noch genügend Zeit, oder es werde ein zweiter Termin angeboten. Sie frage stets allgemein, wie es Mitarbeitenden gehe, wie sie sich am Arbeitsplatz fühlten, nach ihrem Schlaf-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten, familiären und sozialen Situationen, oder nach weiteren Plänen.

■ Bei Experte 2 (E2) besteht der Hauptkontakt zu den Mitarbeitenden durch die etwa alle 3 Jahre stattfindende Pflichtvorsorge: Bei den Vorsorgeuntersuchungen habe der psychische Aspekt einen deutlich niedrigeren Stellenwert als der körperliche. Psychische Belastungen spielten nur eine Rolle, wenn Beschäftigte sie von sich aus ansprächen oder deutliche nonverbale Signale sendeten – etwa, wenn im Rahmen der Vorsorge eine Person gestresst wirke. Wolle diese Person nicht über ihren Zustand reden, sei das Gespräch recht schnell beendet. Da der Kontakt in der Vorsorge in der Regel nur 15–20 min dauere, hielten sich die Möglichkeiten, über psychische Aspekte zu sprechen, in Grenzen. Dann berate er dazu, wie die Person individuell mit der Belastung umgehen könne oder was die nächsten Schritte wären.

■ Bei Experte 3 (E3) ist das Thema von Anfang an relevant und präsent: Er bietet eine offene Sprechstunde an, die neben der Vorsorge den Hauptweg zu den Beschäftigten darstellt. Sie würde von den Beschäftigten aktiv aufgesucht und gut angenommen. Auch habe er besondere Verträge mit Unternehmen ausgehandelt, um Zeit zu haben, mit den Beschäftigten über ihre psychischen Belastungen zu sprechen. Er betont dabei, dass er psychische Aspekte stets mitberücksichtige, obwohl in der Vorsorge viele physische Themen an ihn herangetragen würden. Dabei benenne er das Thema „Psyche“ nicht, sondern frage eher indirekt nach. Insgesamt sei Teil seiner arbeitsmedizinischen Vorsorge immer ein Gespräch über psychische Belastungen, und diese haben im Rahmen der Eins-zu-eins-Gespräche auch stark zugenommen.

■ Expertin 4 (E4) berichtet, dass die Vorsorge entweder in den Unternehmen selbst oder in der eigenen Praxis durchgeführt würde. Trotz Angebot komme selten jemand freiwillig. Priorität habe, im Vorsorgegespräch zunächst für Vertrauen zu sorgen. Der inhaltliche Fokus läge dann durchaus auf psychischen Belastungen. Diese würden durch Gesprächsangebote,



aber auch durch konkretes Fragen ermittelt und machten ca. 50 % der Vorsorge aus. Generell sagt sie, dass das Thema „Psyche“ zunehme. Gerade in Unternehmen, die schon länger von ihr betreut würden, wollten die Mitarbeitenden weniger über Themen wie „Impfstatus“ oder „Hautschutz“ sprechen. Sie nutze die Zeit, um über das zu sprechen, was gerade so anliegt oder die Menschen belastet.

- Laut Expertin 5 (E5) hängt es stark vom Alter ab, ob das Thema „psychische Belastungen“ angesprochen wird: Bei den über 35- bis 40-Jährigen mache es 25 % der Vorsorge aus, bei jüngeren Personen weniger. Angesprochen würde es mit „Drumherum-Fragen“. Bei ihr gehörten die Fragen „Wie geht es dir? Wie bewältigst du die Arbeit?“ immer schon zur arbeitsmedizinischen Vorsorge – zumindest ab einem gewissen Alter. Die häufigste Gelegenheit dafür sei die Pflichtvorsorge, während selten jemand von sich aus auf sie zukomme. Bei Bedarf empfehle sie mitunter, den Kontakt zu (Betriebs-)Psycholog:innen aufzunehmen.
- Experte 6 (E6) beschreibt, dass er das Thema überhaupt „salonfähig“ gemacht habe und auch Männer als oftmals schwer zu erreichende Gruppe anspreche. Sein Ziel sei die möglichst niederschwellige Platzierung des Themas „psychische Belastung“. Er sagt, dass im Gespräch über die Untersuchungsergebnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Bedarf zwar auf psychische Belastungen eingegangen werde. Das sei jedoch nicht der Hauptweg und werde nicht routinemäßig gemacht. Bei Bedarf werde ein Fragebogen mitgegeben, um sich in der Sprechstunde darauf zu stützen.

## Wie werden Maßnahmen und Erkenntnisse aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge und der Gefährdungsbeurteilung in der betriebsärztlichen Praxis verknüpft?

Ziel der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung ist es, Arbeit so zu gestalten, dass eine Gefährdung für die Gesundheit vermieden bzw. soweit als möglich reduziert wird [15]. Die arbeitsmedizinischen Regeln weisen darauf hin, dass Arbeitgebende die Erkenntnisse aus den arbeitsmedizinischen Untersuchungen in die Gefährdungsbeurteilung mit einfließen lassen müssen [6]. Hierzu sollen Betriebsärzt:innen – in anonymisierter Form – Ergebnisse aus ihren Vorsorgeuntersuchungen zu vermuteten Gefährdungen beisteuern [19]. Darüber hinaus sollen sie ihr fachliches Wissen zu den Prinzipien der arbeitsmedizinischen Vorsorge einbringen, um in einem Unternehmen bereits vorhandene Informationen aus unterschiedlichen Quellen zusammenzuführen und geeignete Wege für die systematische Analyse aufzuzeigen [20].

Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen wird von den interviewten Betriebsärzt:innen auf unterschiedliche Weise in ihrer Verantwortung und Kompetenz wahrgenommen. Eine Betriebsärztin sieht ihre Rolle darin, über bestehende Verfahren zu informieren, Instrumente im Arbeitskreis vorzustellen, Kontakt zu externen Dienstleistern aufzubauen, die Ergebnisse durchzusehen und auffällige Ergebnisse zu identifizieren oder Workshops zu moderieren (E1). Zwei Betriebsärzt:innen beschreiben, dass sie Teil der Begehungsteams seien (E1,5). Dabei gehe es vor allem um physische Themen; soziale Themen würden eher indirekt angesprochen, außer sie kommen von den Beschäftigten selbst. Es bestehe das Angebot, im Nachhinein mit den Betriebsärzt:innen einen separaten Termin abzustimmen. Dann nehme es wieder den Vorsorgecharakter an, und es werde geschaut, wie das Individuum unterstützt werden könne. Dennoch können die Erkenntnisse der Vorsorge die Bewertung von Begehungskomponenten unterstützen:

Eine Betriebsärztin beschreibt es wie folgt: „Dadurch, dass der Konflikt dann von einigen Mitarbeitern im persönlichen Gespräch ausgesprochen worden ist, konnten wir ganz anders diese Situation beurteilen“ (E1). Oder es könne im Vorfeld eingeschätzt werden, wie die Situation in den Abteilungen sein könnte (E1,4). Eine andere Betriebsärztin sehe ihre Rolle nicht in der Durchführung, aber in der Steuerung des Verfahrens. Von der Ableitung von Maßnahmen würde sie sich abgrenzen (E4). Die meisten Betriebsärzt:innen würden nicht aktiv in den Prozess der Feststellung von Gefährdungen einbezogen, sondern erst (wieder) zu Rate gezogen, wenn die Ergebnisse diskutiert und Maßnahmen abgeleitet würden (E2,5).

Gleichzeitig wurde in den Interviews deutlich, dass die Erkenntnisse der arbeitsmedizinischen Vorsorge in der Regel keinen Einfluss auf die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen hätten (E1–4). Als Grund wird genannt, dass die Gefährdungsbeurteilung stark formalisiert sei und nach einem festen Schema abliefe (E1,2). Bei aller Bedeutsamkeit und Richtigkeit sei auch das Thema „Schweigepflicht und Persönlichkeitsrecht“ bei der Weitergabe erschwerend (E2,3). Eine grundlegende Voraussetzung für die Weitergabe der Erkenntnisse aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge sei für viele Betriebsärzt:innen, dass sie sich auf eine größere Anzahl an Beschäftigten bezögen (E1,3,4,6).

Aber auch die Erkenntnisse der Gefährdungsbeurteilung werden in der Vorsorge nicht verwendet: Eine überbetrieblich tätige Betriebsärztin stellt fest, dass sie wenige Erkenntnisse aus der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung ziehe und diese eine dementsprechend geringe Auswirkung auf ihre arbeitsmedizinische Vorsorge habe (E4). Im Ergebnis ähnlich äußern sich zwei andere Betriebsärzt:innen, wenn sie die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung wie vorab erwartet ausfallen sehen und angeben, dass ihnen somit viele Themen bereits bekannt wären. Sie nehmen dies umgekehrt als Validierung der Ergebnisse wahr (E2,4–6). Experte 6 beschreibt es folgendermaßen: „Das ist dann, sag ich mal, nochmal nen bestärkender Faktor, [...]“

das was wir da sehen in der Gesundheitsumfrage deckt sich mit dem, was wir im Rahmen unserer Vorsorge oder unserer betriebsärztlichen Betreuung erfahren haben.“ Auch schilderte eine Expertin, dass die Erkenntnisse aus den Diskussionen der Gefährdungsbeurteilung mitgenommen würden, um diese bei der Vorsorge „im Hinterkopf zu haben“. Die Erkenntnisse der Gefährdungsbeurteilung unterstützen sie dabei, zwischen individuellen Bedürfnissen und den Bedürfnissen, die mit dem Arbeitsplatz an sich einhergingen, zu trennen (E1). Eine konkrete Auswirkung auf die Arbeit in der Vorsorge habe die Gefährdungsbeurteilung jedoch nicht in dem Sinne, dass jemand ihretwegen komme oder zu ihr geschickt würde (E2,6). Nichtsdestoweniger beschreibt Experte 6, wie regelmäßige Gesundheitsumfragen für das Thema sensibilisieren würden – sei es durch individuelle Gesundheitsreports oder Gesprächsangebote von Betriebsärzt:innen.

