

Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt

Soziale Beziehungen

baua: Bericht

**Forschung
Projekt F 2353**

S. Drössler
A. Steputat
M. Schubert
U. Euler
A. Seidler

**Psychische Gesundheit
in der Arbeitswelt**

Soziale Beziehungen

Dortmund/Berlin/Dresden 2016

Der vorliegende Bericht wurde im Rahmen des BAuA-Forschungsprojekts „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Wissenschaftliche Standortbestimmung“ erstellt und ist dem Themenfeld „Führung und Organisation“ zugeordnet. Weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter www.baua.de/psychische-gesundheit. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Dr. Stephanie Drössler*
Anne Steputat*
Dr. Melanie Schubert
Dr. Ulrike Euler
Prof. Dr. Andreas Seidler
Technische Universität Dresden

Titelbild: eckedesign, Berlin

Titelgestaltung: eckedesign, Berlin

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
Friedrich-Henkel-Weg 1 - 25, 44149 Dortmund
Postanschrift: Postfach 17 02 02, 44061 Dortmund
Telefon: 0231 9071-2071
Telefax: 0231 9071-2070
E-Mail: info-zentrum@baua.bund.de
Internet: www.baua.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40 - 42, 10317 Berlin
Telefon: 030 51548-0
Telefax: 030 51548-4170

Dresden:
Fabricestr. 8, 01099 Dresden
Telefon: 0351 5639-50
Telefax: 0351 5639-5210

Nachdruck und sonstige Wiedergabe sowie Veröffentlichung, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

www.baua.de/dok/7930424

DOI: 10.21934/baua:bericht20160713/2b

ISBN 978-3-88261-186-1



* contributed equally: Dr. Stephanie Drössler, Anne Steputat

Abstract

Dieses Scoping Review untersucht Einflüsse sozialer Beziehungen am Arbeitsplatz auf mentale Gesundheit, psychisches Befinden und psychische Störungen sowie Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung. Einbezogen wurden 123 Längsschnitt- und Interventionsstudien sowie systematische Reviews im Zeitraum vom 01.01.2005 bis 09.03.2015.

Die einbezogenen Studien weisen Mobbing als Risikofaktor für eine beeinträchtigte psychische Gesundheit sowie für eine Reduktion von Leistung, Engagement und Arbeitszufriedenheit aus. Fehlende soziale Unterstützung geht am deutlichsten mit einem erhöhten Burnout-Risiko und verminderter Arbeitszufriedenheit einher. Weniger gut untersucht sind Folgen der sozialen Konflikte und des Sozialklimas.

Deutlich wird ein Bedarf an methodisch anspruchsvollen Interventionsstudien mit ausreichend langen Nachbeobachtungszeiträumen.

Fragestellung und Definition des Arbeitsbedingungsfaktors

Dieses Scoping Review untersucht Einflüsse sozialer Beziehungen am Arbeitsplatz auf mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen sowie auf Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung. Es wurden 123 Längsschnitt- und Interventionsstudien sowie systematische Reviews von 2005 bis 2015 einbezogen.

Dabei wurde der Arbeitsbedingungsfaktor soziale Beziehungen in die Aspekte soziale Ressourcen und soziale Stressoren untergliedert. Soziale Ressourcen wurden durch die Merkmale soziale Unterstützung (als zentrales Konzept sozialer Ressourcen) und Sozialklima beschrieben; beide sind dabei nur im Sinne einer positiven Ausprägung als Ressourcen zu verstehen. Als Merkmale der sozialen Stressoren wurden Mobbing und soziale Konflikte betrachtet.

Trotz zahlreicher empirischer Arbeiten zu den Folgen sozialer Unterstützung und sozialer Belastungen stellt sich die theoretische Konzeptualisierung dieser Konstrukte häufig als wenig zufriedenstellend dar. Lediglich die soziale Unterstützung hat Eingang in ein theoretisches Modell gefunden (Demand-Control-Support-Modell, Johnson & Hall, 1988; Johnson, Hall & Theorell, 1989). Tätigkeiten mit hohen Arbeitsanforderungen, die mit einem geringen Tätigkeitsspielraum einhergehen, werden als belastend empfunden und gelten als Gesundheitsrisiko. Ein hoher Tätigkeitsspielraum und verfügbare soziale Unterstützung stellen dagegen Ressourcen im Umgang mit Arbeitsanforderungen dar.

Für das Konzept des Mobbings (workplace bullying) fehlt eine einheitliche theoretische Grundlage und valide Erfassung. Es erfolgte bisher vielmehr eine deskriptive Annäherung an dieses Konzept, für das in der vergangenen Zeit zunehmend verschiedene Teilphänomene unter Oberbegriffe zusammengefasst wurden (z. B. Mobbing als nur eine Variante arbeitsplatzbezogener Gewalt). Häufig findet sich eine Anlehnung an Leymanns Definition (1990), wonach Mobbing vorliegt, wenn eine Person wiederholt oder über einen längeren Zeitraum hinweg (mindestens einmal pro Woche über mindestens sechs Monate) negativem Verhalten ausgesetzt ist, das von einer Person oder mehreren Personen am Arbeitsplatz ausgeht, und wenn diese Person nicht in der Lage ist, sich dagegen zur Wehr zu setzen.

Für das Sozialklima und die sozialen Konflikte fehlen theoretische Modelle gänzlich und auch Studien finden sich nur begrenzt.

Messmethodik und Messgenauigkeit

In allen Studien wurden soziale Ressourcen und Mobbing als Selbstauskünfte erhoben. Dabei verwendete die Mehrzahl der Untersuchungen validierte Instrumente (für soziale Unterstützung zum Teil bezogen auf die gesamte soziale Arbeitsumgebung, zum Teil getrennt nach Vorgesetzten/Kolleginnen und Kollegen). Die Reliabilität der Skalen (sofern angegeben) war akzeptabel bis sehr gut. Nur soziale Konflikte wurden fast ausschließlich mittels Einzel-Items erfasst (Eigenkonstruktionen, aber auch entnommen aus validierten Verfahren). Eine Erhebung von Dauer und Stärke der Konflikte erfolgte nicht, zum Teil jedoch die Trennung nach Konfliktquelle (Vorgesetzte/Kolleginnen und Kollegen).

Die Outcomes wurden überwiegend als Selbstauskünfte mit Skalen aus validierten Verfahren erfragt. Einzel-Items fanden sich häufig zur Erfassung von Jobwechsel/Jobwechselabsichten. Fremdauskünfte kamen vereinzelt zur Erhebung psychischer Gesundheit (Registerdaten zu ärztlichen Verordnungen von Psychopharmaka) und fast ausschließlich zur Ermittlung von Fehlzeiten (Gesundheitsregister, Aufzeichnungen der Unternehmen) zum Einsatz.

Überwiegend wurden die Merkmale zu zwei Messzeitpunkten in einem Abstand von ein bis drei Jahren erhoben. Dabei fokussierte die Hälfte der Studien die erwerbstätige Allgemeinbevölkerung, der Rest berufsspezifische Stichproben (vor allem aus der Gesundheitsbranche). Die Anteile von Männern und Frauen in den Befragtengruppen variierten in Abhängigkeit von der beruflichen Zusammensetzung. Die Rücklaufquoten waren in den Studien verschieden hoch (von 20,0 bis 99,8 Prozent), mit einem teilweise sehr hohen Drop-out, der nicht systematisch analysiert wurde.

Beanspruchungen und Beanspruchungsfolgen

In knapp 40 Prozent der eingeschlossenen Studien mit den Outcomes Depression, Distress und mentaler Gesundheit fand sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der sozialen Unterstützung ($k = 10$ von $k = 26$): Niedrige soziale Unterstützung war hierbei mit einem erhöhten Risiko für Depression, Distress und eingeschränkte mentale Gesundheit verbunden. Für das Outcome Burnout finden sich Zusammenhänge in rund 70 Prozent der Studien ($k = 5$ von $k = 7$). Inwiefern soziale Unterstützung mit Fatigue ($k = 3$), Angst, positivem Affekt und Lebensqualität (jeweils $k = 1$) assoziiert ist, wurde vergleichsweise selten untersucht und die Befunde sind uneinheitlich. In knapp der Hälfte der Studien ($k = 9$ von $k = 16$) zum Outcome Absentismus/Fehlzeiten zeigte sich, dass mangelnde soziale Unterstützung mit vermehrten Fehlzeiten einhergeht. Auch die Arbeitszufriedenheit leidet unter fehlender sozialer Unterstützung ($k = 3$ von $k = 4$). Dass dies auch einen Arbeitsplatzwechsel zur Folge hat, konnte nur vereinzelt gefunden werden ($k = 2$ von $k = 7$). Merkmale wie Arbeitsengagement, Produktivität, Arbeitsfähigkeit und Transfermotivation wurden nur selten untersucht und zeigen inkonsistente Ergebnisse. Für die soziale Unterstützung lässt sich auf der Grundlage des Scoping Reviews keine einheitliche Tendenz für einen stärkeren Effekt der Vorgesetztenunterstützung vs. der Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen oder für stärkere Zusammenhänge bei Frauen vs. Männern ausmachen.

Die Mehrheit der einbezogenen Studien weisen Mobbing als Risikofaktor für eine beeinträchtigte psychische Gesundheit sowie für eine Reduktion von Leistung, Engagement und Arbeitszufriedenheit aus. Sämtliche Formen von Gewalt bei der Arbeit sind – sowohl für Männer als auch für Frauen – mit erhöhtem Risiko von psychischem Distress, Depression und Fatigue assoziiert (untersucht in 21 Studien). Eine Beeinträchtigung der Schlafqualität

als Folge von Mobbing wurde nur selten untersucht ($k = 2$), mit wenig eindeutigen Ergebnissen. Zum Alkoholkonsum und Burnout lag je nur eine Studie vor, sodass verallgemeinerbare Aussagen nicht möglich sind.

Die Mehrzahl der Studien zum Mobbing prüfte reverse Effekte. Dabei zeigte sich, dass die Auswirkungen von Mobbing auf mentale Gesundheit, psychisches Befinden und psychische Störungen stärker sind als vice versa. Dennoch ist auch eine eingeschränkte psychische Gesundheit mit stärkerem Erleben von Mobbing assoziiert. Mobbing Erfahrungen sind außerdem verbunden mit reduzierter Leistung, Engagement und Bindung an das Unternehmen und Arbeitszufriedenheit sowie stärkeren Jobwechselabsichten bzw. erfolgtem Jobwechsel. Dies schlägt sich nur vereinzelt in Fehlzeiten nieder ($k = 3$).

Weniger gut untersucht sind Folgen des Sozialklimas und der sozialen Konflikte. Die Befunde deuten auf ein erhöhtes Risiko der Entwicklung von Depressionen bei ungünstigem Sozialklima hin (untersucht in vier Studien), während zum Zusammenhang mit den Outcomes Distress ($k = 2$), Fatigue ($k = 1$) und Schlafqualität ($k = 1$) nur wenige Studien mit inkonsistenten Ergebnissen vorliegen.

In zwei Studien finden sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen dem Sozialklima und krankheitsbedingten Fehlzeiten. Für Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzwechsel (je $k = 1$) gab es keine statistisch signifikanten Effekte.

Nur sechs Längsschnittstudien untersuchten den Zusammenhang zwischen sozialen Konflikten und mentaler Gesundheit, psychischem Befinden und psychischen Störungen. Ein beeinträchtigender Effekt von Konflikten auf diese Outcomes kann nicht konsistent und deutlich aufgezeigt, aber auch keineswegs ausgeschlossen werden. Die Ergebnisse variieren außerdem in Abhängigkeit vom Geschlecht der Befragten und von der Art der Konfliktquelle (Vorgesetzte/Kolleginnen und Kollegen). Dies wurde in drei der Studien zum Thema deutlich. Dabei lässt sich aus den Befunden jedoch keine Systematik erkennen, die verallgemeinernde Schlüsse zulässt.

Im Hinblick auf Auswirkungen auf Fehlzeiten ($k = 3$) fanden sich Effekte sozialer Konflikte je nach Studie nur für Konflikte mit Kollegen und nur bei längerem Beobachtungszeitraum oder es fanden sich keine Zusammenhänge. Soziale Konflikte waren in einer Studie mit stärkeren Jobwechselabsichten verbunden.

In einem Teil der Studien in diesem Scoping Review war die statistische Signifikanz der untersuchten Arbeitsbedingungsfaktoren nicht mehr gegeben, wenn weitere Arbeitsplatzmerkmale in die Analysen aufgenommen wurden (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit: Andrea, Bultmann, Van Amelsvoort & Kant, 2009; beruflicher Status: Rugulies, Aust & Pejtersen, 2010), was auf die komplexen Zusammenhänge zwischen verschiedenen psychosozialen Arbeitsbedingungen hinweist.

Dennoch findet sich zusammenfassend eine hinreichende „Evidenz“ für einen deutlichen Einfluss sozialer Beziehungen am Arbeitsplatz auf die mentale Gesundheit, das psychische Befinden, auf psychische Störungen sowie die Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung. Dies gilt für Männer wie Frauen und für unterschiedliche Berufsgruppen. Soziale Beziehungen sind demnach wichtige Stellschrauben im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Wandel der Arbeit

In den im Scoping Review gesichteten Studien erfährt der Wandel der Arbeit nahezu keine Berücksichtigung. Für die betrachteten Zusammenhangsanalysen ist es zunächst auch einmal unerheblich, inwieweit der Wandel der Arbeit zu „verbesserten“ oder „verschlechterten“ sozialen Beziehungen führt. Wenn das vorliegende Scoping Review auch explizit nicht auf die sozialen Beziehungen als *Outcome* ausgerichtet war, so erlaubt der Blick auf die umfangreiche gesichtete Literatur nichtsdestotrotz folgende Feststellung: Bisher scheint unzureichend untersucht, welchen Einfluss der Wandel der Arbeit auf die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz hat. Dieser Frage könnten Längsschnittuntersuchungen bzw. Surveys über eine möglichst lange Laufzeit am besten Rechnung tragen. Bei der Durchführung solcher Studien sollte berücksichtigt werden, dass die „klassischen“ Instrumente zur Abbildung sozialer Beziehungen (sofern vorhanden) gegebenenfalls einer Anpassung bedürfen: Möglicherweise führt der Wandel der Arbeit zu neuen „Qualitäten“ sozialer Beziehungen. Beispielsweise können eine zunehmende berufliche Mobilität und die Arbeit in häufig wechselnden interdisziplinären Projektteams zu flüchtigeren sozialen Beziehungen führen, die nicht an einen konkreten Arbeitsplatz gebunden sind (vgl. Kesselring & Vogl, 2010). Solche Gegebenheiten lassen sich möglicherweise nur mit neu zu entwickelnden Instrumenten adäquat abbilden.

Gesichertes Gestaltungswissen

Es lagen nur 13 Interventionsstudien vor (teilweise ohne Kontrollgruppe), von denen 3 die Expositionsreduktion forcierten und darüber hinaus keine Veränderungen der Gesundheit und Motivation untersuchten. Das Wissen um Maßnahmen zur wirksamen Beeinflussung der hier untersuchten Arbeitsplatzmerkmale ist damit vergleichsweise rudimentär und nicht als ausreichend gesichert anzusehen. Ableitungen zu Gestaltungshinweisen fußen daher auch auf den Ergebnissen der einbezogenen Beobachtungsstudien.

Es erscheint sinnvoll, Strategien auf mehreren Ebenen umzusetzen und dabei allgemeine Maßnahmen (z. B. Prozessänderungen und Teambildung) mit spezifischen Elementen (z. B. Trainings zum Umgang mit Mobbing) zu kombinieren:

- *Organisationale Ebene*: Integration in Unternehmenskultur, Einbindung in AGS-Strukturen; Sicherstellung und Optimierung von Rahmenbedingungen (z. B. ausreichende personelle Ressourcen); Führungstrainings (z. B. Feedback geben, Umgang mit Mobbing, Kommunikation)
- *Teamebene*: Mitarbeiterbeteiligung, Autonomie, kooperative Arbeitsstrukturen; Angebote zur Förderung von Problem- und Konfliktlösestrategien
- *Individuelle Ebene*: Stärkung der individuellen psychischen Gesundheit (z. B. Entspannungs- und Stressbewältigungstrainings, Karriereplanung); Verfügbarkeit von Ansprechpartnern

Offene Forschungsfragen

Mit Ausnahme der sozialen Unterstützung fehlen für die hier betrachteten Merkmale sozialer Ressourcen und Stressoren *einheitliche* theoretische Grundlagen, Modelle und entsprechende Standardinstrumente zu deren Messung, was gegenwärtig eine Vergleichbarkeit der Studien erschwert.

Deutlich wird ein Bedarf an methodisch anspruchsvollen (clusterrandomisierten) Interventionsstudien, die theoretisch fundierte Konzepte mit einer kleinen Auswahl validierter In-

strumente und mit ausreichend langen Nachbeobachtungszeiträumen untersuchen, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Gestaltungsmaßnahmen zu prüfen. Aber auch die Entwicklung multidimensionaler Präventions- und Interventionsansätze, die Strategien auf individueller Ebene, Gruppenebene und organisationaler Ebene kombinieren, sollte in zukünftigen Forschungen mehr Aufmerksamkeit erhalten.

Schlussfolgerungen

Es wird deutlich, dass soziale Beziehungen am Arbeitsplatz eine wichtige Rolle für die hier untersuchten Outcomes der Psyche und Motivation sowie Leistung spielen und damit einen wichtigen Ansatzpunkt im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung darstellen. Gleichzeitig zeigt sich aber eine hohe Interkorrelation der Arbeitsbedingungen, die es schwierig macht, einen einzelnen Faktor als „die“ entscheidende Determinante von Gesundheit zu identifizieren (vgl. dazu auch Seidler et al., 2014; Thinschmidt et al., 2015, in press). So könnten Arbeitsplatzbedingungen (z. B. Arbeitsanforderungen) die Wirkung der sozialen Stressoren und Ressourcen puffern oder verstärken (und vice versa). Weiterhin sind psychische Erkrankungen, das psychische Befinden, aber auch Motivation und Leistung – ähnlich wie z. B. muskuloskelettale Erkrankungen (vgl. Seidler, Liebers & Latza, 2008) – als multifaktoriell bedingt anzusehen.

Dies macht ein umfassendes Konzept zur Gestaltung von Arbeitsbedingungen sinnvoll und vielversprechend, d. h., es sollten multidimensionale Ansätze realisiert werden, die beispielsweise die Vermeidung von überlastenden Arbeitsanforderungen, die Stärkung von Autonomie und Entscheidungsspielraum und die Verbesserung des sozialen Klimas fokussieren.

Inhaltsverzeichnis

1.	Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz	12
1.1.	Theorien und Modelle zum Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“	12
1.1.1.	Theorien und Modelle zum Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Ressourcen“	12
1.1.2.	Theorien und Modelle zum Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Stressoren“	16
2.	Betriebliche Rahmenbedingungen	19
3.	Eckdaten zur Literaturrecherche	19
3.1.	Allgemeine Informationen.....	19
3.2.	Kriterien für den Studieneinschluss bzw. -ausschluss.....	20
3.3.	Suchstrategien zur Literaturrecherche	21
3.3.1.	Elektronische Datenbanksuche	21
3.3.2.	Suchstring	21
3.4.	Title-Abstract- und Volltextscreening.....	22
4.	Beschreibung des Zusammenhangs zwischen dem Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“ und den Outcomes	24
4.1.	Beschreibung zum Merkmal Mobbing	25
4.1.1.	Beschreibung zum Merkmal Mobbing und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen	25
4.1.2.	Beschreibung zum Merkmal Mobbing und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung.....	30
4.1.3.	Zusammenfassung der Befunde zum Merkmal Mobbing	33
4.2.	Beschreibung zum Merkmal soziale Konflikte	34
4.2.1.	Beschreibung zum Merkmal soziale Konflikte und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen	34
4.2.2.	Beschreibung zum Merkmal soziale Konflikte und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung	37
4.2.3.	Zusammenfassung der Befunde zum Merkmal soziale Konflikte	39

4.3.	Beschreibung zum Merkmal soziale Unterstützung.....	39
4.3.1.	Beschreibung zum Merkmal soziale Unterstützung und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen	40
4.3.2.	Beschreibung zum Merkmal soziale Unterstützung und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung	47
4.3.3.	Zusammenfassung der Befunde zum Merkmal soziale Unterstützung.....	52
4.4.	Beschreibung zum Merkmal Sozialklima.....	54
4.4.1.	Beschreibung zum Merkmal Sozialklima und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen	54
4.4.2.	Beschreibung zum Merkmal Sozialklima und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung	57
4.4.3.	Zusammenfassung der Befunde zum Merkmal Sozialklima	60
5.	Bewertung und Diskussion der Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen dem Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“ und den Outcomes.....	60
5.1.	Bewertung zum Merkmal Mobbing	60
5.1.1.	Bewertung zum Merkmal Mobbing und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen	60
5.1.2.	Bewertung zum Merkmal Mobbing und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung.....	64
5.2.	Bewertung zum Merkmal soziale Konflikte.....	66
5.2.1.	Bewertung zum Merkmal soziale Konflikte und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen	66
5.2.2.	Bewertung zum Merkmal soziale Konflikte und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung	69
5.3.	Bewertung zum Merkmal soziale Unterstützung	70
5.3.1.	Bewertung zum Merkmal soziale Unterstützung und psychische Störungen	70
5.3.2.	Bewertung zum Merkmal soziale Unterstützung und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit.....	76
5.4.	Bewertung zum Merkmal Sozialklima.....	80

5.4.1. Bewertung zum Merkmal Sozialklima und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen	80
5.4.2. Bewertung zum Merkmal Sozialklima und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung.....	82
6. Zusammenfassende Bewertung aller Merkmale des Arbeitsbedingungsfaktors „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“, Schlussfolgerungen und Forschungsbedarf	84
7. Gestaltungsaussagen zum Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“	94
7.1. Gestaltungswissen auf der Basis von Interventionsstudien.....	94
7.2. Gestaltungsempfehlungen auf der Grundlage von Zusammenhängen zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen.....	96
7.3. In allgemeiner Form berichtete Gestaltungshinweise.....	98
8. Suchstrings zum Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“	100
9. Literaturverzeichnis	110
10. Anhang.....	124
11. Tabellenverzeichnis.....	125
12. Abbildungsverzeichnis.....	125

1. Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz

1.1. Theorien und Modelle zum Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“

Einen Schwerpunkt in der organisationalen Stressforschung stellen im Hinblick auf psychosoziale Belastungsfaktoren die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten sowie die Interaktion mit Kunden (vor allem in Dienstleistungsberufen) dar. Das vorliegende Scoping Review betrachtet die sozialen Beziehungen und die emotionalen und sozialen Belastungen sowie Ressourcen, die sich aus der Interaktion mit Kollegen und Kolleginnen und Vorgesetzten ergeben.

Bereits frühere Studien zeigen, dass soziale Unterstützung günstige Effekte auf die Gesundheit hat (z. B. Badura, 1981; Cohen & Syme, 1985; Veiel & Baumann, 1992), während sich sozialer Stress und soziale Belastungen als eher abträglich für die Gesundheit erweisen (z. B. Aneshensel, 1992; Angermeyer & Klusmann, 1987; Dohrenwend, Snell Dohrenwend, Zubin & Levav, 1981).

Trotz zahlreicher empirischer Arbeiten zu Folgen sozialer Unterstützung und sozialer Belastungen und zur Ableitung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung stellt sich die theoretische Konzeptualisierung dieser Konstrukte häufig als wenig zufriedenstellend dar. Abgesehen vom Konzept der sozialen Unterstützung fehlt eine theoretische Fundierung der Konstrukte, die zum Arbeitsbedingungsfaktor soziale Beziehungen am Arbeitsplatz gehören.

1.1.1. Theorien und Modelle zum Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Ressourcen“

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz können für die Beschäftigten eine wichtige Ressource darstellen, um das Wohlbefinden, die psychische Gesundheit und die arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit zu erhalten bzw. positiv zu beeinflussen. Holz, Zapf und Dormann (2004) definieren den Begriff *Ressourcen* entsprechend als „Merkmale der Arbeitssituation oder Person, die sich positiv auf den Menschen auswirken und die es in vielen Fällen ermöglichen, mit Belastungen besser umzugehen“. (S. 279)

Insbesondere seit den bedeutsamen Arbeiten von Karasek (1979, 1985, 1989) zum Job-Demand-Control(JDC)-Modell und der Erfassung von entsprechenden Arbeitsmerkmalen hat sich ab den 1980er-Jahren der Blickwinkel der Belastungsforschung erweitert, sodass neben potenziellen Stressoren auch (soziale) Ressourcen zum Untersuchungsgegenstand geworden sind. Das JDC-Modell identifiziert im Hinblick auf Gesundheit und Wohlbefinden von Beschäftigten zwei essenzielle Arbeitsmerkmale: *Arbeitsanforderungen (job Demands)* und *Tätigkeitsspielraum (Job Control, alternative Bezeichnung: Decision Latitude)*. *High strain jobs* – d. h. Tätigkeiten mit hohen Arbeitsanforderungen (z. B. Arbeitspensum, Zeitdruck, körperliche und emotionale Anforderungen), die mit einem geringen Tätigkeitsspielraum (z. B. fehlende Weiterentwicklungsmöglichkeiten und geringe Entscheidungsbefugnisse) einhergehen – werden nach Karasek (1979) als belastend empfunden und gelten als Gesundheitsrisiko. Ein hoher Tätigkeitsspielraum stellt dagegen eine Ressource im Umgang mit den Arbeitsanforderungen dar.

Johnson (1986) kritisierte, dass psychosoziale Faktoren – bisher ansatzweise in den Arbeitsanforderungen (*Job Demands*) enthalten – im JDC-Modell noch zu wenig Beachtung erfahren würden. Dies führte zur Erweiterung des Modells um die Komponente *soziale Unterstützung (social support) durch Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzte* zum Job-Demand-Control-Support(JDCS)-Modell (Johnson & Hall, 1988; Johnson et al., 1989).

Diese Ergänzung wurde von Karasek übernommen und floss in die Gestaltung des Fragebogens zur Erhebung des JDCS-Modells ein (Job Content Questionnaire: Karasek et al., 1998). Eine gut ausgeprägte soziale Unterstützung am Arbeitsplatz kann demnach zusätzlich zum Tätigkeitsspielraum eine wesentliche Ressource darstellen, um hohen Arbeitsanforderungen adäquat begegnen zu können. In Anlehnung an den im JDCS-Modell verwendeten Terminus hat sich das Konzept *soziale Unterstützung* seither als wichtige beziehungsbezogene Ressource in der Forschung zum Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit bzw. Wohlbefinden etabliert (z. B. Brännström et al., 2013; Li et al., 2007; Toker, Shirom, Melamed, & Armon, 2012).

1.1.1.1. Konzept der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz

Soziale Unterstützung am Arbeitsplatz wird durch das Ausmaß bestimmt, in dem „eine Person bei ihrer Arbeit Interesse, Freundlichkeit oder Hilfe von Kollegen oder Vorgesetzten erhält“ (Stadler & Spieß, 2003, S. 106). Woods (2005) beschreibt unterschiedliche Facetten der sozialen Unterstützung und schlussfolgert, dass das Konstrukt eine verständnisvolle, mitfühlende Unternehmenskultur, gute Kommunikationswege und angenehme, unterstützende Beziehungen zu Kollegen¹ und Vorgesetzten umfasst.

Eine allgemeinere Definition der sozialen Unterstützung liefern Kienle, Knoll und Renneberg (2006) als „die tatsächliche (erhaltene Unterstützung) oder die erwartete (wahrgenommene Unterstützung) Hilfsinteraktion zwischen einem Unterstützungsgeber und einem Unterstützungsempfänger. Ziel ist es, einen Problemzustand, der beim Unterstützungsempfänger Leiden erzeugt, zu verändern oder erträglicher zu machen, falls eine Veränderung nicht möglich ist“ (S. 109). Darin wird deutlich, dass nicht nur die real erfahrene Unterstützung, sondern auch bereits der antizipierte Beistand durch andere positive Wirkungen entfalten kann. Auch im Job Content Questionnaire (Karasek et al., 1998) wird in der Skala *Coworker Social Support* u. a. die subjektive Einschätzung erhoben, inwiefern die Kollegen Interesse am Befragten haben und sie als hilfreich wahrgenommen werden, ohne dass konkrete objektive Hilfeleistungen erfasst werden.

Diese Vorstellung steht im Einklang mit den Annahmen des Transaktionalen Stressmodells nach Lazarus und Launier (1978). Das Modell bildet die kognitive und emotionale Bewertung von potenziell belastenden Situationen ab, denen entweder problem- oder symptomorientierte Bewältigungsversuche entgegengesetzt werden. Die Wahrnehmung von sozialer Unterstützung kann bspw. dazu führen, dass eine Situation gar nicht erst als Belastungsfaktor gewertet wird, weil sich der Beschäftigte der tatkräftigen Hilfe seiner Kollegen gewiss ist (*primäre Bewertung* nach Lazarus & Launier, 1978). Verläuft die primäre Bewertung weniger positiv, kann die empfundene soziale Unterstützung wiederum Einfluss darauf nehmen, wie die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten eingeschätzt werden (*sekundäre Bewertung* nach Lazarus & Launier, 1978), etwa durch ein von den Kollegen gestärktes Selbst- und Kompetenzbewusstsein oder durch Hilfezusicherungen von anderen Mitarbeitern. Ist eine unmittelbare Hilfeleistung im Sinne einer problemorientierten Bewältigung nicht möglich, ist es denkbar, dass sich das Belastungsempfinden durch ein einfühlsames Gespräch unter Kollegen verringert (symptomorientierte Bewältigung, vgl. Kühlmann, 1987).

In empirischen Untersuchungen wurde soziale Unterstützung häufig als Prädiktor- oder Moderatorvariable für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten einbezogen. Als Prädiktor im Sinne eines Einflussfaktors ist ein unmittelbarer Effekt

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die maskuline Sprachform verwendet. Gemeint sind dabei immer beide Geschlechter.

(Haupteffekt) der Unterstützung auf das untersuchte Outcome zu erwarten, bspw. eine gesteigerte Arbeitszufriedenheit bei erhöhter wahrgenommener sozialer Unterstützung (Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2015). Unabhängig von den übrigen Arbeitsbedingungen sollte sich demnach bei günstig ausgeprägter sozialer Unterstützung eine positive Wirkung auf Wohlbefinden oder Gesundheit feststellen lassen. Im Zusammenhang mit Moderatoreffekten (Effektmodifikationen) von sozialer Unterstützung wird häufig die „Pufferhypothese“ angeführt (Cohen & Wills, 1985; Van der Doef & Maes, 1999), wonach sich hohe Unterstützung als schützender Faktor auf den Zusammenhang von Belastungen und deren negativen Folgen auswirkt. Demnach besteht eine Interaktion von überhöhten Arbeitsanforderungen und sozialer Unterstützung in folgendem Sinne: Fehlen arbeitsbezogene Belastungen, so sind die positiven moderierenden Effekte der Unterstützung nicht nachweisbar. Übersichtsarbeiten zum Haupteffekt- und Puffereffektmodell stützen die Annahme eines Haupteffekts für soziale Unterstützung (Häusser, Mojzisch, Niesel, & Schulz-Hardt, 2010; Van der Doef & Maes, 1999), allerdings wurden Moderatoreffekte auch seltener in empirischen Studien betrachtet (Osca, Urien, Genoveva, Martínez-Pérez, & Martínez-Pérez, 2005). Überdies sind hohe Fallzahlen nötig, um Moderatoreffekte nachweisen zu können.

Allerdings ist anzumerken, dass soziale Unterstützung bzw. soziale Beziehungen am Arbeitsplatz nicht per se als Ressource gewertet werden können, da eine wahrgenommene *mangelnde* soziale Unterstützung im umgekehrten Sinne als Belastungsfaktor bzw. Stressor wirkt (Holz et al., 2004; Viswesvaran, Sanchez, & Fisher, 1999) und mit negativen gesundheitsbezogenen Outcomes in Verbindung steht. Beispielsweise zeigen systematische Reviews auf, dass fehlende soziale Unterstützung einen Risikofaktor für Arbeitsunfähigkeit darstellt (White et al., 2013) und mit einem erhöhten Burnout-Risiko in Verbindung steht (Adriaenssens et al., 2015). Deshalb wird im Folgenden der positiv konnotierte Begriff *soziale Ressource* nicht mehr synonym mit dem Konzept der *sozialen Unterstützung* verwendet. Soziale Unterstützung kann – je nach Ausprägung – sowohl positive als auch negative Wirkungen haben (vgl. Kapitel 4.), das Konzept ist aber von den Konzepten Mobbing, Bullying, Harassment und von Konflikten am Arbeitsplatz (vgl. Kapitel 1.1.2.1. und 1.1.2.2.) theoretisch abzugrenzen.

1.1.1.2. Formen von sozialer Unterstützung

Eine Unterteilung verschiedener Arten von sozialer Unterstützung nehmen u. a. House (1981, zit. nach Kühlmann, 1987), Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer und Brähler (1999) und Karasek et al. (1998) vor. So unterscheidet House (1981, zit. nach Kühlmann, 1987) vier Typen der Unterstützung: erstens die *Emotionale Unterstützung*, welche die Wahrnehmung von Zuneigung, Vertrauen und Anteilnahme umfasst; zweitens die *Instrumentelle Unterstützung* im Sinne von konkreten Beihilfen (z. B. materieller oder finanzieller Art); drittens die *Informationelle Unterstützung*, die das Weitergeben von Ratschlägen und nützlichen Hinweisen beinhaltet; und viertens die *Unterstützung durch Bestätigung und Anerkennung*, welche durch eine empfundene Wertschätzung durch andere definiert ist.

Fydrich et al. (1999) unterteilen mit *Emotionaler Unterstützung* („von anderen gemocht und akzeptiert werden; Gefühle mitteilen können; Anteilnahme erleben“; S. 213), *Praktischer Unterstützung* („praktische Hilfen bei alltäglichen Problemen erhalten können, z. B. etwas ausleihen, praktische Tipps erhalten, von Aufgaben entlastet werden“; S. 214) und *Sozialer Integration* („einen Freundeskreis haben; gemeinsame Unternehmungen durchführen; Menschen mit ähnlichen Interessen kennen“; S. 214) nur drei Formen der Unterstützung, wobei die *Soziale Integration* für den Arbeitskontext keine Relevanz besitzt. Allerdings wird deutlich, dass sich die *Unterstützung durch Bestätigung und Anerkennung* gemäß House (1981, zit. nach Kühlmann, 1987) inhaltlich mit zur *Emotionalen Unterstützung* fassen

lässt, ebenso wie sich *Instrumentelle Unterstützung* und *Informationelle Unterstützung* in eine eher praktisch orientierte Unterstützungskategorie integrieren lassen.

Dieser Zweiteilung folgen auch Karasek und Theorell (1990), die lediglich *Sozioemotionale Unterstützung* (Gefühlskomponente: immaterielle Zuwendung) und *Instrumentelle Unterstützung* (praktische Komponente: Gewährung zusätzlicher materieller und informationeller Ressourcen) unterscheiden. Diese theoretische Differenzierung lässt sich über die Auswertung von Subskalen im Job Content Questionnaire (Karasek et al., 1998) nachvollziehen, allerdings erscheint diese Form der Auswertung unüblich. So wird in empirischen Studien, die sich auf das JDCS-Modell beziehen, für gewöhnlich keine Trennung zwischen emotionaler und instrumenteller sozialer Unterstützung vorgenommen. Auch bei Untersuchungen, denen eine andere theoretische Fundierung zugrunde liegt, wird selten nach der Form der Unterstützung unterschieden. Dagegen wird häufig untersucht, wie sich die Unterstützung verschiedener Personen(gruppen) auswirkt, worauf im Folgenden eingegangen wird.

1.1.1.3. Quellen sozialer Unterstützung

Seitdem die soziale Unterstützung als Arbeitsplatzmerkmal Eingang in die Forschung gefunden hat, wird häufig – so auch bei der Erhebung des JDCS-Modells (Karasek et al., 1998) – eine Unterteilung in die Unterstützung vonseiten der Vorgesetzten (*supervisor social support*) und die Unterstützung durch Kollegen (*co-worker social support*) vorgenommen. Differenzielle Effekte für die verschiedenen Unterstützungsgeber werden bereits bei Karasek und Theorell (1990), Karasek, Triantis und Chaudhry (1982) sowie Johnson und Hall (1988) aufgezeigt.

Nach dem JDCS-Modell (Johnson & Hall, 1988) ist *supervisor social support* eher durch Aufmerksamkeit und professionelles Entgegenkommen gegenüber dem Beschäftigten charakterisiert sowie durch strukturierte instrumentelle Unterstützungsangebote. Dagegen lässt sich *co-worker social support* vorrangig durch ein persönliches Interesse am Kollegen, eine enge Zusammenarbeit und ein freundliches Miteinander beschreiben (Johnson & Hall, 1988; Karasek et al., 1998).

Bacharach, Bamberger und Biron (2010) verweisen darauf, dass die Beziehungen unter Kollegen durch Reziprozität gekennzeichnet sind und diese dadurch eher ein „Geben und Nehmen“ beinhalten als Beziehungen zu den höhergestellten Vorgesetzten. Auch spielt die Bereitschaft zur emotionalen Unterstützung und das Weitergeben informeller vertraulicher Ratschläge unter Kollegen eine größere Rolle als in der Interaktion mit dem Vorgesetzten. *Supervisor support* bezieht sich wiederum eher auf die Bereitstellung instrumenteller Unterstützung sowie das Äußern von primär arbeitsbezogener Anerkennung und Wertschätzung gegenüber dem Beschäftigten.

Eine Übersichtarbeit von Chiaburu und Harrison (2008) belegt, dass der *co-worker support* ein unabhängiges Konzept darstellt, welches im Vergleich zum *supervisor support* einen eigenständigen Vorhersagewert für Outcomes wie Arbeitsengagement und Fluktuation liefert. Die Autoren beschreiben, dass Kollegen eine Anlaufstelle für Hilfe und eine Informationsquelle darstellen, was sie zu einem wichtigen Motivations- bzw. bei Verweigerung zum Demotivationsfaktor macht.

1.1.1.4. Teamklima und Teamzusammenhalt

In ihrem Konzept der vollständigen Tätigkeit sehen Richter und Hacker (1998) die Möglichkeit zur sozialen Interaktion und Kooperation bei der Arbeit als ein Merkmal gesund-

heitsförderlicher Arbeit an. Wie oben beschrieben, darf die Valenz der stattfindenden Interaktionen im Hinblick auf die positiven und negativen Auswirkungen von Teamarbeit nicht außer Acht gelassen werden, da sowohl das Gewähren als auch der Entzug von sozialer Unterstützung Bestandteil von Teamprozessen sein können.

Eine einheitliche definitorische Grundlage zum Begriff des Teamklimas im Hinblick auf soziale Beziehungen konnte in den relevanten Studien nicht ausgemacht werden. Sinokki et al. (2009) beschreiben das Teamklima als ein Konstrukt, das sich mit der individuellen Wahrnehmung der Kommunikations- und Interaktionsqualität und der Atmosphäre im Arbeitsumfeld befasst. Untersuchungen zum beziehungsbezogenen Teamklima oder Teamzusammenhalt fokussieren vorrangig auf den *co-worker support*, da die Kollegen die unmittelbaren Interaktionspartner im Arbeitsteam darstellen. Beispielsweise wird das Teamklima bei Clausen, Nielsen, Carneiro und Borg (2012) u. a. mit der Frage erfasst, ob sich die Teammitglieder aufeinander verlassen können. Auf die hohe Bedeutsamkeit von kollegialer Unterstützung innerhalb von Arbeitsteams verweisen auch Sundstrom, de Meuse und Futrell (1990) sowie Tannenbaum, Salas und Cannon-Bowers (1996).

1.1.2. Theorien und Modelle zum Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Stressoren“

Nach Greif (1991) sind Stressoren als Merkmale definiert, „die in einer gegebenen Population mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu Stresszuständen führen“ (zit. nach Holz et al., 2004, S. 278). Stressoren, häufig synonym auch als Belastungen bezeichnet, sind mit negativen Auswirkungen auf das Wohlbefinden assoziiert (vgl. Holz et al., 2004). Stressoren im Arbeitskontext ergeben sich aus der Arbeitsumgebung, der Arbeitsorganisation, den Arbeitsaufgaben und aus den sozialen Gegebenheiten (Semmer & Mohr, 2001). Neben den aufgaben- und organisationsbezogenen Stressoren fokussiert die Forschung nunmehr auch verstärkt psychische Belastungen in der Arbeitswelt (z. B. Stansfeld & Candy, 2006), in deren Zusammenhang soziale Stressoren gesehen werden können.

Um Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogenen Belastungen und Stressoren einerseits und der körperlichen wie psychischen Gesundheit andererseits zu erklären, haben sich theoretische Modelle wie das Effort-Reward-Imbalance-Modell (Siegrist & Rödel, 2006) und das in Kapitel 1.1.1. beschriebene Job-Demand-Control(JDC)-Modell (Karasek, 1979, 1985, 1989) etabliert. Soziale Interaktionen am Arbeitsplatz in Form sozialer Unterstützung fanden Eingang in das Job-Demand-Control-Support-Modell (Johnson & Hall, 1988; Johnson et al., 1989). Insgesamt haben soziale Stressoren im Vergleich zu aufgabenbezogenen Stressoren in der Forschung zu Arbeitsbedingungsfaktoren weniger Beachtung gefunden (z. B. Jacobshagen, 2006).

Soziale Interaktionen mit Kollegen und Vorgesetzten sind für viele Beschäftigte ein bedeutsamer Bestandteil des Arbeitsalltags und können je nach Ausprägung eine Unterstützung oder Belastung darstellen, sich also günstig oder ungünstig auf Befinden, Gesundheit und Leistung auswirken (z. B. Dormann & Zapf, 2002). Pereira und Elfering (2014) führen als mögliche Erklärung negativer Effekte sozialer Stressoren das Bedürfnis nach Akzeptanz und sozialer Zugehörigkeit an (need to belong theory von Baumeister & Leary, 1995). Demnach hat jeder Mensch den Wunsch danach, zumindest ein Minimum an zwischenmenschlichen Beziehungen herzustellen und aufrechtzuerhalten. Wird dieses Bedürfnis nicht erfüllt, sind abträgliche Effekte auf das Befinden und die Gesundheit möglich (Baumeister & Leary, 1995).

Es ist anzunehmen, dass soziale Stressoren dadurch als belastend erlebt werden, dass sie eine Bedrohung für das Selbstwertgefühl darstellen können (z. B. Dormann & Zapf, 2002; vgl. auch stress as offense to self concept von Semmer, Jacobshagen, Meier &

Elfering, 2007). Denn neben Selbstbewertungen sind für das Selbstwertgefühl auch Bewertungen durch andere von Bedeutung.

In der Literatur werden verschiedene soziale Stressoren im Arbeitskontext thematisiert. Dazu gehören bspw. Mobbing, Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten und ein negatives Gruppenklima (Dormann & Zapf, 2002; Holz et al., 2004; Knorz & Zapf, 1996; Zuschlag, 2001).

Gelegentlich wird sozial isolierte Arbeit (fehlende Interaktionsmöglichkeiten) zwar als „negative Arbeitsstruktur“ (Fröhlich, 1978, S. 57) verstanden, die mit negativer Erlebnisqualität verbunden ist (z. B. Hacker, 1995); dennoch wird diese Art der Tätigkeit in einigen neueren Studien nicht im Zusammenhang mit sozialem Stress bzw. sozialen Stressoren aufgeführt. Dies ist vor dem Hintergrund einer zunehmenden Flexibilisierung der Arbeit zu betrachten (und damit einhergehenden Phänomenen wie Homeoffice) und wird im Zusammenhang mit der Diskussion der Befunde und Ableitungen von Forschungsfragen noch einmal aufgegriffen.

Nachfolgend werden diejenigen Konzepte vorgestellt, die Stressoren auf interpersonalen Ebene darstellen und die Eingang in das vorliegende Review gefunden haben.

1.1.2.1. Mobbing, Bullying, Harassment, aggressives Verhalten am Arbeitsplatz

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Mobbing bzw. Workplace Bullying scheint Einigkeit darin zu bestehen, dass dieses Phänomen einen sozialen Stressor am Arbeitsplatz darstellt (z. B. Knorz & Zapf, 1996; Zuschlag, 2001). Dennoch fehlen bisher eine einheitliche Definition, eine allumfassende theoretische Grundlage und damit einhergehend eine valide Erfassung des Konstrukts (Braungardt, Vogel, Schmiedeberg & Schneider, 2013; Kemp, 2014). Auch abschließende Evidenzen zu Interventionseffekten stehen aus (Kemp, 2014).