### Was sind Voraussetzungen, förderliche Bedingungen und Hemmnisse der Berücksichtigung psychischer Belastung in der betriebsärztlichen Vorsorge- und Beratungspraxis?

Ein in der Literatur sehr ausführlich diskutiertes Thema sind die Voraussetzungen der Berücksichtigung psychischer Belastungen in der betriebsärztlichen Vorsorge. Neben Aspekten wie Weiterbildungen, Fortbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen der Betriebsärzt:innen [4, 10, 21–23] wird auch das Schaffen von Kommunikation und Transparenz sowie die Zusammenarbeit im Unternehmen unter verschiedenen Akteur:innen und damit verbunden Verantwortlichkeiten aufgeführt [8, 21]. Zusätzlich wird die Zusammenarbeit mit der Leitungsebene als förderliche Voraussetzung beschrieben [22, 24]. Im besten Falle kommen alle Beteiligten regelmäßig in Form eines Steuerkreises zusammen. Darüber hinaus werden Betriebsvereinbarungen zu diesem Thema als förderlich genannt, um das Thema festzuschreiben [25, 26] sowie Handlungshilfen zu systematischem Vorgehen oder einheitliche Standards [27]. Gleichzeitig gelten

diese Aspekte als Barrieren, sollten sie nicht erfüllt sein. Im Umkehrschluss sind auch die folgend genannten Barrieren durchaus als förderlich zu bewerten, wenn entsprechende Bedingungen gegeben sind. So wird in der Literatur die fehlende fachliche Qualifikation und Kompetenz bei Betriebsärzt:innen angeführt, sich psychischen Belastungen fundiert anzunehmen [4, 10, 22]. Auch fehlende Ressourcen in personeller, finanzieller und zeitlicher Hinsicht stellen eine der am häufigsten genannten Herausforderungen dar [10, 17, 27]. Hinzu kommen fehlende Akzeptanz, Tabuisierung und Stigmatisierungen des Themas psychische Belastungen in den Unternehmen [10, 24, 26] sowie Skepsis und mangelnde Akzeptanz gegenüber den Betriebsärzt:innen [26]. Hier spielt auch die Unternehmensgröße eine Rolle: Je größer das Unternehmen, desto wahrscheinlicher ist die Präsenz von Betriebsärzt:innen und deren Wirken. In kleineren Unternehmen sind sie aufgrund ihrer begrenzten Einsatzzeiten weniger bekannt und seltener anzutreffen und zu erreichen [1, 13, 28].

In den Interviews wurden viele ergänzende, aber auch ähnliche Aspekte deutlich. So wurde beispielweise auf den externen Druck von außen (z. B. durch die Gewerbeaufsicht [E4] oder Gesetzesänderungen [E2–4]) verwiesen, die den Umgang in den Unternehmen vorantreiben oder auch das Interesse an einer höheren Arbeitgeberattraktivität aufgrund des Fachkräftemangels (E1,2,5). Ebenfalls werden interne und externe Beziehungen und Netzwerke genannt, die innerhalb des Unternehmens den Rücken stärken. Das können z. B. eine entschlossen handelnde Führungsebene, eine konstruktiv und proaktiv wirkende Mitarbeitendenvertretung oder ein gut ausgestatteter und mit Legitimation versehener Steuerkreis sein [E1–6]. Fehlen Betriebsärzt:innen solche positiv besetzten internen Andockstellen gänzlich, gilt das als sehr hinderlich (E4,5). Vor allem, wenn Führungskräfte sich nicht mit dem Thema „Psyche“ auseinandersetzen wollen, fehlt Betriebsärzt:innen eine wichtige Instanz (E3,6). Multiplikator:innen, die das Thema intern an die Beschäftigten kom-

munizieren, werden umgekehrt als förderlich gesehen (E1,5,6).

Die Interviewten beschreiben durchweg, dass beim Thema psychische Belastungen nach wie vor Stigmatisierungen, Unsicherheiten und Begriffsunklarheiten vorherrschen, sowohl bei den Beschäftigten als auch in den Führungsebenen (E1–5). Voraussetzung für den Umgang mit psychischen Belastungen sei, dass es sich nicht um ein Tabu-Thema handle, was durch Aufklärung, Kommunikation und Beständigkeit erreicht werden könne (E5,6). Laut den interviewten Betriebsärzt:innen habe auch die Branche und teilweise der damit verbundene Beschäftigungstyp einen förderlichen oder hemmenden Einfluss: In sozialen Branchen sei das Thema von vorne herein anders und stärker präsent als in technikdominierten Branchen [E2,4,5]. In den Interviews wird auch auf das Thema „Ressourcen“ eingegangen, sowohl in Bezug auf Einsatzzeiten (E1–6) als auch mit Blick auf das verfügbare Budget. Die finanziellen Mittel würden oft lediglich dafür reichen, „prüfsicher“ zu arbeiten; die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen müsse deshalb – sofern sie überhaupt angegangen werde – möglichst kostengünstig umgesetzt werden (E1,3–5). Mit den Einsatzzeiten hängt auch die Erreichbarkeit zusammen (E2,4–6), wie besonders die überbetriebliche Betriebsärzt:innen betonen (E2,5,6). Ein gutes Mittel sei es, eine offene Sprechstunde anzubieten (1,3,6). Für deren Erfolg und die Akzeptanz der Arbeit der Betriebsärzt:innen seien ihre Bekanntheit und ein gewisses „Standing“ im Unternehmen essenziell (1,3–6). Die Vorsorge sollte akzeptiert und etabliert sein, was u. a. durch positive Mund-zu-Mund-Propaganda gut zu erreichen sei (E1,3). Auch die unternehmensinterne Öffentlichkeitsarbeit im Intranet oder Mitarbeiterzeitungen trügen zur Bekanntheit bei (E1,5).