Wenngleich keine einheitliche Definition des Begriffs vorliegt, finden sich doch immer wiederkehrende Beschreibungsmerkmale. So wird von Mobbing gesprochen, wenn eine Person wiederholt oder über einen längeren Zeitraum hinweg negativem Verhalten ausgesetzt ist, das von einer oder mehreren Personen am Arbeitsplatz ausgeht, und wenn sie nicht in der Lage ist, sich dagegen zur Wehr zu setzen. Das Zeitkriterium wird häufig mit mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten angegeben (z. B. Leymann, 1990, 1993; Zapf, 1999). Verhalten, das unter den Begriff Mobbing fällt, kann vielfältig sein; allen unter den Mobbingbegriff subsumierten Verhaltensweisen gemein ist jedoch, dass sie „zerstörerisch-destruktiv“ sind (Esser & Wolmerath, 1997), mit der Absicht zu verletzen einhergehen (Einarsen, Hoel, Zapf & Cooper, 2003) und dass die Gewalt, die davon ausgeht, eher psychologischer als physischer Natur ist. Viele Autoren beziehen sich dabei auf die Definition von Leymann (1990), der sich als einer der Ersten mit dem Phänomen wissenschaftlich auseinandersetzte (zur Erhebung des Merkmals in Anlehnung an Leymann (1990) vgl. z. B. Garthus-Niegel et al., 2015).

“Psychical terror or mobbing in working life means hostile and unethical communication which is directed in a systematic way by one or a number of persons mainly toward one individual. [...] These actions take place often (almost every day) and over a long period (at least for six months) and, because of this frequency and duration, result in considerable psychic, psychosomatic and social misery. This definition eliminates temporary conflicts and focuses on the transition zone where the psychosocial situation starts to result in psychiatric and/or psychosomatic pathological states.” (Leymann, 1990, S. 120).

Die synonyme Verwendung verschiedener Begrifflichkeiten zeigt die eher deskriptive Annäherung an das Phänomen arbeitsplatzbezogener Gewalt: Mobbing, Workplace Bullying, Harassment (z. B. Einarsen, 2000; Einarsen et al., 2003; Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte & Olivares-Faúndez, 2015; McGinley, Richman & Rospenda, 2011). Als eine besondere und davon abgrenzbare Form der Belästigung wird die sexuelle Belästigung betrachtet (sexual harassment). Diese lässt sich definieren als jedes unerwünschte geschlechtsbezogene oder sexuell bestimmte Verhalten im Arbeitskontext, das von der Person als Angriff erlebt wird und ihr Wohlbefinden beeinträchtigt (Fitzgerald, Swan & Magley, 1997).

Um die Vielzahl der Erscheinungsformen von feindseligen und das Befinden beeinträchtigenden Verhaltensweisen in einem Konzept zu vereinen, wählen einige Autoren den Oberbegriff *workplace violence* (z. B. Lanctôt & Guay, 2014) für verschiedene Arten von Gewalt. Mobbing wird dabei nur als eine mögliche Facette verstanden: „workplace violence includes different forms of violence: physical assault, homicide, verbal abuse, bullying/mobbing, and sexual, racial, and psychological harassment“ (Chappel & Di Martino, 2006, zit. nach Lanctôt & Guay, 2014, S. 493).

Einen der umfassendsten Ansätze, der zahlreiche Konstrukte aufgreift, schlagen Selden und Downey (2012) vor. Hier findet sich ein Überblick über eine Vielzahl von Konstrukten, welche die Autoren unter dem Begriff „harmful workplace behaviors“ subsumieren und die sie in der Entwicklung eines umfassenden Messinstruments integrieren (Workplace Hostility Inventory, WHI) (z. B. *workplace aggression*: Neuman & Baron, 1997; Schat & Kelloway, 2005; *workplace violence*: Barling, 1996; Glomb, Steel & Arvey, 2002; *bullying*: Einarsen et al., 2003; Namie & Namie, 2000).

1.1.2.2. Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten

Der Schwerpunkt der Forschung zu sozialen Stressoren in der Arbeitswelt liegt stärker auf Konzepten des Mobbings und Bullings als auf sozialen Konflikten mit Kollegen und Vorgesetzten. Nach Holz et al. (2004) liegt eine Erklärung in der weniger starken Beachtung sozialer Konflikte darin, dass eher die Abwesenheit von sozialer Unterstützung als sozialer Stressor betrachtet worden ist.

Für die Gesundheit sind vor allem zwischenmenschliche Konflikte bzw. Beziehungskonflikte (im Gegensatz zu arbeitsbezogenen bzw. Sachkonflikten) relevant, da empirische Untersuchungen negative Auswirkungen von Beziehungskonflikten auf die psychische Gesundheit, aber auch auf die Zufriedenheit mit der Arbeit, auf Motivation und Leistung zeigen (z. B. De Dreu & Weingart, 2003; De Raeve, Jansen, Van den Brandt, Vasse & Kant, 2009), wenngleich auch hier ein theoretisches Konzept für eine einheitliche Herangehensweise fehlt und die Literatur zum Thema begrenzt ist (Frone, 2000). Die praktische Bedeutung für Interventionen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung wird jedoch bspw. bei De Raeve et al. (2009) deutlich, die mit Blick auf verschiedene Arbeiten postulieren, dass zwischenmenschliche Konflikte zu einer der Hauptbelastungen im Arbeitskontext gehören.

2. Betriebliche Rahmenbedingungen

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz spielen in allen betrieblichen Strukturen eine Rolle, in denen die Erreichung der Arbeitsziele eine Interaktion und Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten erforderlich macht.

Rund die Hälfte der in das Scoping Review einbezogenen Studien untersucht Stichproben aus der erwerbstätigen Allgemeinbevölkerung, was die Annahme nahelegt, dass soziale Beziehungen am Arbeitsplatz grundsätzlich und branchenunspezifisch einen wichtigen Arbeitsbedingungsfaktor darstellen.

Auffällig ist bei den verbleibenden Studien der hohe Anteil von Untersuchungen an Stichproben aus dem Gesundheitswesen. Daraus jedoch zu schlussfolgern, dass speziell in dieser Branche die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz eine besonders wichtige Rolle spielen, erscheint nicht zwingend, da sich dies auch durch einen Rekrutierungsbias ergeben haben könnte. Es ist denkbar, dass sich große Beschäftigtenstichproben für Studien mit gesundheitsrelevanten Inhalten in Einrichtungen des Gesundheitswesens leichter rekrutieren und untersuchen lassen, sodass es zu einem Überhang solcher Stichproben kommt. Auch Fragestellungen, die sich mit anderen Arbeitsbedingungsfaktoren als den sozialen Beziehungen beschäftigen, scheinen überdurchschnittlich häufig an Beschäftigten im Gesundheitswesen untersucht zu werden, was sich in hohen Trefferzahlen bei entsprechenden Datenbankrecherchen widerspiegelt. Demnach stellt das Gesundheitswesen arbeitsmerkmalsübergreifend eine häufig betrachtete Beschäftigtengruppe dar.

Überdies wurde in den einbezogenen Studien keine Betrachtung branchenspezifischer Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung sozialer Beziehungen vorgenommen. Beispielsweise gibt es keinen Vergleich von Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen mit Beschäftigten aus dem produzierenden Sektor. Aufgrund dessen wird darauf verzichtet, die Branche als relevante betriebliche Rahmenbedingung in die Darstellung einzubeziehen.

Somit bleibt festzuhalten, dass sich in der im Rahmen des Scoping Reviews gesichteten Literatur und im Zuge der theoretischen Herleitung der Konzepte keine nennenswerten betrieblichen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten im Zusammenhang mit sozialen Beziehungen fanden, sodass von einer relativen Unabhängigkeit des Merkmals ausgegangen werden kann.

3. Eckdaten zur Literaturrecherche

3.1. Allgemeine Informationen

Aufgrund der hohen und nicht handhabbaren Trefferzahlen erfolgte eine inhaltliche (z. B. Eingrenzung der Outcomes auf mentale Gesundheit, psychisches Befinden und psychische Störungen sowie Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung) und eine methodische Eingrenzung (z. B. Publikationszeitraum und Studiendesign) sowie die Verwendung des modifizierten spezifischen Suchstrings nach Mattioli et al. (2010) für den Arbeitskontext. Weiterhin wurden die im Folgenden aufgeführten Einschluss- und Ausschlusskriterien festgelegt. Die detaillierte Beschreibung der Suchstrategie ist unter Kapitel 3.3. dargestellt.

3.2. Kriterien für den Studieneinschluss bzw. -ausschluss

Es wurden nur Studien eingeschlossen, in denen ein Zusammenhang zwischen der Exposition und dem Outcome untersucht wurde. Zur weiteren Spezifizierung der inhaltlichen und methodischen Einschluss- und Ausschlusskriterien siehe Tab. 1.

Eine Abweichung von diesen Einschränkungen wurde bei der Auswahl der Interventionsstudien vorgenommen. Hier wurden auch Studien eingeschlossen, die Veränderungen der Exposition (z. B. Mobbing, soziale Konflikte) nach einer Intervention untersuchten, nicht aber Veränderungen in der psychischen Gesundheit und der Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung. Diese methodische Abweichung liegt darin begründet, ein möglichst breites Spektrum an Gestaltungswissen abbilden zu können, zu dem auch Studien mit Expositionsveränderungen, aber ohne Bezug zu den definierten Outcomes beitragen können.

Tab. 1 Liste der Einschluss- und Ausschlusskriterien

Kategorie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	<u>Allgemeinbevölkerung</u> : erwerbstätig, beide Geschlechter	Kinder, Studierende, nicht Erwerbstätige, psychisch vorerkrankte Stichproben (z. B. „employed women with mental disorders“), Tiere
Exposition/ Prädiktoren	<u>soziale Beziehungen am Arbeitsplatz</u> : soziale Unterstützung, soziale Interaktionen, Zusammenarbeit, Kooperation, Mobbing, Workplace Bullying, Belästigung, Ausgrenzung, Konflikte, sozialer Stress, Gewalt, Klima [objektiv und/oder subjektiv erhoben]	Supervision (Einzel-/Team-supervision), Rollenkonflikte, Gewalt von Patienten gegenüber Beschäftigten im Gesundheitswesen, Konzept des moralischen Stresses im Klinikkontext (<i>moral stress</i>), Moralkultur (<i>ethics climate</i>), Sicherheitskultur (<i>safety climate</i>)
Outcome	mentale Gesundheit, psychisches Befinden, Wohlbefinden, psychische Störungen und Syndrome, Leistung, Motivation, Zufriedenheit	Return-to-work-Konzept
Design	<u>epidemiologische Studien</u> : prospektive Studien, Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, Längsschnittstudien, Interventionsstudien, Follow-up-Studien, Metaanalysen, systematische Reviews [Journalartikel: peer reviewed]	Letter, Editorials, Kommentare, Tagungsbeiträge, Abstracts, Hausarbeiten, Abschlussarbeiten, narrative Reviews, Tierstudien, Simulationsstudien, Querschnittstudien
Qualität	ausreichende Qualität und Nachvollziehbarkeit in Operationalisierung, Methode, Ergebnisdarstellung	mangelnde Qualität bzw. Unklarheiten in Operationalisierung, Methode, Ergebnisdarstellung
Sprache	Deutsch, Englisch	nicht Deutsch, nicht Englisch
Datum der Publikation (Zeit)	2005–2015	vor 2005

3.3. Suchstrategien zur Literaturrecherche

3.3.1. Elektronische Datenbanksuche

Für die Entwicklung des Suchstrings erfolgte eine Fokussierung auf die Datenbanken PsycINFO, PsycARTICLES, PSYINDEX (über EBSCOHost) und PubMed aufgrund ihrer besonderen Bedeutung im Bereich wissenschaftlicher Publikationen insbesondere für gesundheitsbezogene Outcomes.

Der Suchstring setzt sich aus vier Variablenblöcken zusammen, die alle mit einer AND-Verknüpfung verbunden werden: (1) Exposition/Prädiktoren, (2) Outcomes/abhängige Variablen, (3) Eingrenzung auf den Arbeitskontext und (4) Eingrenzung auf methodische und zeitliche Vorgaben (vgl. Kapitel 1.3.3.2.).

Für die Suche über EBSCOHost wurde für die Variablenblöcke (1), (2) und (3) eine Fokussierung auf folgende Suchfelder vorgenommen: Title (TI), Abstract (AB), Subjects (SU), Major Subject Heading (MJ) und Table of Content (TC; wird nur von PsycINFO unterstützt). Dies erlaubte nach Prüfung verschiedener Suchen eine relative Eingrenzung der Trefferzahlen bei gleichzeitig geringem Informationsverlust. Dasselbe galt für die deutschsprachige Suche in PSYINDEX.

In PubMed war eine äquivalente Begrenzung der Suche auf inhaltlich vergleichbare Felder schwierig, sodass für die Prädiktoren eine „all fields“-Suche (hier finden sich für die Suchbegriffe keine MeSH-Terms) und für die abhängigen Variablen (Outcomes) eine Kombination aus einer „all fields“-Suche mit der Suche nach MeSH-Terms (sofern die Suchbegriffe in PubMed als solche aufgeführt sind) durchgeführt wurde.

3.3.2. Suchstring

(1) Exposition/Prädiktoren:

Die Expositionsvariablen sind zwei Themenbereichen zugeordnet: den sozialen Ressourcen und den sozialen Stressoren. Ressourcen und Stressoren werden dabei auf interpersonaler Ebene operationalisiert. Beim Themenbereich der sozialen Ressourcen ist zu beachten, dass darunter zwar die positiv besetzten Begriffe soziale Unterstützung sowie Teamklima und Teamzusammenhalt fallen, dass diese aber, wenn sie ungünstig ausgeprägt sind, ebenso als Stressoren wirksam sein können (vgl. Kapitel 1.1.2. und Kapitel 4.). Für eine bessere Lesbarkeit und Übersichtlichkeit wird die formale thematische Unterteilung in Ressourcen und Stressoren jedoch beibehalten.

(2) Outcomes/abhängige Variablen:

Es wurde eine Fokussierung auf psychische Outcomes vorgenommen. Diese wurden im Suchstring und in der Ergebnisdarstellung in zwei Bereiche unterteilt: (a) psychisches/mentales Befinden, psychische Gesundheit und psychische Störungen/Syndrome und (b) Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung².

(3) Eingrenzung auf den Arbeitskontext:

Für die Eingrenzung auf den Arbeitskontext wurde der von Mattioli et al. (2010) publizierte spezifische Suchstring übernommen. Dieser wurde um die Begriffe „workplace“^{*}, „work place“^{*}, „work-place“^{*} aus dem sensitiven Suchstring nach Mattioli et al. (2010) erweitert, um arbeitsbezogene Zusammenhänge besser abbilden zu können.

² Die Zusammenfassung der Outcomes in diese beiden Bereiche zeigte sich auch im Hinblick auf die Darstellung der Ergebnisse als die inhaltlich sinnvollste und auch praktikabelste Vorgehensweise.

(4) Eingrenzung auf methodische und zeitliche Vorgaben:

Es wurde eine Fokussierung auf Längsschnitt- und Interventionsstudien, systematische Reviews und Metaanalysen vorgenommen. Zur möglichst guten Abdeckung der vier Studiengruppen wurden im Suchstring in Anlehnung an die methodischen Eingrenzungsmöglichkeiten in den Datenbanken folgende Studientypen genutzt: Metaanalysen, systematische Reviews, Interventionsstudien, Evaluationsstudien (nur dann, wenn eine Intervention evaluiert wird), Follow-up-Studien, Längsschnittstudien, prospektive Studien und Feldstudien (nur dann, wenn Längsschnittdesign bzw. Interventionsstudie).

Eine Beschränkung der Ergebnisse auf einen zu bewältigenden Umfang wurde weiterhin durch folgende Limitierungen erreicht, sofern die Datenbanken dies zuließen:

- a) Auswahl von *peer reviewed journals* zur Sicherung qualitativ hochwertiger Suchergebnisse und
- b) Einbezug von Suchergebnissen ab 2005

Anpassungen für die deutschsprachige Suche in PSYINDEX:

Für die Suche nach deutschen Ergebnissen in PSYINDEX (über EBSCOHost) wurde das PSYINDEX-Segment „PSYINDEX Tests“ ausgeschlossen (und nur im Segment „Literature & Audiovisual Media“ gesucht), da in „PSYINDEX Tests“ nur Testverfahren (Tests, Skalen, Fragebögen, apparative Verfahren usw.), die in den deutschsprachigen Ländern entwickelt oder für den deutschsprachigen Raum adaptiert wurden, beschrieben und rezensiert werden. Dies ist für die vorliegende Fragestellung irrelevant. Für die englische Suche über EBSCOHost war diese Begrenzung überflüssig, da ohnehin keine Suchergebnisse in das PSYINDEX-Segment „PSYINDEX Tests“ fielen.

Der verwendete Suchstring ist in Kapitel 1.8. aufgeführt.

3.4. Title-Abstract- und Volltextscreening

Insgesamt wurden 1.208 Publikationen in die Title-Abstract-Sichtung eingeschlossen. Zur Ermittlung der Interrater-Reliabilität wurde eine Zufallsstichprobe von 110 Abstracts durch 4 Rater (ASt, SD, UE, MS) gesichtet. Bei mehr als zwei Urteilern ist die Berechnung von Cohens Kappa nicht möglich, stattdessen wird in solchen Fällen Fleiss' Kappa berechnet. Für diese Title-Abstract-Stichprobe ergab sich ein Fleiss' Kappa von $\kappa = ,77$, welches nach den Konventionen von Fleiss, Levin und Paik (2003) als sehr gute Übereinstimmung gilt.

Danach erfolgte eine Teilung in 2 x 2-Rater-Gruppen (SD/UE und ASt/MS). Hier wurden die verbleibenden Publikationen zu gleichen Teilen auf die beiden Gruppen aufgeteilt. Innerhalb einer Zweiergruppe sichteten beide Rater 25 Prozent aller Texte. Es gab eine gute Übereinstimmung der Title-Abstract-Sichtung durch beide Rater in den beiden Gruppen (SD/UE: Cohens Kappa von $\kappa = ,82$; ASt/MS: Cohens Kappa von $\kappa = ,85$). Anschließend wurde die verbleibende Menge der zu sichtenden Abstracts zwischen den Ratern einer Gruppe gleichmäßig aufgeteilt und unabhängig gesichtet. Jeder Abstract wurde im Hinblick auf die Einschluss- und Ausschlusskriterien (vgl. Tab. 1) geprüft. Sobald eines der Ausschlusskriterien zutraf, wurde die Publikation aus dem weiteren Prozedere der Volltextsuche ausgeschlossen. Es wurden über eine 0/1-Kodierung für jeden Abstract (bei Mehrfach-Rater-Sichtung auch für jeden Rater) der Einschluss (1) bzw. Ausschluss (0) sowie der Ausschlussgrund dokumentiert. Von den 1.208 Publikationen für die Title-Abstract-Sichtung wurden 363 Publikationen (30 Prozent) für das Volltextscreening eingeschlossen (vgl. Abb. 1).

Um auch beim Volltextscreening ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wurden zunächst ca. 10 Prozent (n = 32) der in der Title-Abstract-Sichtung eingeschlossenen Texte von allen 4 Ratern hinsichtlich des Ein- oder Ausschlusses begutachtet und anschließend diskutiert. Die verbleibenden Volltexte wurden unter den vier Ratern aufgeteilt und nach Einschluss (1) bzw. Ausschluss (0) gesichtet. Sofern Unsicherheiten bei der Beurteilung auftraten, wurde ein zweiter Rater hinzugezogen und ein gemeinsames Urteil vorgenommen. Es wurden 123 Studien eingeschlossen.

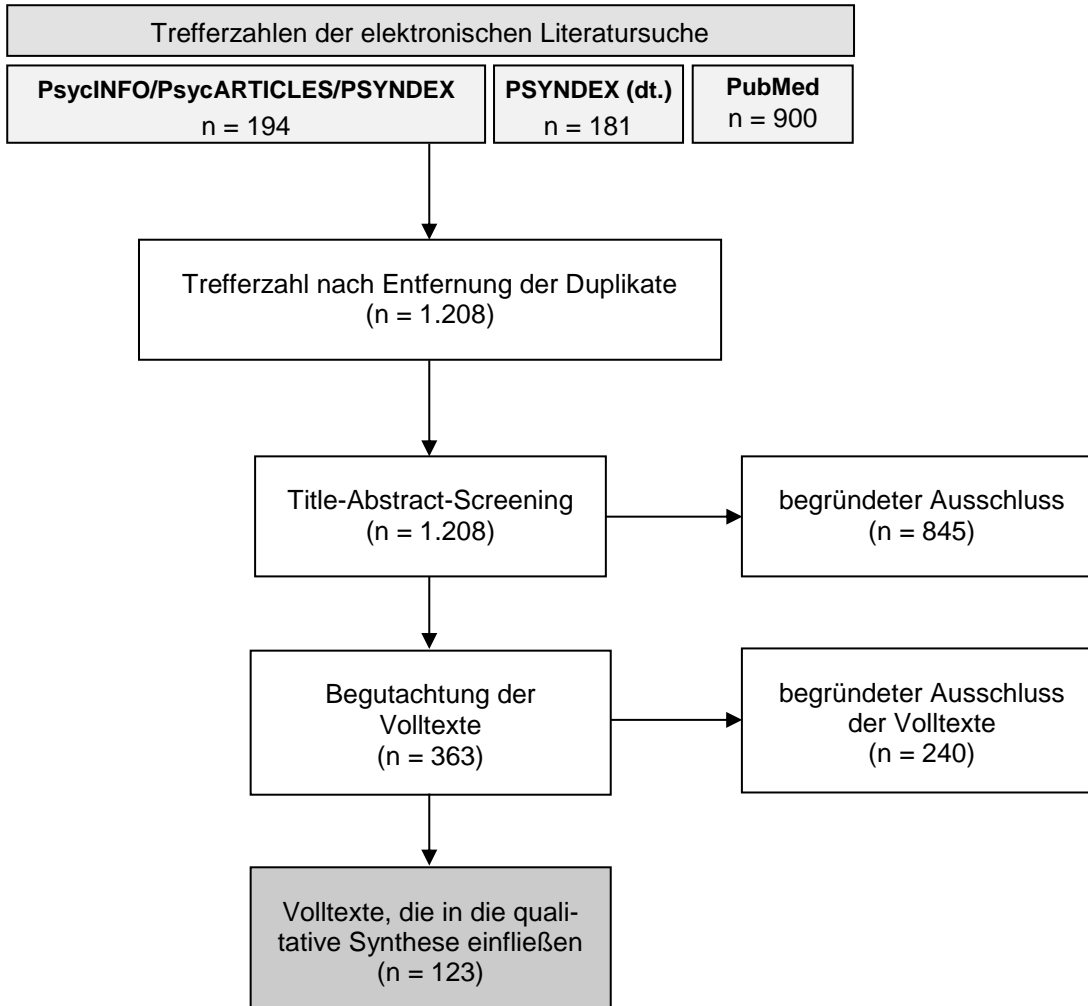


Abb. 1 Flussdiagramm zur Literatursuche im Scoping Review „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“

4. Beschreibung des Zusammenhangs zwischen dem Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“ und den Outcomes

Der Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“ kann je nach Ausprägung als Stressor oder als Unterstützung fungieren. Daher wird eine orientierende Unterscheidung in die Bereiche soziale Stressoren und soziale Unterstützung vorgenommen, denen wiederum unterschiedliche Merkmale zugeordnet werden. Diese Unterteilung wird im Folgenden begründet.

Der Bereich **soziale Stressoren** umfasst die Merkmale **(a) Mobbing/Workplace Bullying**, (sexuelle) Belästigung und sämtliche Arten feindseliger und aggressiver Verhaltensweisen³ sowie **(b) soziale Konflikte am Arbeitsplatz**.

Der Bereich **soziale Ressourcen** umfasst die Merkmale **(a) soziale Unterstützung** sowie **(b) Sozialklima (Teamklima und Teamzusammenhalt)**. Diese Merkmale sind jedoch nur in der positiven Ausprägung, d. h. beim Vorhandensein sozialer Unterstützung, eines positiven Klimas und eines hohen Zusammenhalts im Team im Sinne einer sozialen Ressource zu verstehen. Eine geringe Ausprägung der Merkmale wiederum kann als Stressor erlebt werden. Der besseren Übersichtlichkeit wegen werden Ergebnisse aller Studien zusammengefasst, die den Arbeitsbedingungsfaktor soziale Unterstützung erfasst haben, ebenso Studien zur Untersuchung von Sozialklima und Teamzusammenhalt, unabhängig von der Darstellung der Ergebnisse als Vorhandensein oder Fehlen dieser Ressource. Dies wird bei der Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

Häufig wurde in den Studien mehr als eine abhängige Variable im Zusammenhang mit dem Arbeitsbedingungsmerkmal untersucht. Sofern sich Outcomes einer Studie mehr als einer Outcome-Kategorie zuordnen ließen (z. B. Depression und Engagement), wurden sie doppelt gezählt und in den entsprechenden Kapiteln, d. h., also an mehreren Stellen in der Beschreibung wie Bewertung der Ergebnisse dargestellt. In Anlage 1 finden sich die Extraktionstabellen der eingeschlossenen Studien.

³ Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden der Begriff Mobbing verwendet. Er schließt jede Art feindseligen und aggressiven Verhaltens ein (zur Verwendung der Begriffe siehe Kapitel 1.1.2.1.).

4.1. Beschreibung zum Merkmal Mobbing

Tab. 2 Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal Mobbing und den Outcomes

	Sekundärstudien ⁴	Primärstudien: Längsschnitt	
		Interventionsstudien	Nicht-Interventionsstudien
mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen	9	0	24
Motivation, Arbeitszufriedenheit, Leistung	9	0	12
Outcome-unspezifisch		2 ⁵	

4.1.1. Beschreibung zum Merkmal Mobbing und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen

Die Beschreibung zum Merkmal Mobbing bezieht sich an dieser Stelle auf die mentale Gesundheit und das psychische Befinden als auch auf die psychischen Störungen.

Primärstudien

In 24 Längsschnittstudien wurden Zusammenhänge zwischen dem Merkmal Mobbing und der mentalen Gesundheit, dem psychischen Befinden und psychischen Störungen untersucht. Davon fokussierten 21 Studien den Zusammenhang zwischen Mobbing und psychischem Distress, psychischen Störungen und mentaler Gesundheit, 2 Studien den Zusammenhang zu Schlafstörungen und 1 Studie den zum Alkoholkonsum.

Die Mehrzahl der Studien wurde in Europa durchgeführt (Norwegen: k = 8, Dänemark: k = 3, Finnland: k = 4, Spanien: k = 2, je eine aus Deutschland, Italien, Niederlande, Schweden), zwei Studien in den USA und eine Studie in Australien.

Bei allen Studien handelte es sich um prospektive Längsschnittstudien, überwiegend mit zwei Erhebungszeitpunkten (k = 21), sehr häufig mit einer Follow-up-Zeit von ein bis zwei Jahren (k = 12). In nur drei Studien war der Beobachtungszeitraum kürzer als ein Jahr, vier Studien untersuchten die Probanden mit einer Nachbeobachtungszeit von drei bis sieben Jahren. Eine Studie hatte über drei Jahre zu drei Messzeitpunkten (Loerbroks et al., 2015) bzw. über fünf Jahre zu drei Messzeitpunkten (Laaksonen, Lallukka, Lahelma & Partonen, 2012) Daten erhoben. In einer anderen Studie wurden in zehn Jahren zehn Erhebungswellen durchgeführt (McGinley et al., 2011).

⁴ Gemeint sind systematische Reviews.

⁵ Im Rahmen des Scoping Reviews wurden auch Interventionsstudien eingeschlossen, die keine der hier relevanten Outcomes untersuchen, sondern nur die Expositionsreduktion evaluieren (z. B. verbesserter Umgang mit gewaltbezogenen Situationen). Diese sind daher in einer gesonderten Zeile aufgeführt.

Dabei wurde in 11 der Studien Mobbing und feindseliges Verhalten nur zum ersten Messzeitpunkt erhoben und in 13 Studien zu allen Erhebungszeitpunkten. Das psychische Befinden wurde in der Mehrzahl der Studien ($k = 21$) zu allen Messzeitpunkten erfragt und die Ausgangswerte des psychischen Befindens wurden meist in die Analysen mit aufgenommen. Daher handelt es sich immer um prospektive Zusammenhänge des Arbeitsbedingungsfaktors mit den abhängigen Variablen, sofern nicht explizit auf anderes hingewiesen wird.

In der Mehrzahl der Studien zeigte sich, dass Männer und Frauen mit Mobbingereferenzen zur Baseline-Befragung eine statistisch signifikant⁶ schlechtere psychische Gesundheit im Follow-up aufwiesen als solche ohne Mobbingereferenzen. Damit stellen Mobbingereferenzen einen Risikofaktor für eine schlechtere psychische Gesundheit dar. Dies zeigte sich für Merkmale psychischer Gesundheit wie

- emotionale Erschöpfung (Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2013),
- psychischer Distress bzw. mentale Gesundheit (Adriaenssens et al., 2013; Finne, Knardahl & Lau, 2011; Hogh, Henriksson & Burr, 2005; Hogh, Hoel & Carneiro, 2011; Hoobler, Rospenda, Lemmon & Rosa, 2010; Johannessen, Tynes & Sterud, 2013; Lahelma, Lallukka, Laaksonen, Saastamoinen & Rahkonen, 2012; Laine, Saastamoinen, Lahti, Rahkonen & Lahelma, 2014; Nielsen & Einarsen, 2012b; Nielsen, Hetland, Matthiesen & Einarsen, 2012; Nielsen, Tvedt & Matthiesen, 2013; Rodríguez-Muñoz, Moreno-Jiménez & Sanz-Vergel, 2015),
- Fatigue bzw. beeinträchtigte Vitalität (Hogh et al., 2005; Rodríguez-Muñoz et al., 2015) und
- Depression bzw. depressive Symptomatik (Figueiredo-Ferraz et al., 2015; Loerbroks et al., 2014; McTernan, Dollard & LaMontagne, 2013; Rodríguez-Muñoz et al., 2015; Rugulies et al., 2012; Stoetzer et al., 2009).

Reknes et al. (2014), aber auch Rodríguez-Muñoz et al. (2015) fanden bei der Untersuchung von psychischem Distress in der Follow-up-Erhebung erhöhte Werte für Angst und Fatigue (bzw. für reduzierte Vitalität), nicht aber für Depression, wenn Personen zur Baseline-Untersuchung Mobbingereferenzen berichteten.

Während das Erleben von Mobbing mit einer Verschlechterung psychischer Beschwerden einherging, konnte deren Verbesserung im Zusammenhang mit fehlenden Mobbingereferenzen nicht gezeigt werden (Laine et al., 2014). Dass Veränderungen in der Mobbing-situation mit einer veränderten psychischen Gesundheit einhergehen können, zeigt die Studie von Romeo et al. (2013), in der Personen untersucht wurden, die wegen ihrer Mobbingereferenzen Beratung in Anspruch nahmen. Während bei denen, die eine Verbesserung der sozialen Situation am Arbeitsplatz berichteten, die Werte für Depression, mentale Gesundheit und posttraumatischen Stress in den Normbereich zurückgingen, war dies für Personen mit unveränderter Mobbing-situation nur im Hinblick auf posttraumatischen Stress der Fall.

Zusammenhänge zwischen Mobbing und psychischer Gesundheit, operationalisiert als ärztliche Verordnung von Psychopharmaka, fanden sich nicht bzw. verschwanden nach Aufnahme weiterer Arbeitsplatzbedingungen (z. B. soziale Unterstützung) in die statistischen Modelle (Laaksonen et al., 2012).

⁶ Alle im Folgenden dargestellten Ergebnisse zu vorhandenen Zusammenhängen und Effekten stellen immer statistisch bedeutsame Befunde dar. Sofern keine statistische Signifikanz erreicht wurde, sind die Ergebnisse entsprechend als Nichtvorhandensein von Effekten beschrieben. Die Kennwerte der Analysen finden sich in der Extraktionstabelle in der Anlage 1.

In Studien der Arbeitsgruppe um Eriksen konnten keine Zusammenhänge zwischen Mobbing-Erfahrungen zur Baseline und anhaltender Fatigue (Eriksen, 2006) bzw. psychischem Distress (Eriksen, Tambs, & Knardahl, 2006) zum Follow-up beobachtet werden.

Die Ergebnisse zur Schlafqualität sind weniger eindeutig, d. h., Mobbing sagt Schlafstörungen nicht immer voraus und ist demzufolge nicht eindeutig als Risikofaktor zu identifizieren (Hansen, Hogh, Garde, & Persson, 2014; Lallukka, Rahkonen, & Lahelma, 2011). In einer Studie zum Alkoholkonsum sagte (sexuelle und allgemeine) Belästigung am Arbeitsplatz für beide Geschlechter einen problematischen Alkoholkonsum voraus (McGinley et al., 2011).

Die Mehrzahl der Studien berücksichtigte das Geschlecht als Variable in den Analysen, indem es als Prädiktor in die Modelle aufgenommen wurde oder vereinzelt getrennte Analysen für Männer und Frauen berechnet wurden (Hogh et al., 2005; Laaksonen et al., 2012; Lahelma et al., 2012; Lallukka et al., 2011; Stoetzer et al., 2009). Insgesamt sind Zusammenhänge zwischen Mobbing-Erfahrungen und psychischer Gesundheit in den vorliegenden Studien nur selten vom Geschlecht moderiert. So war bei Hogh et al. (2005) Mobbing bei Frauen mit einem erhöhten Risiko verbunden, Fatigue-Symptome zu entwickeln, nicht aber bei Männern. Während das Gefühl, vom Vorgesetzten ausgeschlossen zu werden, sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit einem erhöhten Risiko einherging, an einer Depression zu erkranken, war dies im Hinblick auf sozialen Ausschluss durch Kollegen nur bei den Frauen der Fall (Stoetzer et al., 2009).

Geschlechtsspezifische Unterschiede in den Befunden fanden sich auch in einer Studie, die sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz untersuchte (Nielsen & Einarsen, 2012b): Während bei Frauen die Erfahrung sexueller Belästigung zur Baseline mit erhöhtem Distress zum Follow-up einherging, fand sich dieser Zusammenhang nicht bei den Männern. Vielmehr zeigte sich bei ihnen, dass Distress zur Baseline mit einem erhöhten Risiko der sexuellen Belästigung zum Follow-up verbunden war.

Einige Studien berücksichtigten in ihren Analysen eine mögliche *reverse Beziehung* (reverse Kausalität) zwischen Exposition und Outcome. Es fanden sich signifikante Zusammenhänge sowohl zwischen Mobbing zur Baseline und psychischem Distress zum Follow-up als auch vice versa (Hogh et al., 2005; Hogh et al., 2011; Nielsen et al., 2012; Reknes et al., 2014; Rodríguez-Muñoz et al., 2015). Dabei geht die Mobbing-Erfahrung zur Baseline-Befragung mit einer schlechteren psychischen Gesundheit in der Follow-up-Befragung einher, eine eingeschränkte psychische Gesundheit zur Baseline aber auch mit einem erhöhten Risiko, zum Follow-up Mobbing-Erfahrungen zu berichten.

In einer Studie von Hogh et al. (2005) waren die Zusammenhänge zwischen Mobbing-Erfahrungen (nasty teasing) und Fatigue über die Zeit in beide Richtungen vergleichbar stark ausgeprägt, während mentale Gesundheit stärker von Mobbing beeinflusst wurde als umgekehrt (vgl. auch Hogh et al. (2011)). Einen reversen Effekt fanden Loerbroks et al. (2014) in ihrem Follow-up nach drei Jahren, nicht jedoch nach einem Jahr.

Die Stärke der Zusammenhänge zwischen erlebtem Mobbing und der psychischen Gesundheit variierte, sofern statisch bedeutsame Kennwerte berichtet wurden, zwischen eher schwachen Relationen von $\beta = -,14$ (Adriaenssens et al., 2013) bis hin zu einem deutlich erhöhten Risikoschätzer bei häufigem Mobbing mit einer Odds Ratio (OR) von 8,36. Die Mehrzahl der Odds Ratios deutet auf ein etwa 1,5- bis 2-faches Risiko eingeschränkter psychischer Gesundheit als Folge von Mobbing hin.

Studien, die weitere mögliche Kovariaten in die Analyse einbezogen, machen die Stabilität der Effekte deutlich. So bleiben Zusammenhänge zwischen Mobbing und der psychischen Gesundheit auch dann bestehen, wenn die Ausgangswerte des untersuchten Merkmals der psychischen Gesundheit statistisch kontrolliert wurden (Adriaenssens et al., 2013; Finne et al., 2011; Hogh et al., 2005; McGinley et al., 2011; McTernan et al., 2013; Nielsen & Einarsen, 2012b; Nielsen et al., 2012; Stoetzer et al., 2009). Auch die Stabilität der Kennwerte von Mobbing unter statistischer Kontrolle weiterer Arbeitsbedingungsfaktoren in der Mehrzahl der entsprechenden Analysen zeigt die Bedeutung von Mobbing für die psychische Gesundheit (Finne et al., 2011; McTernan et al., 2013; Nielsen et al., 2013; Stoetzer et al., 2009). Ausnahmen stellen dabei die Ergebnisse von Laaksonen et al. (2012) dar. Bei der Vorhersage von Schlafstörungen hingegen scheinen Einflussgrößen wie die Baseline-Werte von Schlaf und Gesundheit wichtiger zu sein als Mobbing-Erfahrungen, da Effekte nach Kontrolle dieser Variablen verschwinden oder zumindest kleiner werden (Hansen et al., 2014; Lallukka et al., 2011).

Zum Einfluss der Dauer der Mobbing-Erfahrungen lassen sich nur wenige Ergebnisse finden, die darüber hinaus nicht konsistent sind. Eine Studie weist auf einen stärkeren negativen Effekt des Mobbing mit der Dauer dieser Erfahrung hin (Figueiredo-Ferraz et al., 2015). Die Untersuchung von Finne et al. (2011), in der die Betroffenheit von Mobbing zu mehreren Messzeitpunkten erhoben wurde, findet Unterschiede im Befinden nur zwischen Mobbing- vs. Nicht-Mobbing-Betroffenen, nicht aber zwischen den Gruppen mit konsistenter (zu beiden Messzeitpunkten) oder wechselnder Mobbing-Erfahrung (nur zu einem der Messzeitpunkte).

Dass häufige Mobbing-Erfahrungen ein deutlich stärkeres Risiko für die Entwicklung von Depressionen haben als gelegentliches Mobbing, zeigt die Studie von Rugulies et al. (2012): Während bei weiblichen Befragten der Altenpflege, die gelegentliches Mobbing berichteten, das Risiko einer Depression im Vergleich zu Nichtbetroffenen um etwa das Zweifache erhöht war, war dies bei denen mit häufigen Mobbing-Erfahrungen um das Achtefache erhöht.

Sekundärstudien

Aus neun systematischen Reviews (in acht Publikationen) lassen sich Ergebnisse zum Zusammenhang von Mobbing und psychischem Befinden ableiten (Bowling & Beehr, 2006; Hershcovis & Barling, 2010a, 2010b; Moayed, Daraiseh, Shell & Salem, 2006; Nielsen & Einarsen, 2012a; Nielsen, Mageroy, Gjerstad & Einarsen, 2014; Topa Cantisano, Morales Dominguez & Depolo, 2008; Willness, Steel & Lee, 2007). Fünf der Publikationen stammen aus Nordamerika (Kanada: $k = 3$; USA: $k = 2$), zwei aus Norwegen, eine Publikation aus Spanien. Die Anzahl der eingeschlossenen Studien variierte zwischen 7 und 112, wobei davon 4 bis 42 Studien die hier relevanten Outcomes betrachteten. Eingeschlossen wurden sowohl Längsschnittstudien als auch Querschnittstudien. Sieben Reviews mit Metaanalysen berichteten statistische Zusammenhangswerte über alle eingeschlossenen Studien. Die verbleibenden zwei Reviews nehmen eine deskriptive Darstellung der Studien vor.

Untersuchte soziale Stressoren am Arbeitsplatz waren Mobbing, Aggressivität von Kollegen und Vorgesetzten und sexuelle Belästigung. Als abhängige Variablen wurden in den eingeschlossenen Studien Angst, Depression, Burnout, psychisches Befinden, psychologischer Distress, Schlafqualität/Schlafstörungen und posttraumatische Belastungsstörung untersucht.

Insgesamt stehen die Befunde der systematischen Reviews im Einklang mit den von uns bei Sichtung der Primärstudien gefundenen Zusammenhängen zwischen Mobbing und Belästigung am Arbeitsplatz und einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit bei den betroffenen Personen. Dabei sind die Zusammenhänge zur Schlafqualität weniger ausgeprägt bzw. eindeutig als die zu den anderen Merkmalen psychischen Befindens. Die Auswirkungen allgemeinen feindseligen Verhaltens auf das psychische Befinden sind dabei offenbar deutlicher als die der sexuellen Belästigung, wie Hershcovis und Barling (2010a) postulieren. Eine reverse Beziehung zwischen Mobbing und psychischer Gesundheit wird in einem Teil der systematischen Reviews gefunden (Nielsen & Einarsen, 2012a; Nielsen et al., 2014).

Interventionsstudien (Outcome-unspezifisch)

Zum Thema Mobbing wurden zwei Interventionsstudien in das Scoping Review eingeschlossen (Chipps & McRury, 2012; Mallette, Duff, McPhee, Pollex & Wood, 2011). Da die Interventionen Veränderungen in der Mobbingssituation im Unternehmen bzw. den Umgang damit zum Ziel hatten, können die Studien keiner untersuchten Outcome-Gruppe (psychisches Befinden; Motivation und Leistung) zugeordnet werden⁷. Beide Interventionsstudien wurden in Nordamerika durchgeführt (je eine in den USA und in Kanada) und zielten mit Lernprogrammen auf den Bereich der Krankenpflege.

Mallette et al. (2011) fokussierten auf die Sensibilisierung zum Thema, auf die Vermittlung von Kenntnissen zu Gewalt und Mobbing und den Erwerb von Fertigkeiten im Umgang damit anhand von Fallbeispielen. Zentrales Element war individuelles Lernen anhand eines Arbeitsbuchs, eines E-Learning-Programms oder einer virtuellen Lernumgebung bzw. einer Kombination der letzten beiden Methoden. Die Inhalte konnten sich die Teilnehmenden in etwa 20 Minuten erarbeiten. Angaben zum Befragungszeitraum wurden nicht gemacht.

Zur Prüfung der Programmeffekte wurden in einem Prä-Post-Design mit Kontrollgruppe Veränderungen im Hinblick auf theoretischen wie praktischen Wissenszuwachs (Prä-Post-Wissenstest, Post-Test zusätzlich: Bewertung des Verhaltens im Rollenspiel), Selbstwirksamkeit im Umgang mit Mobbing- und Gewaltsituationen durch Kollegen sowie die Zufriedenheit mit dem Programm untersucht. Es zeigte sich ein statistisch bedeutsamer Wissenszuwachs in allen Interventionsgruppen mit Ausnahme der Gruppe in der virtuellen Lernumgebung. Zwischen Interventionsgruppen und Kontrollgruppe zeigte sich kein Unterschied im Hinblick auf das Verhalten im Rollenspiel. Die Interventionsgruppen berichteten nach der Intervention eine größere Selbstwirksamkeit im Umgang mit gewaltbezogenen Situationen. Die Zufriedenheit mit der Intervention war hoch und in der Gruppe am größten, die eine Kombination aus E-Learning und virtueller Lernumgebung durchlaufen hatte.

Die Intervention von Chipps und McRury (2012) ist weniger genau beschrieben; deutlich wird aber, dass hier die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie im Sinne einer Abteilkultur zum Umgang mit Mobbing sowie die Thematisierung von Kommunikationsfertigkeiten im Vordergrund standen. Die Durchführung des Programms war auf drei Monate angelegt. Vier Monate nach Ende der Intervention wurde ein Follow-up durchgeführt. Der Studie liegt ein Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe zugrunde.

⁷ Zur Begründung des Einschlusses der Studien in das Scoping Review vgl. Kapitel 3.2.

Nach der Teamintervention (Chipps & McRury, 2012) fanden sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede im Hinblick auf Häufigkeit und Intensität des Mobbing; tendenziell zeigten die Befragten jedoch eine Zunahme beider Merkmale, also eine Verschlechterung. Gleichzeitig und der Tendenz entgegenlaufend gaben vor der Intervention 37 Prozent der Befragten an, mindestens einmal wöchentlich Ziel von Mobbing geworden zu sein. Nach der Intervention waren dies noch 6 Prozent. Die erfasste Arbeitszufriedenheit veränderte sich nicht.

4.1.2. Beschreibung zum Merkmal Mobbing und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung

Die Beschreibung zum Merkmal Mobbing bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die Motivation als auch auf die Arbeitszufriedenheit und die Leistung.

Primärstudien

Zwölf Längsschnittstudien (in neun Publikationen) untersuchten Zusammenhänge zwischen dem Merkmal Mobbing und der Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung. Dabei fokussierten die Studien auf

- Langzeiterkrankung (Aagestad, Johannessen, Tynes, Gravseth & Sterud, 2014),
- Fehlzeiten aufgrund von Krankheit (Hultin et al., 2011; McTernan et al., 2013),
- Vitalität und Engagement bei der Arbeit (Adriaenssens et al., 2013; Rodríguez-Muñoz, Baillien, De Witte, Moreno-Jiménez & Pastor, 2009; Rodríguez-Muñoz et al., 2015),
- Leistung (McTernan et al., 2013),
- unternehmensschädigendes Arbeitsverhalten (*workplace deviance*) (Vogel & Mitchell, 2015),
- Arbeitszufriedenheit (Adriaenssens et al., 2013; Heponiemi, Kouvonen, Virtanen, Vanska & Elovainio, 2014; Rodríguez-Muñoz et al., 2009),
- Jobwechselabsichten (Adriaenssens et al., 2013; Heponiemi et al., 2014) und bereits erfolgten Jobwechsel (Hogh et al., 2011).

Die Studien wurden überwiegend in Europa (Belgien, Dänemark, Finnland, Niederlande, Norwegen, Schweden, Spanien) durchgeführt, je eine in Australien und den USA. In elf der zwölf Studien wurden Daten zu zwei Messzeitpunkten, in einer Studie (Hogh et al., 2011) zu drei Messzeitpunkten erhoben. Der Untersuchungszeitraum war mit einem Monat bzw. drei Wochen für tägliche Aufzeichnungen am kürzesten in den Studien von Vogel und Mitchell (2015) und variierte in den verbleibenden Studien von drei Monaten (Hultin et al., 2011, hier variierten die Zeiten von drei bis zwölf Monaten) bis vier Jahren (Heponiemi et al., 2014).

Die Ergebnisse zeigen in einem Teil der Studien signifikante Zusammenhänge zwischen Mobbing einerseits und Leistungsfähigkeit sowie Engagement (Rodríguez-Munoz et al., 2015) bzw. Fehlzeiten und Leistungseinbußen (McTernan et al., 2013) andererseits. Diese Zusammenhänge werden durch das Auftreten depressiver Symptome vermittelt. Weiterhin wiesen Mobbing Erfahrungen zur Baseline einen Zusammenhang mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit (Heponiemi et al., 2014; Rodríguez-Muñoz et al., 2009), stärkeren Jobwechselabsichten (Heponiemi et al., 2014) und einem geringeren Arbeitsengagement (Rodríguez-Muñoz et al., 2009) zum Zeitpunkt der Follow-up-Untersuchung auf. Gelegentliche Mobbing Erfahrungen waren bei Hogh et al. (2011) mit einem 1,5-fachen

Risiko, häufige Mobbingerfahrungen sogar mit einem 3-fachen Risiko verbunden, den Job innerhalb eines Jahres (des Jahres zwischen Baseline- und Follow-up-Untersuchung) gewechselt zu haben. Auch feindseliges Verhalten des Vorgesetzten als eine Form der *workplace violence* und damit des Mobbings ist mit „unternehmensschädigendem Verhalten“ verbunden (z. B. Einlegen längerer Pausen als vorgegeben, Vogel & Mitchell, 2015), welches im Sinne einer eingeschränkten Motivation und Leistung verstanden werden kann.

Diese Einflüsse von Mobbing auf motivationale Aspekte finden sich jedoch nicht in allen Studien. So verschwand der ungünstige Effekt von Mobbing auf Fehlzeiten (Langzeiterkrankungen von mehr als acht Wochen) in der Untersuchung von Aagestad et al. (2014), nachdem gleichzeitig weitere psychosoziale Arbeitsbedingungen (wenig unterstützender Führungsstil des Vorgesetzten, geringe Kontrollmöglichkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten) in die Analysen aufgenommen wurden. Auch bei Adriaenssens et al. (2013) fanden sich keine Zusammenhänge zwischen Mobbing (social harassment) zur Baseline und Arbeitszufriedenheit, Arbeitsengagement und Jobwechselabsichten zum folgenden Erhebungszeitpunkt.

Das Vorhandensein von Zusammenhängen zwischen Mobbing bzw. jeglicher Form von Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz bzw. Problemen mit Kollegen oder Vorgesetzten war bei Hultin et al. (2011) abhängig von der Analysemethode und vom betrachteten Konzept sozialer Beziehungen. Für Mobbing zeigten sich keine Zusammenhänge zu Fehlzeiten, unabhängig davon, welcher Beobachtungszeitraum in den Analysen berücksichtigt wurde. Für Probleme mit Kollegen bzw. Vorgesetzten fanden sich ebenfalls keine Zusammenhänge zur Krankmeldung, wenn die beiden letzten Arbeitstage vor der Krankmeldung im Hinblick auf das Auftreten von sozialen Problemen als Beobachtungszeitraum definiert worden waren. Ein Beobachtungszeitraum von zwei Wochen vor Krankmeldung hingegen zeigte, dass sich das Risiko einer Krankmeldung statistisch signifikant erhöhte, wenn in dieser Zeit Probleme mit Kollegen (OR = 4,68) oder Vorgesetzten (OR = 3,63) aufgetreten waren (vgl. auch Kapitel 4.2.3.).

In den acht der zwölf Studien, in denen das Geschlecht in den Analysen berücksichtigt wurde, zeigte sich kein moderierender Effekt, d. h., die vorhandenen oder auch ausbleibenden Zusammenhänge zwischen Mobbing und Motivation, Leistung und Zufriedenheit unterschieden sich nicht zwischen Männern und Frauen.

Reverse Beziehungen zwischen Mobbing und motivationalen Aspekten wurden nur vereinzelt betrachtet. Zwischen Mobbing zum Follow-up und Arbeitsengagement zur Baseline fanden sich bei Adriaenssens et al. (2013) keine signifikanten Zusammenhänge (Korrelationen). Moderate positive Zusammenhänge ergaben sich jedoch für Arbeitszufriedenheit und Jobwechselabsichten zur Baseline und Mobbing zum Follow-up. Geringer Elan bei der Arbeit zur Baseline war mit ausgeprägteren Mobbingerfahrungen zum Follow-up verbunden (Rodríguez-Muñoz et al., 2015).

Die Größe der gefundenen Zusammenhänge, sofern statistisch bedeutsame Effekte gefunden wurden, variiert zwischen den Untersuchungen und in Abhängigkeit der eingesetzten Analysemethode. Studien, die Odds Ratios angaben, weisen auf ein 1,6- bis 4,7-fach erhöhtes Risiko hin, aufgrund von Mobbing ungünstigen motivationalen Folgeerscheinungen ausgesetzt zu sein. Korrelationskoeffizienten variieren zwischen $r = -,14$ bis $r = -,31$.

Einflüsse des Alters auf die Zusammenhänge wurden häufig berücksichtigt. Ergebnisse wurden dazu jedoch nicht gesondert berichtet. Sofern die Baseline-Werte der motivatio-

nen Outcomes berücksichtigt wurden, erwiesen sich diese als stärkste Prädiktoren der Follow-up-Ergebnisse (Adriaenssens et al., 2013). Es zeigte sich weiterhin, dass weitere Arbeitsplatzbedingungen die Zusammenhänge zwischen Mobbing und Motivation, Leistung und Zufriedenheit verändern können. Für Langzeiterkrankungen waren offensichtlich Faktoren wie Führungsstil und Rollenkonflikte relevanter als Mobbing (Aagestad et al., 2014). Heponiemi et al. (2014) konnten zeigen, dass die stärksten Jobwechselabsichten bei Befragten mit Mobbing Erfahrungen und geringen Kontrollmöglichkeiten auftraten. Demgegenüber änderten sich die Zusammenhänge zwischen Mobbing und erfolgtem Jobwechsel in der Studie von Hogh et al. (2011) nicht, wenn Unterstützung und Gemeinschaftsgefühl in die Analysen aufgenommen wurden.

Sekundärstudien

Zehn systematische Reviews aus neun Publikationen wurden zum Zusammenhang von Mobbing und Leistung bzw. Motivation und Zufriedenheit in das Scoping Review eingeschlossen (Bowling & Beehr, 2006; Hershcovis & Barling, 2010a, 2010b; Lapierre, Spector & Leck, 2005; Moayed et al., 2006; Nielsen & Einarsen, 2012a; Topa Cantisano et al., 2008; Willness et al., 2007; Yang, Caughlin, Gazica, Truxillo & Spector, 2014).

Sieben der Publikationen stammen aus Nordamerika (Kanada: $k = 4$; USA: $k = 3$), eine Publikation aus Norwegen und eine aus Spanien. Die Anzahl der eingeschlossenen Studien variierte zwischen 7 und 112 (zur Betrachtung von Leistung und Motivation konnten zwischen 5 und 42 Studien herangezogen werden), wobei es sich sowohl um Reviews zu Längsschnittstudien als auch um Reviews zu Querschnittstudien handelt. Nur eines der Reviews beschrieb die einbezogenen Studien ausschließlich deskriptiv (nur zwei Studien davon für die hier aufgeführten Outcomes von Bedeutung), die anderen nutzten metaanalytische Verfahren.

In den Analysen betrachtete soziale Stressoren am Arbeitsplatz waren Mobbing, Aggressivität von Kollegen und Vorgesetzten und sexuelle Belästigung. Als abhängige Variablen wurden Zufriedenheit (mit Kollegen, mit Vorgesetzten, mit der Arbeit allgemein), Engagement und Bindung an das Unternehmen, Rückzug aus der Arbeit, Fehlzeiten, Jobwechsel bzw. Jobwechselabsichten und Leistung untersucht. Keines der Reviews fokussierte nur eine eng umschriebene Berufsgruppe.

Es zeigten sich moderate negative Zusammenhänge zwischen Mobbing und der Zufriedenheit mit der Arbeit (Zufriedenheit mit Kollegen, Vorgesetzten, der Arbeit allgemein) ($r = -,21$ bis $r = -,49$) sowie einem verminderten Engagement bzw. einer verminderten Bindung an das Unternehmen ($r = -,19$ bis $r = -,40$). Weiterhin ist Mobbing mit stärker ausgeprägtem Rückzug aus der Arbeit ($r = ,19$ bis $r = ,39$), höheren Fehlzeiten ($r = ,06$ bis $r = ,12$) und stärkeren Jobwechselabsichten oder erfolgtem Jobwechsel verbunden ($r = ,21$ bis $r = ,39$).

Auch sexuelle Belästigung geht mit reduzierter arbeitsbezogener Zufriedenheit ($r = -,29$ bis $r = -,35$), mit einem verminderten Engagement bzw. verminderter Bindung an das Unternehmen ($r = -,20$ bis $r = -,29$), mit stärkerem Rückzug aus der Arbeit ($r = ,29$ bis $r = ,30$) sowie mit stärkeren Jobwechselabsichten oder erfolgtem Jobwechsel ($r = ,21$) einher.

Zusammenhänge zur Leistung waren weniger eindeutig und reichten von nicht signifikanten bis nur schwachen negativen Zusammenhängen für Mobbing ($r = -,12$) bzw. sexuelle Belästigung ($r = -,22$ bis $r = -,23$).

Sofern Mobbing bzw. aggressives Verhalten nach Verursacher getrennt erhoben wurde, zeigten sich stärkere abträgliche Effekte auf Motivation und Leistung, wenn die Gewalt vom Vorgesetzten ausging, im Vergleich zur Gewalt durch Kollegen (Hershcovis & Barling, 2010b). Inwiefern Auswirkungen in Abhängigkeit von der Art der Gewalt variieren, wurde nicht systematisch erfasst. Lediglich Lapierre et al. (2005) konstatierten, dass der Zusammenhang zur arbeitsbezogenen Zufriedenheit für nicht sexuelle Gewalt stärker war als für sexuelle Belästigung.

Die Ergebnisse der Metaanalysen stehen im Einklang mit den von uns bei Sichtung der einzelnen Längsschnittstudien gefundenen Zusammenhängen zwischen Mobbing und psychischem Befinden einerseits sowie Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung andererseits.

4.1.3. Zusammenfassung der Befunde zum Merkmal Mobbing

Zusammenfassend zeigt sich für das Merkmal Mobbing, dass vor allem Auswirkungen auf die mentale Gesundheit bzw. auf psychischen Distress sowie auf Depression und Fatigue relativ häufig in prospektiven Längsschnittanalysen untersucht wurden. Untersuchungen zu Burnout, Schlaf und Alkoholkonsum finden sich eher selten.

Die Befunde weisen dabei recht konsistent auf einen gesundheitsschädigenden Einfluss sämtlicher Formen von Gewalt bei der Arbeit (Mobbing, sexuelle Belästigung etc.) im Sinne eines erhöhten Risikos von psychischem Distress, Depression und Fatigue hin. Dieses erhöhte Risiko findet sich in vergleichbarer Weise bei Männern und Frauen. Die Ergebnisse zum Schlaf sind weniger eindeutig, zum Alkoholkonsum und Burnout lassen sich aufgrund einer sehr geringen Studienzahl keine belastbaren Aussagen ableiten. Ein Teil der Studien untersucht auch reverse Effekte, aus denen hervorgeht, dass zwar der von Mobbing auf eine beeinträchtigte psychische Gesundheit ausgehende Effekt stärker ist als vice versa, dass aber das psychische Befinden im Erleben von Mobbing eine wichtige Rolle spielt.

Insgesamt stehen die Befunde der verfügbaren Reviews (teilweise mit Metaanalysen) im Einklang mit den von uns bei Sichtung der Primärstudien gefundenen Zusammenhängen zwischen Mobbing und Belästigung am Arbeitsplatz und einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit bei den betroffenen Personen. Diese Reviews beziehen nicht nur Längsschnittstudien, sondern teilweise auch Querschnittstudien ein.

Die Wirkungen von Mobbing auf Leistung, Motivation, Zufriedenheit sind in weniger Längsschnittstudien untersucht als die von Mobbing auf psychische Gesundheit. Auch die Befunde sind weniger einheitlich. Am deutlichsten wird, dass Beschäftigte mit Mobbing-erfahrungen eine geringere Leistung, geringeres Engagement und eine geringere Bindung an das Unternehmen sowie eine reduzierte Arbeitszufriedenheit berichten. Ein Zusammenhang zwischen Mobbing und Fehlzeiten sowie zwischen Mobbing und stärkeren Jobwechselabsichten oder erfolgtem Arbeitswechsel findet sich vereinzelt. Reverse Effekte wurden nur in wenigen Studien untersucht und zeigen unsystematisch, dass eine geringe Arbeitszufriedenheit und Jobwechselabsichten zur Baseline mit erhöhtem Mobbingrisiko zum Follow-up verbunden sind.

Nur zwei Interventionsstudien wurden eingeschlossen, die sich nicht mit den infrage stehenden Outcomes, sondern mit der Prävention von Mobbing (also gewissermaßen mit der Expositionsreduzierung) beschäftigten. Beide wurden für den Pflegebereich entwickelt und stellen unterschiedliche Ansätze dar. Hinweise auf die Wirksamkeit im Wissenserwerb zum Thema Mobbing fanden sich, die Wirkungen auf die Wahrnehmung der sozialen Ar-

beitsumgebung blieben hinter den Erwartungen zurück. Die Studienlage macht das Fehlen von Untersuchungen deutlich, aus denen sich wirksame (berufsübergreifende wie berufs-spezifische) Maßnahmen zur Prävention von sozialer Gewalt und Mobbing am Arbeitsplatz und zum Umgang damit ableiten lassen.

4.2. Beschreibung zum Merkmal soziale Konflikte

Tab. 3 Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal soziale Konflikte und den Outcomes

	Sekundärstudien	Primärstudien: Längsschnitt	
		Interventionsstudien	Nicht-Interventionsstudien
mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen	3	0	6
Motivation, Arbeitszufriedenheit, Leistung	0	0	4
Outcome-unspezifisch		1	

4.2.1. Beschreibung zum Merkmal soziale Konflikte und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen

Die Beschreibung zum Merkmal soziale Konflikte bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf das psychische Befinden und die mentale Gesundheit als auch auf die psychischen Störungen.

Sechs Längsschnittstudien und drei systematische Reviews untersuchten die Zusammenhänge zwischen dem Merkmal soziale Konflikte und diesen Outcomes.

Primärstudien

Die Studien untersuchten Angst (Andrea, Bultmann, Van Amelsvoort & Kant, 2009), Depression (Andrea et al., 2009; Magnusson Hanson et al., 2009; Stoetzer et al., 2009), Fatigue und Erholungsphasen nach der Arbeit (De Raeve et al., 2009), emotionale Erschöpfung (Magnusson Hanson, Theorell, Oxenstierna, Hyde & Westerlund, 2008) und Schlafqualität (Pereira & Elfering, 2014).

Alle Studien wurden in Europa durchgeführt (Niederlande: k = 2, Schweden: k = 3, Schweiz: k = 1). Sechs der Studien erhoben Daten zu zwei Messzeitpunkten. Bei De Raeve et al. (2009) wurden zu sieben Zeitpunkten Daten erfasst, in die Analysen gingen jedoch nur die Daten von drei Messzeitpunkten ein. Die Erhebungszeiträume variierten zwischen sechs Wochen und drei Jahren.

Konflikte mit Kollegen zur Baseline hatten in der Untersuchung von Andrea et al. (2009) auf die Entwicklung (sub-)klinischer Angstsymptome zum Follow-up keinen Einfluss. Konflikte mit Vorgesetzten waren hingegen mit einem beinahe auf das Doppelte erhöhten Ri-

siko verbunden, Angstsymptome zu berichten, wenn in den Analysen der Einfluss soziodemografischer Faktoren und des Gesundheitszustandes (Rauchen, chronische Erkrankungen) kontrolliert wurde. Sobald jedoch weitere Arbeitsbedingungsfaktoren einbezogen wurden (z. B. psychische Arbeitsanforderungen, soziale Unterstützung), verlor der Zusammenhang seine statistische Signifikanz.

Ein vergleichbarer Effekt fand sich in derselben Studie auch für Konflikte mit Kollegen und die Entwicklung depressiver Symptome. Während für depressive Symptome zum Follow-up das Erleben von Konflikten mit Vorgesetzten zur Baseline in keinem der Modelle von Bedeutung war, zeigte sich ein verdoppeltes Risiko, zum Follow-up depressive Symptome zu zeigen, wenn zur Baseline Konflikte mit Kollegen vorhanden waren. Dieser Effekt fand sich nicht mehr nach Kontrolle weiterer Arbeitsplatzbedingungen.

Auch Magnusson Hanson et al. (2009) fanden uneinheitliche Zusammenhänge zwischen Konflikten und depressiver Symptomatik. In getrennten Regressionsmodellen für Männer und Frauen, in denen weitere Arbeitsmerkmale kontrolliert wurden, fanden sich für die Frauen keine Zusammenhänge zwischen Konflikten mit Kollegen oder Konflikten mit Vorgesetzten und Depressionen. Bei Männern hingegen sagte das Vorhandensein von Konflikten mit Kollegen (nicht aber mit Vorgesetzten) ausgeprägtere depressive Symptome zum Follow-up vorher. Dieser Effekt blieb auch dann bestehen, wenn ein zur Baseline erhobener Indikator für depressive Symptome im Modell berücksichtigt wurde.

Auch die Ergebnisse der Untersuchung von Stoetzer et al. (2009) zeigten Veränderungen in den Zusammenhängen nach Berücksichtigung des Geschlechts. Während in der Gesamtstichprobe (nach Kontrolle der Baseline-Werte für Depression) ernsthafte Konflikte bei der Arbeit mit einem erhöhten Risiko verbunden waren, depressive Symptome zu entwickeln (OR = 1,4), fand sich dieser Effekt nicht bei getrennter Betrachtung von Männern und Frauen. Dieser Befund basiert auf der Nutzung eines Cut-offs des Major Depression Inventory (MDI) anhand der Summenwerte der untersuchten Stichprobe. Zogen die Autoren aber einen Cut-off-Wert auf Grundlage der DSM-IV-Kriterien als Outcome heran, zeigte sich für die Gesamtstichprobe ebenfalls ein erhöhtes Depressionsrisiko, wenn Konflikte bei der Arbeit erlebt worden waren (OR = 1,6). Eine geschlechtsspezifische Auswertung erfolgte aufgrund zu geringer Prävalenzen einer Depression nach DSM-IV nicht.

Keine Zusammenhänge fanden sich zwischen Konflikten mit Kollegen bzw. mit Vorgesetzten und emotionaler Erschöpfung in einer Untersuchung von Magnusson Hanson et al. (2008). Dies galt sowohl für Männer als auch für Frauen.

Konflikte mit Kollegen und auch Konflikte mit Vorgesetzten stellten jedoch ein statistisch bedeutsames Risiko für die Entwicklung anhaltender Fatigue (bis zu OR = 1,64) und eines erhöhten Erholungsbedürfnisses (need for recovery; bis zu OR = 1,90) zum Follow-up dar (De Raeve et al., 2009).

Schließlich berichteten Pereira und Elfering (2014), dass soziale Konflikte mit Kollegen zur Baseline eine über zwei Wochen objektiv gemessene häufigere Schlafunterbrechung vorhersagten, andere schlafbezogene Parameter (wie z. B. subjektives Erleben der Schlafqualität, gemessene Einschlafzeit) jedoch nicht. Eine reverse Beziehung im Sinne eines Einflusses von objektiver wie subjektiver Schlafqualität auf soziale Stressoren bestand nicht.

Insgesamt findet sich in der Mehrzahl der Studien ein positiver Zusammenhang zwischen sozialen Konflikten und einer Beeinträchtigung des psychischen Befindens; in einigen (wenigen) Studien erreicht dieser Zusammenhang statistische Signifikanz.

Sekundärstudien

In das vorliegende Review wurden zum Merkmal soziale Konflikte und zu Zusammenhängen zur psychischen Gesundheit drei systematische Reviews eingeschlossen (Adriaenssens et al., 2015; Lee, Seo, Hladkyj, Lovell & Schwartzmann, 2013; Stansfeld & Candy, 2006). Die Autoren der Studien stammen aus Dänemark, Großbritannien und aus Kanada. Die Arbeiten schlossen 11, 17 und 65 Untersuchungen ein, von denen zur Auswertung der Zusammenhänge von Konflikten und psychischem Befinden zwischen drei und sieben Studien einbezogen wurden. Zwei Reviews berechneten in Metaanalysen studienübergreifende Kennwerte für Zusammenhänge, ein Review nahm eine deskriptive Auswertung vor (Adriaenssens et al., 2015).

Adriaenssens et al. (2015) und Lee et al. (2013) fokussierten auf Burnout. Es fanden sich moderate positive Zusammenhänge: Konflikte und Gewalt bei der Arbeit waren mit emotionaler Erschöpfung ($r = ,34$) und Depersonalisierung ($r = ,42$) verbunden (Lee et al., 2013). Bei Adriaenssens et al. (2015) findet sich nur eine Studie, die Zusammenhänge mit sozialen Konflikten in einem querschnittlichen Design untersucht (García-Izquierdo & Ríos-Rísquez, 2012). Diese Studie berichtet einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Konflikten und erhöhter emotionaler Erschöpfung und Depersonalisierung sowie verminderter Leistungsbereitschaft.

Stansfeld und Candy (2006) berichten von fünf metaanalytisch auswertbaren Studien zum Zusammenhang zwischen schlechten sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz (Konflikte, mangelnde soziale Unterstützung) und psychischen Störungen (Depressionen, psychiatrische Störungen, psychischer Distress). Dabei zeigt sich ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen, wenn am Arbeitsplatz schlechte zwischenmenschliche Beziehungen vorherrschen (OR = 1,32).

Interventionsstudien (Outcome-unspezifisch)

Eine Interventionsstudie konnte zum Merkmal soziale Konflikte eingeschlossen werden (Ostermann, Bertram, & Bussing, 2010). Die in Deutschland im Bereich Krankenpflege durchgeführte Intervention evaluierte einen Teambuilding-Ansatz, an dem Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal in einer neurologischen Rehaklinik teilnahmen. Zum Prozess der Teamentwicklung gehörte die Entwicklung von Konfliktlösekompetenzen, von Strategien zur Verbesserung der Leistung und Zielerreichung im Team sowie von Problemlösestrategien. Daten wurden zu drei Messzeitpunkten, jeweils im Abstand von einem Jahr, erhoben: Baseline ($n = 40$), während des Teamentwicklungsprozesses ($n = 50$) und nach der Intervention ($n = 47$). Dabei ist nicht eindeutig erkennbar, inwiefern eine längsschnittliche Auswertung der Daten oder eine getrennte Analyse der Querschnitte vorgenommen wurde. Angesichts des kleinen Teams, in dem die Intervention/Evaluation durchgeführt wurde ($n = 55$), kann von einer hohen Übereinstimmungsquote der Teilnehmenden zwischen den Messzeitpunkten ausgegangen werden.

Im Laufe der Intervention verbesserte sich die Einschätzung von zwei zur Erfassung von Konflikten eingesetzten Items signifikant, gemessen an der Verteilung der Antwortkategorien. Während zur Baseline 25 Prozent der Befragten angaben, dass (1) Konflikte zwischen den Kollegen die Patientenversorgung beeinträchtigten, stimmten dem zu den folgenden Messzeitpunkten nur noch 15 Prozent bzw. 16 Prozent zu. (2) Loyalitätsprobleme dem Team gegenüber gab zur Baseline gut die Hälfte der Befragten an, zu den beiden Nacherhebungen nur noch knapp ein Drittel. Die Autoren weisen darauf hin, dass im Hinblick auf diese zwei Aspekte in der untersuchten Klinik besonderer Handlungsbedarf be-

stand: Zur Baseline wiesen beide Items verglichen mit anderen Fragen zur Arbeitsumgebung die höchste Rate an fehlenden Werten auf (27,5 Prozent).

Die Autoren konstatieren, dass es nur eine signifikante Verbesserung gegeben hatte: im Hinblick auf den konstruktiven Umgang mit Konflikten, nicht aber im Hinblick auf Arbeitsbelastung, Selbstverwirklichung und Klientenzufriedenheit (wobei diese Skalen zur Baseline auf bereits recht günstige Ausprägungen (T-Werte) der Merkmale hinweisen).

Die Studie gibt einen Hinweis auf das Potenzial von Teambuilding-Prozessen auf die Verbesserung des Umgangs mit Konflikten, allerdings lassen sich die Ergebnisse angesichts der kleinen Stichprobe und Beschränkung auf den Gesundheitsbereich nur eingeschränkt verallgemeinern.

4.2.2. Beschreibung zum Merkmal soziale Konflikte und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung

Die Beschreibung zum Merkmal soziale Konflikte bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die Motivation als auch auf die Arbeitszufriedenheit und die Leistung.

Primärstudien

Zur Prüfung von Zusammenhängen zwischen sozialen Konflikten und Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung konnten vier Studien (Italien, Japan, Niederlande, Schweden) in das Scoping Review aufgenommen werden, die Arbeitsplatzwechsel (De Raeve et al., 2009) und Fehlzeiten aufgrund von Krankheit (Falco, Girardi, Marcuzzo, De Carlo & Bartolucci, 2013; Hultin et al., 2011; Ishizaki et al., 2013) untersuchten.

Studien zu Fehlzeiten betrachteten diese im Abstand von einem Jahr nach der Baseline-Erhebung (nur bei Hultin et al., 2011, variierte die Follow-up-Zeit zwischen verschiedenen Unternehmen zwischen drei und zwölf Monaten), die Untersuchung zum Jobwechsel war über zwei Jahre angelegt (drei Messzeitpunkte ausgewertet).

Falco et al. (2013) prüften anhand eines pfadanalytischen Modells den indirekten Zusammenhang zwischen Konflikten mit Kollegen bzw. mit Vorgesetzten und Fehlzeiten, vermittelt über psychophysiologische Beanspruchung. Ein Zusammenhang fand sich für Konflikte mit Kollegen, nicht aber für Konflikte mit Vorgesetzten. Somit lässt sich annehmen, dass insbesondere Konflikte mit Kollegen mit erhöhter Beanspruchung einhergehen, die wiederum mit einem Anstieg in den krankheitsbedingten Fehlzeiten verbunden sind. Allerdings zeigte sich eine Interkorrelation beider Konfliktquellen, d. h., Befragte, die Konflikte mit Kollegen angaben, erlebten mit höherer Wahrscheinlichkeit auch Konflikte mit Vorgesetzten. Zur Häufigkeit von Konflikten mit Kollegen und mit Vorgesetzten machten die Autoren keine Angaben. Grundsätzlich kann eine unterschiedliche Häufigkeit von Konflikten mit Kollegen und mit Vorgesetzten dazu führen, dass sich für die eine Konfliktquelle ein signifikanter Zusammenhang zeigt und für die andere nicht.

Demgegenüber fanden sich bei Ishizaki et al. (2013) keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Konflikten innerhalb von Arbeitsgruppen bzw. zwischen Arbeitsgruppen und Langzeiterkrankungen nach Kontrolle von Alter, Geschlecht, Gesundheitsverhalten und depressiven Symptomen.

Das Vorhandensein von Zusammenhängen zwischen Problemen mit Kollegen oder Vorgesetzten war bei Hultin et al. (2011) abhängig von der Analyseverfahren: Wurden die beiden letzten Arbeitstage vor der Krankmeldung im Hinblick auf das Auftreten sozialer Prob-

leme als Beobachtungszeitraum definiert, fanden sich keine Zusammenhänge zwischen Problemen mit Kollegen bzw. Vorgesetzten und der Krankmeldung. Wurde jedoch ein Beobachtungszeitraum der letzten zwei Wochen vor Krankmeldung zugrunde gelegt, erhöhte sich das Risiko einer Krankmeldung statistisch signifikant, wenn in dieser Zeit Probleme mit Kollegen (OR = 4,68) oder Vorgesetzten (OR = 3,63) aufgetreten waren. De Raeve et al. (2009) untersuchten den Arbeitsplatzwechsel (innerhalb des Unternehmens und den Wechsel zu einem anderen Unternehmen: interner vs. externer Wechsel zum dritten Messzeitpunkt) in Abhängigkeit von Exposition sozialer Konflikte zu beiden, zu einem oder zu keinem Messzeitpunkt.

Konflikte mit Kollegen hatten keinen Einfluss auf einen internen Wechsel, waren aber in allen Gruppen, die Konflikte berichteten (unabhängig vom Messzeitpunkt), mit einem erhöhten Risiko verbunden, zu einem anderen Unternehmen zu wechseln (OR zwischen OR = 2,35 und 2,5). Konflikte mit Vorgesetzten waren bei Befragten mit einem höheren Risiko verbunden, zum dritten Messzeitpunkt einen internen oder externen Jobwechsel vollzogen zu haben, wenn diese zu beiden Zeitpunkten oder zum zweiten Befragungszeitpunkt Konflikte berichtet hatten. Dabei erfolgte eher ein externer Arbeitsplatzwechsel (OR = 3,07 bzw. 3,65) als einer innerhalb des Unternehmens (OR = 1,59 bzw. 1,76).

Die Zusammenhänge blieben stabil nach Kontrolle möglicher Einflussvariablen (z. B. Alter, Geschlecht, weitere Arbeitsplatzbedingungen). Selbst soziale Unterstützung konnte den abträglichen Einfluss sozialer Konflikte auf die berufliche Mobilität nicht statistisch bedeutsam abmildern.

Für das Geschlecht wurden die Analysen nur in einer Studie kontrolliert und keine Effekte berichtet. Reverse Beziehungen zwischen den Konflikten und den Outcomes wurden nicht untersucht.

Interventionsstudien

Die Ergebnisse der Interventionsstudie (Ostermann et al., 2010) zur Beeinflussung des Merkmals soziale Konflikte (ohne Untersuchung gesundheitsbezogener Outcomes) werden im Kapitel.4.2.1. dargestellt.

4.2.3. Zusammenfassung der Befunde zum Merkmal soziale Konflikte

Das Merkmal soziale Konflikte mit Kollegen und mit Vorgesetzten und damit verbundene Folgen für die psychische Gesundheit wurde insgesamt in weniger Längsschnittstudien und im Hinblick auf weniger Indikatoren der psychischen Gesundheit untersucht als das Merkmal Mobbing. Auch sind die Befunde weniger einheitlich und ein gesundheitsbeeinträchtigender Effekt kann nicht konsistent und deutlich aufgezeigt, aber auch keineswegs ausgeschlossen werden. Die getrennte Betrachtung von Männern und Frauen sowie die Unterscheidung der Konfliktquelle (Vorgesetzte vs. Kollegen) erwies sich als relevant. Dies wurde in drei der Studien zum Thema deutlich. Dabei lässt sich aus den Befunden jedoch keine Systematik erkennen, die verallgemeinernde Schlüsse zulässt.

Einige Studien nahmen darüber hinaus weitere Faktoren der Arbeitsumgebung in die Analysen auf. Dabei schwächten sich Effekte der sozialen Konflikte auf die psychischen Outcomes ab oder verloren an statistischer Signifikanz.

Ebenfalls nur wenige Längsschnittstudien fanden sich zum Zusammenhang von sozialen Konflikten und motivationalen wie leistungsbezogenen Aspekten (Fehlzeiten und Arbeitsplatzwechsel), in denen sich entweder kein oder ein positiver Zusammenhang von Konflikten und Fehlzeiten zeigte. Soziale Konflikte waren mit stärkeren Jobwechselabsichten verbunden. Systematische Reviews fanden sich zu diesem Thema nicht.

Es konnte nur eine Interventionsstudie zum Thema soziale Konflikte eingeschlossen werden, bei der es sich um einen Teambuildingansatz im Kliniksetting handelte. Die Ergebnisse sprechen zwar dafür, dass Strategien der Teamentwicklung zu einer Verbesserung eines interdisziplinären Verständnisses, des Sozialklimas und zu einem besseren Umgang mit Konflikten führen. Es fehlte jedoch eine Kontrollgruppe und die Rücklaufquoten waren in der Befragung recht gering.

4.3. Beschreibung zum Merkmal soziale Unterstützung

Tab. 4 Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal soziale Unterstützung und den Outcomes

	Sekundärstudien	Primärstudien: Längsschnitt	
		Interventionsstudien	Nicht-Interventionsstudien
mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen	10	6	33
Motivation, Arbeitszufriedenheit, Leistung	4	2	34

4.3.1. Beschreibung zum Merkmal soziale Unterstützung und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen

Die Beschreibung zum Merkmal soziale Unterstützung bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf das psychische Befinden und die mentale Gesundheit als auch auf die psychischen Störungen.

Primärstudien

Dreiunddreißig Längsschnittstudien beschäftigten sich mit den Zusammenhängen zwischen dem Merkmal soziale Unterstützung mit der mentalen Gesundheit, dem psychischen Befinden und psychischen Störungen. Davon betrachteten neun Studien mehr als ein Outcome, sodass die im Folgenden aufgeführte Aufschlüsselung in Summe eine höhere Zahl als 33 Outcomes ergibt. Ein Großteil der Untersuchungen beschäftigte sich mit den Outcomes Depression ($k = 13$), Distress (psychologischer Distress: $k = 6$; psychosomatischer Distress⁸: $k = 1$) und Burnout ($k = 7$). Weitere sechs Studien beinhalteten die mentale Gesundheit als Endpunkt, wobei davon allerdings in zwei Studien lediglich die Einnahme von Psychopharmaka erhoben wurde. In weiteren drei Studien wurde das Outcome Fatigue bzw. das verwandte Konzept Erschöpfung (exhaustion) erfragt. Zwei Studien betrachten das Vorliegen psychiatrischer Diagnosen. Jeweils einmal wurden die Outcomes Angst, positiver Affekt und Lebensqualität in den empirischen Arbeiten betrachtet.

Die Untersuchungen stammen zu rund 70 Prozent aus dem nord- und westeuropäischen Raum (Schweden: $k = 6$, Dänemark: $k = 4$, Norwegen: $k = 4$, Finnland: $k = 2$, Großbritannien: $k = 3$, Niederlande: $k = 3$, Belgien: $k = 2$). Die übrigen Studien wurden in Kanada ($k = 6$), Japan ($k = 1$), Taiwan ($k = 1$) und den USA ($k = 1$) durchgeführt.

Die Datenerhebung erfolgte in 80 Prozent der Längsschnittuntersuchungen ($k = 26$) zu zwei Messzeitpunkten. In fünf Studien gab es drei, in jeweils einer Studie gab es vier bzw. fünf Messzeitpunkte. Der Untersuchungszeitraum betrug überwiegend zwischen ein und drei Jahren (1 bis 1,5 Jahre: $k = 12$; 2 Jahre: $k = 5$; 3 Jahre: $k = 7$). Sieben Studien umfassten einen Zeitraum von 5 bis 8 Jahren, bei einer Studie betrug die Spanne zwischen Ersterhebung und Follow-up sogar 15 Jahre (Joensuu et al., 2010). Lediglich eine Untersuchung beschränkte sich auf einen Erhebungszeitraum von sechs Monaten (Tzeng, Chung & Yang, 2013).

In den Untersuchungen wurde entweder die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz als allgemeiner Wert erhoben oder nach der Unterstützungsquelle – Vorgesetzte oder Kollegen – differenziert. Wenn differenzierte Werte für die Unterstützung von Vorgesetzten oder Kollegen vorliegen, werden diese in der Ergebnisdarstellung explizit so benannt, anderenfalls ist die allgemeine soziale Unterstützung gemeint.

In fünf der Studien, die das Outcome Depression untersuchten, zeigten sich statistisch signifikante Zusammenhänge zur sozialen Unterstützung (Andrea et al., 2009; Magnusson Hanson et al., 2009; Rugulies, Bultmann, Aust & Burr, 2006; Shields, 2006; Stoetzer et al., 2009). Für vier von diesen Studien ergaben sich unterschiedliche Effekte für Männer und Frauen. Andrea et al. (2009) fanden, dass geringe soziale Unterstützung (nicht unterteilt nach Vorgesetzten und Kollegen) das Risiko (abgeschätzt durch die Odds Ratio) für das Auftreten einer (sub-)klinischen Depression um 80 Prozent ($OR = 1,8$) erhöht. Dieser Effekt verschwand allerdings bei ausgeweiteter Modelladjustierung (Einbeziehung zahlreicher Arbeitsplatzmerkmale). In der Untersuchung von Magnusson Hanson et al. (2009)

⁸ Beinhaltet die zusätzliche Erfassung von somatischen Stresssymptomen.

zeigten sich nur bei Frauen geringe signifikante Effekte für die Unterstützung durch Vorgesetzte und durch Kollegen. Erstaunlicherweise war in dieser Studie die Vorgesetztenunterstützung positiv mit selbst berichteter Depression assoziiert ($\beta = 0,04$), die Kollegenunterstützung dagegen erwartungsgemäß negativ ($\beta = -0,06$). Auch in den übrigen zwei Studien ergaben sich nur bei den Frauen und jeweils nur für eine geringe Unterstützung vom Vorgesetzten (Rugulies et al., 2006) bzw. von den Kollegen (Shields, 2006) signifikante Erhöhungen des Depressionsrisikos. Acht Untersuchungen, die entweder Risikoschätzer ermittelten (Clumeck et al., 2009; Godin et al., 2009; Inoue et al., 2010; Munir, Burr, Hansen, Rugulies & Nielsen, 2011; Smith & Bielecky, 2012; Virtanen, Stansfeld, Fuhrer, Ferrie & Kivimaki, 2012; Wang, Patten, Currie, Sareen & Schmitz, 2012) oder Zusammenhangsanalysen durchführten (Ibrahim, Smith & Muntaner, 2009), zeigten keinen statistisch signifikanten Einfluss der sozialen Unterstützung auf das Auftreten von Depressionen.

Statistisch signifikante Zusammenhänge von sozialer Unterstützung mit psychosomatischem (Adriaenssens et al., 2013) bzw. psychologischem Distress (Marchand & Blanc, 2011; Marchand, Demers, & Durand, 2005) wurden in drei von sieben Untersuchungen ermittelt. Bei Adriaenssens et al. (2013) ergaben sich nur geringe Korrelationen für den Zusammenhang von hoher sozialer Unterstützung mit geringerem Distress. Marchand und Blanc (2011) sowie Marchand et al. (2005) stellten fest, dass hohe soziale Unterstützung das Risiko für wiederholte Distress-Episoden vermindert (OR = 0,94). In den übrigen Untersuchungen bestanden entweder keine Zusammenhänge oder diese verloren in den finalen adjustierten Berechnungsmodellen ihre statistische Signifikanz. Ibrahim et al. (2009) fanden eine reverse Beziehung von Distress auf die später erhobene soziale Unterstützung am Arbeitsplatz.

Von den sieben Untersuchungen zum Zusammenhang sozialer Beziehungen zum Outcome Burnout konnten fünf signifikante Effekte nachweisen. In diesen Studien wurde das Burnout-Konzept durch die Dimensionen emotionale Erschöpfung und/oder Depersonalisierung gemäß den Überlegungen von Maslach, Jackson und Leiter (1997) operationalisiert, wobei die emotionale Erschöpfung als Hauptmerkmal des Burnouts gilt. Es zeigte sich, dass eine positiv ausgeprägte soziale Unterstützung (allgemein/vom Vorgesetzten) schwach negativ mit emotionaler Erschöpfung korreliert (Adriaenssens et al., 2013; Gelsema et al., 2006) bzw. einen prädiktiven Wert für geringere Erschöpfung besitzt ($\beta = \text{ca. } -0,25$) (Adriaenssens et al., 2013; Reineholm, Gustavsson & Ekberg, 2011). Zudem konnten Adriaenssens et al. (2013) eine reverse Beziehung von emotionaler Erschöpfung zum ersten Messzeitpunkt mit sozialer Unterstützung zum zweiten Messzeitpunkt aufzeigen. Für die Risikoschätzer (ORs) ergaben sich bei schlechter Unterstützung durch Kollegen ein auf das 2,5-Fache (OR = 2,5) erhöhtes Risiko für Depersonalisierung (Sundin, Hochwälder & Lisspers, 2011) sowie ein deutlich erhöhtes Risiko für emotionale Erschöpfung bei Männern mit geringer Vorgesetztenunterstützung (OR = 1,65) und Frauen mit geringer Kollegenunterstützung (OR = 1,92) (Magnusson Hanson et al., 2008). Lizano und Mor Barak (2012) konnten keine statistisch signifikanten Effekte finden; bei Sterud, Hem, Lau und Ekeberg (2011) verlor der Effekt der sozialen Unterstützung nach Adjustierung für emotionale Erschöpfung bei der Baseline-Messung seine statistische Signifikanz.

In zwei Drittel der Studien zur allgemeinen mentalen Gesundheit wurden keine statistisch signifikanten Effekte nachgewiesen (Hogh et al., 2011; Laaksonen et al., 2012; Lyonette & Yardley, 2006; Tzeng et al., 2013). Devereux, Rydstedt und Cropley (2011) berichten, dass – im Vergleich zu hoher sozialer Unterstützung – sowohl geringe Unterstützung, aber auch lediglich moderate Unterstützung, das Risiko für eine eingeschränkte selbst berichte-

te mentale Gesundheit erhöhen (Relatives Risiko RR = 1,4). Thielen, Nygaard, Rugulies und Diderichsen (2011) fanden nur für Männer und nur für die Unterstützung vonseiten der Kollegen, nicht aber vonseiten des Vorgesetzten, ein mehr als doppelt so hohes Risiko für die Einnahme von Psychopharmaka, woraus die Autoren psychische Gesundheitseinschränkungen ableiteten.