Ein Aspekt, der in der Literatur bisher nicht beachtet wurde, ist das Thema „Beständigkeit“. Gerade bei überbetrieblichen Betriebsärzt:innen werde eine gewisse Fluktuation beschrieben, die zu kürzeren Betreuungszeiten führe (E3,4). Diese wirkten sich wiederum negativ auf das Vertrauen und die Bekanntheit der

Betriebsärzt:innen aus und engten somit deren Handlungsspielraum ein. Hemmend wirke außerdem, wenn Betriebsärzt:innen als „namen- und gesichtslose Doktoren“ ständig wechselten, keine persönliche Beziehung aufbauen könnten oder als Institution gar nicht bekannt seien (E1,3–5). Die niedergelassenen, überbetrieblichen Betriebsärzt:innen sehen es allerdings z. T. als Vorteil an, dass sie sich aufgrund ihrer Unabhängigkeit die Unternehmen aussuchen könnten, für die sie arbeiteten. Dies erlaube ihnen, z. B. in Vorgesprächen ihre Arbeitsbedingungen auszuhandeln und in diesem Rahmen auf Kontinuität Wert zu legen (E3,4). Der allgemein wahrgenommene Betriebsärzt:innenmangel spiele ihnen insofern zu, dass sie ihren Zielen und Ansprüchen nachgehen könnten und selbst den Kündigungsfall nicht fürchten müssten (E3). Der Vorteil der festangestellten Betriebsärzt:innen wird wiederum mit einer dauerhaften Präsenz und Stabilität der Anlaufstelle beschrieben, die Kontinuität und Bekanntheit förderten (E5,6).

Zwei Betriebsärzt:innen betonen ihr Verständnis dafür, dass sich Beschäftigte bei Problemen aller Art, d. h. auch bei psychischen Problemen zunächst lieber an ihre Hausärzt:innen wenden würden (E1,2). Türen öffneten sich erst, wenn Vertrauen in die Betriebsärzt:innen und deren Mehrwert vorliege (E3–6). Vertrauen werde auch über Gespräche und persönliche Beratungen aufgebaut, sowohl bei den Unternehmen, als auch bei den Beschäftigten. Wichtiger Aspekt dabei sei die Schweigepflicht (E2–5). Als förderlich in der Kommunikation gelte, psychische Belastungen anzusprechen, ohne sie als solche zu benennen (E3,5). Dabei sei es für die Gesprächsführung wichtig, gezielt zu fragen und ein Verständnis für nonverbale Kommunikation zu entwickeln (E1,3–5). Man müsse aber auch erkennen, wenn jemand nicht darüber sprechen wolle und dies dann dabei belassen (E1,4).

Neben Faktoren wie der notwendigen Qualifikation von Betriebsärzt:innen auf diesem Gebiet (E1–5), wird auch in den Interviews darüber nachgedacht, inwiefern die Beschäftigung mit diesem Gebiet überhaupt zum eigentlichem Auftrag

gehöre. Liege kein Auftrag von den Unternehmen oder von den Beschäftigten selbst vor, gebe es keinen unmittelbaren Anlass zu handeln (E2–6). Es gebe oftmals externe Anbieter, die sich um die Beurteilung dieser Art von Gefährdung kümmern oder interne Akteure wie die Fachkraft für Arbeitssicherheit. Die Betriebsärzt:innen würden in diesen Fällen häufig nicht oder nur am Rande einbezogen (E2,4,6).

Albrod [29] thematisiert, dass manche Betriebsärzt:innen möglicherweise nicht ausreichend motiviert sind, die klassischen Aspekte der Arbeitsmedizin um psychische Aspekte zu erweitern. In dem Zusammenhang ist es von großer Wichtigkeit, festzuhalten, dass sich die Beurteilung psychischer Belastungen für Betriebsärzt:innen mithin als neue Herausforderung darstellt. Sie entzieht sich in der Herangehensweise dem Muster der klassifizierenden Arbeitsplatzbeobachtungen [30]. Betriebsärzt:innen können jedoch für eine angemessene Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen mitverantwortlich gemacht werden [27], weil sie prinzipiell ihrem Aufgabengebiet zugeordnet werden kann [31]. Die SiFa-Langzeitstudie zeigt bei 170 Betriebsärzt:innen, dass diese sich nicht immer ausführlich mit der Gefährdungsbeurteilung psychische Belastungen beschäftigen und sich z. B. gegenüber den Fachkräften für Arbeitssicherheit eine weniger wichtige Funktion zuschreiben [2, 5]. Dabei gilt es nach Auffassung der Betriebsärzt:innen als Voraussetzung für eine erfolgreiche Beratungsfunktion, auch gegenüber anderen den Mut zu haben, Wissen und Erfahrungen zum Wohle der Beschäftigten einzubringen [32]: Betriebsärzt:innen benötigten deshalb ein entsprechendes Selbstverständnis, um als Interessenvertreter:innen des Gesundheitsschutzes aufzutreten. Sie sollten ein Problembewusstsein und eine spezifische Haltung gegenüber psychischen Belastungen einnehmen und danach handeln. Dabei müssten sie sich nicht immer auf Vorschriften und Standards beziehen, sondern eher auf ihr Fachwissen und ihre Erfahrung vertrauen [27].