Für das Auftreten von Fatigue bzw. Erschöpfung ergeben sich gemischte Befunde. Eriksen (2006) berichtet überraschenderweise eine erschwerte Genesungsfähigkeit von Fatigue bei hoher Unterstützung vom unmittelbaren Vorgesetzten (OR = 1,65). Reineholm et al. (2011) finden einen Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Vitalität ($\beta = ,20$), welche gemäß des verwendeten Instruments SF-36 den Gegenpol von Fatigue darstellt. Das Risiko für das Auftreten von Erschöpfung (exhaustion) ist nach Lindeberg et al. (2011) auf fast das Dreifache erhöht, wenn längerfristig niedrige soziale Unterstützung am Arbeitsplatz besteht. Liegt zusätzlich zur niedrigen Unterstützung noch hoher arbeitsplatzbezogener Stress (job strain) vor, steigen die Odds Ratios auf OR = 7,3 (Männer) bzw. OR = 7,9 (Frauen) an.

Ein erhöhtes Risiko (Hazard Ratio von HR = 1,6) für das Auftreten einer Langzeiterkrankung aufgrund einer psychiatrischen Diagnose bei mangelnder Unterstützung vom Vorgesetzten stellten Foss et al. (2010) fest. Joensuu et al. (2010) fanden für Vorgesetzte keine Effekte, allerdings stellte die Unterstützung durch Kollegen in deren Studie einen Schutzfaktor vor Klinikaufenthalten aufgrund psychischer Erkrankungen dar (HR = 0,6; depressive und alkoholbezogene Störungen ausgenommen). Überdies erwies sich geringe soziale Unterstützung als Risikofaktor für (sub-)klinische Angststörungen (OR = 1,5) (Andrea et al., 2009) und als Prädiktor für die wahrgenommene Lebensqualität ($B = 0,41$) (Tzeng et al., 2013), hatte aber keinen Effekt auf das Erleben positiven Affekts (Lyonette & Yardley, 2006).

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich in rund der Hälfte der betrachteten Expositions-Outcome-Beziehungen in den Studien keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Arbeitsbedingungsfaktor soziale Unterstützung und der mentalen Gesundheit nachweisen ließen. Die berichteten signifikanten Korrelations- und Regressionskoeffizienten deuten auf schwache bis moderate Zusammenhänge hin. Es zeigte sich zudem anhand der Risikoschätzer, dass hohe soziale Unterstützung einerseits als Schutzfaktor für die psychische Gesundheit wirken kann, niedrige soziale Unterstützung andererseits aber das Risiko psychischer Beschwerden bzw. Erkrankungen erhöhen kann.

Interventionsstudien

Sechs Interventionsstudien wurden zum Merkmal soziale Unterstützung im Zusammenhang mit dem psychischen Befinden eingeschlossen (Bourbonnais et al., 2006; Kawakami, Kobayashi, Takao & Tsutsumi, 2005; Kawakami, Takao, Kobayashi & Tsutsumi, 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2005; Nielsen & Randall, 2012; Zimmer & Ullrich, 2012).

Jeweils zwei Studien wurden in Kanada und Japan und jeweils eine in Dänemark und Deutschland durchgeführt. Sie schlossen Pflegepersonal in der Krankenpflege (Bourbonnais et al., 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2005; Zimmer & Ullrich, 2012) und Altenpflege (Nielsen & Randall, 2012), Abteilungsleiter eines Computertechnik-Unternehmens (Kawakami et al., 2005) und eines Bürogerätehandels (Kawakami et al., 2006) ein.

Der Intervention von Bourbonnais et al. (2006) ging eine Befragung des Pflegepersonals zu Arbeitsbedingungsfaktoren (z. B. soziale Unterstützung) und psychischem Distress

voraus, die als Baseline-Messung und zur Identifikation von Stationen genutzt wurde, für die eine Intervention besonders relevant erschien. Die Intervention fußte auf Gesundheitszirkeln, in denen sich Beschäftigte aus unterschiedlichen Hierarchieebenen in kleinen Gruppen innerhalb eines Zeitraums von vier Monaten regelmäßig trafen (Interventionsteam) und durch einen externen Moderator (Forscherteam) beim Austausch von Wissen unterstützt wurden, um verschiedene Probleme aus dem Arbeitsumfeld zu lösen. Identifizierte Problembereiche und erarbeitete Lösungsstrategien wurden nach jedem Treffen protokolliert und auf den Stationen bearbeitet, teilweise durch die Bildung interdisziplinärer Teams. Die am häufigsten genannten Probleme betrafen psychische Belastungen, Entlohnung, Entscheidungsspielraum und soziale Unterstützung.

Als für das vorliegende Review relevante Evaluationskriterien wurden die soziale Unterstützung, Burnout, psychischer Distress und Schlafprobleme in ihrem Verlauf untersucht. Der Evaluation der Studie lag ein Prä-Post-Design (quasiexperimentelles Design) mit einer Kontrollgruppe zugrunde. Die Interventionsgruppe zeigte ein Jahr nach Beginn der Intervention höhere Werte hinsichtlich sozialer Unterstützung durch den Vorgesetzten als die Kontrollgruppe (unter Kontrolle der Ausgangswerte). Allerdings verzeichneten beide Gruppen einen Rückgang dieses Merkmals im Vergleich zur Baseline. Auch im Hinblick auf die soziale Unterstützung durch die Kollegen wiesen die Befragten der Interventionsgruppe zum Follow-up bessere Werte auf als die Kontrollgruppe. Damit nahmen die an der Intervention beteiligten Befragten die soziale Unterstützung an ihrem Arbeitsplatz als günstiger wahr als die Kontrollgruppe. Eine ebenfalls bessere Situation fand sich in der Interventionsgruppe zum Follow-up im Hinblick auf den arbeitsbezogenen und klientenbezogenen Burnout im Vergleich zur Kontrollgruppe. Für den psychischen Distress, für Schlafprobleme und persönlichen Burnout gab es keine Effekte. Allerdings zeigte sich eine leichte Verbesserung der Schlafprobleme.

Eine auf Mitarbeit der Beschäftigten ausgerichtete Intervention mit dem Pflegepersonal einer Station der Langzeitpflege begleiteten Lavoie-Tremblay et al. (2005) über mehr als sechs Monate bei der Programmumsetzung und bei einem Follow-up ein Jahr nach Ende der Intervention. Mittels Fragebogenerhebungen wurden Hindernisse bei der Arbeit identifiziert, Handlungspläne zu deren Verbesserung entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Zur Realisierung dieser Schritte formierte sich ein Team zur Koordinierung und Mobilisierung der Teilnehmenden an der Intervention. Dieses Team identifizierte anhand der Befragungsergebnisse die am häufigsten genannten Einschränkungen bei der Arbeit: (psychische) Arbeitsbelastung, fehlende soziale Unterstützung und Kommunikation. Im Laufe des Interventionszeitraums wurden die Probleme in insgesamt sechs Treffen besprochen und Handlungspläne (actions plans) entwickelt, die u. a. Ansätze wie die Reorganisation der Arbeit, Festigung des Teams und die Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem betriebsärztlichen Dienst enthielten. Nach Abstimmung mit den Beschäftigten wurde der Handlungsplan zur Verbesserung der Kommunikation und des gegenseitigen Vertrauens zur Umsetzung ausgewählt. Dazu erhielten die Teilnehmenden ein Training zur Teamentwicklung und -stärkung.

Zur Evaluation der Intervention wurden Daten zu den Arbeitsbedingungsfaktoren dichotomisiert und jeweils der Anteil in den Hoch/niedrig-Kategorien vor und nach der Intervention miteinander verglichen. Dabei zeigten sich keine Veränderungen in der sozialen Unterstützung durch Kollegen, während die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte abnahm: Hier hatte etwa ein Drittel der Befragten den Vorgesetzten vor der Intervention als unterstützend erlebt, nach der Intervention waren es nur noch 14 Prozent. Im Hinblick auf das Erleben von psychischem Distress zeigten sich keine Veränderungen.

Im Bereich der Altenpflege war die Intervention von Nielsen und Randall (2012) angesiedelt. Die Teilnehmenden waren in dieselben Interventionsmaßnahmen involviert, wenngleich sie etwa zur Hälfte in der mobilen Altenpflege und in der stationären Pflege beschäftigt waren.

Im Zuge der Intervention wurden die Pflegeteams verkleinert und die Beschäftigten waren gemeinsam für eine bestimmte Gruppe an Patienten verantwortlich, verbunden auch mit einem größeren Maß an Selbstmanagement. Bis dahin hatte es in der Einrichtung große Arbeitsgruppen ohne feste Zuordnung zu festen Patienten gegeben.

Die Evaluation der Intervention ergab keine Veränderungen in der erlebten sozialen Unterstützung durch die Kollegen. Das emotionale Wohlbefinden der Befragten verbesserte sich signifikant zum Follow-up.

Ein pfadanalytisches Modell zeigte jedoch die Bedeutung mediierender Faktoren der Wahrnehmung der Intervention auf. Je stärker Veränderungen in den Abläufen erlebt wurden, desto größer war das emotionale Wohlbefinden zum Follow-up. Außerdem ging eine stärkere Mitwirkung im Implementationsprozess (Beteiligung an Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen) mit einer höheren wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch die Kollegen einher.

Die Autoren konstatieren weiterhin, dass Arbeitszufriedenheit zur Baseline positiv mit der erlebten Beteiligung an der Intervention verbunden war (nicht aber soziale Unterstützung und emotionales Befinden zur Baseline). Ein positives emotionales Befinden zur Baseline war jedoch mit dem Erleben stärkerer Veränderungen von Abläufen assoziiert. Demgegenüber gaben Beschäftigte, die zur Baseline höhere soziale Unterstützung durch Kollegen berichteten, weniger initiierte Veränderungen an.

Die Einführung kollegialer Beratung bei psychiatrischen Pflegekräften begleiteten Zimmer und Ullrich (2012) über eine fünfmonatige Pilotphase. Eine 2-tägige Schulung, gefolgt von internen Austausch, bereitete 19 Beschäftigte darauf vor, auf verschiedenen Stationen kollegiale Beratungen zu moderieren. Die Teilnahme an den kollegialen Beratungen war für das Pflegepersonal freiwillig. Im Durchschnitt beteiligten sich 4,4 Personen an den Sitzungen, in denen in der Regel ein Fall in 45 Minuten besprochen wurde. Die Sitzungen fanden bis zu fünf Mal im Monat statt, teilweise wurden aber auch keine regelmäßigen monatlichen Sitzungen durchgeführt.

In Interviews, die zum Ende der Pilotphase durchgeführt wurden, wurde von den Beteiligten ein Nutzen der Intervention bestätigt, vor allem positive Wirkungen kollegialer Unterstützung und erlebter emotionaler Entlastung. In den schriftlichen Befragungen zum Follow-up zeigten sich im Vergleich zur Baseline Verbesserungen in der erlebten sozialen Unterstützung durch Kollegen. Ebenfalls günstige Entwicklungen in der psychischen Gesundheit ergaben sich für die emotionale Irritation (z. B. Gereiztheit), die zum Follow-up geringer wurde, nicht aber für die kognitive Irritation und Burnout. Dabei fanden sich die Veränderungen in der gesamten Stichprobe, d. h., Kontroll- und Interventionsgruppe zeigten dieselben Entwicklungen auf.

In den beiden Studien von Kawakami et al. (2005, 2006) wurde dieselbe Intervention in verschiedenen Unternehmen umgesetzt. Dabei ging es um ein vierwöchiges webbasiertes Trainingsprogramm für Führungskräfte, das auf Richtlinien zur Förderung psychischer Gesundheit des japanischen Arbeitsministeriums basierte. Ziel des Trainings war die Vermittlung von Wissen zur psychischen Gesundheit, zur Bedeutung arbeitsbezogener psy-

chischer Gesundheit, zur Rolle von Vorgesetzten, zur Gesprächsführung mit Mitarbeitern und zur Nutzung von Unterstützungsangeboten (mental health services), zur Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung psychisch erkrankter Mitarbeiter, zur Stressprävention und zur Selbstfürsorge. Die Wissensvermittlung erfolgte über ein Arbeitsbuch mit neun Kapiteln, das die Führungskräfte individuell erarbeiteten (ca. drei bis fünf Kapitel pro Woche). Am Ende jedes Kapitels konnten die Teilnehmenden ihr Wissen mittels Quizfragen überprüfen. Führungskräfte der Kontrollgruppe erhielten ein zweistündiges Entspannungstraining.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten in beiden untersuchten Unternehmen statistisch signifikante Verbesserungen der Interventionsführungskräfte im Hinblick auf Wissen und Einstellungen zur Gesprächsführung (Wie höre ich den Mitarbeitern zu?) und zur Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung psychisch erkrankter Mitarbeiter. Während sich die verbleibenden im Training vermittelten Aspekte im Computersoftware-Unternehmen nicht veränderten, zeigten die Führungskräfte des Bürogerätehandels außerdem Zuwächse im Wissen zur Arbeit mit betrieblichen Gesundheitsdiensten, zu psychischen Arbeitsbedingungen und zum Umgang mit Stress.

Die befragten Beschäftigten im Softwareunternehmen (sowohl Interventions- als auch Kontrollgruppe) gaben einen Rückgang der Unterstützung durch den Vorgesetzten an, wobei dieser Rückgang in der Kontrollgruppe signifikant stärker ausfiel als in der Interventionsgruppe, sodass die Autoren hier von einem Interventionseffekt ausgehen. Dies zeigte sich vor allem im Hinblick auf die Bereitschaft, bei persönlichen Problemen zuzuhören: Hier blieben die Werte in der Interventionsgruppe beinahe stabil und verschlechterten sich in der Kontrollgruppe.

In beiden Studien ergaben sich keine Interventionseffekte für die soziale Unterstützung durch Kollegen und für den psychischen Distress der Mitarbeiter. Lediglich auf Ebene der Einzel-Items zeigte sich, dass die Befragten aus der Interventionsgruppe des Bürogerätehändlers die Atmosphäre in der Arbeitsgruppe im Follow-up angenehmer fanden als die der Kontrollgruppe.

Sekundärstudien

Zehn systematische Reviews (teilweise mit Metaanalyse) beschäftigten sich mit dem Zusammenhang von sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz und mentaler Gesundheit, psychischem Befinden und psychischen Störungen. Jeweils eine Arbeit beschäftigte sich allgemein mit dem Risiko für das Auftreten von psychischen Störungen (Stansfeld & Candy, 2006), mit stressbezogenen psychischen Erkrankungen (Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010) und mit Depressionen (Netterstrom et al., 2008). Vier Sekundärstudien betrachteten Burnout als Outcome (Adriaenssens et al., 2015; Gershon et al., 2007; Halbesleben, 2006; Seidler et al., 2014). Voltmer und Spahn (2009) berichteten verschiedene Outcomes im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und Egan et al. (2007) sowie Ruotsalainen, Verbeek, Marine und Serra (2014) evaluierten die Wirkungen von Interventionen am Arbeitsplatz.

Die Herkunftsländer der Sekundärstudien sind Deutschland (k = 2), Dänemark (k = 1), Finnland (k = 1), Großbritannien (k = 2), die Niederlande (k = 2) und die USA (k = 2). Die Anzahl der eingeschlossenen Primärarbeiten wies eine Schwankungsbreite von N = 6 bis N = 132 auf, wobei 8 der 10 Sekundärstudien 6 bis 30 Studien zusammenfassten. Nur in 3 Sekundärstudien wurde eine Berechnung zusammenfassender Kennwerte für die eingeschlossenen Primärstudien vorgenommen (Halbesleben, 2006; Nieuwenhuijsen et al.,

2010; Stansfeld & Candy, 2006), ansonsten erfolgten eine deskriptive Synthese oder die Darstellung von Einzelergebnissen.

Stansfeld und Candy (2006) ermittelten für die elf von ihnen einbezogenen Längsschnittstudien zusammenfassende Risikoschätzer für das Auftreten psychischer Erkrankungen bei geringer sozialer Unterstützung. Das Risiko war sowohl für die Gesamtstichprobe (OR = 1,32) als auch für Frauen und Männer getrennt betrachtet (OR = 1,20 bzw. OR = 1,38) erhöht, wobei sich für Männer ein stärkerer Effekt zeigte. Nieuwenhuijsen et al. (2010) zeigen anhand von gepoolten Risikoschätzern für stressbezogene psychische Erkrankungen ähnliche Ergebnisse für drei Längsschnittstudien zur Unterstützung von Vorgesetzten und Kollegen. Auch hier führte geringe Unterstützung von beiden möglichen Unterstützungsquellen zu statistisch signifikant erhöhten Odds Ratios in der Gesamtstichprobe (OR = 1,24 für Kollegen und Vorgesetzte) sowie für Frauen (OR_{Kollegen} = 1,18; OR_{Vorgesetzte} = 1,11 n. s.) und Männer (OR_{Kollegen} = 1,27; OR_{Vorgesetzte} = 1,25), mit stärkerer Risikoerhöhung für Männer.

Netterstrom et al. (2008) berichten für den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Depression Ergebnisse von drei Einzelstudien, denen zufolge hohe soziale Unterstützung das Depressionsrisiko mindert (RR = 0,8), während geringe Unterstützung das Risiko erhöht – bei Männern (RR = 1,6) ebenfalls stärker als bei Frauen (RR = 1,3).

Zum Outcome Burnout ermittelte Halbesleben (2006) bezogen auf die drei Burnout-Dimensionen nach Maslach et al. (1997) zusammenfassende Korrelationskoeffizienten ($k = 40$ bis $k = 132$), die sowohl für soziale Unterstützung allgemein als auch separat für Vorgesetzten- und Kollegenunterstützung schwache Zusammenhänge von hoher Unterstützung mit niedrigerer emotionaler Erschöpfung ($r = -,20$ bis $r = -,24$), niedrigerer Depersonalisierung ($r = -,18$ bis $r = -,19$) und höherer persönlicher Leistungsfähigkeit ($r = ,19$ bis $r = ,20$) anzeigen. Gershon et al. (2007) beschreiben basierend auf einer Einzelstudie, dass geringe Unterstützung von Vorgesetzten signifikant mit höherer emotionaler Erschöpfung und Depersonalisierung korreliert (Garrett & McDaniel, 2001). In einem eigenen systematischen Review (Seidler et al., 2014) konnten wir ein erhöhtes Risiko für emotionale Erschöpfung bei geringer sozialer Unterstützung aufzeigen (basierend auf $k = 2$ Kohortenstudien). Adriaenssens et al. (2015) berichten für die von ihnen betrachteten Querschnittstudien zur Unterstützung und den drei Burnout-Dimensionen uneinheitliche Befunde, aus einer Längsschnittstudie (Van der Ploeg & Kleber, 2003) lässt sich allerdings entnehmen, dass geringe Unterstützung mit höherer emotionaler Erschöpfung, höherer Depersonalisierung und niedrigerer persönlicher Leistungsfähigkeit einhergeht.

Voltmer und Spahn (2009) verweisen in ihrer Übersichtsarbeit deskriptiv für die Berufsgruppe Ärzte auf folgende Wirkungen von mangelnder sozialer Unterstützung: höherer Distress, höhere Depressionswerte, höheres Burnout-Risiko sowie häufigere Gedanken daran, die Praxis aufzugeben. Für hohe soziale Unterstützung werden dagegen ein geringeres Stresserleben, ein gesteigertes Wohlbefinden und eine höhere Arbeitszufriedenheit berichtet.

Als eine der Studien, die sich der zusammenfassenden Betrachtung von Interventionsstudien widmete, zeigen Egan et al. (2007) für Maßnahmen wie Qualitätszirkel, Problemlösegruppen, Veränderungen der Schichtpläne und Entscheidungsbefugnisse oder Stressmanagement- und Gesundheitsförderungstrainings gemischte Resultate auf. Häufig waren keine Effekte für die verschiedenen Outcomes zur sozialen Unterstützung und mentale Gesundheit nachweisbar, einige Interventionen zeigten erwartungsgemäß positive, andere unerwartete negative statistisch signifikante Effekte. Dadurch und durch die unein-

heitliche Qualität der eingeschlossenen Interventionsstudien lässt sich kein übergeordnetes Fazit entnehmen. Auch Ruotsalainen et al. (2014) betrachteten Interventionsstudien zur Reduktion von Stress und Burnout, von denen zwei Studien bei Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Unterstützung ansetzten. In einer der eingeschlossenen Studien wirkte sich eine durch die Intervention erhöhte soziale Unterstützung positiv aus, d. h., dass das Burnout-Risiko vermindert wurde. In der zweiten Studie war jedoch keine Wirkung nachweisbar, sodass auch hier keine Schlussfolgerungen abgeleitet werden können.

Insgesamt deuten die Sekundärstudien, die verschiedene psychische Störungen als Outcomes betrachten, auf ein erhöhtes Risiko psychischer Erkrankungen bei geringer sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz hin. Für die Wirksamkeit von Interventionen mit Bezug zu sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit zeigten sich uneinheitliche Resultate.

4.3.2. Beschreibung zum Merkmal soziale Unterstützung und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung

Die Beschreibung zum Merkmal soziale Unterstützung bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die Motivation als auch auf die Arbeitszufriedenheit und die Leistung.

Primärstudien

In die Beschreibung zum Zusammenhang von sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz und dem Outcome-Komplex Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung fließen 34 Längsschnittuntersuchungen ein. Auch hier werden teilweise mehrere Outcomes pro Studie untersucht, sodass Doppelzählungen auftreten können. Am häufigsten wurde das Outcome Arbeitsunfähigkeit (sick leave) bzw. Abwesenheitszeiten wegen Krankheit (sickness absence) untersucht ($k = 16$). Davon betrachten neun Untersuchungen explizit das Auftreten von Langzeiterkrankungen, wobei diese unterschiedlich definiert wurden. Am häufigsten wurde ein Zeitraum von mindestens vier Wochen aufeinanderfolgender Arbeitsunfähigkeit als Langzeiterkrankung betrachtet ($k = 4$) (Clumek et al., 2009; Godin et al., 2009; Inoue et al., 2010; Ishizaki et al., 2013), drei Studien wählten mit acht Wochen eine doppelt so lange Zeitspanne (Aagestad et al., 2014; Foss et al., 2010; Labriola, Christensen, Lund, Nielsen & Diderichsen, 2006), während sich zwei Studien auf drei Wochen beschränkten (Munir et al., 2011; Rugulies, Aust, & Pejtersen, 2010). Die anderen Studien zum Outcome Arbeitsunfähigkeit erfasste die Anzahl der Krankheitstage prospektiv für einen festgelegten Zeitraum. Zwei weitere Untersuchungen befassten sich mit den verwandten Outcomes Absentismus und Präsentismus (Bacharach et al., 2010; Shi, Sears, Coberley & Pope, 2013).

Insgesamt sieben Arbeiten beschäftigten sich mit Fluktuation, davon drei mit der Absicht, den Arbeitsplatz zu wechseln bzw. diesen zu verlassen (Adriaenssens et al., 2013; Degen, Weigl, Glaser, Li & Angerer, 2014; Li et al., 2013) und vier mit tatsächlich stattgefundenem Wechsel (Hogh et al., 2011; Suzuki et al., 2006; Suzuki et al., 2010; Suzumura et al., 2013). Die übrigen Outcomes, die in diesem Kapitel betrachtet werden, sind

- Arbeitszufriedenheit (Adriaenssens et al., 2013; Gelsema et al., 2006; Osca et al., 2005; Sterud et al., 2011),
- Arbeitsengagement (Adriaenssens et al., 2013; Biggs, Brough & Barbour, 2014; Inoue et al., 2013; Osca et al., 2005),
- (aktiver) Trainings- bzw. Kenntnistransfer (Chiaburu, Van Dam & Hutchins, 2010; Leitl & Zempel-Dohmen, 2006),

- Arbeitsleistung (job performance) bzw. Produktivität (Nagami, Tsutsumi, Tsuchiya & Morimoto, 2010; Osca et al., 2005; Shi et al., 2013)
- sowie die Arbeitsfähigkeit (Emberland & Knardahl, 2015).

Rund 70 Prozent der Studien ($k = 23$) stammen aus dem europäischen Raum: sechs aus Dänemark, jeweils vier aus Norwegen und Deutschland, jeweils drei aus Belgien und den Niederlanden und jeweils eine Studie aus Schweden, Großbritannien mit Nordirland und Spanien. Die übrigen Untersuchungen wurden in Japan ($k = 7$), den USA ($k = 3$) und Australien ($k = 1$) durchgeführt.

In 85 Prozent der Untersuchungen ($k = 29$) wurden die Daten zu zwei Messzeitpunkten erhoben, in den übrigen Studien ($k = 5$) zu drei Messzeitpunkten. Am häufigsten wurde ein Untersuchungszeitraum von einem Jahr bis anderthalb Jahren gewählt ($k = 14$), fünf Studien betrachteten Zeiträume von zwei bis zweieinhalb Jahren, zehn Studien einen längeren Zeitraum von drei Jahren ($k = 7$) bzw. fünf Jahren ($k = 3$). In einer Untersuchung betrug die Dauer zwischen Baseline-Erhebung und letzter Messung sogar rund zehn Jahre (Head et al., 2006). Sehr kurze Untersuchungsfristen wiesen die Studien von Chiaburu et al. (2010) und Leitl und Zempel-Dohmen (2006) mit drei Monaten sowie die Studien von Suzuki et al. (2006) und Suzuki et al. (2010) mit drei bis neun bzw. zehn bis fünfzehn Monaten auf.

In über der Hälfte der Studien ($k = 9$ von $k = 16$) zum Outcome Arbeitsunfähigkeit bzw. Abwesenheit wegen Krankheit wurden signifikante Zusammenhänge mit dem Einflussfaktor soziale Unterstützung gefunden. Für die Langzeitausfälle wegen Krankheit fanden sich, sofern signifikante Effekte vorlagen, Zusammenhänge mit der Unterstützung durch Vorgesetzte. In den Studien von Aagestad et al. (2014) und Foss et al. (2010) wurde nur diese Quelle der Unterstützung betrachtet. Es zeigte sich dort, dass niedrige Vorgesetztenunterstützung mit einem erhöhten Risiko für Langzeitausfälle einhergeht ($OR = 1,5$ bzw. $1,6$). Kovariaten, die den Einfluss der Unterstützung minderten, waren das Alter, eine geringere Bildung, Rauchen, vorhergehende (Langzeit-)Erkrankungen und Gesundheitseinschränkungen (Aagestad et al., 2014) sowie Distress (Foss et al., 2010). Bei Aagestad et al. (2014) fand sich bei Frauen ein höheres Ausfallrisiko, bei Foss et al. (2010) gab es keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Ishizaki et al. (2013) und Labriola et al. (2006) untersuchten sowohl die Unterstützung vonseiten der Kollegen als auch vonseiten der Vorgesetzten, fanden aber nur Effekte für letztere. Es ergab sich ein vermindertes Risiko für Langzeitausfälle ($HR = 0,82$) bei hoher Unterstützung (Ishizaki et al., 2013) und umgekehrt ein erhöhtes Risiko bei mangelnder Unterstützung vom Vorgesetzten ($OR = 1,98$) (Labriola et al., 2006). Bei Labriola et al. (2006) traf das allerdings nur auf die Auswertung auf Ebene der Arbeitsplatzeinheiten (Zusammenfassung mehrerer Beschäftigter), nicht aber auf der individuellen Ebene (einzelne Beschäftigte) zu. Als Faktoren, die das Risiko für Langzeiterkrankungen erhöhen, stellten sich bei Ishizaki et al. (2013) das Bildungsniveau, der Familienstand (ledig), geringe sportliche Aktivität sowie Medikamenteneinnahme und Depressionen heraus.

Für soziale Unterstützung (allgemein) und kürzere Ausfallphasen (kein Langzeitausfall) fand sich ein prädiktiver Effekt von hoher Unterstützung ($\beta = -0,39$) (Casini, Godin, Clays, & Kittel, 2013) auf kürzere Fehlzeiten bzw. eine Risikominimierung für Fehlzeiten (Rate Ratio = $0,79$) (Head et al., 2006). Dabei zeigten sich keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Hanebuth, Meinel und Fischer (2006) fanden prädiktive Effekte von negativem Vorgesetztenverhalten auf kurze Fehlzeiten von zwei bis drei Tagen ($\beta = 0,45$), nega-

tive prädiktive Effekte von unterstützendem Vorgesetztenverhalten auf Fehlzeiten allgemein ($\beta = -0,29$ bis $-0,55$) sowie von unterstützendem Kollegenverhalten auf Fehlzeiten über vier Tage ($\beta = -0,38$ bis $-0,55$). Alter, Geschlecht, Rauchen, sportliche Betätigung, Leber-Transaminase-Werte, der Body-Mass-Index und der sozioökonomische Status wurden als Kovariaten berücksichtigt. Obwohl in den Studien von Nielsen, Rugulies, Smith-Hansen, Christensen und Kristensen (2006) und Roelen, Koopmans, Bultmann, Groothoff und Van der Klink (2009) beide Unterstützungsquellen untersucht wurden, konnten Nielsen et al. (2006) nur ein erhöhtes Fehlzeitenrisiko für geringe Unterstützung vom Vorgesetzten ($RR = 1,35$), Roelen et al. (2009) dagegen nur eine verminderte Zahl von Fehltagen bei hoher Unterstützung von den Kollegen ($\beta = 0,22$) ermitteln. In der letztgenannten Untersuchung galt dies auch nur für die Gesamtstichprobe, nicht aber, wenn Männer und Frauen getrennt betrachtet wurden.

Die Studien von Clumeck et al. (2009), Godin et al. (2009), Inoue et al. (2010), Munir et al. (2011), Falkenberg, Nyfjall, Hellgren und Vingard (2012) und Rugulies et al. (2007) fanden keine signifikanten Zusammenhänge von sozialer Unterstützung und Fehlzeiten wegen Krankheit, bei Rugulies et al. (2010) verloren die Effekte bei vollständiger Modelladjustierung ihre statistische Signifikanz (Einbezug von Geschlecht, Alter, Gesundheitsproblemen und beruflichem Status).

In der Arbeit von Bacharach et al. (2010) wurde soziale Unterstützung von Kollegen oder Vorgesetzten als Moderatorvariable für den positiven Zusammenhang zwischen starkem Alkoholkonsum und Absentismus betrachtet. Es stellte sich heraus, dass hohe Kollegenunterstützung diese Beziehung leicht abschwächt ($B = -0,08$), während hohe Vorgesetztenunterstützung die Beziehung erstaunlicherweise weiter verstärkt ($B = 0,22$). Die Autoren erklären sich dieses Ergebnis mit der Tendenz der alkoholkonsumierenden Beschäftigten, einen „sanften“, verständnisvollen Vorgesetzten möglicherweise auszunutzen, was sich in höherem Absentismus äußert. Bei Shi et al. (2013) zeigten sich keine Effekte von hoher sozialer Unterstützung (allgemein) auf Absentismus, allerdings erwies sich die Unterstützung als starker Prädiktor für Präsentismus ($\beta = 1,72$).

In den Untersuchungen, die sich mit einem intendierten Arbeitsplatzwechsel beschäftigten, konnten keine signifikanten Effekte für soziale Unterstützung festgestellt werden (Adriaenssens et al., 2013; Degen et al., 2014; Li et al., 2013). Auch für einen tatsächlich stattgefundenen Arbeitsplatzwechsel fanden Hogh et al. (2011) und Suzuki et al. (2010) keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zur sozialen Unterstützung. Dagegen konnten Suzuki et al. (2006) für fehlende Unterstützung von Kollegen ein auf mehr als das Doppelte erhöhtes Risiko für einen tatsächlichen Arbeitsplatzwechsel nachweisen ($OR = 2,45$), für mangelnde Unterstützung vom Vorgesetzten lag dagegen kein Effekt vor. Für beide Unterstützungsquellen fanden jedoch Suzumura et al. (2013) zum Teil stark erhöhte Risiken für die Aufgabe des Arbeitsplatzes. Dabei wurde „support when consulted“ erfragt, d. h. die Stärke der wahrgenommenen Unterstützung, wenn sie vom Beschäftigten eingefordert wird. In Abhängigkeit von der Intensität der Unterstützung steigt auch das Risiko des Arbeitsplatzaufgebens an – von einer leichten Erhöhung bei lediglich mittelmäßiger Unterstützung ($HR = 1,3$) bis hin zu einer Risikoerhöhung auf das Vier- bzw. Fünffache bei völlig fehlender Unterstützung von Kollegen ($HR = 4,2$) bzw. Vorgesetzten ($HR = 4,9$).

Drei der vier eingeschlossenen Untersuchungen zum Outcome Arbeitszufriedenheit fanden signifikante Effekte. So wurde ermittelt, dass ein Anstieg der sozialen Unterstützung allgemein (Adriaenssens et al., 2013) bzw. nur vom Vorgesetzten (nicht von Kollegen) (Gelsema et al., 2006) zwischen Baseline-Messung und Follow-up-Messung mit einer

höheren Arbeitszufriedenheit in Zusammenhang steht (in beiden Fällen $\beta = 0,22$). Der reine Wert der Unterstützung zur Baseline-Messung war in beiden Studien nicht mit der späteren Arbeitszufriedenheit verknüpft, sondern nur der *Zuwachs* der Unterstützung. Allerdings fand sich auch im Sinne eines reversen Effekts, dass Arbeitszufriedenheit zum Baseline-Messzeitpunkt schwach mit sozialer Unterstützung zum Follow-up-Messzeitpunkt 2 korrelierte (Adriaenssens et al., 2013) und dass sowohl die Unterstützung von Vorgesetzten ($\beta = 0,48$) als auch von Kollegen ($\beta = 0,24$) durch einen Anstieg der Arbeitszufriedenheit vorhergesagt wurden (Gelsema et al., 2006). Osca et al. (2005) zeigten, dass soziale Unterstützung zur Baseline-Messung die Arbeitszufriedenheit zum Follow-up vorhersagt ($\beta = 0,48$). Bei Sterud et al. (2011) war der Zusammenhang zur Vorgesetztenunterstützung nach Modelladjustierung für die Baseline-Werte der Arbeitszufriedenheit nicht mehr statistisch signifikant.

Für das Arbeitsengagement (Work engagement, Job Involvement) fanden sich nur geringe Zusammenhänge mit sozialer Unterstützung. Adriaenssens et al. (2013) und Biggs et al. (2014) berichten nur schwache Korrelationen von Unterstützung (allgemein) sowie durch Kollegen und Vorgesetzte mit dem Outcome Arbeitsengagement ($r = ,18$ bis $r = ,28$), konnten aber, wie auch Osca et al. (2005), keine statistisch signifikanten Einflüsse der Unterstützungsvariablen auf das Outcome nachweisen. Bei Inoue et al. (2013) war der prädiktive Wert der Unterstützung durch Kollegen nach Einbeziehung der Baseline-Werte des Arbeitsengagements in das Berechnungsmodell nicht mehr signifikant.

Hinweise für einen Zusammenhang der Vorgesetztenunterstützung mit dem Outcome Transfermotivation (Transfer von im Training erworbenem Wissen in den Arbeitsalltag) fanden Chiaburu et al. (2010) sowie Leitl und Zempel-Dohmen (2006). Chiaburu et al. (2010) betrachteten nur diese Quelle der Unterstützung und fanden signifikante, aber schwache Korrelationen zu trainingsbezogenen Kognitionen (Umsetzungsmöglichkeiten der erlernten Inhalte) und dem Trainingstransfer (Anwendungsgrad der erlernten Inhalte). Leitl und Zempel-Dohmen (2006) fanden keine Effekte für Kollegenunterstützung, allerdings war hohe Vorgesetztenunterstützung (im Vergleich zu niedriger Vorgesetztenunterstützung) mit einem geringeren Abfall der Transfermotivation in der Zeit nach dem Training assoziiert. Zu bemerken ist allerdings, dass der Follow-up-Zeitraum nach dem Training in beiden Studien nur drei Monate betrug.

Auch hinsichtlich der Arbeitsleistung (Job Performance, productivity) zeigen sich uneinheitliche Befunde. Osca et al. (2005) fanden keine signifikanten Zusammenhänge mit der sozialen Unterstützung, während sich geringe Unterstützung (allgemein) sowie eine ungünstige Beziehung zum Vorgesetzten bei Shi et al. (2013) als signifikanter, aber sehr schwacher Prädiktor ($\beta = -0,04$ bzw. $-0,08$) für eine verminderte Arbeitsleistung herausstellte. In Abhängigkeit der betrachteten Teilstichprobe berichten Nagami et al. (2010) unterschiedliche Ergebnisse für die Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten. Für die Gesamtstichprobe stellt nur die Kollegenunterstützung einen signifikanten Prädiktor für die Arbeitsleistung dar ($\beta = 0,07$), ebenso für die Subgruppe der Manager ($\beta = 0,32$), nicht aber für die Beschäftigten ohne Führungsverantwortung. Bei der Einzelbetrachtung der Männer war die Kollegenunterstützung positiv ($\beta = 0,09$), die Vorgesetztenunterstützung aber negativ ($\beta = -0,10$) mit der Leistung assoziiert. Bei den Frauen war keiner der Effekte signifikant.

Eine Studie beschäftigte sich schließlich mit dem Outcome Arbeitsfähigkeit (Emberland & Knardahl, 2015) und ermittelte schwache Korrelationen zwischen dem Anstieg der Vorgesetztenunterstützung und einem Anstieg der selbst eingeschätzten derzeitigen und zukünftigen

tigen Arbeitsfähigkeit ($r = ,18$ bis $,23$) über den Zeitraum zwischen Baseline-Messung und Follow-up (im Mittel 24 Monate).

Für die in den Primärstudien beschriebenen Zusammenhänge der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz zum Outcome-Komplex Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung stellt sich ein ähnliches Gesamtbild wie bei den psychischen Outcomes dar. In knapp der Hälfte der Fälle zeigen sich keine signifikanten Effekte. Die statistisch signifikanten Korrelations- und Regressionskoeffizienten sind in ihrer Höhe überwiegend als schwach bis moderat einzustufen. Die Betrachtung der Risikoschätzer zeigt sowohl eine Risikoverminderung für Langzeitausfälle bei hoher sozialer Unterstützung als auch eine Risikoerhöhung für verminderte Motivation/Arbeitszufriedenheit/Leistung bei niedriger sozialer Unterstützung.

Interventionsstudien

Zwei Interventionsstudien konnten zur sozialen Unterstützung und Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung eingeschlossen werden. Dabei handelt es sich um Studien, die auch in Kapitel 4.3.1. und 5.3.1. im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit beschrieben werden (Lavoie-Tremblay et al., 2005; Nielsen & Randall, 2012), die aber auch Outcomes aus dem Bereich Motivation, Leistung und Arbeitszufriedenheit betrachteten.

Eine auf Mitarbeit der Beschäftigten ausgerichtete Intervention mit dem Pflegepersonal einer Station der Langzeitpflege begleiteten Lavoie-Tremblay et al. (2005) über mehr als sechs Monate der Programmumsetzung und mit einem Follow-up ein Jahr nach Ende der Intervention. Für die Darstellung der Studie wird auf das Kapitel 4.3.1. verwiesen. Die Autoren geben an, dass es im Vergleich zur Baseline einen Rückgang in den Fehlzeiten zum Follow-up gegeben habe. Statistische Kennwerte berichten sie in diesem Zusammenhang jedoch nicht.

Im Bereich der Altenpflege war die Intervention von Nielsen und Randall (2012) angesiedelt. Die Studie wird ebenfalls im Kapitel 4.3.1. beschrieben. Die Interventionsteilnehmenden gaben einen Rückgang in der Arbeitszufriedenheit an. Ein pfadanalytisches Modell zeigte dabei die Bedeutung medierender Faktoren der Wahrnehmung der Intervention auf. Je stärker Veränderungen in den Abläufen erlebt wurden, desto größer war die Arbeitszufriedenheit zum Follow-up. Die Autoren konstatieren weiterhin, dass Arbeitszufriedenheit zur Baseline positiv mit der erlebten Beteiligung an der Intervention verbunden war. Demgegenüber gaben Beschäftigte, die zur Baseline höhere soziale Unterstützung durch Kollegen berichteten, weniger initiierte Veränderungen an.

Sekundärstudien

Vier systematische Reviews, zwei davon mit Metaanalysen (Chiaburu & Harrison, 2008; Kim & Kao, 2014), geben Hinweise auf Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und Leistung, Anstrengung, Engagement und Bindung an das Unternehmen sowie Absentismus (Chiaburu & Harrison, 2008), Arbeitszufriedenheit (Chiaburu & Harrison, 2008; Lu, Barriball, Zhang & While, 2012), Arbeitsplatzwechsel bzw. Jobwechselabsichten (Chiaburu & Harrison, 2008; Kim & Kao, 2014). Ein systematisches Review betrachtet 18 Interventionsstudien zwischen 1981 und 2006, die Maßnahmen auf organisationaler wie individueller Ebene evaluierten (mit und ohne Kontrollgruppen) (Egan et al., 2007).

Die Studien stammen (Herkunftsland der Erstautoren) aus den USA, Großbritannien, China und Korea. Die Anzahl eingeschlossener Studien, sowohl mit längsschnittlichem als auch querschnittlichem Design, variierte von 18 bis 161.

Ergebnisse der Metaanalyse von Chiaburu und Harrison (2008) zeigten, dass Beschäftigte, die ihre Kollegen als unterstützend wahrnahmen, ein höheres Arbeitsengagement (Job Involvement; $p = ,353$, $k = 35$, $N = 11.182$), eine stärkere Verbundenheit mit dem Unternehmen ($p = ,317$, $k = 56$, $N = 19.334$) und bessere Arbeitsleistungen ($p = ,235$, $k = 52$, $N = 13.363$) berichteten. Gleichzeitig ging höhere Unterstützung von Kollegen mit etwas geringeren Fehlzeiten ($p = -,083$, $k = 26$, $N = 7.601$) und einem geringeren Leistungsabfall ($p = -,227$, $k = 8$, $N = 2.217$) einher. Besonders im Hinblick auf die Leistungs- und Engagementparameter konstatieren die Autoren eine stärkere Bedeutung der Unterstützung von Kollegen im Vergleich zur Unterstützung durch Vorgesetzte, gemessen an der Höhe der Zusammenhänge.

Es fanden sich leichte bis moderate Zusammenhänge zwischen Unterstützung durch Kollegen und Arbeitszufriedenheit ($p = ,404$, $k = 100$, $N = 31.966$) (Chiaburu & Harrison, 2008). Auch Lu et al. (2012) fanden in einem Teil der einzeln dargestellten Studien, dass hohe Arbeitszufriedenheit bei Krankenschwestern durch Zusammenhalt und Qualität der Interaktion im Team ($k = 3$), soziale Unterstützung durch Kollegen ($k = 2$) und Vorgesetzte ($k = 3$) vorhergesagt wurde. Es gab jedoch auch eine eingeschlossene Studie, die keinen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Unterstützung durch Kollegen fand.

Höhere Unterstützung durch Kollegen ging außerdem mit weniger Jobwechselabsichten ($r = -,265$, $k = 43$, $N = 15.604$) und tatsächlichen Kündigungen ($r = -,168$, $k = 5$, $N = 1.442$) einher (Chiaburu & Harrison, 2008). Auch bei Kim und Kao (2014) zeigte sich in der zusammenfassenden Betrachtung von Studien mit Mitarbeitern im Bereich der Kinderfürsorge, dass Unterstützung durch den Vorgesetzten ($r = -,27$, $k = 9$, $N = 4.088$) sowie durch Kollegen ($r = -,19$, $k = 11$, $N = 6.346$) mit geringeren Jobwechselabsichten verbunden war.

Das Review von Egan et al. (2007a) zeigt auf, dass Beschäftigte zur Verbesserung der sozialen Beziehungen in verschiedene Strategien und Prozesse eingebunden werden, z. B. Bildung von Qualitätszirkel, Problemlösegruppen, dass vereinzelt auch Trainings zum Stressmanagement und zur Gesundheitsförderung angeboten werden. Die Anzahl der betrachteten Studien ist zu klein, um systematische Zusammenhänge zwischen bestimmten Interventionen und der Größe der Effekte identifizieren zu können. Außerdem beziehen sich die Befunde vornehmlich auf Veränderungen in der wahrgenommenen Arbeitsumgebung (nicht auf Veränderungen in der Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung) und sind recht inkonsistent: Neben einem Anstieg kollegialer sozialer Unterstützung finden sich auch stabile Verläufe, bei Unterstützung durch den Vorgesetzten auch eine Verschlechterung.

Auf Fehlzeiten wirken sich die Interventionen häufig positiv aus, vereinzelt werden auch ausbleibende Effekte beobachtet. Dies gilt auch für die eher seltener untersuchte Zufriedenheit und Motivation.

4.3.3. Zusammenfassung der Befunde zum Merkmal soziale Unterstützung

In den unserem Scoping Review zugrunde liegenden Primärstudien fand sich in weniger als der Hälfte der eingeschlossenen Studien ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz und den psychischen Outcomes Depression, Distress und mentaler Gesundheit als Gesamtkonstrukt. Bei Frauen wurden für Depressionen größere Auswirkungen der Unterstützung gefunden, bei Männern für die

allgemeine mentale Gesundheit. Die von uns gefundenen (systematischen) Reviews, die insgesamt 17 Studien zu den drei Outcomes betrachteten, kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass das Erkrankungsrisiko bei niedriger sozialer Unterstützung steigt und bei höherer sozialer Unterstützung sinkt. Allgemein fanden sich hier sowohl für Depressionen als auch für stressbezogene Erkrankungen und mentale Gesundheit stärkere Zusammenhänge für Männer als für Frauen.

Zum Outcome Burnout ermittelten immerhin gut zwei Drittel der Primärstudien in diesem Scoping Review signifikante Zusammenhänge mit sozialer Unterstützung. Für die Hauptkomponente des Burnout-Konzepts – emotionale Erschöpfung – zeigten sich demnach erhöhte Risiken bei geringer Unterstützung. Zudem war eine höhere soziale Unterstützung mit geringerer emotionaler Erschöpfung verbunden. Auch die systematischen Reviews berichten solche Effekte für die eingeschlossenen Längsschnittstudien, sodass insgesamt deutliche Belege für einen schützenden Einfluss der sozialen Unterstützung im Hinblick auf die Entstehung eines Burnout-Syndroms vorliegen. In zwei Studien wurden allerdings reverse Effekte gefunden. Demnach scheinen sich solche psychischen Probleme beeinträchtigend auf die soziale Unterstützung bzw. auf die Einschätzung/Wahrnehmung der Unterstützung auszuwirken. Für die übrigen psychischen Outcomes liegen für dieses Scoping Review zu wenige Primärstudien und keine systematischen Reviews vor, sodass von einer zusammenfassenden Bewertung abzusehen ist.

Der Zusammenhang der sozialen Unterstützung mit Motivation, Leistung und Zufriedenheit ist auf der Grundlage der Methodik unseres Scoping Reviews als eher inkonsistent zu bezeichnen. Für diese Outcome-Gruppe bezieht sich knapp die Hälfte aller Auswertungen auf Arbeitsunfähigkeit bzw. Fehlzeiten wegen Krankheit. Etwa die Hälfte der entsprechenden Studien fand einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen niedriger sozialer Unterstützung und vermehrten Fehlzeiten (bzw. vice versa). Diese Zusammenhänge besaßen zum Teil nur für eine der Unterstützungsquellen (Vorgesetzte oder Kollegen) oder nur für Frauen bzw. Männer statistische Signifikanz, wobei keine einheitliche Tendenz für stärkere Effekte bei einer der Unterstützungsquellen oder bei Frauen bzw. Männern erkennbar ist.

Eine Metaanalyse über 26 Studien weist auf einen statistisch signifikanten Zusammenhang von hoher Unterstützung mit weniger Fehlzeiten hin.

Für einen intendierten oder tatsächlichen Arbeitsplatzwechsel ließen sich nur in zwei von sieben Studien statistisch signifikante Einflüsse der sozialen Unterstützung nachweisen. Diese beiden Studien berichteten jedoch recht deutliche Kennwerte. Zwei Sekundärstudien bestätigen geringere Jobwechselabsichten und Kündigungen bei höherer Unterstützung.

Für die übrigen Outcomes Arbeitsengagement, Motivation zum Trainings- bzw. Kenntnistransfer, Arbeitsleistung bzw. Produktivität und Arbeitsfähigkeit liegen für ein klares Fazit insgesamt zu wenige Studien mit wiederum – hinsichtlich der statistischen Signifikanz – inkonsistenter Befundlage vor. Lediglich für das Outcome Arbeitszufriedenheit lässt sich aus drei von vier eingeschlossenen Primärstudien und zwei von drei Metaanalysen entnehmen, dass statistisch signifikante Zusammenhänge von hoher sozialer Unterstützung und hoher Arbeitszufriedenheit bestehen. Zudem fand eine Studie Belege für eine reverse Beziehung, d. h., dass hohe Arbeitszufriedenheit hohe Unterstützung vorhersagte.

In den Interventionsstudien zeigten sich bei Bourbonnais et al. (2006) in der Interventionsgruppe (Gesundheitszirkel) positive Effekte auf die wahrgenommene Unterstützung durch

Vorgesetzte und Kollegen sowie auf Burnout-Symptome und Schlafprobleme. Ebenso konnten Zimber und Ullrich (2012) positive Wirkungen von kollegialen Beratungen auf die wahrgenommene Unterstützung durch Kollegen aufzeigen, während die Wirkungen auf psychische Outcomes weniger eindeutig waren. Nielsen und Randall (2012) und Lavoie-Tremblay (2005) konnten in Interventionen zur Stärkung der Zusammenarbeit in Arbeitsteams sowie des Teamselbstmanagements zwar keine Effekte auf die wahrgenommene Unterstützung nachweisen, allerdings erhöhte sich das emotionale Wohlbefinden (während sich aber die Arbeitszufriedenheit verminderte) bzw. reduzierten sich die Fehlzeiten der Teilnehmenden (nicht aber der psychische Distress). Die Wirkung war bei Nielsen und Randall (2012) stark an die Involviertheit in die Maßnahmen geknüpft. Keine signifikanten Effekte – weder auf die Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen noch auf psychischen Distress – ergaben sich in webbasierten Führungskräfte Trainings bei Kawakami et al. (2005, 2006). Insgesamt zeigten sich zum Teil erfolgversprechende Ansätze in Interventionsstudien, die den kollegialen Austausch bzw. den Teamzusammenhalt förderten.

4.4. Beschreibung zum Merkmal Sozialklima

Tab. 5 Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal Sozialklima und den Outcomes

	Sekundärstudien	Primärstudien: Längsschnitt	
		Interventionsstudien	Nicht-Interventionsstudien
mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen	1	1	8
Motivation, Arbeitszufriedenheit, Leistung	0	3	4

4.4.1. Beschreibung zum Merkmal Sozialklima und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen

Die Beschreibung zum Merkmal Sozialklima bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die mentale Gesundheit und das psychische Befinden als auch auf die psychischen Störungen.

Acht Längsschnittstudien und ein systematisches Review untersuchten den Zusammenhang zwischen dem Merkmal Sozialklima und dem psychischen Befinden und der psychischen Gesundheit. Drei Interventionsstudien lassen sich dem Merkmal Sozialklima, Gruppenzusammenhalt zuordnen, wobei eine Einordnung mit Blick auf die Outcomes teilweise sowohl Outcome-spezifisch und teilweise übergreifend möglich ist, sodass die Interventionsstudien (k = 3) zusammen in diesem Kapitel dargestellt werden.

Primärstudien

Untersucht wurden in den acht Studien Zusammenhänge zwischen Sozialklima und Depression (Fandino-Losada, Forsell & Lundberg, 2013; Oksanen, Kouvonen, Vahtera,

Virtanen & Kivimäki, 2010; Sinokki et al., 2009; Thielen et al., 2011), mentaler Gesundheit und psychischem Distress (Eriksen et al., 2006; Hogh et al., 2011; Johannessen et al., 2013; Laaksonen et al., 2012), Fatigue (Eriksen, 2006) und Schlafqualität (Pereira & Elfering, 2014).

Alle Untersuchungen wurden in Europa durchgeführt (Finnland: $k = 2$, Norwegen: $k = 3$, je eine Untersuchung aus Dänemark, Schweden und der Schweiz).

Dabei wurden die Daten in allen Studien zu zwei Messzeitpunkten über einen Zeitraum zwischen sechs Wochen (Pereira & Elfering, 2014) und dreieinhalb Jahren (Oksanen et al., 2010; Thielen et al., 2011) erhoben.

Einen gesundheitsbeeinträchtigenden Effekt eines schlechten Sozialklimas fanden Fandino-Losada et al. (2013) für Frauen, nicht aber für Männer. Frauen, die das Klima auf ihrer Arbeit negativ erlebten, hatten ein leicht bis moderat erhöhtes Risiko (auch nach Kontrolle sämtlicher Einflussvariablen), eine Depression zu entwickeln (für die einzelnen Stufen des Klimaerlebens: Odds Ratios zwischen 1,85 und 2,09).

Sinokki et al. (2009) fanden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Effekten: Die Autoren konstatieren für ihre gesamte Stichprobe, dass ein schlechtes Sozialklima im Team mit nachfolgender Verordnung von Antidepressiva verbunden war (OR = 1,53; 95 Prozent).

Ein schlechtes vertikales wie horizontales Klima (definiert jeweils als das Quartil mit der schlechtesten Ausprägung), d. h., ein schlechtes Miteinander mit dem Vorgesetzten, aber auch mit den Kollegen, war mit einem erhöhten (1,2- bis 1,36-fachen) Risiko einer Depression verbunden, gemessen an ärztlich verordneten Antidepressiva und den Selbstberichten über eine ärztlich diagnostizierte Depression (Oksanen et al., 2010).

Eine geschlechtsspezifische Auswertung der Zusammenhänge zeigte, dass dieser Effekt des Klimas im Hinblick auf den Vorgesetzten als auch auf die Kollegen bei Frauen für beide vorgenannten Depressionsindikatoren vorhanden war. Bei Männern zeigte sich die abträgliche Wirkung eines schlechten Klimas in vertikaler Richtung sowohl auf verordnete Antidepressiva als auch auf diagnostizierte Depression, schlechtes Klima unter den Kollegen wies einen Zusammenhang zur selbst berichteten Diagnose, nicht aber zur verordneten Medikation auf.

Keinen Einfluss des Gemeinschaftserlebens und der Verordnung von Antidepressiva fand Thielen et al. (2011). Dabei wurde das Merkmal Klima nur mit einem Einzel-Item erhoben.

Eriksen (2006) fand keinen statistisch signifikanten Einfluss des Sozialklimas am Arbeitsplatz zur Baseline und selbst berichteter Fatigue zum Follow-up. Auch im Hinblick auf psychischen Distress fand die Arbeitsgruppe um Eriksen (Eriksen et al., 2006) keinen Zusammenhang zum Sozialklima.

Der Effekt des negativen Sozialklimas zur Baseline auf das Erleben von psychischem Distress zum Follow-up verlor in der Untersuchung von Johannessen et al. (2013) seine statistische Signifikanz, nachdem das Arbeitsplatzmerkmal Rollenkonflikte in die Analysen aufgenommen wurde. Wurde die Veränderung des Sozialklimas von der Baseline zum Follow-up als Prädiktor operationalisiert (Verbesserung, Verschlechterung, d. h., wurde der Effekt eines verbesserten, verschlechterten, gleichbleibend guten, durchschnittlichen bzw. konstant schlechten Sozialklimas untersucht), ergab sich lediglich für die Personen

mit einem unverändert durchschnittlich ausgeprägten Sozialklima ein um 50 Prozent erhöhtes Risiko, zum Follow-up erhöhten Distress zu berichten.

Schließlich berichteten Pereira und Elfering (2014), dass ein schlechtes Sozialklima und soziale Konflikte mit Kollegen zur Baseline eine über zwei Wochen objektiv gemessene häufigere Schlafunterbrechung vorhersagten, andere schlafbezogene Parameter (wie z. B. subjektives Erleben der Schlafqualität, gemessene Einschlafzeit) jedoch nicht. Eine reverse Beziehung im Sinne eines Einflusses von objektiver wie subjektiver Schlafqualität auf soziale Stressoren bestand nicht.

Moderierende Einflüsse (außer vereinzelt durch das Geschlecht) weiterer Merkmale wie Alter und demografische Variablen wurden nicht berichtet.

Unter Berücksichtigung der geringen Studienzahl weisen die Befunde am ehesten darauf hin (wenngleich nicht konsistent über alle Untersuchungen und für beide Geschlechter), dass ein schlechtes Sozialklima am Arbeitsplatz mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, an einer Depression zu erkranken (bzw. Antidepressiva verordnet zu bekommen). Zu anderen Outcomes der psychischen Gesundheit lassen die einbezogenen Längsschnittstudien keine verallgemeinernden Schlüsse zu.

Sekundärstudien

Aus den USA stammt ein systematisches Review zum Merkmal Sozialklima (Gershon et al., 2007); auch die 14 in dieses Scoping Review eingeschlossenen Primärstudien stammen aus den USA. Die eingeschlossenen Untersuchungen, die ausschließlich die Krankenpflege betreffen, beleuchten den Zusammenhang zwischen verschiedenen Merkmalen sozialer Beziehungen und Burnout (gemessen über den MBI) und werden nur deskriptiv dargestellt; eine übergreifende Evidenzbewertung erfolgt nicht.

Für die in diesem Kapitel relevante Assoziation zwischen Sozialklima und psychischer Gesundheit findet sich darüber hinaus nur eine Querschnittstudie (n = 77) (Garrett & McDaniel, 2001) in dem systematischen Review. Dabei zeigte sich, dass fehlender Zusammenhalt unter Kollegen mit erhöhter emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation, nicht aber mit verminderter Leistungsfähigkeit verbunden ist.

Interventionsstudien

Eine Interventionsstudie konnte dem Merkmal Sozialklima im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit zugeordnet werden (Leiter, Laschinger, Day & Oore, 2011).

Dieser Studie liegt ein Prä-Post-Kontrollgruppen-Design zugrunde. Die sechsmonatige Intervention in verschiedenen Krankenhäusern in Kanada zielte auf die Verbesserung des respektvollen Umgangs miteinander ab (CREW: Civility, Respect and Engagement at Work) und wurde auf acht Stationen, vorrangig mit dem Pflegepersonal, durchgeführt (vs. 33 Kontrollstationen).

Zu Beginn der Intervention fand die Aufnahme des Konzepts „Civility“ (Wertschätzung, Höflichkeit im Umgang miteinander) in die Unternehmenskultur des Krankenhauses statt, indem das Management seine Unterstützung zusicherte und die Wichtigkeit des Themas herausstellte, z. B. durch Thematisierung von Wertschätzung als wichtigem und unternehmenseigenem Aspekt in Beiträgen im Klinikjournal.

Über sechs Monate gab es angeleitete wöchentliche stationsbezogene Treffen der Beschäftigten, in denen mit einem bereitgestellten Toolkit verschiedene Themen bearbeitet, erprobt (z. B. Rollenspiele, Brainstorming) und diskutiert wurden sowie Zielvereinbarungen getroffen wurden. Dabei ging es bspw. um respektvollen Umgang miteinander, Kooperation, Konfliktlösefertigkeiten, Diskussionskultur und Führungsverhalten.

Die begleitende Befragung erhob Daten in einer Baseline und ein Jahr später, d. h. sechs Monate nach Ende der Intervention. Untersucht wurden Veränderungen in zentralen Aspekten der Intervention: Höflichkeit/Wertschätzung, erlebte Unhöflichkeit (durch Vorgesetzte bzw. Kollegen), eigenes respektloses/unhöfliches Verhalten und Respekt. Weiterhin wurde im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit das Outcome Burnout erhoben.

Die Befragten der Interventionsstationen zeigten signifikante Verbesserungen im Hinblick auf die Höflichkeit/Wertschätzung, die erlebte Unhöflichkeit des Vorgesetzten und Respekt. Dies zeigte sich auch für die Burnout-Subskala Depersonalisierung/Zynismus. Hier zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt, d. h., die Befragten der Kontrollstationen wiesen keine oder weniger starke Veränderungen auf. Die Berücksichtigung des Implementationsgrads zeigte einen Effekt nur hinsichtlich der Skala Höflichkeit/Wertschätzung: Hier waren Verbesserungen auf den Interventionsstationen größer, wenn die Intervention stärker umgesetzt worden war.

4.4.2. Beschreibung zum Merkmal Sozialklima und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung

Die Beschreibung zum Merkmal Sozialklima bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die Motivation als auch auf die Arbeitszufriedenheit und die Leistung.

Primärstudien

Vier Längsschnittstudien untersuchten die Zusammenhänge zwischen dem Merkmal Sozialklima und krankheitsbedingten Fehlzeiten (Clausen et al., 2012; Hanebuth et al., 2006), Arbeitsplatzwechsel (Hogh et al., 2011) und Arbeitsfähigkeit. Alle Studien wurden in Europa durchgeführt (Dänemark: k = 2, je eine Studie aus Deutschland und Norwegen).

In beiden Studien zu krankheitsbedingten Fehlzeiten lag zwischen Baseline und der Analyse der Fehlzeitendaten ein Zeitraum von zwölf Monaten. Bei Hogh et al. (2011) gab es drei Messzeitpunkte über drei Jahre und bei Emberland und Knardahl (2015) zwei Messzeitpunkte über zwei Jahre (im Mittel; Range von 17 bis 36 Monate).

Es fand sich ein schwacher Zusammenhang zwischen Sozialklima und Langzeiterkrankungen. Das Risiko einer Langzeiterkrankung war in der Gruppe mit einem sehr guten Klima und der Gruppe mit mittlerer Klimateinschätzung um etwa 30 Prozent geringer als in der Extremgruppe mit einem sehr schlechten Sozialklima (Hazard Ratio = 0,69), wenn nur demografische Variablen und Gesundheitsverhalten kontrolliert wurden. Nach Aufnahme weiterer Arbeitsplatzbedingungen zeigte sich dieser Effekt nur noch zwischen der mittleren Gruppe und der Extremgruppe mit schlechtem Sozialklima (HR = 0,73).

Ein belastendes Sozialklima zwischen den Kollegen hatte bei Hanebuth et al. (2006) keinen Effekt auf krankheitsbedingte Fehlzeiten, unabhängig von deren Dauer. Belastendes Vorgesetztenverhalten ging jedoch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, zwei bis drei Tage krankheitsbedingt zu fehlen ($\beta = 0,45$), ein Zeitraum, für den noch kein ärztliches

Attest erforderlich ist. Auf die anderen Erkrankungsintervalle (1 Tag, 4–5 Tage, mehr als 5 Tage) hatten die Klimaeinschätzungen keinen Einfluss.

Hogh et al. (2011) befragten Beschäftigte zum dritten Messzeitpunkt, ob sie innerhalb des vergangenen Jahres ihren Arbeitsplatz gewechselt hatten und setzten Merkmale der Arbeitsumgebung (erhoben zum ersten Zeitpunkt) damit in Beziehung. Für das Gemeinschaftserleben fand sich kein Zusammenhang mit dem Arbeitsplatzwechsel, wenn gleichzeitig die Aspekte soziale Unterstützung und Mobbing in die Analysen aufgenommen wurden (vgl. Kapitel zum Mobbing und zur sozialen Unterstützung). Ebenfalls ausbleibende Effekte konstatieren Emberland und Knardahl (2015) für den Zusammenhang zwischen erlebtem Sozialklima und Arbeitsfähigkeit.

Ein Einfluss des Geschlechts, Alters oder anderer demografischer Variablen fand sich nicht. Reverse Beziehungen zwischen dem Merkmal Klima und den Outcomes wurden nicht geprüft.

Interventionsstudien

Drei Interventionsstudien wurden dem Merkmal Sozialklima und Motivation, Leistung und Arbeitszufriedenheit zugeordnet (Leiter et al., 2011; Van der Wal et al., 2008; Vinberg, 2008), wobei die Studie von Leiter et al. (2011) auch im Zusammenhang mit Sozialklima und der psychischen Gesundheit in diesem Bericht (Kapitel 4.4.1.) vorgestellt wird. Die Interventionen wurden in den USA, in Kanada und in Schweden durchgeführt.

Der Studie von Leiter et al. (2011) liegt ein Prä-Post-Kontrollgruppen-Design zugrunde. Für weitere Ausführungen zu den Studieninhalten und zur Studiendurchführung wird auf das Kapitel 4.4.1. verwiesen. Die Befragten der Interventionsstationen zeigten neben den oben berichteten Verbesserungen im Hinblick auf die Höflichkeit/Wertschätzung, die erlebte Unhöflichkeit des Vorgesetzten und Respekt auch Verbesserungen im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit, die Bindung an das Unternehmen und Fehlzeiten. Die Berücksichtigung des Implementationsgrads zeigte einen Effekt nur hinsichtlich der Skala Höflichkeit/Wertschätzung: Hier waren Verbesserungen auf den Interventionsstationen größer, wenn die Intervention stärker umgesetzt worden war.

Eine zweite Interventionsstudie, die ebenfalls auf die Gesundheitsbranche abzielte (Van der Wal et al., 2008), war als Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe angelegt. Zielgruppe der Intervention waren verschiedene Gesundheitsberufe einer Intensivstation, überwiegend Pflegepersonal (39 Prozent), aber auch Beschäftigte in Heilhilfsberufen und Ärzte. Nach einer Baseline-Erhebung (zwei Messzeitpunkte) wurden die Ergebnisse an die Teilnehmenden zurückgemeldet, Verbesserungsansätze wurden spezifiziert und eine zweijährige Intervention unter Anleitung eines Experten durchgeführt. Abschließend fand eine weitere Befragung statt. Folgende Themen wurden als relevant identifiziert: Kommunikation, Zusammenarbeit, Teamentwicklung, (Fort-)Bildung, Unterstützung durch die Vorgesetzten, Management von Arbeitsumfang und Abläufen, gesundheitsfördernde Arbeitsumgebung, zu denen Arbeitsgruppen gebildet wurden. Darüber hinaus wurden Workshops zu Kommunikation und Konfliktlösung sowie ein Führungstraining angeboten.

Zur Evaluation der Intervention wurden Daten zu drei Messzeitpunkten erhoben, Baseline-Erhebung und erste Folgebefragung lagen dabei, in einem Abstand von drei Monaten, beide vor Beginn der Intervention; damit sollte die Stabilität der Einschätzungen geprüft werden. Die dritte Befragung schloss sich an die Intervention an und erfolgte etwa drei Jahre nach der Baseline-Erhebung. Die Befragten zum dritten Messzeitpunkt gaben signi-

fikant höhere Werte hinsichtlich der Einschätzung von Personal und Ressourcen als zum ersten Messzeitpunkt an, d. h., sie schätzten die Arbeitsbedingungen auf ihrer Station positiver ein. Ebenfalls positive Entwicklungen gab es im Hinblick auf die Unterstützung ihrer beruflichen Entwicklung, die Einschätzung kooperativer Beziehungen im Team und einen Anstieg im gegenseitigen Respekt. Krankmeldungen sanken um 9 Prozent, allerdings nahmen Überstunden um 37 Prozent zu. Die Arbeitszufriedenheit stieg in der Tendenz an, die Verbesserung erreichte aber keine statistische Signifikanz. Keine Änderungen ergaben sich für Arbeitsplatzwechsel und Jobwechselabsichten.

In der dritten eingeschlossenen Studie (Vinberg, 2008), die Teil eines größeren Forschungs- und Entwicklungsprojekts mit Kleinunternehmen in Norwegen und Schweden ist, ging es nicht um die Implementation und Evaluation eines Interventionsprogramms. Vielmehr wurden zehn Kleinunternehmen vor und nach einer von ihnen selbst bestimmten Intervention zur Gesundheitsförderung über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren untersucht. Dabei war es Anliegen der Studie, Wissen über Interventionen in kleinen Unternehmen zu generieren: im Hinblick auf Veränderungen von Parametern, auf Unterschiede zwischen unterschiedlichen Veränderungsansätzen und auf Hindernisse und Schwierigkeiten bei der Umsetzung.

Es beteiligten sich 102 Beschäftigte (Angestellte, Vorgesetzte) an den Befragungen. Die zehn Unternehmen wurden aus verschiedenen Branchen rekrutiert: Computertechnologie, Einzelhandel, Produktion und Unternehmensberatung. Die Führungskräfte wurden schriftlich und in Interviews zu Inhalt und Prozess der Intervention befragt. Anhand der Informationen war es möglich, zwei übergeordnete Entwicklungs-/Veränderungsstrategien zu identifizieren: Unternehmen, die eine breite Veränderungsstrategie gewählt hatten (gleichzeitige Fokussierung auf verschiedene schwerwiegende Probleme, hoher Grad der Beteiligung), und solche mit einer experten- bzw. problembasierten Strategie (in der nur wenige Problembereiche angegangen werden; Grad der Beteiligung ist geringer). Weitere Angaben zum Inhalt und Aufbau der einzelnen Strategien wurden nicht gemacht.

Untersucht wurden mittels Befragungen Aspekte wie Teamgeist bzw. Sozialklima, selbst bewertete körperliche und psychische Gesundheit, Anpassungsfähigkeit und Effizienz, selbst eingeschätzte Kundenzufriedenheit und Produktqualität. Nach der Intervention wurde ein Index der Arbeitsqualität gebildet, der als Einschätzung diente, in welchem Ausmaß die Intervention zur Verbesserung des Sozialklimas, der Kooperation und Einbindung beigetragen hat.

Nach Einschätzung der Führungskräfte verbesserte sich in Unternehmen mit einem breiteren Interventionsansatz die Qualität des Arbeitslebens in stärkerem Maße als in den Unternehmen mit einem engeren Ansatz. Mittelwertsvergleiche zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen den Interventionsansätzen im Hinblick auf die Anpassungsfähigkeit/Effizienz und die Kundenzufriedenheit. Während es bei den Befragten mit einer breiten Strategie keine Unterschiede gab, kam es in Unternehmen mit problembasierter Strategie zu einer Verschlechterung dieser Merkmale. Keine Unterschiede gab es im Hinblick auf das Sozialklima und die Gesundheit. In den Analysen wurden nur die über alle einbezogenen Unternehmen mit unterschiedlichen Interventionsansätzen gemittelten Veränderungen miteinander verglichen. Eine Betrachtung dahingehend, inwiefern Effekte innerhalb der Unternehmen zu verzeichnen sind, wurde nicht vorgenommen.

Für alle Studien, die hier im Zusammenhang mit Interventionen vorgestellt wurden, sind kleine Stichproben und teilweise Begrenzungen auf eine Branche zu beachten.

4.4.3. Zusammenfassung der Befunde zum Merkmal Sozialklima

Die Befunde zum Zusammenhang des Sozialklimas mit der psychischen Gesundheit deuten auf ein erhöhtes Risiko der Entwicklung von Depressionen bei ungünstigem Sozialklima hin, wobei dies nicht konsistent und in einer Studie nur für Frauen gefunden wurde. Das Sozialklima konnte weiterhin nicht eindeutig mit psychischem Distress in Verbindung gebracht werden, allerdings lagen hierzu auch nur zwei Studien vor. Ähnlich verhält es sich mit Befunden zur Schlafqualität und Fatigue.

Zum Zusammenhang zwischen Sozialklima und Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung konnten nur vier Studien eingeschlossen werden, aber nicht in allen fand sich ein Zusammenhang zwischen dem Sozialklima und krankheitsbedingten Fehlzeiten; statistisch signifikante Effekte für Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzwechsel fanden sich nicht.

Im Bereich der Interventionsstudien lassen sich besonders zwei der drei Untersuchungen aus dem Gesundheitsbereich hervorheben (Leiter et al., 2011; Van der Wal et al., 2008), die auf das Potenzial von teambezogenen Interventionen hinweisen, die in regelmäßigen Treffen u. a. Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten thematisierten und schulten. Wenngleich auch hier ein geringer Rücklauf bei den Befragungen (weniger bei der Teilnahme an der Intervention) und die Beschränkung auf den Krankenhausbereich generalisierende Aussagen einschränken, so werden erfolgversprechende Ansätze zur Förderung des Sozialklimas und Stärkung sozialer Beziehungen bei der Arbeit deutlich. Die dritte Studie legte den Fokus nicht auf die Implementierung und Begleitung einer Intervention, sondern verglich Kleinunternehmen mit breiter und weniger breiter Prozessänderung im Hinblick (auch) auf Wirkungen auf das Sozialklima. Ableitungen für konkretes Interventionswissen sind jedoch nicht eindeutig möglich.

5. Bewertung und Diskussion der Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen dem Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“ und den Outcomes

5.1. Bewertung zum Merkmal Mobbing

5.1.1. Bewertung zum Merkmal Mobbing und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen

Die Bewertung zum Merkmal Mobbing bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf das psychische Befinden und die mentale Gesundheit als auch auf die psychischen Störungen.

Primärstudien

1. Stichprobe

Die Anzahl der untersuchten Studienteilnehmer variierte zwischen

- 48 (Romeo et al., 2013),
- 170 bis 600 (Adriaenssens et al., 2013; Figueiredo-Ferraz et al., 2015; Rodríguez-Muñoz et al., 2015),
- 600 bis 1.000 (Loerbroks et al., 2014),
- 1.000 bis 2.000 (Finne et al., 2011; Hansen et al., 2014; Hoobler et al., 2010; Nielsen & Einarsen, 2012b; Nielsen et al., 2012; Reknes et al., 2014),

- 2.000 bis 3.000 (Hogh et al., 2011; McGinley et al., 2011; McTernan et al., 2013) und
- mehr als 4.000 Befragten (Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006; Hogh et al., 2005; Johannessen et al., 2013; Laaksonen et al., 2012; Lahelma et al., 2012; Laine et al., 2014; Lallukka et al., 2011; Rugulies et al., 2012; Stoetzer et al., 2009).

Die Rücklaufquoten variierten stark von ca. 20 Prozent (Finne et al., 2011; Hansen et al., 2014) für den gesamten Befragungszeitraum bis hin zu 84 Prozent zu einzelnen Zeitpunkten ($k = 8$). Wurden Drop-out-Analysen durchgeführt, waren die ausgeschiedenen Befragten häufig stärker von Mobbing betroffen und berichteten eine schlechtere psychische Gesundheit als die Personen, die zu allen Zeitpunkten teilgenommen hatten.

In der Hälfte der Studien wurden die Probanden aus Registern der Beschäftigtenbevölkerung rekrutiert und entstammten somit verschiedenen Berufsgruppen und Branchen. Betrachtet man zusätzlich branchenspezifische Erhebungen, ist der Gesundheitssektor (Kranken- und Altenpflege, soziale Dienste) stark vertreten ($k = 7$). Weiterhin finden sich aber auch andere Dienstleistungsbereiche wie Finanzen/Versicherungen und Transportwesen, aber auch soziale Bereiche wie Kindergarten und Schule.

Die Verteilung von Männern und Frauen innerhalb der Studien variiert in Abhängigkeit von der untersuchten Berufsgruppe. Während Studien ohne berufsspezifische Stichprobe ein eher ausgeglichenes Geschlechterverhältnis aufweisen, sind Studien im Bereich der Alten- und Krankenpflege im Vergleich mit der allgemeinen Beschäftigtenbevölkerung durch eine weibliche Überrepräsentanz und eine Studie in der Offshore-Petroleumindustrie durch eine männliche Überrepräsentanz gekennzeichnet.

Die Ergebnisse basieren daher auf unterschiedlich großen Stichproben. Bei kleineren Studien sind auch dann, wenn „tatsächlich“ ein Zusammenhang zwischen einem bestimmten Merkmal und einem bestimmten Outcome besteht, häufiger fehlende statistische Signifikanzen zu erwarten. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass systematische Reviews mit Metaanalysen teilweise konsistente Ergebnisse finden konnten, obwohl die Darstellung der Primärstudien zu einem hohen Anteil fehlende statistisch signifikante Ergebnisse aufgezeigt hat. Eine gewisse Einschränkung der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse resultiert ferner daraus, dass die Hälfte der Studien nur bedingt berufsgruppenübergreifende Schlussfolgerungen zulässt. Die potenziell größte Selektionsverzerrung ergibt sich durch eine geringe Responserate in der Baseline-Befragung und durch einen selektiven Loss to follow-up in den Folgebefragungen (vgl. Thinschmidt et al., 2015, in press). Aus dem vorgenannten Mental Health Review, das eine deutliche thematische Überschneidung mit dem Thema dieses Scoping Reviews aufweist, wissen wir, dass dem Problem einer Selektionsverzerrung in den Studien zum Zusammenhang zwischen psychosozialen beruflichen Belastungen (einschließlich der sozialen Beziehungen) und der psychischen Gesundheit eine sehr große Bedeutung zukommt. Hier kann lediglich eine detaillierte Qualitätsbewertung und eine Berücksichtigung der Qualitätsbewertung in der Interpretation der Studienergebnisse weiteren Aufschluss über das Ausmaß der Selektionsverzerrung und bestenfalls über die Richtung der damit verbundenen Ergebnisverzerrungen bringen (vgl. Thinschmidt et al., 2015, in press). Im Rahmen von Scoping Reviews lässt sich dies naturgemäß nicht leisten.

2. Operationalisierung der unabhängigen und abhängigen Variablen

Die Angaben zu Erfahrungen von Mobbing und anderem feindseligen Verhalten am Arbeitsplatz basierten durchweg auf Selbstauskünften der Befragten. Dabei kamen in einem

Teil der Studien ($k = 12$) mehrere Items umfassende Skalen aus Instrumenten zum Einsatz, die zuvor an anderer Stelle entwickelt worden waren: Negative Acts Questionnaire (R) (NAQ-R) bzw. Short-Negative Acts Questionnaire (S-NAQ), Mobbing-UNIPISCO scale (UNIPISCO: Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional), General Work Harassment Questionnaire (GWHQ), Leiden Quality of Work Questionnaire for Nurses (LQWQ-N) und zur Erhebung sexueller Belästigung der Sexual Experiences Questionnaire (SEQ) und die Bergen Sexual Harassment Scale. Sofern Cronbachs Alpha angegeben wurde, variierte es zwischen $\alpha = ,75$ bis $,95$ und zeigt somit eine ausreichende Reliabilität der Instrumente an.

In 13 Studien wurde Mobbing mittels einzelner Items aus einem publizierten Instrument erhoben (z. B. aus dem General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work) (QPSNordic) oder es wurde eine Eigenkonstruktion von Einzel-Items vorgegeben. In der Instruktion wurde entweder eine Definition von Mobbing bzw. feindseligem Verhalten am Arbeitsplatz gegeben oder aber es wurde in der Formulierung des Items mit konkreten Verhaltensweisen gearbeitet, sodass immer eine konkrete Beschreibung des einzuschätzenden Merkmals vorlag (z. B. Bergen Bullying Indicator). Häufig erfasste dabei jeweils ein Item Mobbing durch die Kollegen und durch Vorgesetzte.

Auch alle abhängigen Variablen – die Indikatoren des psychischen Befindens – wurden mittels Selbstauskünften erhoben, wobei fast ausschließlich erprobte Fragebögen eingesetzt wurden: Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS), verschiedene Versionen der Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10; HSCL-25; SCL-5), Mental Health Inventory (MHI-5), General Health Questionnaire (GHQ-12), Spielberger's State-Trait Depression Scales, Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), Major Depression Inventory (MDI), Subskalen des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Suicidal Potential Scale (SPS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Fatigue Questionnaire (FQ), Leiden Quality of Work Questionnaire for Nurses (LQWQ-N), Utrecht Work Engagement Scale (UWES), Maslach Burnout Inventory (MBI), Brief Symptom Inventory (BSI).

Bei Laaksonen et al. (2012) wurde die psychische Gesundheit über die ärztliche Verordnung von Psychopharmaka (Antidepressiva, Schlafmittel, sonstige Psychopharmaka exklusive Antidementiva und Neuroleptika) operationalisiert, wobei die Informationen aus einem zentralen Register entnommen wurden.

Eriksen (2006) erfasste Fatigue mit einem Einzel-Item zur Einschätzung der Vitalität (fit bis müde) innerhalb der letzten 14 Tage. Auch bei Johannessen et al. (2013) kamen Einzel-Items zur Erfassung des psychischen Befindens zum Einsatz (eines für Depression, eines für Nervosität, Angst, Unruhe).

Nicht alle Studien berichteten Cronbachs Alpha; sofern angegeben, reichten die Werte von $\alpha = ,74$ bis $,90$ und zeigten eine ausreichende Reliabilität der eingesetzten Skalen auf.

Die Schlafqualität wurde erhoben mit dem Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ) und dem Jenkins Sleep Questionnaire. Zur Erhebung des Alkoholkonsums verwendeten die Autoren einige Einzel-Items und den Michigan Alcohol Screening Test (MAST).

Cronbachs Alpha lag zwischen $\alpha = ,51$ (Aufwachprobleme im KSQ; nur zwei Items) und $\alpha = ,97$. Die Subskala des KSQ mit einer nicht zufriedenstellenden Reliabilität weist darauf hin, dass die beiden Items weniger gut geeignet sind, um als Skala zusammengefasst zu werden. Es lässt sich jedoch auch argumentieren, dass beide Items unterschiedliche Aspekte eines Phänomens erfassen.

Die Ergebnisse der Studien zu Mobbing und psychischer Gesundheit basieren mehrheitlich auf reliablen Daten. Es handelt sich dabei ausschließlich um Selbstauskünfte, die subjektiven Färbungen unterliegen. Für die erlebte Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden sind aber eben die individuellen subjektiven Wahrnehmungen ausschlaggebend, sodass dies der Qualität der Daten nicht notwendigerweise abträglich ist. Zu berücksichtigen ist, dass bestehende psychische Beschwerden oder deren subklinische Frühsymptome die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen beeinflussen können. Die damit verbundene Verzerrung wird noch dadurch verstärkt, dass in den Studien häufig Personen mit psychischen Beschwerden zur Baseline nicht aus der weiteren Untersuchung ausgeschlossen werden.

3. Zusätzliche Studienmerkmale

Die Mehrzahl der Studien berücksichtigte Alter und Geschlecht als Kontrollvariablen in den Analysen der Zusammenhänge zwischen Mobbing und psychischer Gesundheit. Ein Teil der Studien bezog neben weiteren demografischen Variablen auch weitere Merkmale von Gesundheit (BMI) und die Ausgangswerte der psychischen Gesundheit mit ein, andere die Dauer und Intensität der Mobbing Erfahrungen. Ergebnisse zum Einfluss weiterer Variablen auf Zusammenhänge zwischen Mobbing und psychischer Gesundheit finden sich ausführlich in Kapitel 4.1.1. Soweit die einbezogenen Studien teilweise auch andere Arbeitsbedingungsfaktoren kontrollierten, ist die Gefahr einer „Überadjustierung“ zu berücksichtigen: Einzelne Arbeitsbedingungsfaktoren stehen in einem komplexen Verhältnis zueinander und bedingen sich gegenseitig, sodass eine Adjustierung für andere Arbeitsbedingungsfaktoren unter Umständen auch die Abschätzung des interessierenden Effekts verschlechtern kann.

Zur aussagekräftigen Analyse von Effektmodifikatoren (Mediatoren) sind sehr hohe Fallzahlen erforderlich, welche die zugrunde gelegten Primärstudien überwiegend nicht erreichten. Insofern kann die Frage nach Effektmodifikatoren mit Scoping Reviews nicht aussagekräftig beantwortet werden. Die Beantwortung der Frage nach Effektmodifikatoren bleibt systematischen Reviews vorbehalten.

Interventionsstudien

In der Interventionsstudie von Chipps und McRury (2012) konnten von 114 eingeladenen Personen nur $n = 16$ über den Prä-Post-Zeitraum befragt werden, sodass eine kritische effektive Rücklaufquote von nur 14 Prozent vorliegt. Mallette et al. (2011) geben keine Rücklaufquote an, es konnten jedoch $n = 164$ Personen eingeschlossen werden, die zufällig auf 5 Studienbedingungen aufgeteilt wurden (4 Interventionen, 1 Kontrollbedingung).

Neben der Rücklaufquote ist bei der Betrachtung der Ergebnisse zu beachten, dass es sich in beiden Studien um den Bereich der Krankenpflege handelte, sodass Verallgemeinerungen auf andere Berufsgruppen nicht uneingeschränkt möglich sind. Darüber hinaus findet sich berufsbedingt ein sehr hoher Frauenanteil in der Stichprobe (90 Prozent bzw. 94 Prozent).

Die eingesetzten Instrumente waren zum Teil eigens konstruiert und es wurden keine Reliabilitätskennwerte angegeben. Zur Erfassung der Mobbingintensität und häufigkeit kam der Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) zum Einsatz, der mit Cronbachs Alpha von $\alpha = ,77$ bzw. $\alpha = ,95$ zufriedenstellende Reliabilität aufwies.

In der Studie mit einer Kontrollgruppe wurde diese nur mit einem Teil der Fragebögen zum Prä-Test befragt, sodass bspw. der Wissenstest nicht im Kontroll-Interventionsdesign aus-

gewertet werden konnte. Darüber hinaus wurden Rollenspiele nur nach der Intervention durchgeführt und bewertet, sodass hier ein Prä-Post-Vergleich nicht möglich war.

Ergebnisse aus den Interventionsstudien sind daher aufgrund der kleinen und auf den Krankenpflegebereich beschränkten Stichprobe sowie dem Vorhandensein einer Kontrollgruppe in nur einer der Studien sowie dem methodisch unzureichend durchgeführten Design kritisch zu betrachten. Es lassen sich allenfalls Hinweise zur Durchführung von Interventionen und Ansätze für ein mögliches inhaltliches Vorgehen ableiten. Belastbare inhaltliche Schlussfolgerungen können jedoch nicht gezogen werden.

5.1.2. Bewertung zum Merkmal Mobbing und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung

Die Bewertung der Studien zum Merkmal Mobbing bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die Motivation als auch auf die Arbeitszufriedenheit und die Leistung.

Primärstudien

1. Stichprobe

Die kleinste Stichprobe umfasste 73 Probanden (Vogel & Mitchell, 2015; Studie 3), die anderen zwischen 170 und 600 (Adriaenssens et al., 2013; Rodríguez-Muñoz et al., 2009; Rodríguez-Muñoz et al., 2015; Vogel & Mitchell, 2015), zwischen 1.000 bis knapp 3.000 (Heponiemi et al., 2014; Hogh et al., 2011; Hultin et al., 2011; McTernan et al., 2013), und eine Studie untersuchte etwa 6.700 Probanden (Aagestad et al., 2014). Die Rücklaufquote bezogen auf die jeweiligen Einzelerhebungen lag zwischen 31 Prozent und 90 Prozent, der effektive Rücklauf über den gesamten Verlauf war mit 17 Prozent bis 30 Prozent niedriger. In der Hälfte der Studien wurden Drop-out-Analysen mit Blick auf demografische Merkmale durchgeführt. Es wurden keine Unterschiede zwischen der Analysestichprobe und der Drop-out-Stichprobe festgestellt. Nur vereinzelt wurden auch Unterschiede in den untersuchten abhängigen/unabhängigen Variablen geprüft, auch hier ohne statistisch signifikante Unterschiede zwischen Analyse- und Drop-out-Stichprobe zu finden. Nichtsdestotrotz kann (auch bei Vergleichbarkeit der Analyse- und Drop-out-Stichproben) eine starke Selektionsverzerrung aufgrund der teilweise sehr geringen Antwortraten bzw. sehr hohen Drop-out-Raten nicht ausgeschlossen werden. Diesbezüglich sind die Ausführungen im Kapitel 5.1.1. unter 1. Stichprobe zu berücksichtigen.

Die Analysestichprobe in der Arbeit von Aagestad et al. (2014) wurde aus der allgemeinen Beschäftigtenbevölkerung rekrutiert, in zwei Studien wurden keine konkreten Angaben zum Beruf der Befragten gemacht, sodass eine Zugehörigkeit zu verschiedenen Branchen angenommen werden kann (McTernan et al., 2013; Rodríguez-Muñoz et al., 2015). Drei Studien befragten Beschäftigte des Gesundheitssektors: Krankenschwestern und Pfleger (Adriaenssens et al., 2013; Hogh et al., 2011) sowie Ärzte (Heponiemi et al., 2014). In den verbleibenden Studien wurden Personen aus unterschiedlichen Branchen befragt (Gesundheitswesen, Versicherung/Finanzen, Textilindustrie, Computertechnologie).

Der Anteil weiblicher Studienteilnehmer lag zwischen 41 Prozent und 96 Prozent. Wenn gleich der Anteil von 96 Prozent in einer Studie im Pflegebereich mit der dort zu findenden Überrepräsentanz von Frauen korrespondiert, schwanken die Anteile der weiblichen Befragten auch in den Studien mit unterschiedlichen Berufsgruppen zwischen 48 Prozent und 70 Prozent.

Die Stichprobengröße ist für quantitative Analysen nur für einen Teil der Stichprobe ausreichend groß, und nicht alle Publikationen haben Drop-out-Analysen vorgenommen. Darüber hinaus ist nur eine Stichprobe gesichert aus der allgemeinen Beschäftigtenbevölkerung rekrutiert, die anderen sind aus verschiedenen, möglicherweise nicht repräsentativen Berufsgruppen gezogen worden. Damit sind die Ergebnisse vor dem Hintergrund eines zu erwartenden Selektionseffektes zurückhaltend zu interpretieren.