Auch aus den Interviews geht hervor, dass „psychische Belastungen“ einen selbstverständlichen Platz in der arbeitsmedizinischen Arbeit einnehmen sollten (E1). Betriebsärzt:innen müssten sich als geeignete Ansprechperson im Themenfeld Gesundheit, speziell auch für psychische Gesundheit, sehen (E6) und sich proaktiv dafür einsetzen, dass ihnen diese Aufgabe zugetraut und zugeschrieben wird (E5,6). Einige der befragten Betriebsärzt:innen beziehen sich klar auf ihre Rolle als Anstoßende, Beratende oder Aufklärende aufgrund ihrer ärztlichen Erfahrungen (E2,3,5). So sagt eine Betriebsärztin, dass sie nicht warte bis sie gefragt werde, sondern das Thema selber auf den Tisch bringe (E5). Auch ein anderer Betriebsarzt beschreibt, dass es ihm von Anfang an wichtig sei, dass psychische Belastungen als arbeitsmedizinischer Aspekt nicht von anderen Akteur:innen im Unternehmen besetzt würde (E6). Die übrigen beschreiben ihre Rolle als eher passiv: Workshops zur Gefährdungsbeurteilung würden z. B. nicht offensiv beworben, wenn sie nicht expliziter Teil des Auftrags wären (E2,3).

Die Betriebsärzt:innen beschreiben, dass das oben geforderte Selbstverständnis unter den Kolleg:innen nicht flächendeckend vorhanden sei. Eine Expert:in drückt es so aus: „Wie gesagt, [...] das ist ja auch kein Vorwurf, aber es gibt so Kollegen, die machen gerne Vorsorge. Die sitzen halt am liebsten in so 'nem Zimmer und da kommt immer einer und den beraten die. Da ist ja auch typabhängig“ (E4). Ein Betriebsarzt beschreibt, dass gerade in der Vorsorge psychischer Belastungen die Kommunikation einen zentralen Aspekt ausmache. Betriebsärzt:innen sollten seiner Ansicht nach Interesse daran haben, ihre Kommunikationsfähigkeit zu schulen, „damit die Leute dort abgeholt werden, wo sie stehen“ (E1,4). Ein anderer Betriebsarzt sagt dazu, dass es ihm immer wieder schwerfalle, Unternehmensführungen offen mitzuteilen, dass Primärprävention unumgänglich sei und wie sie umgesetzt werden könne (E2). Deshalb sei man in einigen Fällen erleichtert, wenn diese Aufgabe von anderen übernommen werde (E1,2).

## Diskussion

Arbeitsmedizinischen Empfehlungen, Leitfäden und Handlungshilfen zur Berücksichtigung psychischer Belastung in der betriebsärztlichen Beratung und Vorsorge stehen, wie die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, nur sehr wenige empirische Untersuchungen zur Umsetzung in der Praxis gegenüber. Zwar zeigen qualitative Interviewstudien, dass psychosoziale Belastungen wie z. B. Zeitdruck, überlange Arbeitszeiten, Entgrenzung, hohe Verantwortung, Umstrukturierungen, Arbeitsplatzunsicherheit, Konflikte mit Kolleg:innen, Vorgesetzten oder Kund:innen sowie Wertschätzung der Arbeit auch von Betriebsärzten als bedeutsame Themen und Einflussfaktoren für die Gesundheit erachtet werden [9, 33]. Welchen Stellenwert diese Themen in der betriebsärztlichen Vorsorge- und Beratungspraxis aber tatsächlich haben, lässt sich mangels entsprechender repräsentativer Studien allerdings nicht sagen. Die hier vorgestellten 6 Expert:inneninterviews können diese Lücke nicht schließen, wohl aber empirisch begründete Anhaltspunkte für Hypothesen über die Praxis bieten und damit auch eine sachliche Diskussion über das Verhältnis von Anspruch und Wirklichkeit instruieren, die über reine Mutmaßungen und Unterstellungen hinausgeht. Darin liegt unseres Erachtens ein Gewinn aus diesem Projekt.