2. Operationalisierung der unabhängigen und abhängigen Variablen

Zur Erfassung von Mobbing kamen Einzel-Items mit einer konkreten Beschreibung möglicher Verhaltensweisen oder eine Definition des Phänomens (Agestad et al., 2014; Heponiemi et al., 2014; Hogh et al., 2011; Hultin et al., 2011; McTernan et al., 2013), aber auch etablierte Fragebogen wie der Negative Acts Questionnaire (Kurzversion, S-NAQ) (Rodríguez-Muñoz et al., 2009; Rodríguez-Muñoz et al., 2015), eine Subskala des Leiden Quality of Work Questionnaires for Nurses (LQWQ-N) (Adriaenssens et al., 2015) zum Einsatz. Das feindselige Verhalten durch Vorgesetzte wurde mittels einer Kurzversion eines Fragebogens von Tepper (2000) erhoben. In den meisten Fällen wurden Einschätzungen zu den letzten sechs Monaten erbeten, bei Heponiemi et al. (2014) war der Zeitaspekt mit „kürzlich“ vorgegeben. Vogel und Mitchell (2015) fokussierten in einer ihrer Studien mit Tagebuchaufzeichnungen das feindselige Verhalten des Vorgesetzten am jeweils dokumentierten Tag. In den anderen beiden Studien der Autoren wurde kein Zeitraum vorgegeben. Bei den eingesetzten Skalen waren die internen Konsistenzen mit deutlich über $\alpha = ,70$ und damit die Reliabilität sehr gut.

Angaben zur Arbeitszufriedenheit wurden mit standardisierten Instrumenten als Selbstauskünfte erhoben: Job Diagnostic Survey (JDS); Subskalen des Leiden Quality of Work Questionnaires for Nurses (LQWQ-N), Leiden Quality of Work Scale und ein erprobtes und nicht näher bezeichnetes 4-Item-Instrument.

Die Utrecht Work Engagement Scale (UWES) erfasste das Arbeitsengagement bzw. die Energie/Tatkraft und den Einsatz bei der Arbeit. Jobwechselabsichten wurden bei Heponiemi et al. (2014) mittels drei selbst konstruierter Items erfasst. Vogel und Mitchell (2015) setzten zum Selbstbericht unternehmensschädigenden Arbeitsverhaltens (workplace deviance) ein Verfahren von Bennett und Robinson (2000) ein (organizational deviance measure). Die Cronbachs Alpha der hier eingesetzten Skalen variierten zwischen $\alpha = ,60$ und $\alpha = ,95$, sodass von einer ausreichend hohen bis sehr guten Reliabilität der Erhebungsinstrumente ausgegangen werden kann.

Ein Einzel-Item kam zur Erfassung des erfolgten Jobwechsels zum Einsatz (Hogh et al., 2011). Fehlzeiten wurden als Fremdb Berichte im jeweiligen Unternehmen registriert (Agestad et al., 2014; Hultin et al., 2011) oder als Selbstauskunft über den WHO Health and Work Performance Questionnaire erhoben (McTernan et al., 2013). Letzterer erfasste über Selbstberichte auch die Arbeitsleistung auf einer Skala von 0 (schlechteste Leistung) bis 10 (beste Leistung).

3. Zusätzliche Studienmerkmale

Als Kovariaten wurden in den Studien zu Zusammenhängen zwischen Mobbing und motivationalen und Leistungsaspekten häufig Geschlecht und Alter berücksichtigt. Darüber hinaus wurde in einem Teil der Studien für weitere demografische Variablen kontrolliert (z. B. Familienstatus, Bildung). Nur gelegentlich erfolgten die Kontrolle der Ausgangswerte sowie die Berücksichtigung weiterer arbeitsplatzbezogener Merkmale. Eine fundierte Schlussfolgerung zu moderierenden Einflussfaktoren auf den Zusammenhang ist aufgrund unsystematischer Vorgehensweisen und aufgrund von Powerproblemen bei gesonderter

Betrachtung der Einzelstudien nicht möglich (vgl. diesbezügliche Ausführungen im Kapitel 5.1.1.).

Interventionsstudien

In der Interventionsstudie von Chipps und McRury (2012) konnten von 114 eingeladenen Personen nur $n = 16$ über den Prä-Post-Zeitraum befragt werden, sodass eine kritische effektive Rücklaufquote von nur 14 Prozent vorliegt. Mallette et al. (2011) geben keine Rücklaufquote an, es konnten jedoch $n = 164$ Personen eingeschlossen werden, die zufällig auf fünf Studienbedingungen aufgeteilt wurden (4 Interventionen, 1 Kontrollbedingung).

Neben der Rücklaufquote ist bei der Betrachtung der Ergebnisse zu beachten, dass es sich in beiden Studien um den Bereich der Krankenpflege handelte, sodass Verallgemeinerungen auf andere Berufsgruppen nicht uneingeschränkt möglich sind. Darüber hinaus findet sich berufsbedingt ein sehr hoher Frauenanteil in der Stichprobe (90 Prozent bzw. 94 Prozent).

Die eingesetzten Instrumente waren zum Teil eigens konstruiert und es wurden keine Reliabilitätskennwerte angegeben. Zur Erfassung der Mobbingintensität und -häufigkeit kam der Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) zum Einsatz, der mit Cronbachs Alpha von $\alpha = ,77$ bzw. $\alpha = ,95$ eine zufriedenstellende Reliabilität aufwies.

In der Studie mit einer Kontrollgruppe wurde diese nur mit einem Teil der Fragebögen zum Prä-Test befragt, sodass bspw. der Wissenstest nicht im Kontroll-Interventionsdesign ausgewertet werden konnte. Darüber hinaus wurden Rollenspiele nur nach der Intervention durchgeführt und bewertet, sodass hier ein Prä-Post-Vergleich nicht möglich war.

Ergebnisse aus den Interventionsstudien sind daher aufgrund der kleinen und auf den Krankenpflegebereich beschränkten Stichprobe sowie dem Vorhandensein einer Kontrollgruppe in nur einer der Studien sowie dem methodisch unzureichend durchgeführten Design kritisch zu betrachten. Es lassen sich Hinweise zur Durchführung von Interventionen und Ansätze für ein mögliches inhaltliches Vorgehen ableiten, weitreichende Schlussfolgerungen können jedoch nicht gezogen werden.

5.2. Bewertung zum Merkmal soziale Konflikte

5.2.1. Bewertung zum Merkmal soziale Konflikte und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen

Die Bewertung zum Merkmal soziale Konflikte bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die Studien zu psychischen Störungen als auch auf die Studien zum psychischen Befinden.

Primärstudien

1. Stichprobe

Die Größe der Stichprobe variierte zwischen den sechs Längsschnittstudien: Die kleinste Stichprobe mit $n = 60$ findet sich bei Pereira und Elfering (2014), die anderen Studien befragten zwischen 3.000 und 6.000 Personen. Die Rücklaufquoten lagen zwischen 45 Prozent (Andrea et al., 2009; De Raeve et al., 2009) und über 50 Prozent bis 65 Prozent in der Mehrheit der Studien, lediglich bei der kleinen Stichprobe wurde ein Rücklauf von 92 Prozent erzielt. Sofern Drop-out-Analysen durchgeführt wurden, zeigten sich in zwei Studien im Hinblick auf die relevanten Indikatoren psychischer Gesundheit keine Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern (Magnusson Hanson et al., 2009;

Stoetzer et al., 2009). Allerdings berichteten die ausgeschiedenen Personen in einer Studie höhere Fatigue-Werte zur Baseline als die Teilnehmenden an der Follow-up-Untersuchung (Andrea et al., 2009) oder sie waren seltener von Fatigue betroffen (De Raeve et al., 2009). Die beiden letztgenannten Befunde lassen sich als Hinweis auf eine Selektionsverzerrung durch Drop-outs werten.

Zum Beruf der Befragten machten zwei Studien keine Angabe (De Raeve et al., 2009; Stoetzer et al., 2009), die anderen Untersuchungen rekrutierten aus verschiedenen Berufsgruppen, wie z. B. Gesundheitswesen und Finanzwesen (Pereira & Elfering, 2014). Am ehesten repräsentativ für die allgemeine Beschäftigtenbevölkerung erscheinen die Studien der Arbeitsgruppe um Magnusson Hanson (Magnusson Hanson et al., 2009; Magnusson Hanson et al., 2008), deren Daten aus einer jährlich stattfindenden landesweiten Befragung in Schweden (Longitudinal Survey of Occupational Health; SLOSH) stammen.

In der Mehrzahl der Studien liegt der Anteil der befragten Frauen um 50 Prozent. Nur 25 Prozent Frauen wurden in der Untersuchung von Andrea et al. (2009) befragt, wobei die Autoren dazu keine Erklärung geben. In der Studie von De Raeve et al. (2009) wurden Frauen aus den Analysen ausgeschlossen, da deren Anteil (27 Prozent) nach Einschätzung der Autoren zu gering war und zu Verzerrungen führen konnte.

2. Operationalisierung der unabhängigen und abhängigen Variablen

Die Erfassung der sozialen Konflikte erfolgte in fast allen Studien mittels einzelner Items. Zum Einsatz kamen zwei Items des Dutch Questionnaires on the Experience and Evaluation of Work (VBBA; niederländische Abkürzung; je ein Item für Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten) (Andrea et al., 2009; De Raeve et al., 2009), je eine selbst konstruierte Frage zu Konflikten mit Vorgesetzten und Kollegen (Magnusson Hanson et al., 2009; Magnusson Hanson et al., 2008) sowie ein Einzel-Item zu ernsthaften Konflikten aus dem JCQ (Stoetzer et al., 2009).

Mittels einer Skala von Frese und Zapf (1987) (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,80$) wurden soziale Stressoren erhoben, in der auch soziale Konflikte mit Kollegen (nicht aber mit Vorgesetzten) thematisiert werden (Pereira & Elfering, 2014). Dabei fällt auf, dass eine abgestufte Erfassung von Schwere, Dauer und Häufigkeit von Konflikten in keiner der Studien vorgenommen wurde. Dies könnte jedoch relevant sein für den Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, von einer resultierenden Informationsverzerrung muss ausgegangen werden.

Angstsymptome wurden mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) erhoben, zur Erfassung von Depressionen kamen ebenfalls die HADS, die Kurzversion der Symptom Checklist (SCL-6) und der Major Depression Inventory (MDI) zum Einsatz. Die Erfassung eines Baseline-Indikators für depressive Symptome erfolgte mittels einer selbst konstruierten 4-Item-Skala (Magnusson Hanson et al., 2009). Die Subskala des Maslach Burnout Inventoriums (MBI) erhob emotionale Erschöpfung. Das Erholungsbedürfnis wurde mit einer Skala des VBBA, die anhaltende Fatigue mit der Checklist Individual Strength (CIS) gemessen.

Objektive Schlafparameter (Einschlaf latenz, Schlafeffizienz und Unterbrechungen) erhob das „actigraph BodyMedia’s SensewearW armband“ (©BodyMedia Inc., Pittsburgh, PA), während die subjektive Schlafqualität über die beobachteten zwei Wochen jeden Morgen mittels eines Items im Schlaftagebuch festgehalten wurde (Pereira & Elfering, 2014).

Cronbachs Alpha wurden für die HADS, den MBI, die Skala Erholungsbedürfnis der VBBA und die CIS angegeben und lagen mit $\alpha = ,78$ bis $\alpha = ,93$ in einem zufriedenstellenden Bereich.

3. Zusätzliche Studienmerkmale

Mit Ausnahme einer Studie (Pereira & Elfering, 2014) wurde in allen Untersuchungen das Alter, verschiedene demografische Variablen und in der Mehrzahl auch das Geschlecht (als Kovariate in Analysen oder als getrennte Analysen für Männer und Frauen) kontrolliert.

In zwei Studien wurden die abhängigen Variablen auch zur Baseline erfragt (Magnusson Hanson et al., 2009; Stoetzer et al., 2009), um den Einfluss der Ausgangswerte auf das Ergebnis im Follow-up zu kontrollieren. Dieses Verfahren – das zudem in der Mehrzahl der Studien nicht angewandt wurde – kann aber eine Verzerrung der Ergebnisse durch die Vermischung prävalenter und inzidenter Ereignisse und einen damit verbundenen Cause-and-Effect-Bias nicht hinreichend sicher verhindern⁹.

Als weitere Kovariaten wurden in einem Teil der Studien weitere psychosoziale Arbeitsbedingungen in die Analysen einbezogen (Andrea et al., 2009; De Raeve et al., 2009; Pereira & Elfering, 2014; Stoetzer et al., 2009). Zu dem damit verbundenen Problem einer etwaigen „Überadjustierung“ wird auf das Kapitel 1.5.1.1. verwiesen.

Interventionsstudien

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Interventionsstudien zum Merkmal soziale Konflikte ist zu beachten, dass hier nur eine Studie eingeschlossen werden konnte. Die Arbeit von Ostermann et al. (2010) erhob Daten zu drei Messzeitpunkten, jeweils im Abstand von einem Jahr: zur Baseline ($n = 40$), während des Teamentwicklungsprozesses ($n = 50$) und nach der Intervention ($n = 47$). Dabei ist nicht eindeutig erkennbar, inwiefern eine längsschnittliche Auswertung der Daten oder eine getrennte Analyse der Querschnitte vorgenommen wurde. Angesichts der Größe des Teams, in welchem die Intervention/Evaluation durchgeführt wurde ($n = 77$), kann von einer mäßig bis hohen Übereinstimmungsquote der Teilnehmenden zwischen den Messzeitpunkten ausgegangen werden.

Die Stichprobe beschränkte sich auf medizinische Beschäftigte einer neurologischen Rehaklinik, vorrangig Pflegepersonal (65 Prozent Frauen). Die Rücklaufquoten lagen zu den einzelnen Messzeitpunkten zwischen 51,9 Prozent und 64,9 Prozent (jeweils auf die Anzahl des Gesamtteams ($N = 77$) bezogen).

Neben der Entwicklung verschiedener Aspekte der Arbeitsumgebung (z. B. workload) wurde das Ausmaß erhoben, in dem die Befragten zwischenmenschliche Konflikte und Loyalitätsprobleme wahrnehmen (zwei Items aus der Work Environment Scale WES-10; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,69$).

Die Studie gibt einen Hinweis auf das Potenzial von Teambuilding-Prozessen auf die Verbesserung des Umgangs mit Konflikten, ermöglicht aber angesichts der kleinen Stichprobe und der Beschränkung auf den Gesundheitsbereich keine verallgemeinerbaren inhaltlichen Aussagen.

⁹ Siehe auch die diesbezüglichen Ausführungen im Mental Health Review von Thinschmidt et al. (2015, in press).

Sekundäranalysen

Mit Blick auf die einbezogenen drei systematischen Reviews ist die kleine Anzahl der eingeschlossenen Studien und die Berücksichtigung von Querschnittstudien zu beachten. Insgesamt lassen sich auf der Grundlage der eingeschlossenen Studien kaum valide Aussagen zum Zusammenhang von sozialen Konflikten bei der Arbeit und dem psychischen Befinden ableiten.

5.2.2. Bewertung zum Merkmal soziale Konflikte und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung

Die Bewertung der Studien zum Merkmal soziale Konflikte bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die Motivation als auch auf die Arbeitszufriedenheit und die Leistung.

Primärstudien

1. Stichprobe

Es konnten 326 Arbeiter, Verwaltungskräfte und Manager eines metallverarbeitenden Unternehmens (Falco et al., 2013), 1.430 Arbeiter aus der Produktionsbranche, der Gesundheitsbranche und aus dem Bürobereich (Hultin et al., 2011), ca. 3.500 Personen (De Raeve et al., 2009) (keine Angabe zur Branche) und etwa 15.500 Arbeiter und Angestellte aus verschiedenen produzierenden Unternehmen (Leichtmetall, KFZ-Bau, Stahlbau, Elektrogeräte) (Ishizaki et al., 2013) im Längsschnitt betrachtet werden.

Ein insgesamt unzureichender Rücklauf (45 Prozent zur Baseline; 77 Prozent bis 80 Prozent zu den Follow-ups, bezogen auf das Baseline-N) wurde bei De Raeve et al. (2009) wie auch bei Hultin et al. (2011) (47 Prozent) berichtet. Drop-out-Analysen zeigten allerdings keine Unterschiede in den hier relevanten Variablen. Für die anderen beiden Stichproben wurden keine Rücklaufquoten berichtet. Eine Analyse ausgeschlossener (aufgrund fehlender Angaben) vs. eingeschlossener Fragebögen ergab weniger Langzeiterkrankungen in der eingeschlossenen Gruppe.

Während bei Falco et al. (2013) 28 Prozent der Befragten und bei Hultin et al. (2011) 60 Prozent Frauen waren, wurden in den anderen beiden Studien Frauen ausgeschlossen, um mögliche Verzerrungstendenzen aufgrund starker Ungleichverteilung der Geschlechter zu vermeiden.

Besonders vor dem Hintergrund der wahrscheinlichen Selektionsverzerrung aufgrund des geringen Rücklaufs in den einbezogenen Studien und der fehlenden Berücksichtigung von Frauen in zwei Studien sind die Ergebnisse im Hinblick auf die Generalisierbarkeit mit Vorsicht zu betrachten.

2. Operationalisierung der unabhängigen und abhängigen Variablen

Konflikte wurden sowohl mit Einzel-Items jeweils für Konflikte mit Kollegen und mit Vorgesetzten erhoben (Dutch Questionnaire on the Experience and Evaluation of Work) (VBBA; niederländische Abkürzung) (De Raeve et al., 2009) als auch mit Skalen erfragt. Konflikte mit Kollegen und mit Vorgesetzten wurden jeweils mit einer Subskala aus dem Qu-BO der Arbeitsgruppe um die Autoren (Falco et al., 2013) erfasst (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,88$ bzw. $\alpha = ,92$). Ebenfalls mit je einer separaten Subskala aus der japanischen Version des Generic Job Stress Questionnaire (GJSQ; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,83$ bzw. $\alpha = ,86$) wurden Konflikte innerhalb der Arbeitsgruppe und zwischen Arbeitsgruppen erhoben. Hultin et al. (2011) erfragten Probleme mit Vorgesetzten (Konflikte, Kritik, fehlende Wertschätzung, Nichtbeachtung) und mit Kollegen (Konflikte, fehlende Wertschätzung) in Tele-

foninterviews am ersten Tag der Krankmeldung mit (vermutlich) selbst konstruierten Fragen.

Eine abgestufte Erfassung von Schwere, Dauer und Häufigkeit von Konflikten wurde in keiner der Studien vorgenommen. Dies könnte jedoch relevant sein für den Zusammenhang mit Motivation und Leistung. Von einer resultierenden Informationsverzerrung muss ausgegangen werden.

Krankheitsbedingte Fehlzeiten der Befragten wurden direkt aus den Aufzeichnungen der Unternehmen zum Krankenstand entnommen (Falco et al., 2013) oder durch den Arbeitgeber an das Autorenteam gemeldet (Hultin et al., 2011). Langzeiterkrankungen (30 Tage und mehr) der Beschäftigten wurden bei Ishizaki et al. (2013) von den Betriebsärzten des jeweiligen Unternehmens registriert. Berufliche Mobilität wurde als interne Mobilität (vollzogener Wechsel innerhalb des Unternehmens) und externe Mobilität (vollzogener Wechsel zu einem anderen Arbeitgeber) innerhalb der letzten vier Monate mit je einem Item an den letzten drei von sieben Messzeitpunkten erfasst (De Raeve et al., 2009).

3. Zusätzliche Studienmerkmale

In drei der vier Studien wurden Kovariaten wie Alter, Geschlecht und soziodemografische Variablen, weitere Arbeitsplatzbedingungen (De Raeve et al., 2009) sowie Depression (Ishizaki et al., 2013) bzw. selbst berichtete Gesundheit (Hultin et al., 2011) erfasst.

Interventionsstudien

Bei der Bewertung der Ergebnisse der Interventionsstudien zum Merkmal soziale Konflikte ist zu beachten, dass hier nur eine Studie eingeschlossen wurde. Auf die Bewertung der Arbeit von Ostermann et al. (2010) wird im Kapitel 5.2.1. eingegangen.

Neben der Entwicklung verschiedener Aspekte der Arbeitsumgebung (z. B. workload) wurde das Ausmaß erhoben, in dem die Befragten zwischenmenschliche Konflikte und Loyalitätsprobleme wahrnehmen (zwei Items aus der Work Environment Scale WES-10; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,69$).

Die Studie gibt einen Hinweis auf das Potenzial von Teambuilding-Prozessen auf die Verbesserung des Umgangs mit Konflikten, ermöglicht aber angesichts der kleinen Stichprobe und der Beschränkung auf den Gesundheitsbereich keine verallgemeinerbaren inhaltlichen Aussagen.

5.3. Bewertung zum Merkmal soziale Unterstützung

5.3.1. Bewertung zum Merkmal soziale Unterstützung und psychische Störungen

Primärstudien

Die Bewertung der Studien zum Merkmal soziale Unterstützung bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die Studien zu psychischen Störungen als auch auf die zum psychischen Befinden.

1. Stichprobe

Acht der 33 Studien hatten Stichprobengrößen unter 1.000 Probanden (Range: 110 bis 662). Die übrigen Untersuchungen wiesen mit 2.123 bis 15.256 Personen größere Stichproben auf. Die Rücklaufquoten der einzelnen Erhebungszeitpunkte lagen zumeist bei über 60 Prozent bis über 80 Prozent. Die niedrigste Rücklaufquote berichten Sterud et al.

(2011) mit 21 Prozent bei der Follow-up-Erhebung, die höchste Quote ist mit 99 Prozent bei den Beschäftigten einer japanischen Fabrik angegeben (Inoue et al., 2010). Drop-out-Analysen bzw. Non-Responder-Analysen berichten nur neun Studien. Dabei wurden beim Gruppenvergleich der verbleibenden und ausgeschiedenen Teilnehmer in den meisten dieser Studien Unterschiede festgestellt – überwiegend in den soziodemografischen Variablen (Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006; Ibrahim et al., 2009; Laaksonen et al., 2012; Magnusson Hanson et al., 2009; Sundin et al., 2011), aber auch in den psychosozialen Arbeitsbedingungen (Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006; Sundin et al., 2011), in der Arbeitszufriedenheit (Gelsema et al., 2006) sowie in der mentalen Gesundheit (Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006; Ibrahim et al., 2009; Stoetzer et al., 2009).

Bei knapp der Hälfte der Untersuchungen ($k = 15$) handelt es sich um Studien, die Datenauswertungen bei der arbeitenden Allgemeinbevölkerung aus nationalen Surveys (Clumeck et al., 2009; Ibrahim et al., 2009; Magnusson Hanson et al., 2009; Magnusson Hanson et al., 2008; Marchand & Blanc, 2011; Marchand et al., 2005; Munir et al., 2011; Rugulies et al., 2006; Shields, 2006; Smith & Bielecky, 2012; Thielen et al., 2011) oder aus städtischen Surveys (Andrea et al., 2009; Foss et al., 2010; Laaksonen et al., 2012; Lindeberg et al., 2011; Stoetzer et al., 2009) vornehmen. Weitere 30 Prozent der Studien ($k = 9$) untersuchten Stichproben aus dem Gesundheitswesen bzw. aus medizinischen Versorgungseinrichtungen. Am häufigsten wurden Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger untersucht (Adriaenssens et al., 2013; Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006; Gelsema et al., 2006; Sundin et al., 2011; Tzeng et al., 2013), in den übrigen Fällen wurden Altenpflegekräfte (Lyonette & Yardley, 2006), medizinische Assistenten bzw. Hilfskräfte (Hogh et al., 2011) und Ambulanzpersonal (Sterud et al., 2011) betrachtet. In vier weiteren Arbeiten wurden die Daten bei Beschäftigten des öffentlichen Sektors erhoben: bei Beschäftigten in der Kinderbetreuung (Laaksonen et al., 2012; Lizano & Mor Barak, 2012), bei Lehrkräften (Laaksonen et al., 2012) und nicht weiter spezifizierten Beamten (Reineholm et al., 2011; Virtanen et al., 2012). Die übrigen Studienpopulationen stammen aus dem Industrie- bzw. Produktionssektor (Devereux et al., 2011; Inoue et al., 2010; Joensuu et al., 2010; Wang et al., 2012).

Der Frauenanteil in den Untersuchungen wies eine große Spannweite auf. Die Extremwerte betragen 0 Prozent und 100 Prozent, weil in den entsprechenden Studien jeweils nur ein Geschlecht betrachtet wurde (Inoue et al., 2010; Lyonette & Yardley, 2006). Durch die zahlreichen Untersuchungen, welche die erwerbstätige Allgemeinbevölkerung betrachten, ergeben sich häufig Frauenanteile, die um 50 Prozent liegen ($k = 16$). Sechs Untersuchungen, die mit 84 Prozent bis 100 Prozent die höchsten Frauenquoten berichten, stammen aus dem Gesundheitssektor, in dem weibliche Beschäftigte stark überrepräsentiert sind. In den Stichproben aus dem industriellen Sektor ist die Frauenquote mit 0 Prozent bis 44 Prozent erwartungsgemäß geringer.

Der überwiegende Teil der Studien weist eine Studienteilnehmerzahl von mehr als 1.000 Beschäftigten auf, gelegentlich wurden Drop-out-Analysen vorgenommen. Rund die Hälfte der Untersuchungen betrachtet Stichproben aus der erwerbstätigen Allgemeinbevölkerung, womit grundsätzlich eine Generalisierung der Ergebnisse möglich ist. Bei den übrigen Studien bleibt die Übertragbarkeit auf andere Beschäftigte fraglich.

2. Operationalisierung der unabhängigen und abhängigen Variablen

Die Erhebung der sozialen Unterstützung erfolgte in allen Studien durch Selbstberichte der Untersuchungsteilnehmer, die mit quantitativen Erhebungsinstrumenten erfasst wurden. In 15 der 33 Studien wurde soziale Unterstützung am Arbeitsplatz allgemein – unabhängig von der Quelle der Unterstützung – erhoben. Weitere 13 Arbeiten betrachteten sowohl die

Unterstützung von Vorgesetzten als auch die Unterstützung von Kollegen, 4 Arbeiten bezogen nur die Vorgesetztenunterstützung und 1 Arbeit nur die Kollegenunterstützung ein.

In der Mehrzahl der Studien ($k = 24$) wurden Skalen oder einzelne Items aus bereits publizierten Instrumenten verwendet, am häufigsten ($k = 10$) davon der erprobte Job Content Questionnaire (JCQ) nach dem Job-Demand-Control-Support-Modell (vgl. Kapitel 1.1.1.). Der JCQ ermöglicht die Bildung eines Summenwerts für soziale Unterstützung oder die Einzelbetrachtung von Vorgesetzten- und Kollegenunterstützung. In fünf Fällen wurde die interne Konsistenz des JCQ berichtet, diese reichte von $\alpha = ,42$ bis $\alpha = ,86$ (Cronbachs Alpha), wobei der niedrige Wert von $\alpha = ,42$ einen Ausreißer darstellt. Die weiteren Verfahren, aus denen Skalen entnommen wurden, waren:

- der Leiden Quality of Work Questionnaire for Nurses (LQWQ-N; $k = 2$; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,87$ bis $\alpha = ,94$),
- der General Nordic Questionnaire for Psychological and Social factors at Work (QPSNordic; $k = 2$; Cronbachs Alpha von $\alpha = 0,68$ bis $\alpha = ,88$),
- der National Institute for Occupational Safety and Health Generic Job Stress Questionnaire (NIOSH-GJSQ; $k = 1$; die Autoren berichten von „akzeptablen“ Reliabilitätskennwerten),
- der Occupational Stress Questionnaire (OSQ; $k = 1$; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,73$),
- der Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ; $k = 1$; Cronbachs Alpha nicht berichtet) und
- das Job Stress Survey ($k = 1$; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,78$ bis $\alpha = ,88$).

Einzelne Items wurden aus dem Sarason Brief Inventory ($k = 1$; vier Items, Cronbachs Alpha nicht berichtet) sowie dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire ($k = 1$; zwei Items; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,84$) entnommen. Weitere fünf Studien verweisen nicht auf bestimmte Instrumente, sondern lediglich auf Publikationen, aus denen die verwendeten Fragen zur sozialen Unterstützung stammen (zwei bis sieben Items; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,70$ bis $\alpha = ,92$ – nur für drei Studien berichtet).

Acht Untersuchungen nutzten Eigenkonstruktionen von Items und verwendeten darin Beschreibungen des Verhaltens von Vorgesetzten bzw. Kollegen, das die Befragten einschätzen sollten. Die Anzahl der selbst erstellten Items betrug zwei ($k = 5$) oder drei ($k = 1$; für zwei Studien nicht berichtet). Nur zwei der Untersuchungen geben ein Maß der internen Konsistenz an, Cronbachs Alpha reicht demnach von $\alpha > ,70$ bis $\alpha > ,87$.

Bei der Erfassung der psychischen Outcomes wurden häufig Fragebögen oder strukturierte Interviews zur Selbstauskunft, aber auch Erkrankungsdaten aus Registern (national, betriebsbezogen) und Auskünfte von betreuenden Medizinern eingesetzt.

Depression wurde in fünf Studien mittels des Composite International Diagnostic Interview (CIDI), einer strukturierten leitfadengebundenen Erhebungsmethode, erfasst. Als standardisierte Fragebögen wurden

- die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,83$),
- die Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD; Cronbachs Alpha nicht angegeben),
- die Hopkins Symptom Checklist (SCL-90; Cronbachs Alpha nicht angegeben),

- das Mental Health Inventory (eine Subskala des Short Form Health Surveys; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,80$)
- und das Major Depression Inventory (MDI; Cronbachs Alpha nicht angegeben) eingesetzt.

Die übrigen Untersuchungen erfassten das Outcome Depression mittels Auskünften über Arbeitsunfähigkeitstage oder Informationen von behandelnden Ärzten ($k = 4$). Burnout wurde fast ausschließlich mittels des weit verbreiteten Maslach Burnout Inventory (MBI; $k = 8$; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,71$ bis $\alpha = ,90$) erhoben. Nur eine Studie nutzte das Copenhagen Burnout Inventory (CBI; Cronbachs Alpha nicht angegeben). Distress wurde mittels verschiedener Versionen der Hopkins Symptom Checklist (SCL-5, SCL-10; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,82$ bis $\alpha = ,88$), dem Brief Symptom Inventory (BSI; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,86$ bis $\alpha = ,87$), dem Kessler-6 Questionnaire (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,75$ bis $\alpha = ,77$) oder dem CIDI (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,77$) erfragt.

Zur Erhebung der allgemeinen mentalen Gesundheit wurden der General Health Questionnaire (GHQ-12; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,79$ bis $\alpha = ,86$) und der Short Form (36) Gesundheitsfragebogen (SF-36; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,84$) verwendet. Überdies nutzten Laaksonen et al. (2012) und Thielen et al. (2011) registerbasierte Daten zu verschreibungspflichtigen Psychopharmaka zur Bewertung der mentalen Gesundheit. Zusätzlich zu den bereits genannten Verfahren kamen zur Erhebung der psychischen Outcomes die Visuelle Analog-Skala (VAS) für Lebensqualität (Cronbachs Alpha nicht angegeben), die Positive Affect Subscale des Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Cronbachs Alpha nicht angegeben), eine Kurzversion des World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,70$ bis $\alpha = ,77$) sowie ein Einzel-Item zur Einschätzung der Vitalität (Gegenpol von Fatigue; Cronbachs Alpha nicht angegeben) zum Einsatz.

Der überwiegende Teil der Untersuchungen zum Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit der mentalen Gesundheit, dem psychischen Befinden und psychischen Störungen verwendet publizierte Erhebungsverfahren mit im Allgemeinen ausreichender interner Konsistenz, sofern diese für die Untersuchungspopulation angegeben wurde. Da die individuelle Wahrnehmung des (nicht) unterstützenden Vorgesetzten- und Kollegenverhaltens nicht objektivierbar ist, ist der Einsatz subjektiver Befragungsinstrumente unerlässlich. Insbesondere beim fehlenden Ausschluss von Personen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit oder mit bestehenden „Frühzeichen“ einer psychischen Störung lässt sich eine Beeinflussung der Expositionserhebung zur sozialen Unterstützung durch die infrage stehenden Outcomes nicht ausschließen; damit können die Ergebnisse im Sinne eines Cause-and-Effect-Bias verzerrt sein. Auch die Erfassung der psychischen Outcomes erfolgte hauptsächlich subjektiv über das Erfragen individueller Symptome, teilweise aber auch über registerbasierte Daten.

3. Zusätzliche Studienmerkmale

In fast allen Untersuchungen wurde das Alter der Befragten als Kovariate einbezogen, nur Gelsema et al. (2006), Sterud et al. (2011) und Sundin et al. (2011) verzichteten darauf. In rund der Hälfte der 33 Studien ($k = 16$) wurde auch das Geschlecht als mögliche konfundierende Variable beachtet. Vorliegende Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Beschäftigten wurden bereits in Kapitel 4.3. berichtet.

In die Untersuchungen, die Risikoschätzer und Prädiktoren ermittelten, wurden häufig zahlreiche mögliche Confounder in die voll adjustierten Berechnungsmodelle einbezogen.

Faktoren, die einen abschwächenden Einfluss auf die Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit nehmen, sind soziodemografische Merkmale (Bildungsniveau, Finanzstatus, Familienstand, Kinderzahl) (Andrea et al., 2009; Eriksen et al., 2006; Marchand & Blanc, 2011; Marchand et al., 2005; Smith & Bielecky, 2012; Stoetzer et al., 2009), Merkmale der Arbeitssituation (Marchand & Blanc, 2011; Marchand et al., 2005; Stoetzer et al., 2009), die Berufserfahrung (Eriksen et al., 2006), das Vorliegen von Gesundheitsproblemen (Andrea et al., 2009; Eriksen et al., 2006; Marchand & Blanc, 2011; Marchand et al., 2005; Smith & Bielecky, 2012), Persönlichkeitsmerkmale (Marchand & Blanc, 2011; Marchand et al., 2005), das Gesundheitsverhalten (Sport, Nikotin- und Alkoholkonsum) (Eriksen et al., 2006; Marchand & Blanc, 2011; Marchand et al., 2005) sowie Baseline-Werte der psychischen Outcomes (Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006; Foss et al., 2010).

Interventionsstudien

Den Interventionsstudien lag ein Prä-Post-Design (quasiexperimentelles Design) mit einer Kontrollgruppe (Bourbonnais et al., 2006; Kawakami et al., 2005; Kawakami et al., 2006; Zimmer & Ullrich, 2012) bzw. ein Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe (Lavoie-Tremblay et al., 2005; Nielsen & Randall, 2012) zugrunde.

In den Studien mit Interventionsgruppe (IG) und Kontrollgruppe (KG) fanden sich unterschiedlich große Stichproben:

- 16 Abteilungsleiter (IG: n = 7; KG: n = 9) und ihre 166 Mitarbeiter (IG: n = 82; KG: n = 84) (Kawakami et al., 2005),
- 42 Abteilungs- und Arbeitsgruppenleiter (IG: n = 19; KG: n = 23) und 191 ihrer Mitarbeiter (IG: n = 83; KG: n = 108) (Kawakami et al., 2006),
- 613 Befragte des Pflegepersonals (IG: n = 302 aus einem Krankenhaus; KG: n = 311 aus einer anderen Klinik) (Bourbonnais et al., 2006)
- und 60 Altenpfleger (IG: n = 32; KG: n = 28) (Zimmer & Ullrich, 2012).

In den Interventionsstudien ohne Kontrollgruppe wurden die Daten von n = 41 (Lavoie-Tremblay et al., 2005) und n = 274 (Nielsen & Randall, 2012) Befragten ausgewertet. Die Rücklaufquote über den gesamten Zeitraum lag zwischen 45 Prozent (IG) bzw. 35 Prozent (KG) (Bourbonnais et al., 2006) und 81 Prozent (Nielsen & Randall, 2012, zur Baseline). Besonders gute Rücklauf- und Beteiligungsquoten weisen mit 82 Prozent bis 95 Prozent bzw. 80 Prozent bis 98 Prozent die Studien der Gruppe um Kawakami bzw. die Arbeit von Lavoie-Tremblay et al. (2005) auf.

Die Interventionsstudien fokussierten jeweils auf eine Berufsgruppe: Pflegepersonal in der Krankenpflege (Bourbonnais et al., 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2005; Zimmer & Ullrich, 2012) und Altenpflege (Nielsen & Randall, 2012), Abteilungsleiter eines Computersoftware-Unternehmens (Kawakami et al., 2005) und eines Bürogerätehandels (Kawakami et al., 2006) bzw. bei beiden Studien um Kawakami in der Evaluation auch deren Angestellten.

Der Frauenanteil variierte je nach untersuchter Berufsgruppe zwischen 16 Prozent bzw. 35 Prozent (Kawakami et al., 2005; Kawakami et al., 2006) und 83 Prozent (Bourbonnais et al., 2006).

Die Befragungen fanden in Form von Fragebogenerhebungen statt. Nur bei Bourbonnais et al. (2006) wurden die Daten in Telefoninterviews erhoben.

Das Wissen der Vorgesetzten zum Wissen und zur Einstellung hinsichtlich psychischer Gesundheit bei der Arbeit wurde bei Kawakami et al. (2005) und Kawakami et al. (2006) mit einem selbst konstruierten und auf die Interventionsinhalte abgestimmten Fragebogen erfasst.

Zur Erfassung sozialer Unterstützung durch den Vorgesetzten und durch Kollegen kam die Social Support Scale aus dem JCQ (Bourbonnais et al., 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2005), eine Subskala aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) (Zimmer & Ullrich, 2012) und je eine der für den Brief Job Stress Questionnaire (BJSQ) entwickelten Skalen (Kawakami et al., 2005; Kawakami et al., 2006) zum Einsatz. Im Hinblick auf die Studie von Lavoie-Tremblay et al. (2005) fällt die sehr grobe Expositionsklassifizierung (Dichotomisierung) auf, die mit einer Unterschätzung der Interventionseffekte einhergehen kann.

Nielsen und Randall (2012) verwendeten zur Erhebung sozialer Unterstützung durch Kollegen zwei Items aus dem COPSOQ.

Nielsen und Randall (2012) erfassten mittels selbst konstruierter Items, in welchem Ausmaß die Befragten Veränderungen in den Abläufen im Zuge der Intervention erlebten und inwiefern sie an der Entwicklung und Umsetzung der Intervention beteiligt waren.

Psychischer Distress wurde mittels einer gekürzten Version des Psychiatric Symptom Index (Bourbonnais et al., 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2005) und mittels des Brief Job Stress Questionnaire (BJSQ) (Kawakami et al., 2005; Kawakami et al., 2006) erhoben. Nielsen und Randall (2012) nutzten eine anderweitig erprobte Skala zur Messung des emotionalen Wohlbefindens in den letzten zwei Wochen (Bech, Olsen, Kjoller & Rasmussen, 2003).

Der Copenhagen Burnout Inventory erfasste folgende Dimensionen: persönlicher, arbeitsbezogener und klientenbezogener Burnout (Bourbonnais et al., 2006). Demgegenüber setzten Zimmer und Ullrich (2012) zur Messung von Burnout den Maslach Burnout Inventory (MBI) und zur Bestimmung der Irritation die Irritation Scale von Mohr, Rigotti und Müller (2005) ein (kognitive Irritation, z. B. Rumination/Grübeln, emotionale Irritation, z. B. Geiztheit). Zur Erfassung von Schlafproblemen setzten Bourbonnais et al. (2006) fünf Fragen aus dem Nottingham Health Profile (NHP) ein.

Die eingesetzten Skalen wiesen in allen Untersuchungen ausreichende bis sehr gute Reliabilitäten auf (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,67$ bis $\alpha = ,91$). Kovariaten wurden nur bei Bourbonnais et al. (2006; demografische Merkmale, Schichtplan) und Nielsen und Randall (2012; demografische Merkmale) berücksichtigt.

5.3.2. Bewertung zum Merkmal soziale Unterstützung und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit

Primärstudien

Die Bewertung der Studien zum Merkmal soziale Unterstützung bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die Motivation sowie Arbeitszufriedenheit als auch auf die Leistung.

1. Stichprobe

Zehn der eingeschlossenen Studien untersuchten Stichproben mit weniger als 500 Beschäftigten (Range: 107 bis 492), weitere 6 Studien Stichproben mit 500 bis 1.000 Beschäftigten (Range: 541 bis 923). Die übrigen Untersuchungen betrachteten 1.059 bis 9.396 Teilnehmer, 2 Studien aus Japan und 1 Studie aus den USA wiesen eine Stichprobengröße von über 15.000 Teilnehmern auf (Inoue et al., 2010; Ishizaki et al., 2013; Shi et al., 2013). Die Responseraten weisen eine Schwankungsbreite von 21 Prozent bis fast 100 Prozent auf. Die Studien mit den höchsten Rücklaufquoten (von 86 Prozent bis 99,8 Prozent; $k = 7$) stammen überwiegend aus Japan. In der Mehrzahl der übrigen Studien, die eine Responserate berichten, beträgt diese knapp 50 Prozent bis über 80 Prozent ($k = 17$).

Drop-out-Analysen wurden nur für 7 der 34 Untersuchungen berichtet. Zwei der Studien stellten dabei keine Unterschiede zwischen den ausgeschiedenen und den verbliebenen Studienteilnehmern fest (Chiaburu et al., 2010; Shi et al., 2013). In den übrigen 5 Arbeiten berichteten die verbleibenden Teilnehmer (im Unterschied zu den ausgeschiedenen Teilnehmern) eine höhere Vorgesetztenunterstützung (Biggs et al., 2014), eine geringere professionelle (nicht soziale) Arbeitsunterstützung (Degen et al., 2014), eine höhere Arbeitszufriedenheit (Gelsema et al., 2006), ein geringeres Durchschnittsalter (Emberland & Knardahl, 2015; Ishizaki et al., 2013), kürzere Fehlzeiten aufgrund von Erkrankungen (Ishizaki et al., 2013) sowie höhere arbeitsbezogene Fähigkeiten, ein besseres Betriebsklima, höhere körperliche Arbeitsanforderungen und geringere Rollenklarheit (Emberland & Knardahl, 2015). Insgesamt machen die vorgenannten Funde deutlich, dass bei geringen Responseraten von einer deutlichen Selektionsverzerrung ausgegangen werden muss.

Etwa ein Viertel der Studien ($k = 9$) untersuchte Stichproben aus dem Gesundheitswesen bzw. medizinischen Versorgungseinrichtungen, davon überwiegend Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger (Adriaenssens et al., 2013; Gelsema et al., 2006; Li et al., 2013; Suzuki et al., 2006; Suzuki et al., 2010), aber auch Ärzte (Degen et al., 2014), medizinische Assistenten bzw. Hilfskräfte (Hogh et al., 2011), Ambulanzpersonal (Sterud et al., 2011) und Altenpflegekräfte (Suzumura et al., 2013). Bei 7 Studien waren die Branchen gemischt (z. B. öffentlicher Dienst mit Produktion und Gesundheitswesen) (Casini et al., 2013; Emberland & Knardahl, 2015; Godin et al., 2009; Leitl & Zempel-Dohmen, 2006; Nielsen et al., 2006; Shi et al., 2013) oder es war anhand der Beschreibung keine Zuordnung möglich (Chiaburu et al., 2010). Sechs Studien betrachteten Stichproben aus der erwerbstätigen Allgemeinbevölkerung anhand von Daten aus nationalen und städtischen Surveys (Aagestad et al., 2014; Clumeck et al., 2009; Foss et al., 2010; Labriola et al., 2006; Munir et al., 2011; Rugulies et al., 2010). Weitere sechs Studien untersuchten Beschäftigte aus dem Industrie- bzw. Produktionssektor (Hanebuth et al., 2006; Inoue et al., 2010; Inoue et al., 2013; Ishizaki et al., 2013; Nagami et al., 2010; Osca et al., 2005). Die verbleibenden 6 Publikationen betrachteten Beschäftigte im öffentlichen Dienst (Biggs et al., 2014; Falkenberg et al., 2012; Head et al., 2006; Rugulies et al., 2007), im Personentransport (Bacharach et al., 2010) und Versicherungswesen (Roelen et al., 2009).

Wie schon in der Bewertung zum Merkmal soziale Unterstützung und mentale Gesundheit, psychisches Befinden sowie psychische Störungen beträgt auch hier der Frauenanteil in den Untersuchungen 0 Prozent bis 100 Prozent. Die ausschließlich männlichen Stichproben ($k = 3$) stammen aus dem Produktionssektor. Die Studien, die einen sehr hohen Frauenanteil von 84 Prozent bis 100 Prozent berichteten ($k = 6$), untersuchten überwiegend Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen. Bei den Untersuchungen der erwerbstätigen Allgemeinbevölkerung ($k = 6$) lag die Frauenquote meist um 50 Prozent. Bei den übrigen Studien war die Schwankungsbreite des Frauenanteils immer noch recht hoch (21 Prozent bis 82 Prozent), ohne dass daraus ein Beschäftigtenmuster ableitbar ist.

Knapp die Hälfte der Untersuchungen weist Teilnehmerzahlen von weniger als 1.000 Beschäftigten auf. Die (relativ selten durchgeführten) Drop-out-Analysen weisen auf Selektionsverzerrungen der Teilnehmenden an den Studien und damit auf Ergebnisverzerrungen hin. Da nur ein kleiner Teil der Studien Stichproben aus der erwerbstätigen Allgemeinbevölkerung betrachtet, sind die berichteten Ergebnisse zum Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung überdies nicht vorbehaltlos auf andere als die jeweils untersuchten Berufsgruppen übertragbar.

2. Operationalisierung der unabhängigen und abhängigen Variablen

Wie bei den psychischen Outcomes wurden auch hier die Informationen zum Prädiktor soziale Unterstützung am Arbeitsplatz durchweg über Selbstauskünfte der Studienteilnehmer erhoben. In rund 60 Prozent der Studien ($k = 21$) wurde sowohl die soziale Unterstützung vonseiten der Vorgesetzten als auch vonseiten der Kollegen betrachtet, 7 Studien berechneten einen allgemeinen Wert für soziale Unterstützung, ohne nach der Unterstützungsquelle zu unterscheiden. In 5 der übrigen Untersuchungen wurde nur die Vorgesetztenunterstützung und in 1 Studie nur die Kollegenunterstützung erfasst.

In über der Hälfte der Studien ($k = 19$) wurden bereits veröffentlichte Erfassungsinstrumente oder Skalen aus solchen Instrumenten für die Datenerhebung verwendet, wobei 5 Studien den Job Content Questionnaire (JCQ) nutzten (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,79$ bis $\alpha = ,91$; nur für 3 Studien berichtet). Drei Studien setzten die Social Support Scale bzw. einzelne Items des Copenhagen Psychosocial Questionnaires ein (COPSOQ; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,80$ bis $\alpha = ,84$; nur für 2 Studien berichtet). In jeweils 2 Untersuchungen kamen der General Nordic Questionnaire for Psychological and Social factors at Work (QPSNordic; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,70$; nur für 1 Studie berichtet), der Leiden Quality of Work Questionnaire for Nurses (LQWQ-N; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,74$ bis $\alpha = ,94$) sowie der National Institute for Occupational Safety and Health Generic Job Stress Questionnaire (NIOSH-GJSQ; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,80$ bis $\alpha = ,84$ bzw. von den Autoren als „akzeptabel“ bezeichnete Reliabilitätskennwerte) zum Einsatz. Jeweils einmal wurden der Demand Control Support Questionnaire (DCSQ; Cronbachs Alpha nicht berichtet), die Salutogenetic Subjective Work Analysis (SALSA; Cronbachs Alpha nicht berichtet), die Whitehall-II-Scales (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,75$ bis $\alpha = ,84$), der Experience and Assessment of Work Questionnaire (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,87$ bis $\alpha = ,90$) und der Job Stress Survey (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,78$ bis $\alpha = ,88$) genutzt.

In 5 Arbeiten wurde auf Publikationen (nicht auf bestimmte Instrumente) verwiesen, welche die Items zur sozialen Unterstützung enthielten. Die interne Konsistenz belief sich für diese auf ein Cronbachs Alpha von $\alpha = ,69$ bis $\alpha = ,94$. Neun Untersuchungen verwendeten Eigenkonstruktionen von Items, nur 4 davon berichteten ein Cronbachs Alpha mit einem Range von $\alpha = ,64$ bis $\alpha = ,87$. Die Eigenkonstruktionen umfassten zwei ($k = 2$), fünf ($k = 1$) oder sechs Fragen ($k = 3$; für 3 Studien nicht berichtet). Die interne Konsistenz der Verfahren zur Erhebung der sozialen Unterstützung wurde insgesamt nur für 22 der 34

Studien angegeben. Wenn berichtet, war Cronbachs Alpha für die Eigenkonstruktionen ($\alpha = ,64$ bis $\alpha = ,87$) als akzeptabel bis gut, für die übrigen Verfahren ($\alpha = ,69$ bis $\alpha = ,94$) als akzeptabel bis sehr gut einzuschätzen.

Da sich ein großer Teil der Untersuchungen zur Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung mit dem Outcome Absentismus beschäftigte, wurden die Daten häufig entsprechenden Registern entnommen. Für die übrigen Outcomes kamen fast ausschließlich Instrumente zur Erhebung von Selbstauskünften zum Einsatz.

Für die Erhebung des Outcomes Arbeitsunfähigkeit (sick leave) bzw. Abwesenheitszeiten wegen Krankheit (sickness absence) sowie Absentismus (ohne spezifischen Grund) und Präsentismus wurden in der Mehrzahl der Studien ($k = 7$ von 17) Daten aus nationalen Gesundheitsregistern herangezogen. Vier Untersuchungen nutzten Daten aus betrieblichen Registern bzw. Aufzeichnungen, in 3 Studien wurden die Informationen beim behandelnden Arzt bzw. Betriebsarzt erhoben. Nur in jeweils einer Arbeit wurde die Abwesenheitsdauer sowie die Variable Präsentismus von den Beschäftigten im Selbstbericht erfasst. Zwei Untersuchungen machten keine Angaben darüber, wie sich die Erfassung des Outcomes Arbeitsunfähigkeit bzw. Abwesenheit gestaltete.

Die Absicht, den Beruf zu wechseln bzw. zu verlassen (turnover intention), wurde in einem Fall mit der Subskala Turnover Intention des LQWQ-N (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,77$ bis $\alpha = ,81$) und in zwei Fällen mit einem einzelnen selbst generierten Item erfasst. Der tatsächlich stattgefundenen Berufswechsel wurde in 2 Studien mit einem selbst erstellten Item erhoben, während 2 weitere Studien keine Angaben zur Erfassungsmethode machten.

Die übrigen Outcomes zur Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistung wurden fast durchgängig mit publizierten Erhebungsinstrumenten erfragt. Dazu zählen für die Arbeitszufriedenheit der LQWQ-N ($k = 2$; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,68$ bis $\alpha = ,86$), der Job Diagnosis Survey ($k = 1$; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,77$ bis $\alpha = ,79$) und die Job Satisfaction Scale ($k = 1$; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,85$). Alle Untersuchungen zum Outcome Arbeitsengagement ($k = 3$) nutzten die Utrecht Work Engagement Scale (UWES; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,93$ bis $\alpha = ,95$), das Job Involvement wurde mit einer eigenkonstruierten Skala erfasst ($k = 1$; vier Items; Cronbachs Alpha von $\alpha = ,78$ bis $\alpha = ,80$). Die Skalen zur Erfassung der Transfermotivation im Zusammenhang mit arbeitsbezogenen Trainings (Training Transfer Scale: $k = 1$; Training Attitudes Inventory: $k = 1$) wiesen interne Konsistenzen von $\alpha = ,66$ bis $\alpha = ,83$ auf. Zur Ermittlung der Arbeitsleistung (Job Performance, productivity) dienten das World Mental Health Survey Instrument ($k = 1$; Cronbachs Alpha nicht berichtet), der Well-Being Assessment Survey (WBA-P; $k = 1$; Cronbachs Alpha nicht berichtet) sowie Stückzählerfassungen von gefertigten Produkten pro Beschäftigtem ($k = 1$). Die berichteten Kennwerte für die interne Konsistenz liegen im Bewertungsrahmen von akzeptabel ($\alpha = ,66$) bis sehr gut ($\alpha = ,95$).

Zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung und Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistung wurden – mit wenigen Ausnahmen – in all den Fällen Selbstberichtverfahren eingesetzt, in denen eine individuelle Einschätzung durch die Beschäftigten unumgänglich war (ansonsten wurde häufig auf Registerdaten zurückgegriffen). Die interne Konsistenz der entsprechenden Verfahren ist mindestens als akzeptabel zu bewerten. Allerdings fehlen bei einem Teil der Studien wichtige Angaben zur Operationalisierung der Messung und/oder zur Reliabilität der Verfahren.

3. Zusätzliche Studienmerkmale

Rund 80 Prozent der Studien ($k = 27$) berücksichtigten das Alter der Untersuchungsteilnehmer als Kovariate. Speziell für das Outcome Arbeitsunfähigkeit (sick leave) bzw. Ab-

wesenheitszeiten wegen Krankheit (sickness absence) stellte sich deutlich heraus, dass der Zusammenhang mit sozialer Unterstützung vom Alter abhängt. Demnach ist das Risiko für Absentismus bei älteren Beschäftigten erhöht (Aagestad et al., 2014; Foss et al., 2010; Hanebuth et al., 2006; Ishizaki et al., 2013; Roelen et al., 2009; Rugulies et al., 2010). Das Geschlecht der Befragten blieb in immerhin knapp 30 Prozent der Untersuchungen ($k = 10$) als mögliche Einflussvariable unberücksichtigt. Falls Effektmodifikationen durch das Geschlecht gefunden wurden, sind diese im Ergebnisteil in Kapitel 1.4.3.2. berichtet.

Die Untersuchungen, die Regressionsmodelle aufstellten, bezogen häufig zahlreiche mögliche Confounder wie soziodemografische Merkmale, die Baseline-Werte der Studienvariablen sowie weitere arbeitsbezogene Merkmale in die voll adjustierten Modelle ein. Hier ist unter Umständen eine Überadjustierung möglich (siehe Kapitel 5.1.1.). Aufgrund der hohen Varianz zwischen den einzelnen Studien ist diesbezüglich kein abschließendes Fazit möglich. Relevante in den Studien berichtete Befunde sind ebenfalls in Kapitel 1.4.3.2. aufgeführt.

Interventionsstudien

Den zwei Interventionsstudien lag ein Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe (Lavoie-Tremblay et al., 2005; Nielsen & Randall, 2012) zugrunde. Es konnten im Längsschnitt 41 (Lavoie-Tremblay et al., 2005) und 274 (Nielsen & Randall, 2012) Datensätze ausgewertet werden. Die Rücklaufquote lag bei 81 Prozent (t_0) bzw. 52 Prozent (t_1 ; gemessen an der t_0 -Stichprobe) (Nielsen & Randall, 2012) und 80 Prozent bzw. 98 Prozent bei Lavoie-Tremblay et al. (2005). Die Interventionsstudien fokussierten jeweils auf eine Berufsgruppe: Pflegepersonal in der Krankenpflege (Lavoie-Tremblay et al., 2005) und Altenpflege (Nielsen & Randall, 2012). Der Frauenanteil lag bei 78 Prozent bzw. wurde nicht berichtet (Nielsen & Randall, 2012).

Zur Erfassung sozialer Unterstützung durch den Vorgesetzten und durch Kollegen kam die Social Support Scale aus dem JCQ zum Einsatz (Lavoie-Tremblay et al., 2005); Nielsen und Randall (2012) nutzten zur Erhebung sozialer Unterstützung durch Kollegen zwei Items aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ). Nielsen und Randall (2012) erfassten mittels selbst konstruierter Items, in welchem Ausmaß die Befragten Veränderungen in den Abläufen im Zuge der Intervention erlebten und inwiefern sie an der Entwicklung und Umsetzung der Intervention beteiligt waren.

Psychischer Distress wurde mittels einer gekürzten Version des Psychiatric Symptom Index (Lavoie-Tremblay et al., 2005) erhoben und Nielsen und Randall (2012) nutzten eine anderweitig erprobte Skala zur Messung des emotionalen Wohlbefindens in den letzten zwei Wochen. Die Skala zur Messung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit bei Nielsen und Randall (2012) wurde dem COPSOQ entnommen. Aus dem Erfassungssystem des Gesundheitsmanagements des Unternehmens wurden die Fehlzeiten eruiert (Lavoie-Tremblay et al., 2005).

Die eingesetzten Skalen wiesen in allen Untersuchungen ausreichende bis sehr gute Reliabilitäten auf (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,68$ bis $\alpha = ,87$). Kovariaten wurden nicht berücksichtigt.

5.4. Bewertung zum Merkmal Sozialklima

5.4.1. Bewertung zum Merkmal Sozialklima und mentale Gesundheit, psychisches Befinden, psychische Störungen

Die Bewertung zum Merkmal Sozialklima bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die Studien zu psychischen Störungen als auch auf die Studien zum psychischen Befinden.

Primärstudien

1. Stichprobe

Die Anzahl der längsschnittlich untersuchten Populationen variierte zwischen den einzelnen Studien stark. Die kleinste Stichprobe ($n = 60$) untersuchten Pereira und Elfering (2014), vier Studien befragten zwischen 3.000 und 6.800 Personen (Fandino-Losada et al., 2013; Johannessen et al., 2013; Sinokki et al., 2009; Thielen et al., 2011), während die Stichprobe in beiden Arbeiten von Eriksen (Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006) identisch war und etwa 12.000 Befragte umfasste. Die größte Kohorte wurde von Oksanen et al. (2010) untersucht ($n = 25.763$). Während die kleinste Stichprobe mit 92,5 Prozent den höchsten Rücklauf aufwies, lagen die Rücklaufquoten der anderen Studien zwischen 50 Prozent (Johannessen et al., 2013) und 83 Prozent (Sinokki et al., 2009), die Rücklaufquoten zum Follow-up lagen zwischen 68 Prozent und 84 Prozent.

Nur drei Studien berichtete Drop-out-Analysen. Dabei war die Drop-out-Stichprobe durch schlechtere psychische Gesundheit und schlechtere soziale Arbeitsumgebungsmerkmale (Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006) bzw. kleine Unterschiede in soziodemografischen Merkmalen gekennzeichnet (Oksanen et al., 2010).

Zwei Studien machten zum Beruf der Studienpopulation keine Angaben (Sinokki et al., 2009; Thielen et al., 2011). Diese beiden Studien wiesen einen Anteil weiblicher Befragter von etwa 50 Prozent auf. Die Stichproben aus dem Gesundheitsbereich, d. h., Krankenschwestern in der Stichprobe der Eriksen-Arbeiten (Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006) bzw. Beschäftigte aus 21 Krankenhäusern (Oksanen et al., 2010) wiesen mit 96 Prozent bzw. 82 Prozent den höchsten Frauenanteil auf. Weitere Studien bezogen ihre Stichprobe aus der allgemeinen Beschäftigtenbevölkerung (Fandino-Losada et al., 2013) bzw. aus einem sehr breiten (Johannessen et al., 2013) oder weniger breiten Berufsspektrum (Gesundheitswesen, Finanzwesen) (Pereira & Elfering, 2014). Diese Befragten waren zu 54 Prozent, zu 47 Prozent bzw. zu 58 Prozent Frauen.

Eine Besonderheit der Studien im Zusammenhang mit dem Merkmal Sozialklima besteht darin, dass die größten Kohorten aus dem Gesundheits- bzw. Pflegebereich stammten, sodass eine Verallgemeinerung der Studienergebnisse auf die allgemeine Beschäftigtenpopulation nur eingeschränkt möglich ist.

2. Operationalisierung der unabhängigen und abhängigen Variablen

Das Sozialklima wurde auf unterschiedliche Weise definiert und operationalisiert. Das soziale Klima wurde über verschiedene Skalen erhoben: eine Subskala des General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work (GPSNordic) (Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006), eine Skala aus dem Swedish Demand Control Questionnaire (DSCQ) (Fandino-Losada et al., 2013), eine Skala von Frese und Zapf (1987), die das Klima allgemein und Konflikte mit Kollegen erfragte (Pereira & Elfering, 2014) sowie eine Skala zum Teamklima aus dem Healthy Organization Questionnaire of the Finnish Institute of Occupational Health (Sinokki et al., 2009). Schließlich wurde bei Oksanen et al. (2010) mittels zweier Skalen „social capital“ erfragt, d. h. gegenseitiges Vertrauen, Kooperation

und Gegenseitigkeit in horizontaler (Kollegen) und vertikaler Ausrichtung (Vorgesetzte) mit einem selbst konstruierten Fragebogen.

In zwei Studien kamen Einzel-Items zur Anwendung. So wurden bei Johannessen et al. (2013) mit je einem Item die erlebten Beziehungen zwischen Belegschaft und Vorgesetzten sowie die Beziehungen zwischen den Kollegen (entwickelt von Statistics Norway) erfragt. Gemeinschaftssinn bzw. Gemeinschaftserleben wurde bei Thielen et al. (2011) mit einem Item aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) gemessen. Für die eingesetzten Skalen wurden für die Mehrzahl der Studien Reliabilitätskennwerte angegeben. Cronbachs Alpha variierte dabei von $\alpha = ,68$ bis $\alpha = ,90$ und kann überwiegend als ausreichend gut eingeschätzt werden.

Zur Untersuchung von Zusammenhängen mit Depression wurde in einer Studie der Major Depression Inventory (MDI, Cronbachs Alpha von $\alpha = ,78$) verwendet (Fandino-Losada et al., 2013). Drei Studien operationalisierten Depression über die ärztliche Verordnung von Antidepressiva (einem zentralen Register entnommen) (Oksanen et al., 2010; Sinokki et al., 2009; Thielen et al., 2011), den monatlichen Mittelwert über die tägliche Dosierung (Thielen et al., 2011) und zusätzlich über Selbstberichte zur ärztlichen Diagnosestellung einer Depression (Oksanen et al., 2010).

Anhaltende Fatigue wurde über an anderer Stelle erprobte Einzel-Items (Eriksen, 2006), psychischer Distress bzw. psychische Gesundheit mittels einer Kurzform der Symptom Checklist (SCL-5, Cronbachs Alpha von $\alpha = ,82$) (Eriksen et al., 2006) gemessen bzw. über ein Item, das depressive Symptome erfragt, und über ein Item, das Angst, Unruhe und Nervosität erfragt (Johannessen et al., 2013).

Objektive Schlafparameter (Einschlaf latenz, Schlafeffizienz und Unterbrechungen) erhob das actigraph BodyMedia's SensewearW armband (©BodyMedia Inc., Pittsburgh, PA), während die subjektive Schlafqualität über die beobachteten zwei Wochen jeden Morgen mittels eines Items im Schlaftagebuch festgehalten wurde (Pereira & Elfering, 2014).

3. Zusätzliche Studienmerkmale

Bis auf die Studie von Pereira und Elfering (2014) kontrollierten alle Untersuchungen den Einfluss des Geschlechts auf die Zusammenhänge zwischen Sozialklima und psychischem Befinden, entweder durch getrennte Analysen für beide Geschlechter (Fandino-Losada et al., 2013; Oksanen et al., 2010; Thielen et al., 2011) oder als Kovariate. Weiterhin wurden das Alter bzw. weitere soziodemografische Merkmale (Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006; Fandino-Losada et al., 2013; Johannessen et al., 2013; Oksanen et al., 2010; Sinokki et al., 2009; Thielen et al., 2011), weitere Indikatoren der Gesundheit (Eriksen, 2006; Eriksen et al., 2006; Fandino-Losada et al., 2013; Oksanen et al., 2010; Thielen et al., 2011) und weitere Arbeitsplatzmerkmale (Johannessen et al., 2013; Pereira & Elfering, 2014) in den Berechnungen kontrolliert.

Interventionsstudien

In der Interventionsstudie von Leiter et al. (2011), der ein Prä-Post-Design mit Kontrollgruppe zugrunde lag, wurden Daten zur Baseline-Untersuchung und ein Jahr später, d. h. sechs Monate nach Ende der sechsmonatigen Intervention, erhoben. Über beide Messzeitpunkte lagen nur von 472 Befragten (Interventions- und Kontrollgruppe; 86 Prozent Frauen) Daten vor. Die Rücklaufquote zur Baseline lag bei nur 37 Prozent, über beide Messzeitpunkte betrachtet bei 29 Prozent.

Die Stichprobe bestand aus Pflegekräften und psychiatrischen Krankenschwestern und Krankenpflegern. Die Auswahl der Interventionsstationen war nicht zufällig erfolgt – die Stationen mussten Interesse an der Teilnahme bekunden und in keinem anderen Programm aktiv sein. Ausgewählt wurden dann acht Stationen, die nach Einschätzung der Autoren als repräsentativ für die Klinik erschienen, d. h., die nicht besonders problematisch, aber auch nicht frei von Problemen waren.

Erhoben wurden zu beiden Zeitpunkten zentrale Aspekte der Intervention: Höflichkeit/Wertschätzung (CREW Civility Scale), erlebte Unhöflichkeit (durch Vorgesetzten bzw. Kollegen; Workplace Incivility Scale), eigenes respektloses/unhöfliches Verhalten (adaptierte Skala) und Respekt (zwei Items aus dem Effort-Reward Imbalance Questionnaire). Zum psychischen Befinden wurde Burnout (MBI-GS, emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung/Zynismus) erhoben, als motivationale Parameter und als Leistungsparameter Jobwechselabsichten (modifizierte Form des Turnover Intentions Measures), berufliche Leistungsfähigkeit (Subskala des MBI-GS), Bindung an das Unternehmen (zwei Items aus der Affective Commitment Scale), Arbeitszufriedenheit (Eigenkonstruktion) und Absentismus erhoben (Selbstauskunft zu Fehlzeiten im letzten Monat; unternehmensaggregierte Daten). Alle eingesetzten Skalen wiesen zufriedenstellende interne Konsistenzen auf (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,71$ bis $\alpha = ,93$).

5.4.2. Bewertung zum Merkmal Sozialklima und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit und Leistung

Die Bewertung der Studien zum Merkmal Sozialklima bezieht sich an dieser Stelle sowohl auf die Motivation als auch auf die Arbeitszufriedenheit und die Leistung.

Primärstudien

1. Stichprobe

Die kleinste Stichprobe findet sich mit $n = 492$ Angestellten eines Flugzeugherstellers bei Hanebuth et al. (2006; Anteil der Frauen ist den Daten nicht eindeutig zu entnehmen). Befragt wurden weiterhin 2.154 Helfer und Assistenten aus dem Gesundheitsbereich (über 90 Prozent Frauen) (Hogh et al., 2011), 3.779 Beschäftigte (60 Prozent Frauen, keine Angabe zum Beruf) (Emberland & Knardahl, 2015) und 7.921 (98 Prozent Frauen) in der Altenpflege Tätige (Clausen et al., 2012).

Rücklaufquoten wurden nicht berichtet (Hanebuth et al., 2006) bzw. lagen bei 41 Prozent (Emberland & Knardahl, 2015), 62 Prozent (Clausen et al., 2012) und 90 Prozent (Hogh et al., 2011), die im Verlauf auf 65 Prozent und 55 Prozent (der Baseline-Stichprobe) zurückgingen. Analysen zum Drop-out finden sich nur bei Emberland und Knardahl (2015): Keine Unterschiede ergaben sich im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit, jedoch gaben die Nicht-Teilnehmenden (Drop-outs) ein schlechteres Sozialklima an als die Teilnehmenden an der Follow-up-Befragung.

Besonders vor dem Hintergrund der wahrscheinlichen Selektionsverzerrung aufgrund des teilweise geringen Rücklaufs und berufsspezifischer Kohorten ist die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt.

2. Operationalisierung der unabhängigen und abhängigen Variablen

Sozialklima (bzw. Teamklima) wurde in allen Studien mittels erprobter Skalen erhoben: einer adaptierten Version des Team Performance Inventorys (TPI, Cronbachs Alpha von $\alpha = ,92$) (Clausen et al., 2012), zwei Subskalen (belastendes Sozialklima, belastendes Vorgesetztenverhalten) der Salutogenetic Subjective Work Analysis (SALSA, keine Anga-

be zu Cronbachs Alpha) (Hanebuth et al., 2006), einer selbst konstruierten Skala (sense of community) zu positiver Atmosphäre, Kooperation und Gemeinschaftsgefühl (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,83$) (Hogh et al., 2011) und dem General Nordic Questionnaire for psychological and social factors at work (QPSNordic) (Emberland & Knardahl, 2015).

Fehlzeiten wurden als Langzeiterkrankung operationalisiert (acht Wochen und länger) und dem zentralen Landesregister entnommen (Clausen et al., 2012) bzw. in Fehlzeitenintervalle unterteilt (1 Tag ohne Attest, 2–3 Tage, 4–5 Tage, länger als 5 Tage) und aus Aufzeichnungen des Unternehmens übernommen (Hanebuth et al., 2006). Mittels eines Einzel-Items erfragten Hogh et al. (2011) zum Follow-up den im letzten Jahr erfolgten Arbeitsplatzwechsel. Arbeitsfähigkeit erhoben Emberland und Knardahl (2015) mit dem Work Ability Index (WAI, keine Angabe zu Cronbachs Alpha).

3. Zusätzliche Studienmerkmale

Das Alter wurde in allen vier Studien kontrolliert, mit einer Ausnahme (Hogh et al., 2011) auch das Geschlecht. Weiterhin wurden Gesundheitsverhalten (Rauchen, BMI) (Clausen et al., 2012; Hanebuth et al., 2006) und Fertigungslevel (Emberland & Knardahl, 2015) als Kontrollvariablen berücksichtigt.

Interventionsstudien

Allen drei Interventionsstudien liegt ein Prä-Post-Design zugrunde, wobei in der Studie von Leiter et al. (2011) eine Kontrollgruppe zum Vergleich herangezogen wurde (zwei Messzeitpunkte), nicht aber bei Van der Wal et al. (2008) (zwei Messzeitpunkte). Bei Vinberg (2008) wurden Beschäftigte aus Unternehmen mit unterschiedlichen Interventionsstrategien verglichen (drei Messzeitpunkte).

Die Stichproben bestanden aus Pflegekräften und psychiatrischen Krankenschwestern und Krankenpflegern (Leiter et al., 2011) sowie der Belegschaft einer Intensivstation, wobei sich überwiegend Pflegepersonal (39 Prozent), aber auch Beschäftigte in Heilhilfsberufen und Ärzte an der Befragung beteiligten (Van der Wal et al., 2008). Die Stichprobe der dritten Studie setzte sich aus Führungskräften und Beschäftigten aus zehn Unternehmen aus Computertechnologie, Einzelhandel, Produktion und Unternehmensberatung zusammen (Vinberg, 2008). Entsprechend der Berufsverteilung war der Anteil der Pflegekräfte mit 86 Prozent höher als in der gemischten Stichprobe mit 54 Prozent (Vinberg, 2008); bei Van der Wal et al. (2008) fehlen Angaben zur Geschlechterverteilung.

In den Untersuchungen von Leiter et al. (2011) lagen zu beiden Messzeitpunkten nur von 472 Befragten (Interventions- und Kontrollgruppe; 86 Prozent Frauen) Daten vor. Die Rücklaufquote zur Baseline lag bei nur 37 Prozent, über beide Messzeitpunkte betrachtet bei 29 Prozent. Bei Van der Wal et al. (2008) wurden 190 (t0) bzw. 128 (t2) Beschäftigte befragt, die nicht längsschnittlich, sondern im Vergleich der jeweiligen Mittelwerte ausgewertet wurden (Quasilängsschnitt; Rücklauf zu t0 = 80 Prozent, t1 = 69 Prozent, t2 = 65 Prozent). Zur Auswertung aller drei Messzeitpunkte konnten bei Vinberg (2008) Daten von 102 Beschäftigten (Angestellte, Vorgesetzte) herangezogen werden (Abnahme des Rücklaufs von 88 Prozent zu t0 auf 48 Prozent zu t2).

Erhoben wurden in der Studie von Leiter et al. (2011) zu beiden Messzeitpunkten zentrale Aspekte der Intervention: Höflichkeit/Wertschätzung (CREW Civility Scale), erlebte Unhöflichkeit (durch Vorgesetzten bzw. Kollegen; Workplace Incivility Scale), eigenes respektloses/unhöfliches Verhalten (adaptierte Skala) und Respekt (zwei Items aus dem Effort-Reward Imbalance Questionnaire). Zum psychischen Befinden wurde Burnout (MBI-GS,

emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung/Zynismus) erhoben, als motivationale Parameter und als Leistungsparameter Jobwechselabsichten (modifizierte Form des Turnover Intentions Measures), berufliche Leistungsfähigkeit (Subskala des MBI-GS), Bindung an das Unternehmen (zwei Items aus der Affective Commitment Scale), Arbeitszufriedenheit (Eigenkonstruktion) und Absentismus erhoben (Selbstauskunft zu Fehlzeiten im letzten Monat; unternehmensaggregierte Daten). Alle eingesetzten Skalen wiesen zufriedenstellende interne Konsistenzen auf (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,71$ bis $\alpha = ,93$).

Ein 200 Items umfassender Fragebogen kam bei Van der Wal et al. (2008) zum Einsatz, der u. a. den Practice Environment Index (PEI) und ebenso die Collaborative Behaviour Scale zur Messung kooperativer Beziehungen im Team umfasste. Diese Instrumente dienten der Einschätzung der Arbeitsbedingungen (angemessenes Personal und Ressourcen; Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung/Angebot an Fortbildungen). Zur Erfassung respektvoller Beziehungen wurde ein eigenes Instrument entwickelt (alle Skalen wiesen ausreichende Reliabilitäten auf: Cronbachs Alpha von $\alpha = ,62$ bis $\alpha = ,94$).

Zum Vergleich unterschiedlicher Interventionsstrategien bei Vinberg (2008) wurden Führungskräfte schriftlich und in Interviews zum Inhalt und Prozess der Intervention befragt. Untersucht wurden weiterhin mittels Befragungen Aspekte wie Teamgeist bzw. Sozialklima, selbst bewertete körperliche und psychische Gesundheit, Anpassungsfähigkeit und Effizienz, selbst eingeschätzte Kundenzufriedenheit und Produktqualität. Weiterhin wurde nach der Intervention ein Index der Arbeitsqualität gebildet, der den Beitrag der Intervention zur Verbesserung des Sozialklimas, der Kooperation und Einbindung einschätzen sollte. Alle Skalen wurden bereits in anderen Studien erprobt und wiesen ausreichende bis gute Reliabilitäten auf (Cronbachs Alpha von $\alpha = ,61$ bis $\alpha = ,92$).

Für alle Studien, die hier im Zusammenhang mit Interventionen vorgestellt wurden, sind kleine Stichproben und teilweise Begrenzungen auf eine Branche zu beachten.

6. Zusammenfassende Bewertung aller Merkmale des Arbeitsbedingungsfaktors „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“, Schlussfolgerungen und Forschungsbedarf

Zusammenfassende Bewertung

1 Soziale Stressoren

1a Mobbing

Im Zusammenhang mit *Mobbing und psychischer Gesundheit* sind vor allem Auswirkungen auf die mentale Gesundheit bzw. auf psychischen Distress sowie auf Depression und Fatigue relativ häufig in prospektiven Längsschnittdaten untersucht. Untersuchungen zu Burnout, Schlaf und Alkoholkonsum finden sich eher selten.

Die Befunde weisen dabei recht konsistent auf einen gesundheitsschädigenden Einfluss sämtlicher Formen von Gewalt bei der Arbeit (Mobbing, sexuelle Belästigung etc.) im Sinne eines erhöhten Risikos von psychischem Distress, von Depression und Fatigue hin. Dieses erhöhte Risiko findet sich in vergleichbarer Weise bei Männern und Frauen. Die Ergebnisse zum Schlaf sind weniger eindeutig, zu Alkoholkonsum und Burnout lassen sich aufgrund einer sehr geringen Studienzahl keine belastbaren Aussagen ableiten.

Die Höhe der Zusammenhänge zeigt insgesamt – beim Merkmal Mobbing wie auch bei den anderen untersuchten Merkmalen – eine große Bandbreite. Eine unmittelbare Vergleichbarkeit der Effektschätzer ist nicht ohne Weiteres gegeben, da sich in den Studien je nach eingesetztem Analyseverfahren unterschiedliche Kennwerte finden (z. B. Regressions- und Korrelationskoeffizienten, Odds Ratios, Hazard Ratios). Außerdem wird mit den Merkmalen in den Regressionsmodellen unterschiedlich umgegangen: So beziehen sich Risikoschätzer bspw. teilweise auf das Vorhandensein vs. Fehlen von Merkmalen, teilweise auch auf jeweils eine Einheit einer Merkmalskala.

Die gefundenen Effekte scheinen recht stabil zu sein und sie bleiben weitgehend erhalten, wenn Ausgangswerte der psychischen Gesundheit und weitere Arbeitsplatzmerkmale berücksichtigt werden. Um allerdings tatsächlich das Risiko für „inzidente“ gesundheitsbezogene Outcomes beurteilen zu können, wäre ein Ausschluss der Personen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit von der Auswertung erforderlich. Dies wird jedoch nur von wenigen der einbezogenen Studien geleistet.

Ein Teil der Studien untersucht auch reverse Effekte, aus denen hervorgeht, dass zwar der von Mobbing auf eine beeinträchtigte psychische Gesundheit ausgehende Effekt stärker ist als vice versa, dass aber das psychische Befinden im Erleben von Mobbing eine wichtige Rolle spielt. Dies ist insbesondere mit Blick auf Interventionsansätze zu beachten. Aus methodischer Sicht kann die Beeinflussung des Erlebens von Mobbing durch eine beeinträchtigte psychische Gesundheit oder durch Vorstufen einer psychischen Störung zu einer Ergebnisverzerrung bis hin zu artifiziellen Ergebnissen führen. Für diesen Verzerrungsmechanismus sind sehr viele Studien anfällig; lediglich eine detaillierte Qualitätsbewertung der einzelnen Studien im Rahmen eines systematischen Reviews ermöglicht eine vertiefende Beurteilung des Ausmaßes dieses Verzerrungseinflusses.

Insgesamt stehen die Befunde der verfügbaren Reviews (teilweise mit Metaanalysen) im Einklang mit den von uns bei Sichtung der Primärstudien gefundenen Zusammenhängen zwischen Mobbing und Belästigung am Arbeitsplatz und einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit bei den betroffenen Personen. Diese Reviews beziehen nicht nur Längsschnittstudien, sondern teilweise auch Querschnittstudien ein.

Die Qualität der Instrumente zur Messung von Mobbing und den Outcomes kann, vor allem für die Reliabilität der verwendeten Skalen, als überwiegend gut eingeschätzt werden. Die meisten Studien basieren auf zwei Messzeitpunkten. Etwa die Hälfte der Studien bezieht sich auf die allgemeine Beschäftigtenbevölkerung, gefolgt von berufsspezifischen Stichproben (vor allem im Pflegebereich). Die Rücklaufquoten variieren stark, ebenso der Drop-out über mehrere Messzeitpunkte. Vereinzelt durchgeführte Analysen der Drop-out-Stichprobe zeigen stärkere Mobbing Erfahrungen der ausgeschiedenen Gruppen im Vergleich zu den Teilnehmenden an den Follow-up-Untersuchungen. Die Ergebnisse sind daher vor dem Hintergrund wahrscheinlicher Selektionseffekte zurückhaltend zu interpretieren.

Die Wirkungen von *Mobbing auf Leistung, Motivation, Zufriedenheit* sind in weniger Längsschnittstudien untersucht als im Hinblick auf psychische Gesundheit. Auch die Befunde sind weniger einheitlich. Am deutlichsten wird, dass Beschäftigte mit Mobbing Erfahrungen eine geringere Leistung, weniger Engagement und Bindung an das Unternehmen sowie eine reduzierte Arbeitszufriedenheit berichten. Ein Zusammenhang zwischen Mobbing und Fehlzeiten sowie zwischen Mobbing und stärkeren Jobwechselabsichten oder erfolgtem Arbeitswechsel findet sich vereinzelt. Reverse Effekte wurden nur in wenigen Studien untersucht und zeigen unsystematisch, dass eine geringe Arbeitszufriedenheit

und Jobwechselabsichten zur Baseline mit erhöhtem Mobbingrisiko zum Follow-up verbunden sind.

Die Reliabilität der eingesetzten Instrumente ist mindestens ausreichend. In einem Großteil der Studien wurden erprobte Skalen verwendet. Mit einer Ausnahme betrachteten die Untersuchungen Zusammenhänge zwischen zwei Messzeitpunkten.

Die Rücklaufquoten variieren stark, liegen aber insgesamt so niedrig, dass von deutlichen Selektionseffekten auszugehen ist. Dies gilt ungeachtet der fehlenden Hinweise auf Unterschiede in demografischen Merkmalen zwischen den Teilnehmenden und den Nicht-Teilnehmenden in den vereinzelt durchgeführten Drop-out-Analysen.

Ein Viertel der Studien wurde in der Gesundheitsbranche durchgeführt, die anderen in verschiedenen Berufsgruppen, nur eine Studie weist explizit auf die Rekrutierung aus der allgemeinen Beschäftigtenbevölkerung hin (zwei Studien machen allerdings keine Angaben). Auch hier sollten Selektionseffekte in Betracht gezogen und eine eingeschränkte Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Nur zwei Interventionsstudien wurden eingeschlossen, die sich nicht mit den infrage stehenden Outcomes, sondern mit der Prävention von Mobbing (also gewissermaßen mit der Expositionsreduzierung) beschäftigten. Beide wurden für den Pflegebereich entwickelt und stellen unterschiedliche Ansätze dar. Hinweise auf die Wirksamkeit im Wissenserwerb zum Thema Mobbing fanden sich, die Wirkungen auf die Wahrnehmung der sozialen Arbeitsumgebung blieben hinter den Erwartungen zurück. Wenngleich beide ein Prä-Post-Design aufwiesen, ist die Qualität begrenzt: Nur in einer Studie wurde auch eine Kontrollgruppe berücksichtigt, in der anderen Studie wurden nicht alle Merkmale zu beiden Zeitpunkten erfragt.

Die Studienlage macht das Fehlen von Untersuchungen deutlich, aus denen sich wirksame (berufsübergreifende wie berufsspezifische) Maßnahmen zur Prävention von sozialer Gewalt und Mobbing am Arbeitsplatz und zum Umgang damit ableiten lassen.

1b Soziale Konflikte

Das Merkmal soziale Konflikte mit Kollegen und mit Vorgesetzten und damit verbundene Folgen für die psychische Gesundheit wurde insgesamt in weniger Längsschnittstudien und im Hinblick auf weniger Indikatoren der psychischen Gesundheit untersucht als das Merkmal Mobbing.

Auch sind die Befunde weniger einheitlich und ein gesundheitsbeeinträchtigender Effekt kann nicht konsistent und deutlich aufgezeigt, aber auch keineswegs ausgeschlossen werden. Das mag zum einen an der relativen kleinen Anzahl von Studien liegen, aber auch daran, dass Mobbing ein überdauernder Stressor ist, während Konflikte auch punktuell auftreten können und damit weniger stark und persistierend auf die betreffende Person einwirken.

Die getrennte Betrachtung von Männern und Frauen sowie die Unterscheidung der Konfliktquelle (Vorgesetzte vs. Kollegen) erwies sich als relevant. Einige Studien nahmen darüber hinaus weitere Faktoren der Arbeitsumgebung in die Analysen auf. Dabei schwächten sich Effekte der sozialen Konflikte auf die Outcomes ab oder verloren an statistischer Signifikanz. Eine mögliche Interpretation liegt einerseits darin, dass diese weiteren Faktoren der Arbeitsumgebung Confounder darstellen, bei deren fehlender Berücksichtigung die

tatsächlichen Effekte überschätzt werden. Andererseits kann die Berücksichtigung dieser weiteren Faktoren der Arbeitsumgebung angesichts der komplexen Wechselwirkungen mit sozialen Konflikten auch zu einer Überadjustierung (z. B. zu einer Adjustierung für auf dem Kausalpfad liegende intermediäre Faktoren) führen. Dies würde bedeuten, dass bei deren Berücksichtigung die tatsächlichen Effekte überschätzt würden.

Bis auf eine Ausnahme lagen in den Studien zwei Messzeitpunkte vor. Die Erfassung sozialer Konflikte basierte überwiegend auf Einzel-Items, sowohl Eigenkonstruktionen als auch erprobten Verfahren entnommen. Die Dauer und Stärke sowie Häufigkeit der Konflikte wurden nicht erfasst, damit einher geht in der Tendenz eine Unterschätzung tatsächlicher Zusammenhänge. Die Outcomes wurden mit erprobten und reliablen Verfahren erfasst. Die Rücklaufquote war insgesamt relativ niedrig und lag (mit einer Ausnahme) bei maximal 60 Prozent. Die meisten Studien sind auf ausgewählte Berufsgruppen beschränkt. In einer Studie wurden Frauen aus den Analysen ausgeschlossen. Insgesamt sind die vorgenannten Ergebnisse des Scoping Reviews aufgrund der offensichtlichen methodischen Mängel der eingeschlossenen Primärstudien und aufgrund der fehlenden Verallgemeinerbarkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mit großer Zurückhaltung zu interpretieren.

Ebenfalls nur wenige Längsschnittstudien fanden sich zum Zusammenhang von sozialen Konflikten und *motivationalen wie leistungsbezogenen Aspekten* (Fehlzeiten und Arbeitsplatzwechsel), in denen sich entweder kein oder ein positiver Zusammenhang von Konflikten und Fehlzeiten zeigte. Soziale Konflikte waren mit stärkeren Jobwechselabsichten verbunden. Systematische Reviews fanden sich zu diesem Thema nicht.

Keine der Untersuchungen zum Merkmal soziale Konflikte berücksichtigte in der Erfassung und Auswertung der Daten die Häufigkeit, Dauer oder Schwere von Konflikten in abgestufter Form. Dabei ist anzunehmen, dass immer wiederkehrende und/oder schwere Konflikte eine andere Auswirkung auf das Befinden haben können als vorübergehende, zum Zeitpunkt der Befragung vielleicht aktuelle und/oder weniger ernsthafte Konflikte. In der Folge ist von einer tendenziell konservativen Ergebnisverzerrung, also von einer Unterschätzung der tatsächlichen Effekte, auszugehen.

Es konnte nur eine Interventionsstudie zum Thema soziale Konflikte eingeschlossen werden, bei der es sich um einen Teambuildingsansatz im Klinik-Setting handelte. Die Ergebnisse sprechen zwar dafür, dass Strategien der Teamentwicklung zu einer Verbesserung des interdisziplinären Verständnisses, des Sozialklimas und zu einem besseren Umgang mit Konflikten führen. Es fehlte jedoch eine Kontrollgruppe und die Rücklaufquoten waren in der Befragung recht gering.

2 Soziale Ressourcen

2a Soziale Unterstützung

In den Längsschnittstudien, die den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit *mentaler Gesundheit, psychischem Befinden und psychischen Störungen* untersuchten, wurden hauptsächlich die Outcomes Depression, Distress, Burnout und mentale Gesundheit als Gesamtkonstrukt untersucht. Weniger häufig wurden Fatigue, Angst, positiver Affekt und Lebensqualität betrachtet.

In den diesem Scoping Review zugrunde liegenden Primärstudien fand sich in weniger als der Hälfte der eingeschlossenen Studien ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz und Depression, Distress und mentaler

Gesundheit als Gesamtkonstrukt. Bei Frauen wurden für Depressionen größere Auswirkungen der Unterstützung gefunden, bei Männern für die allgemeine mentale Gesundheit.

Aus den recht uneinheitlichen Befunden der Primärstudien lässt sich auf der Grundlage der Methodik eines Scoping Reviews kein klares Fazit entnehmen. Erforderlich sind also systematische Reviews, die der unterschiedlichen Qualität der eingeschlossenen Studien Rechnung tragen und möglichst auch Methoden der quantitativen Evidenzsynthese einsetzen. Im Ergebnis des systematischen Reviews von Thinschmidt et al. (2015, in press) stellt sich die Evidenz zum Zusammenhang zwischen fehlender sozialer Unterstützung und (insbesondere) dem Depressionsrisiko als klarer dar. Auch die in diesem Scoping Review gefundenen systematischen Reviews, die insgesamt 17 Studien zu den drei Outcomes betrachteten, kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass das Erkrankungsrisiko bei niedriger sozialer Unterstützung steigt und bei höherer sozialer Unterstützung sinkt. Allgemein fanden sich hier sowohl für Depressionen als auch für stressbezogene Erkrankungen und mentale Gesundheit stärkere Zusammenhänge für Männer als für Frauen.