Die Ergebnisse aus den Interviews veranlassen uns erstens zu der Vermutung, dass psychische Belastungen in der arbeitsmedizinischen Beratungs- und Vorsorgepraxis bislang eher nicht systematisch berücksichtigt werden. Psychische Belastung ist kein Anlass für eine Pflicht- und Angebotsvorsorge nach ArbMedVV; sie kann in der Vorsorge thematisiert werden, muss aber nicht. Um die Umsetzung einer ganzheitlichen arbeitsmedizinischen Vorsorge zu stärken, wurde durch die im Jahr 2019 vorgenommenen Änderungen der ArbMedVV und die 2022 veröffentlichte AMR 3.3 [34] klargestellt, dass die arbeitsmedizinische Vorsorge nicht auf die im Anhang der ArbMedVV aufgelisteten Anlässe zu begrenzen ist, sondern alle Arbeitsbedingungen und arbeitsbeding-

ten Gefährdungen zu berücksichtigen hat. Mangels empirischer Studien unklar ist allerdings, inwieweit dieses Potenzial in der Praxis tatsächlich ausgeschöpft wird [35]. Ob und inwieweit dabei auch „psychische Belastung“ berücksichtigt wird, scheint nach den hier vorgelegten Ergebnissen aus den Experteninterviews stark vom individuellen Rollenverständnis der Betriebsärzt:innen und von der Initiative der Beschäftigten, das Thema anzusprechen, abzuhängen.

Die in den Interviews vermittelten Erfahrungsberichte untermauern zweitens die Hypothese, dass der Fokus des betriebsärztlichen Handelns und Wirkens auf dem einzelnen Menschen mit seinen individuellen gesundheitlichen Problemen und Beratungsbedürfnissen liegt. In den Interviews wird deutlich gemacht, dass Betriebsärzt:innen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge und Beratung psychisch belastende Situationen und Beeinträchtigungen frühzeitig erkennen können. Für den Schutz und die Förderung mentaler Gesundheit in der Arbeitswelt liegt darin in mindestens zweierlei Hinsicht ein großes Präventionspotenzial: Zum einen besteht für Betriebsärzt:innen hier die Möglichkeit, frühzeitig weiterführende Behandlungen für die betroffenen Beschäftigten zu organisieren, wenn behandlungsbedürftige psychische Beeinträchtigungen erkannt werden. Zum anderen haben Betriebsärzt:innen die Möglichkeit, Erkenntnisse zu belastenden und/oder gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen an den Betrieb rückzukoppeln und entsprechende Gestaltungsmaßnahmen anzuregen [36, 37].

Inwieweit das Potenzial, Erkenntnisse aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge und Beratung in konkrete Maßnahmen präventiver und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung einfließen zu lassen, in der Praxis ausgeschöpft wird, bleibt mangels empirischer Erkenntnisse offen. Die Interviews veranlassen zu der (dritten) Hypothese, dass in Bezug auf das Einwirken von Betriebsärzt:innen auf die Arbeitsbedingungen und -anforderungen im Betrieb vielerorts noch „Luft nach oben“ sein dürfte. Die in dieser Studie zusammengetragenen Erkenntnisse über hemmende und fördernde Bedingungen

machen deutlich, dass ein wirksames betriebsärztliches Handeln im Themenfeld „psychische Belastung und Gesundheit“ voraussetzungsvoll ist. Neben einem entsprechenden betriebsärztlichen Rollenverständnis und Expertise bedarf es auch einer entsprechenden betrieblichen Präventionskultur, die keineswegs in allen Betrieben als gegeben unterstellt werden kann. Eine Weiterentwicklung und Förderung betriebsärztlichen Handelns in diesem Themenfeld muss daher nicht nur an der Bereitschaft und Expertise der Betriebsärzt:innen selbst ansetzen, sondern auch an den betrieblichen und präventionskulturellen Voraussetzungen für eine systematische Berücksichtigung psychischer Belastung in der arbeitsmedizinischen Vorsorge und Beratung.

## Limitationen

Die in dieser Arbeit aufgeworfenen Fragestellungen sind komplex, was Datenbankabfragen vorliegender Studien schwierig gestaltete. So führten Datenbanksuchen zur Berücksichtigung „psychischer Belastung“ im betriebsärztlichen Handeln nicht selten zu Literatur über Stellenwert und Umgang mit „psychischer Gesundheit/Erkrankungen“ in der betriebsärztlichen Praxis [z. B. AME Psychische Gesundheit]. Andererseits werden Themen wie Zeitdruck, überlange Arbeitszeiten, hohe Verantwortung, Unterbrechungen und Störungen oder emotionale Inanspruchnahme in der betriebsärztlichen Praxis u. U. auch in ganz anderen Zusammenhängen adressiert, z. B. als Expositionsbedingung für eine sichere Arbeit mit Biostoffen oder im Zusammenhang mit der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen [33]. Die hier recherchierte Literatur wird die Vielfalt der Möglichkeiten und Zusammenhänge, „psychische Belastung“ zum Thema betriebsärztlicher Vorsorge und Beratung zu machen, daher nicht vollständig abbilden können. Darin liegt eine Limitation der vorliegenden Arbeit.

Die in dieser Studie ergänzend durchgeführten Expert:inneninterviews haben einen rein explorativen Charakter und dienen der Generierung erster, vorläufiger Hypothesen. Verallgemeinernde Aussagen über Stellenwert und Ausmaß



der Berücksichtigung psychischer Belastung können auf Basis dieser Interviews nicht getroffen werden. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Formen und Bedingungen arbeitsmedizinischer Praxis deutlich vielfältiger sind, als sie in der hier interviewten Auswahl von Betriebsärzt:innen repräsentiert sind. Es ist demnach gut vorstellbar, dass sich der hier in dieser Studie vermittelte Eindruck von der betriebsärztlichen Praxis anders oder mindestens differenzierter darstellt, wenn der Vielfalt ihrer Formen und Bedingungen im Sampling (besser) Rechnung getragen werden würde. Darin liegt eine weitere Limitation der vorliegenden Arbeit.

## Fazit für die Praxis

**An Betriebsärzt:innen werden hohe Erwartungen hinsichtlich der Berücksichtigung psychischer Belastung (und Gesundheit) in ihrer arbeitsmedizinischen Vorsorge- und Beratungspraxis gerichtet. Entsprechende Leitfäden, Handlungsempfehlungen und geeignete rechtliche Rahmenbedingungen sind vorhanden. Was fehlt, ist empirisch fundiertes Wissen über die praktischen Möglichkeiten und Grenzen der Betriebsärzt:innen, diesen Rahmen in der arbeitsmedizinischen Praxis adäquat auszufüllen. Neben qualitativ-explorativen Studien besteht dazu auch ein Bedarf an quantitativen Surveystudien, die generalisierbare Aussagen über den gegenwärtigen Stellenwert und das Ausmaß der Berücksichtigung psychischer Belastung und mentaler Gesundheit in der arbeitsmedizinischen Vorsorge und Beratungspraxis erlauben.**

## Korrespondenzadresse

### Inga Nolle

FFAW: Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH  
Bertoldstraße 63, 79098 Freiburg, Deutschland  
nolle@ffaw.de

### Dr. David Beck

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA)  
Nöldnerstr. 40–42, 10317 Berlin, Deutschland  
beck.david@baua.bund.de

**Danksagung.** Die Autor:innen möchten sich an dieser Stelle ganz herzlich bei den Interviewpartner:innen für Ihre Zeit und ihren inhaltlichen Beitrag bedanken. Ebenso gilt Dank der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA), die die Studie beauftragt und fachlich begleitet hat.

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** I. Nolle, N. Häberle, H.-J. Lincke und D. Beck geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Die Interviewstudie erfolgte unter Einbindung des Datenschutzbeauftragten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Die Durchführung der Interviews erfolgte nur unter der Voraussetzung einer expliziten Einwilligung der Interviewpartner/-innen in das Interview, der eine umfassende Information über Ziel und Zweck der Studie sowie der Vorkehrungen zum Datenschutz vorausging.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

- Wolf S, Nebel-Töpfer C, Zwingmann I, Richter P (2014) Erfahrungen und Umsetzungsbeispiele in der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. *ergomed* 38(5):10–20
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg) (2013a) Leitfaden für Betriebsärzte zu psychischen Belastungen und den Folgen in der Arbeitswelt, 2. Aufl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin
- Kohte W (2016) Die Gestaltung der arbeitsmedizinischen Vorsorge durch betriebliche Mitbestimmung. *Study / Hans-Böckler-Stiftung*, Nr. 341. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2017) Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Wissenschaftliche Standortbestimmung: Forschung Projekt F 2353, 1. Aufl. baua. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden
- Trimpop R, Hamacher W, Lenartz N, Ruttko T, Riebe S, Höhn K, Kahnwald N, Kalveram A, Schmauder M, Köhler T (2013) Sifa-Langzeitstudie. Tätigkeiten und Wirksamkeit von Fachkräften für Arbeitssicherheit. *Techn. Univ, Dresden*
- AMR 3.2 Bekanntmachung von Arbeitsmedizinischen Regeln hier: AMR 3.2 „Arbeitsmedizinische Prävention“, Berlin
- Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2022) Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung – Empfehlungen zur Umsetzung in der betrieblichen Praxis, 4. Aufl. Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, Rostock
- Knöll K, Lugbauer P (2020) Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und Gefährdungsbeurteilung – Zukunftsorientierte Ausrichtung im Unternehmen. In: Simmel M, Graßl W (Hrsg) Betriebliches Gesundheitsmanagement mit System. Springer, Wiesbaden, S41–50
- Lange R (2018) Haltung und Erfahrungen von Haus- und Betriebsärzten zur Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen im Betrieb. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin, Tübingen
- Weigl M, Müller A, Angerer P, Petru R (2016) Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Expertenbasierte Entwicklung einer checklistenbasierten Handlungshilfe für Betriebsärzte. *Gesundheitswesen* 78(3):e14–e22. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555944>
- Mayring P, Fenzl T (2019) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur N, Blasius J (Hrsg) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 2. Aufl. Springer, Wiesbaden, S633–648
- Wittich A (2012) Beratungs- und Supervisionsangebote für Beschäftigte im Gesundheitsdienst – was kann der Betriebsarzt dabei leisten? In: Hofmann F, Reschauer G, Stoessel U (Hrsg) *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst*, 25. Aufl. Tagungsband „Gelbe Reihe“. Edition FFAS, Freiburg, S 108–118
- Zubrod P (2008) Die Arbeitssituation klären – Den Betriebsarzt einbinden, betrieblich eingliedern. *psychoneuro* 34(09):429–431. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1099275>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016) Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlung. BMAS, Bonn
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014) Leitfaden für Betriebsärzte zu Aufgaben und Nutzen betriebsärztlicher Tätigkeit. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2882>. Zugegriffen: 22. Febr. 2021
- Fischmann W, Amler N, Drexler H (2018) Prävention in der Arbeits- und Betriebsmedizin – Die Rolle des Betriebsarztes im betrieblichen Gesundheitsmanagement. *Public Health Forum* 26(2):144–146. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0018>
- Raske H-W, Sende K (2014) Arbeitsmedizinische Aspekte seelischer Gesundheit. *Public Health Forum* 22(82):29–30. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2013.12.020>
- Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2021) Psychische Störungen in der Arbeitswelt erkennen – unser Netzwerk Psychische Gesund-

- heit. Anamnesebogen. <https://www.vdbw.de/arbeits-und-betriebsmedizin/praktische-arbeits-und-betriebsmedizin/psychische-gesundheit/>. Zugegriffen: 7. August 2023
19. AMR 6.4. (2014) Arbeitsmedizinische Regel 6.4. Mitteilungen an den Arbeitgeber nach § 6 Absatz 4 ArbMedVV.
  20. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019) Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn
  21. Albrod M (2018) Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Überlegungen zur praktischen Durchführung im Betrieb – Folge 2. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 53(3):181–183
  22. Weigl M, Herbig B, Bahemann A, Böckelmann I, Darius S, Jurkschat R, Kreuzfeld S, Lang J, Müller A, Muth T, Nowak D, Schneider A, Stahlkopf H, Angerer P (2015) Empfehlungen zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, erstellt von der AG Psychische Gesundheit in der Arbeit der DGAUM. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 50(9):660–665
  23. Dietrich S, Mergl R, Rummel-Kluge C, Stengler K (2012) Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt aus der Sicht von Betriebs- und Werksärzten. Psychiatr Prax 39(1):40–42. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1292786>
  24. Vollmer M (2010) Leitfaden zu psychischen Belastungen und den Folgen in der Arbeitswelt. ASUpraxis 45(5):70–71
  25. Albrod M (2018) Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Überlegungen zur praktischen Durchführung im Betrieb – Folge 3. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 53(5):312–314
  26. Wulf IC, Süß S, Diebig M (2017) Akteure der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Perspektiven und Konflikte im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Z Arb Wiss 71(4):296–304. <https://doi.org/10.1007/s41449-017-0085-4>
  27. Beck D (2019) Psychische Belastung als Gegenstand des Arbeitsschutzes. Arbeit 28(2):125–147. <https://doi.org/10.1515/arbeits-2019-0009>
  28. Amler N, Voss A, Wischitzki E, Quittkat C, Sedlaczek S, Nessler T, Letzel S, Drexler H (2019) Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Status quo, Kenntnisstand und Unterstützungsbedarf in KMU. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 54(1):36–46
  29. Albrod M (2018) Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Überlegungen zur praktischen Durchführung im Betrieb – Folge 4. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 53(6):375–378
  30. Hinrichs S (2016) Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Study / Hans-Böckler-Stiftung Reihe Praxiswissen Betriebsvereinbarungen. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
  31. Larro-Jacob A (2017) Wie kann die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung gelingen? Erfahrungen mit dem Moderierten Verfahren der B-A-D GmbH. Organisationsberat Superv Coach 24(1):71–80. <https://doi.org/10.1007/s11613-017-0490-8>
  32. Kindel J (2014) Analyse psychischer Gefährdungen. Eine Bestandsaufnahme aus betriebsärztlicher Sicht. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 49(7):482–484
  33. Backé E.-M. (2013). Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Setting Betrieb Explorative Experteninterviews mit Betriebsärzten: Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Setting Betrieb Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Public Health“. Berlin.
  34. BMAS: AMR 3.3 „Ganzheitliche arbeitsmedizinische Vorsorge unter Berücksichtigung aller Arbeitsbedingungen und arbeitsbedingten Gefährdungen“ – Bek. d. BMAS v. 2. Nov. 2022 – IIIb1 – 36628-15/29–. GMBI 2022;43:978ff.
  35. Aupers S, Liebers F (2023) Ergebnisse einer Expertenbefragung zur Umsetzung der ganzheitlichen arbeitsmedizinischen Vorsorge in der betrieblichen Praxis. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 58:250–261. <https://doi.org/10.17147/asu-1-266306>
  36. BMAS (2019) Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlung des Ausschusses für Arbeitsmedizin. BMAS, Bonn (<https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a450-psychische-gesundheit-im-betrieb.pdf>)
  37. Schröder UB, Ralf S, Wegewitz U, Angerer P, Brezinski J, Feißt M et al (2022) Psychische Krisen frühzeitig erkennen. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 57:633–637