Zum Outcome Burnout ermittelten immerhin gut zwei Drittel der Primärstudien in diesem Scoping Review signifikante Zusammenhänge mit sozialer Unterstützung. Für die Hauptkomponente des Burnout-Konzepts – emotionale Erschöpfung – zeigten sich demnach erhöhte Risiken bei geringer Unterstützung. Zudem war eine höhere soziale Unterstützung mit geringerer emotionaler Erschöpfung verbunden. Auch die systematischen Reviews berichten solche Effekte für die eingeschlossenen Längsschnittstudien, sodass insgesamt deutliche Belege für einen schützenden Einfluss der sozialen Unterstützung im Hinblick auf die Entstehung eines Burnout-Syndroms vorliegen. In zwei Studien wurden allerdings reverse Effekte gefunden. Demnach scheinen sich solche psychischen Probleme beeinträchtigend auf die soziale Unterstützung bzw. auf die Einschätzung/Wahrnehmung der Unterstützung auszuwirken. Diesbezüglich ist insbesondere bei methodisch unzureichenden Studien ein Cause-and-Effect-Bias und damit die fälschliche Annahme eines kausalen Einflusses der sozialen Unterstützung auf die Burnout-Entstehung möglich. Hier können lediglich methodisch hochwertige systematische Reviews die bestmögliche Trennung zwischen „echten“ Risikoerhöhungen und methodischen Artefakten leisten.

Für die übrigen psychischen Outcomes liegen für dieses Scoping Review zu wenige Primärstudien und keine systematischen Reviews vor, sodass von einer zusammenfassenden Bewertung abzusehen ist.

Die Qualität der zur Ermittlung der Zusammenhänge genutzten Verfahren ist im Hinblick auf die interne Konsistenz mindestens als akzeptabel zu bezeichnen. Häufig wurden standardisierte Instrumente mit guter interner Konsistenz zur Erhebung der Selbstauskünfte verwendet, obgleich diese Informationen nicht immer von den Autoren berichtet wurden. Etwa 80 Prozent der Studien beschränkten sich auf zwei Messzeitpunkte. Zu rund 50 Prozent wurden Stichproben aus der erwerbstätigen Allgemeinbevölkerung, zu rund 30 Prozent Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen untersucht. Der Anteil von Frauen und Männern variierte stark in Abhängigkeit von der jeweils untersuchten Stichprobe. Auch die Rücklaufquoten weisen eine große Schwankungsbreite auf. Manche Autoren berichten Drop-out-Analysen bzw. Non-Responder-Analysen, die auf mögliche Selektionseffekte hinweisen. Die meisten Untersuchungen berücksichtigten das Alter, etwa die Hälfte auch das Geschlecht als Confounder.

Der Zusammenhang der sozialen Unterstützung mit *Motivation, Leistung und Zufriedenheit* ist auf der Grundlage der in das vorliegende Scoping Review eingeschlossenen Studien

als eher inkonsistent zu bezeichnen. Für diese Outcome-Gruppe bezieht sich knapp die Hälfte aller Auswertungen auf Arbeitsunfähigkeit bzw. Fehlzeiten wegen Krankheit. Etwa die Hälfte der entsprechenden Studien fand einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen niedriger sozialer Unterstützung und vermehrten Fehlzeiten (bzw. vice versa). Diese Zusammenhänge besaßen zum Teil nur für eine der Unterstützungsquellen (Vorgesetzte oder Kollegen) oder nur für Frauen bzw. Männer statistische Signifikanz. Eine Metaanalyse über 26 Studien weist auf einen statistisch signifikanten Zusammenhang von hoher Unterstützung mit weniger Fehlzeiten hin.

Für einen intendierten oder tatsächlichen Arbeitsplatzwechsel ließen sich nur in 2 von 7 Studien statistisch signifikante Einflüsse der sozialen Unterstützung nachweisen. Diese beiden Studien berichteten jedoch recht deutliche Kennwerte. Zwei Sekundärstudien bestätigen geringere Jobwechselabsichten und Kündigungen bei höherer Unterstützung.

Für die übrigen Outcomes Arbeitsengagement, Motivation zum Trainings- bzw. Kenntnistransfer, Arbeitsleistung bzw. Produktivität und Arbeitsfähigkeit liegen für ein klares Fazit insgesamt zu wenige Studien mit wiederum – hinsichtlich der statistischen Signifikanz – inkonsistenter Befundlage vor. Lediglich für das Outcome Arbeitszufriedenheit lässt sich aus 3 von 4 eingeschlossenen Primärstudien und zwei von drei Metaanalysen entnehmen, dass statistisch signifikante Zusammenhänge von hoher sozialer Unterstützung und hoher Arbeitszufriedenheit bestehen. Zudem fand 1 Studie Belege für eine reverse Beziehung, d. h., dass hohe Arbeitszufriedenheit hohe Unterstützung vorhersagte.

Wenn Fragebögen zur Erhebung von Selbstauskünften verwendet wurden, ist deren interne Konsistenz mindestens ausreichend, sofern die Autoren diese auch berichteten. Zur Ermittlung der Fehlzeiten konnten in den Studien überwiegend Daten aus nationalen oder betrieblichen Registern genutzt werden. Die Mehrzahl der Studien (85 Prozent) erhob nur zu zwei Messzeitpunkten die interessierenden Informationen. Nur 6 der 34 Untersuchungen bezogen sich auf die erwerbstätige Allgemeinbevölkerung, 9 Untersuchungen stammten aus dem Gesundheitswesen, für die übrigen Studien waren die Branchen sehr gemischt. Die Frauenquoten wiesen einen Schwankungsbereich von 0 bis 100 Prozent auf, die Rücklaufquoten beliefen sich auf 21,0 bis 99,8 Prozent. Die eher selten durchgeführten Drop-out-Analysen bzw. Non-Responder-Analysen lieferten keine eindeutigen Hinweise auf einen Selektionsbias. Das Alter und Geschlecht der Befragten wurde in 80 bzw. 70 Prozent der Ergebnisauswertungen berücksichtigt.

In den Interventionsstudien zeigten sich zum Teil erfolgversprechende Ansätze in Interventionsstudien, die den kollegialen Austausch bzw. den Teamzusammenhalt förderten. In einer Studie mit Interventions- und Kontrollgruppe zeigten Bourbonnais et al. (2006) Effekte auf die wahrgenommene Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen sowie auf Burnout-Symptome und Schlafprobleme. Andere Ansätze hatten entweder nur Wirkungen auf die wahrgenommene Unterstützung (Zimber & Ullrich, 2012) oder auf Outcome-Variablen (emotionales Wohlbefinden: Nielsen & Randall, 2012; reduzierte Fehlzeiten: Lavoie-Tremblay, 2005) nicht aber auf beides. Zwei Untersuchungen, die Führungskräftestrainings beschrieben, konnten keine signifikanten Effekte auf die wahrgenommene Unterstützung oder auf psychische Outcomes (Distress) nachweisen.

2b Sozialklima

Insgesamt ist die Zahl der Längsschnittstudien aus jüngerer Zeit zum Sozialklima und dessen Auswirkungen auf *psychische Gesundheit* eher gering und in der Mehrheit durch berufsspezifische Kohorten gekennzeichnet. Auch der einzige eingeschlossene systema-

tische Review liefert keine verallgemeinerbaren Ergebnisse, enthält er doch nur eine Querschnittstudie, die das relevante Merkmal aufgreift (die anderen Studien betrachten lediglich fehlende soziale Unterstützung).

Die Befunde deuten auf ein erhöhtes Risiko der Entwicklung von Depressionen hin, wobei dies nicht konsistent und in einer Studie nur für Frauen gefunden wurde.

Das Sozialklima konnte weiterhin nicht eindeutig mit psychischem Distress in Verbindung gebracht werden, allerdings lagen hierzu auch nur zwei Studien vor. Ähnlich verhält es sich mit Befunden zur Schlafqualität und Fatigue.

Keine der Studien erfasste Daten zu mehr als zwei Messzeitpunkten. Der Rücklauf war überwiegend mäßig. Die Befragten wurden überwiegend aus der allgemeinen Beschäftigtenbevölkerung oder einem breiten Berufsspektrum rekrutiert. Allerdings entstammen die größten Kohorten der Gesundheitsbranche.

Das Sozialklima wurde überwiegend mit Skalen erfasst, die als reliabel eingeschätzt werden können. Allerdings wurden Depressionen häufig über die ärztliche Verordnung von Antidepressiva operationalisiert und nur im Einzelfall durch den Einsatz weiterer Erhebungsinstrumente ergänzt.

Zum Zusammenhang zwischen Sozialklima und *Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung* konnten noch weniger Studien eingeschlossen werden als zum psychischen Befinden. In mehreren, aber nicht in allen Studien fand sich ein Zusammenhang zwischen dem Sozialklima und krankheitsbedingten Fehlzeiten; statistisch signifikante Effekte für Arbeitsfähigkeit und Arbeitsplatzwechsel fanden sich nicht.

Das Sozialklima wurde mit reliablen und erprobten Skalen erhoben, Fehlzeiten wurden aus registrierten Daten des Unternehmens und die Arbeitsfähigkeit über eine reliable Skala erfasst. Die Studien erhoben zu zwei bzw. drei Messzeitpunkten Daten. Der Rücklauf war schlecht bis mäßig bzw. wurde nicht berichtet. Die Befragten stammen überwiegend aus dem Pflegebereich, in einer Studie wurden Beschäftigte eines Flugzeugherstellers rekrutiert. Damit bleiben die Befunde auf einen engen Arbeitskontext beschränkt.

Im Bereich der Interventionsstudien lassen sich besonders zwei der drei Untersuchungen aus dem Gesundheitsbereich hervorheben (Leiter et al., 2011; Van der Wal et al., 2008), die auf das Potenzial von teambezogenen Interventionen hinweisen, die in regelmäßigen Treffen u. a. Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten thematisierten und schulten. Wenngleich auch hier ein geringer Rücklauf bei den Befragungen (weniger bei der Teilnahme an der Intervention) und die Beschränkung auf den Krankenhausbereich generalisierende Aussagen einschränken, werden erfolgversprechende Ansätze zur Förderung des Sozialklimas und Stärkung sozialer Beziehungen bei der Arbeit deutlich.

Die dritte Studie legte den Fokus nicht auf die Implementierung und Begleitung einer Intervention, sondern verglich Kleinunternehmen mit breiter und weniger breiter Prozessänderung im Hinblick (auch) auf Wirkungen auf das Sozialklima. Ableitungen für konkretes Interventionswissen sind jedoch nicht eindeutig möglich.

Schlussfolgerungen

Mit Blick auf die verschiedenen Merkmale sozialer Ressourcen und Stressoren am Arbeitsplatz wird angesichts der Anzahl eingeschlossener Studien deutlich, dass das Merkmal der sozialen Unterstützung bisher am besten erforscht wurde. Etwas weniger Studien wurden zum Mobbing am Arbeitsplatz gefunden. Deutlich seltener waren soziale Konflikte bei der Arbeit sowie das Sozialklima Forschungsgegenstand. Innerhalb der Arbeitsplatzmerkmale wurde weiterhin deutlich, dass sich – mit Ausnahme der sozialen Unterstützung – jeweils mehr Studien mit den Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und das psychische Befinden sowie psychische Störungen beschäftigen als mit Leistung, Motivation und Arbeitszufriedenheit.

In einem Großteil der Studien wurde der Einfluss von Alter und Geschlecht in den statistischen Analysen kontrolliert. Dabei wurde Alter als Kontrollvariable in die Analysen aufgenommen; eine altersstratifizierte Auswertung erfolgte nicht. Einflüsse des Alters wurden so nicht offensichtlich bzw. von den Autoren nicht diskutiert, mit anderen Worten: Die gefundenen Zusammenhänge gelten prinzipiell gleichermaßen für alle Altersgruppen. Teilweise zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede zum Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und den betrachteten Outcomes, allerdings ließ sich kein einheitliches „Muster“ dieser Unterschiede im Sinne eines durchgängig stärkeren Zusammenhangs bei Frauen oder Männern finden. Eine Berücksichtigung unterschiedlicher Berufe bzw. Branchen fand sich in keiner der Studien.

Die Mehrheit der Studien untersuchte neben Merkmalen sozialer Beziehungen noch weitere Arbeitsbedingungsfaktoren. Deren detaillierte Erfassung erfolgte im vorliegenden Scoping Review nicht. Häufig handelte es sich bspw. in Studien zur sozialen Unterstützung um weitere Dimensionen des JDCS-Modells, z. B. Entscheidungsspielraum. Die Aufnahme weiterer Merkmale der Arbeitsumgebung verringerte dabei nicht selten die statistische Signifikanz der sozialen Beziehungen für die untersuchten Outcomes.

Mobbing zeigt sich vor allem im Hinblick auf die psychische Gesundheit als bedeutsamer kurz- bis langfristiger Risikofaktor. Wenngleich die Befunde für Leistung und Motivation sowie Arbeitszufriedenheit weniger eindeutig ausfallen und seltener untersucht wurden, wird die Bedeutung der Prävention von Mobbing (und der Intervention bei vorhandenem Mobbing) für ein breites Spektrum an Folgeerscheinungen deutlich. Ein begründeter Handlungsbedarf lässt sich eindeutig ableiten.

Für soziale Konflikte lassen die verhältnismäßig wenigen Längsschnittstudien bisher keine eindeutigen Effekte auf psychische Gesundheit und Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung erkennen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich Konflikte ohne intervenierendes Eingreifen zu einem andauernden Stressor bis hin zum Mobbing entwickeln können. Daher erscheinen auch hier Interventionen oder zumindest Handlungsempfehlungen und Leitfäden zum Umgang mit Konflikten als wichtiger Bestandteil für den Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Für die soziale Unterstützung kann etwa die Hälfte der Untersuchungen keinen signifikanten Zusammenhang mit psychischer Gesundheit sowie Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung finden. Allerdings ist dieser eher inkonsistente Befund wesentlich der naturgemäß groben Methodik eines Scoping Reviews geschuldet. Systematische Reviews – teilweise mit Metaanalysen – zeigen hier deutlichere Zusammenhänge auf (z. B. Thinschmidt et al., 2015, in press). Insgesamt lässt sich also ein schützender Einfluss der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz auf die psychische Gesundheit konstatieren.

Das Sozialklima lässt sich im vorliegenden Scoping Review auf der Grundlage einer unzureichenden Studienlage nicht eindeutig als Einflussfaktor identifizieren. Allerdings finden sich Hinweise darauf, dass ein schlechtes Sozialklima zu psychischen Beeinträchtigungen und höheren Fehlzeiten führen könnte.

Grundsätzlich ließe sich erwarten, dass konsistente überdauernde soziale Einflussfaktoren wie z. B. das Sozialklima einen stärkeren Effekt auf psychische Gesundheit sowie motivationale Aspekte haben als punktuelle Ereignisse wie z. B. soziale Konflikte. Tatsächlich sind die gefundenen Ergebnisse zum Merkmal soziales Klima aber wenig konsistent. Möglicherweise lässt sich das Sozialklima nicht überzeugend als eigenständige, distinkte Facette der sozialen Beziehungen operationalisieren und valide erfassen, weil es in Merkmalen wie der sozialen Unterstützung „aufgeht“.

Das Problem der komplexen Zusammenhänge zwischen verschiedenen psychosozialen Arbeitsbedingungen und der schwierigen Distinktion einzelner Einflussfaktoren ist allerdings ein allgemeines, das sich für viele der hier untersuchten Einflussfaktoren stellt. Dies wurde z. B. dadurch deutlich, dass sich in einem Teil der Studien die statistische Bedeutsamkeit der untersuchten Arbeitsbedingungsfaktoren reduzierte oder aufhob, wenn weitere Arbeitsplatzmerkmale in die Analysen aufgenommen wurden.

Auch in zentralen arbeitspsychologischen Modellen wird diesem Phänomen Rechnung getragen. So geht das Job-Characteristics-Modell von Hackmann und Oldham (1980) auf das Zusammenwirken mehrerer Arbeitsbedingungsfaktoren ein. Hier wird zur Bestimmung des Motivationspotenzials einer Tätigkeit eine Berechnungsformel postuliert, in der die Faktoren erlebte Bedeutsamkeit (ergibt sich aus Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit und Bedeutung), Autonomie und Rückmeldung multiplikativ miteinander verknüpft werden. Dabei gibt es keine Rangreihe oder Gewichtung dieser drei Faktoren, sodass alle die Arbeitsmotivation gleichermaßen positiv und negativ beeinflussen können. Dies bedeutet aber auch: Sollte einer der Faktoren nicht gegeben sein, würde dies die gesamte Gleichung auf null setzen.

So sei bspw. auf das Job-Demand-Control-Support(JDCS)-Modell (Johnson & Hall, 1988; Johnson et al., 1989) verwiesen, das neben der Support-Komponente auch die Arbeitsanforderungen und den Tätigkeitsspielraum als gleichberechtigte Komponenten betrachtet, wobei diese nicht isoliert, sondern in ihrem Zusammenwirken interpretiert werden. So geht aus der Kombination hoher Job Demands, geringem Entscheidungsspielraum und geringer sozialer Unterstützung ein erhöhtes Fehlbeanspruchungsrisiko hervor (Iso-Strain-Hypothese: Pelfrene et al., 2002; Van Der Doef & Maes, 1998, 1999)

Im systematischen Review von Seidler et al. (2014) zu Zusammenhängen zwischen psychosozialen Arbeitsbedingungen und emotionaler Erschöpfung wird deutlich, dass besonders hohe Arbeitsanforderungen (Job Demands) eine wichtige Rolle für die Entstehung emotionaler Erschöpfung spielen. Gleichzeitig zeigt sich aber eine hohe Interkorrelation der Arbeitsbedingungen, die es schwierig macht, eben einen einzelnen Faktor als entscheidende Determinante von Gesundheit zu identifizieren. Die Autoren des systematischen Reviews betrachten es daher als unwahrscheinlich, dass es zukünftigen Beobachtungsstudien gelingen wird, diesen *einen* Arbeitsbedingungsfaktor ausfindig zu machen, der zu emotionaler Erschöpfung führt. Dies lässt sich vermutlich auch für andere Merkmale der psychischen Gesundheit, Motivation und Leistung annehmen.

Erschwerend kommt hinzu, dass neben Merkmalen der Arbeit auch familiäre, sozio-ökonomische sowie Persönlichkeitsfaktoren einen bedeutsamen Anteil an Varianz von

Gesundheit, Motivation und Leistung erklären. Das heißt: Nicht alle Arbeitsbedingungsmerkmale sind bei allen Beschäftigten mit denselben Konsequenzen verbunden. In ihrem Review von Längsschnittstudien zur Wirkung arbeitsbezogener Merkmale auf die mentale Gesundheit konstatieren Zapf, Dormann und Frese (1996) angesichts multifaktorieller Determinierung von Gesundheit (durch multiple Arbeitsplatzmerkmale, multiple nicht arbeitsbezogene Merkmale) denn auch: „It follows from the multifactorial determination of health that any one factor cannot explain the ‚lion’s share‘ of variance in health variables“ (S. 146).

Nichtsdestotrotz zeigt sich, dass soziale Beziehungen am Arbeitsplatz – ob als Ressource oder Stressor – einen deutlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit, die Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung haben und damit wichtige Stellschrauben im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung darstellen. Dies kann für Männer und Frauen sowie unterschiedliche Berufsgruppen gleichermaßen angenommen werden. Dabei sind die Einflüsse von Mobbing, Konflikten oder sozialer Unterstützung und des Sozialklimas auf das Befinden, die Motivation und Leistung eben aber immer auch im Zusammenspiel mit anderen Arbeitsplatzbedingungen zu betrachten, welche die Wirkung der sozialen Stressoren und Ressourcen puffern oder verstärken können.

Und so scheint für die Prävention psychischer Erkrankungen, wie auch bei anderen multifaktoriell bedingten Erkrankungen (z. B. muskuloskelettale Erkrankungen, vgl. Seidler, Liebers & Latza, 2008), ein umfassendes Konzept zur Gestaltung von Arbeitsbedingungen sinnvoll und vielversprechend (Seidler et al., 2014). Dies bedeutet, multidimensionale Ansätze zu realisieren, die mehrere „Stellschrauben“ berücksichtigen (vgl. Kapitel 7).

Forschungsbedarf

Der im vorliegenden Scoping Review erreichte Überblick über die Forschungsergebnisse zu den gesundheitlichen Auswirkungen sozialer Beziehungen am Arbeitsplatz macht deutlich, dass sich das in der internationalen Literatur zum Thema widerspiegelnde wissenschaftliche Erkenntnisinteresse recht ungleich verteilt: Während sich eine hohe Zahl von Beobachtungsstudien auf das Merkmal soziale Unterstützung bezieht, werden die Merkmale soziale Konflikte, Sozialklima und Mobbing vergleichsweise deutlich weniger thematisiert. Psychische Störungen und Beschwerden werden als Outcomes relativ häufig beforscht, Outcomes wie Leistung, Motivation und Arbeitszufriedenheit seltener.

Die einbezogenen Primärstudien weisen mehrheitlich deutliche methodische Mängel auf. Als wesentliche, die Verwertbarkeit der Ergebnisse teilweise gravierend einschränkende Mängel ist auf eine Selektionsverzerrung durch geringe Teilnahmeraten und einen hohen Loss to follow-up, auf eine Selektionsverzerrung durch den fehlenden Ausschluss der Outcomes aus der Baseline-Untersuchung in vielen Studien, daneben auch auf zu geringe Follow-up-Zeiten und unzureichende Berücksichtigung von Confounding und Effektmodifikationen hinzuweisen. Ungeachtet dieser methodischen Einschränkungen stellt sich für die untersuchten Merkmale im Bereich der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz überwiegend ein Zusammenhang zur psychischen Gesundheit, zur Arbeitszufriedenheit und zur beruflichen Leistungsfähigkeit dar. Zur Höhe der Zusammenhänge lässt sich aufgrund der großen Unterschiede in den eingesetzten Instrumenten und statistischen Methoden keine belastbare Aussage treffen. Allerdings weisen nahezu alle gefundenen systematischen Reviews positive Zusammenhänge zwischen den einzelnen psychosozialen beruflichen Merkmalen und den jeweils betrachteten Outcomes auf.

Mit Ausnahme der sozialen Unterstützung fehlen überdies für die hier betrachteten Merkmale sozialer Ressourcen und Stressoren einheitliche theoretische Grundlagen, Modelle und entsprechend valide Standardinstrumente zu deren Messung.

Grundsätzlich erscheint es ungeachtet der weiter bestehenden Unsicherheiten daher nicht als besonders erfolgversprechend, zum Zusammenhang zwischen einzelnen Arbeitsplatzfaktoren und einzelnen psychischen Outcomes in großem Umfang weitere Beobachtungsstudien durchzuführen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass mit methodisch besseren Studien ein grundlegend besseres Verständnis von komplexen Wirkungsweisen der Arbeitsplatzmerkmale erlangt werden kann. Auch die Erstellung weiterer systematischer Reviews erscheint wenig zielführend.

Sinnvoll erscheint hingegen die Durchführung von Interventionsstudien, welche die Wirksamkeit (oder auch die fehlende Wirksamkeit) konkreter Gestaltungsmaßnahmen auf mehreren Ebenen und unter Nutzung integrativer Ansätze belegen können. Hier kann die Durchführung einfacher Prä-Post-Analysen – wie sie sich in der gesichteten Literatur finden lassen – nicht mehr empfohlen werden. Vielmehr ist die Durchführung cluster-randomisierter kontrollierter Studien (RCTs), die auf theoretisch fundierten Konzepten basieren und entsprechende Erhebungsinstrumente einsetzen, unerlässlich, wenn es um die Auswahl tatsächlich wirksamer Interventionen und Gestaltungsmaßnahmen geht. Zur Prüfung der Nachhaltigkeit von Interventionen und Gestaltungsmaßnahmen sind ausreichend lange Nachbeobachtungszeiträume erforderlich.

7. Gestaltungsaussagen zum Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“

7.1. Gestaltungswissen auf der Basis von Interventionsstudien

Auf der Grundlage des vorliegenden Scoping Reviews ist festzustellen, dass Interventionsstudien im Vergleich mit „reinen“ Beobachtungsstudien vergleichsweise sehr selten durchgeführt wurden. Wenn somit das Wissen um riskante und förderliche Arbeitsplatzmerkmale insgesamt einigermaßen breit und belastbar ist, so ist das Wissen um Maßnahmen zur wirksamen Beeinflussung dieser Arbeitsplatzmerkmale vergleichsweise rudimentär. Dies betrifft zum einen die geringe Anzahl an Interventionsstudien (13 Untersuchungen; teilweise ohne Kontrollgruppe), von denen 3 die Expositionsreduktion forcierten und darüber hinaus keine Veränderungen der Gesundheit und Motivation untersuchten. Inwieweit die Umsetzung solcher Maßnahmen der Arbeitsplatzgestaltung tatsächlich die psychische Gesundheit verbessern kann, stellt eine Herausforderung an die zukünftige Forschung dar.

Mobbing

Die Entstehung von Mobbing am Arbeitsplatz ist als komplexer Prozess zu verstehen, dem mit einem komplexen multidimensionalen Interventionsansatz begegnet werden sollte: Dies schließt Strategien auf individueller Ebene, auf Gruppenebene und organisationaler Ebene ein.

Als Maßnahmen können Lernprogramme umgesetzt werden, in denen Wissen darüber vermittelt wird, was unter Mobbing zu verstehen ist, durch welche Verhaltensweisen es gekennzeichnet ist, welche „Warnsignale“ beachtet werden sollten, welche Konsequenzen mit Mobbing verbunden sind und wie ein kompetenter Umgang mit Mobbing aussehen kann (sowohl für Betroffene als auch für Kollegen). Die Formulierung von organisationalen

oder abteilungsbezogenen Standards und die Sensibilisierung für das Thema über verschiedene Wege und Schnittstellen (z. B. Qualitätsmanagement, betriebsärztlicher Dienst) können mögliche Ansatzpunkte auf betrieblicher Ebene darstellen.

Mobbing ist häufig ein sensibles Thema, das einen geschützten Rahmen benötigt, um offen diskutiert zu werden und Erfahrungen auszutauschen. Hierzu sollten Programme, Zeit und Anleitung zur Verfügung stellen, um sich innerhalb des Teams dem Thema zu nähern.

Die zwei einbezogenen Interventionsstudien zum Thema Mobbing zeigen im Pflegebereich Bedarfe an konkreten Maßnahmen zur Prävention von Mobbing und zum Umgang mit Mobbing auf.

Dabei ist die Art der Wissensvermittlung auf individueller Ebene offensichtlich nicht an besondere Anforderungen gebunden. Wenngleich die kombinierte E-Learning-Umgebung und virtuelle Welt-Lernumgebung in einer Studie mit individueller Wissensvermittlung die größte Zufriedenheit bei den Teilnehmenden mit sich brachte, waren Unterschiede zum traditionellen Arbeitsbuch im Hinblick auf den Lernerfolg nicht zu beobachten. Die Gestaltung virtueller Lernumgebungen erlaubt eine realitätsnahe Darstellung von Situationen, ist aber mit technischen Herausforderungen verbunden (Verfügbarkeit von Hard- und Software).

Doch auch auf weiteren Ebenen kann Mobbing begegnet werden. Die im nachfolgenden beschriebenen Ansätze, die im Zusammenhang mit der Förderung sozialer Unterstützung, des Sozialklimas und zum Umgang mit Konflikten sinnvoll sind, können auch zur Prävention von Mobbing geeignet sein.

Soziale Unterstützung, Sozialklima, Konfliktmanagement

Wie auch beim Mobbing gilt ebenso bei Interventionen zur Förderung sozialer Unterstützung, des Sozialklimas und zum Umgang mit Konflikten: Die Interventionen sollten gleichermaßen auf die individuelle, Gruppen- und organisationale Ebene abzielen.

In den hier eingeschlossenen Studien sind Ansätze weitgehend in Form teamentwickelnder organisationaler Maßnahmen konzipiert worden, in denen Probleme identifiziert, Handlungspläne entwickelt, umgesetzt und Ergebnisse reflektiert werden. Dabei können angestoßene Veränderungen und die Reorganisation von Prozessen unterschiedliche Ausmaße annehmen. Häufig wurden aber Veränderungen von Kommunikationswegen zwischen Abteilungen oder Professionen in einem Unternehmen oder auch Änderungen in Arbeitsabläufen oder Dienstplänen einbezogen. Nach Empfehlung von Vinberg (2008) sind für kleine Unternehmen bis zu einem gewissen Grad eher breitere Veränderungsansätze geeignet, die mehr als einen Problembereich in den Fokus nehmen. Ein zentrales Element ist die Reduktion psychischer Belastungen, die aus verschiedenen Bereichen erwachsen können (Arbeitspensum, -organisation, -aufgabe, Kommunikation).

Als zielführend wurden in den eingeschlossenen Interventionsstudien Maßnahmen wie Gesundheits- und Qualitätszirkel genannt, deren überwiegend erfolgreiche Durchführung in mehreren Studien gezeigt werden konnte. Auch auf die Entwicklung eines Unternehmensleitbilds und die Etablierung einer Unternehmenspolitik, die ein wertschätzendes Miteinander betont, wurde hingewiesen.

Den Beschäftigten Kontroll- und Einflussmöglichkeiten zu geben, stellt eine geeignete Möglichkeit dar, um Verantwortlichkeiten und gegenseitige positive Abhängigkeit sowie Reziprozität zu schaffen, was wiederum zu einem besseren Miteinander führen kann.

Reflexion bestehender Abläufe und Routinen und damit auch deren kritisches Hinterfragen kann jedoch auch für Missstände in den sozialen Beziehungen und in der Kommunikation sensibilisieren und vorübergehend zu einer Verschlechterung oder Destabilisierung der wahrgenommenen Beziehungen führen (z. B. Lavoie-Tremblay et al., 2005).

Gezielte Trainingseinheiten zu Kommunikationsfertigkeiten (Zuhören, Feedback geben), zum Konfliktmanagement, zu Problemlösung und Stressmanagement können den kollektionalen Austausch ergänzen.

Auch Führungskräfte Trainings sind ein wichtiger Bestandteil zur Förderung der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz (z. B. webbasierte Trainings bei Kawakami et al., 2005; Kawakami et al., 2006), um Führungskräfte dafür zu sensibilisieren, dass sie mit unterstützendem und wertschätzendem Verhalten einen bedeutsamen Einfluss auf psychische Gesundheit, Zufriedenheit und Motivation ihrer Mitarbeiter nehmen.

Sämtliche Maßnahmen bedürfen einer Unterstützung durch das Unternehmen (Führungsebene) bzw. durch die Vorgesetzten (z. B. Van der Wal et al., 2008). Dabei muss diese Unterstützung für die Beschäftigten ernst gemeint und spürbar sein (z. B. durch Unterstützung von Veränderungen auf organisationaler Ebene). Die bloße Unterzeichnung von Vereinbarungen, sich im Projekt zu engagieren, führte bei Lavoie-Tremblay et al. (2005) nicht zu einer Verbesserung in der wahrgenommenen Vorgesetztenunterstützung.

Darüber hinaus ist für das Gelingen von Veränderungsprozessen in Unternehmen ein hohes Ausmaß an Mitarbeiterpartizipation bei der Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen erforderlich (z. B. Van der Wal et al., 2008; Vinberg, 2008). Sehr anschaulich wird dies in der Studie von Nielsen und Randall (2012): Die Intervention wurde nicht von allen Beschäftigten wahrgenommen und insgesamt verschlechterte sich die Zufriedenheit der Angestellten im Interventionszeitraum. Die Angestellten, die sich einbrachten bzw. Veränderungen wahrnahmen, beurteilten diese Veränderungen auch positiv.

7.2. Gestaltungsempfehlungen auf der Grundlage von Zusammenhängen zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen

Die Ergebnisse in den Studien lassen darauf schließen, dass die Prävention von Mobbing, der Umgang mit Mobbing und sozialen Konflikten sowie die Förderung sozialer Unterstützung und eines positiven Sozialklimas im Unternehmen zentraler Bestandteil betrieblicher Gesundheitsförderung sein sollte.

In einem integrativen Ansatz wird die Umsetzung von Strategien auf individueller Ebene, auf Gruppenebene und auf organisationaler Ebene empfohlen. Dabei lassen sich allgemeine Maßnahmen – wie Prozessänderungen und Teambildung – mit solchen kombinieren, die speziell auf Mobbing oder umgrenzte Problembereiche abzielen. Im Folgenden werden deshalb Gestaltungshinweise unterschiedlicher Fokussierung zusammengetragen.

Hohe Beanspruchungen (z. B. durch Rollenkonflikte, fehlende personelle Ressourcen) können Phänomene wie Mobbing verstärken und ein kooperatives Miteinander erschweren. Daher sollten die Maßnahmen unabhängig von der gewählten Ebene die Reduktion von Beanspruchungen und die Sicherstellung von Ressourcen beachten.

Von besonderer Bedeutung ist es – dies wird von mehreren Autoren betont –, problematische Phänomene wie Mobbing und soziale Konflikte nicht erst dann „anzugehen“, wenn sie bereits zu tief zementierten Arbeitsplatzcharakteristika geworden sind. Vielmehr gilt das Primat einer multidimensionalen Prävention solcher Phänomene. Soweit sich aller präventiven Anstrengungen zum Trotz Mobbing und soziale Konflikte nicht immer vermeiden lassen, kann deren möglichst frühzeitige Erkennung wesentlich dazu beitragen, gesundheitliche Auswirkungen zu verhindern oder zumindest in Grenzen zu halten.

Organisationale Ebene

Auf organisationaler Ebene sind im Zusammenhang mit der Prävention von Gewalt Anti-Mobbing-Strategien und Normen/Leitlinien im Sinne einer Unternehmenskultur zu etablieren, um Mobbing und anderen aggressiven Verhaltensweisen bei der Arbeit (z. B. sexueller Belästigung) vorzubeugen, diese aggressive Verhaltensweisen aufzudecken und ihnen entgegenzuwirken. Es sollte deutlich werden, dass sich das Unternehmen (z. B. die Geschäftsleitung) offen für ein mobbingfreies, kooperatives und wertschätzendes Miteinander einsetzt. Diese Offenheit schließt eine klare Benennung von Verhaltensweisen ein, die als Mobbing zu verstehen sind. Weiter sollte Klarheit dazu bestehen, wie mit Mobbing und anderen aggressiven Verhaltensweisen umgegangen werden soll und was mögliche Konsequenzen für Verursacher sind.

Auch die Einbindung des Themas Mobbing und Konflikte in AGS-Strukturen des Unternehmens, Kommunikation/Thematisierung auf verschiedenen Ebenen erscheint bedeutsam (etwa Aufklärung über Risikofaktoren, Merkmale, Konsequenzen). Innerhalb des Unternehmens sind Ansprechpartner zu benennen, die als Vertrauenspersonen fungieren und bei denen bereits erste Anzeichen von Mobbing (auch durch Vorgesetzte) angezeigt werden können bzw. an die sich Betroffene wenden können.

Eine alleinige Optimierung betrieblicher Prozesse würde allerdings zu kurz greifen. Von hoher Bedeutung zur Reduktion psychischer Belastungen ist der Umstand, dass ausreichend personelle Ressourcen sichergestellt werden (z. B. in Kliniken).

Führungstrainings zur Ausbildung kooperativer und empathischer Vorgesetzter (aber auch schon Auswahlverfahren zur Vorauswahl geeigneter Führungspersönlichkeiten) können die sozialen Bedingungen am Arbeitsplatz für Beschäftigte verbessern. Direkte Vorgesetzte müssen ansprechbar und erreichbar sein für Mitarbeiter, sie müssen häufige Treffen innerhalb der Abteilung oder Station einberufen und ihr persönliches wertschätzendes Feedback geben. Führungstrainings können speziell auch zur Sensibilisierung für das Thema Mobbing (Frühwarnzeichen erkennen) und zur Vermittlung von Handlungsstrategien beim Auftreten von Mobbing eingesetzt werden.

Teamebene

Auf Teamebene sind besonders Ansätze erfolgversprechend, welche die Strukturen und Prozesse hin zu stärkerer Mitarbeiterbeteiligung und Einflussmöglichkeiten verändern, um längerfristig sowohl die soziale Unterstützung und das Klima als auch die psychische Gesundheit zu fördern. Wie dies am besten realisiert werden kann, muss noch besser untersucht und verstanden werden. Empfohlen wird, dass Maßnahmen zur Förderung von Einflussmöglichkeiten und Autonomie der Beschäftigten als Strategien der Gesundheitsförderung etabliert werden (Egan et al., 2007).

Die Etablierung kooperativer Arbeitsstrukturen und die Förderung von Problem- und Konfliktlösestrategien kann helfen, Mobbing zu reduzieren und ein unterstützendes Miteinander zu etablieren. Als spezifische Strategien können Anti-Mobbing-Programme in Form von Trainings und Informationen angeboten werden. Der Förderung interdisziplinärer Kooperation und des Gruppenzusammenhalts kommt besonders auch im Gesundheitswesen eine hohe präventive und gesundheitsförderliche Bedeutung zu.

Individuelle Ebene

Da psychischer Distress und depressive Störungen das Risiko erhöhen, Mobbing zu erleben oder in soziale Konflikte einbezogen zu werden bzw. Konflikte am Arbeitsplatz eher als belastend wahrzunehmen, ist es sinnvoll, auch Maßnahmen zur Stärkung der individuellen psychischen Gesundheit zu berücksichtigen. Dies kann durch die Reduktion psychischer Belastungen begünstigt werden.

Dazu gehören das Angebot von Entspannungstrainings oder Kursen zum Stressmanagement, aber auch Möglichkeiten der individuellen Karriereplanung, unterstützende Entwicklungsgespräche, Pausengestaltung, die Anpassung von Schichtplänen und die flexible Gestaltung der Work-Home-Balance.

Auf individueller Ebene ist die Verfügbarkeit von Ansprechpartnern von Bedeutung, um Beschäftigte auf Nachfrage an Beratungsstellen oder Therapiemöglichkeiten weiterzuvermitteln. Mit niederschweligen, kurzfristig bereitstehenden Beratungs- und Therapieangeboten lassen sich individuelle Bewältigungsstrategien verbessern, und es kann bestenfalls bereits bei ersten Anzeichen einer psychischen Störung präventiv oder therapeutisch interveniert werden. So kann u. U. der klinischen Manifestierung oder gar Chronifizierung einer psychischen Erkrankung entgegengewirkt werden.

7.3. In allgemeiner Form berichtete Gestaltungshinweise

Grundsätzlich gilt: Angesichts der komplexen und multifaktoriellen Genese psychischer Erkrankungen und Beschwerden würde es zu kurz greifen, Arbeitsplatzgestaltung auf einzelne ausgestanzte Punkte zu beschränken. Vielmehr bedarf es mehrdimensionaler Ansätze, die sich nicht lediglich einem Thema – wie bspw. der Prävention von Mobbing – widmen sollten. Denn die im vorliegenden Scoping Review thematisierten Einzelaspekte der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz (z. B. soziale Unterstützung, soziale Konflikte, Mobbing) beeinflussen sich gegenseitig und interagieren voraussichtlich auch in vielfältiger Weise in ihrer Beeinflussung der psychischen Gesundheit: „Multidimensional approaches including reduction of work demands, enhancement of decision latitude and improving the social climate might be promising for preventing burnout and emotional exhaustion. However, methodologically adequate intervention studies are urgently needed to prove the effectiveness of workplace interventions.“ (Seidler et al., 2014, S. 1)

Auf dieser Grundlage erweist sich die Trennung der Gestaltungsempfehlungen nach „Merkmalsgruppen“ als ein pragmatisch zwar zunächst sinnvolles, aber nichtsdestotrotz artifizielles Vorgehen. Den höchsten praktischen Nutzen versprechen Maßnahmenpakete, welche die präventiven Erkenntnisse aus dem gesamten Bereich der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz mit den Erkenntnissen aus dem Bereich der übrigen psychosozialen Arbeitsplatzbedingungen verknüpfen. Auch auf der Grundlage der breiten Literatursichtung des vorliegenden Scoping Reviews bestätigt sich die Einschätzung, die bereits auf der Grundlage des systematischen Reviews zum Einfluss arbeitsbedingter psychosozialer Belastungsfaktoren auf die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen

von Thinschmidt et al. (2015, in press) getroffen werden kann: Vergleichbar mit anderen Erkrankungen multifaktorieller Genese wie bspw. Muskel-Skelett-Erkrankungen (Seidler, Liebers & Latza, 2008) könnten auch im Bereich der psychischen Erkrankungen und Beschwerden umfassende Konzepte der Arbeitsgestaltung besonders erfolgversprechend bei der Prävention arbeitsbedingter psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen sein.

Zusammenfassend ist dies ein konzeptuell, organisatorisch und methodisch anspruchsvolles und methodisch komplexes Unterfangen, das jedoch (auch aufgrund der Interkorrelationen zwischen einzelnen Merkmalen) die Möglichkeit bietet, Änderungen in verschiedenen Dimensionen der Arbeitsumgebung anzustoßen und damit Einfluss auf Gesundheit, Motivation und Leistung zu nehmen (vgl. z. B. die Interventionsstudie von Bourbonnais et al., 2006, bzw. für einen Überblick die Reviews von Egan et al., 2007, und Ruotsalainen et al., 2014).

Die Methodik eines Scoping Reviews ist in der Lage, mögliche Gestaltungsmaßnahmen zu identifizieren. Welche Gestaltungsmaßnahmen tatsächlich wirksam sind, lässt sich letztendlich nur mit Interventionsstudien, denen ein RCT-Design zugrunde liegt, beantworten. Im vorliegenden Scoping Review wurden zwar einige (wenige) Interventionsstudien identifiziert, diesen lag jedoch nicht immer ein RCT-Design zugrunde und einige bezogen sich auf die Veränderungen der Bedingungsfaktoren im Bereich der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz, ohne die Wirkung auf die psychische Gesundheit zu prüfen.

Daraus leitet sich ein Appell an die Praxis der Arbeitsgestaltung ab, Interventionsmaßnahmen prinzipiell mit einer wissenschaftlichen Evaluation zu verbinden. Es leitet sich aber insbesondere auch ein Appell an die Forschung ab, verstärkt Interventionsstudien durchzuführen. Hier sind cluster-randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) unerlässlich. Oder um mit den Worten Kivimäkis zu schließen: „In the future, attempts to carry out large-scale work stress intervention studies with long follow-up periods would be of vital importance, as they may increase the understanding of both causality and means of prevention.“ (Kivimäki et al., 2006, S. 439)

8. Suchstrings zum Arbeitsbedingungsfaktor „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“

Exposition/Prädiktoren

Suche über EBSCOHost (PsycINFO, PsycARTICLES, PSYINDEX):

Soziale Ressourcen:

(**TI** ("demand control support" OR "social support" OR ((leader OR co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND support) OR "social buffering" OR "social relations" OR "social relationship" OR "social relationships" OR "interpersonal relations" OR "interpersonal relationship" OR "interpersonal relationships" OR "supervisor employee interaction" OR ((co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND interaction) OR "group cohesion" OR cooperation OR cooperative OR collaboration OR collaborative OR "team work" OR "work teams") OR **AB** ("demand control support" OR "social support" OR ((leader OR co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND support) OR "social buffering" OR "social relations" OR "social relationship" OR "social relationships" OR "interpersonal relations" OR "interpersonal relationship" OR "interpersonal relationships" OR "supervisor employee interaction" OR ((co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND interaction) OR "group cohesion" OR cooperation OR cooperative OR collaboration OR collaborative OR "team work" OR "work teams") OR **SU** ("demand control support" OR "social support" OR ((leader OR co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND support) OR "social buffering" OR "social relations" OR "social relationship" OR "social relationships" OR "interpersonal relations" OR "interpersonal relationship" OR "interpersonal relationships" OR "supervisor employee interaction" OR ((co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND interaction) OR "group cohesion" OR cooperation OR cooperative OR collaboration OR collaborative OR "team work" OR "work teams") OR **MJ** ("demand control support" OR "social support" OR ((leader OR co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND support) OR "social buffering" OR "social relations" OR "social relationship" OR "social relationships" OR "interpersonal relations" OR "interpersonal relationship" OR "interpersonal relationships" OR "supervisor employee interaction" OR ((co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND interaction) OR "group cohesion" OR cooperation OR cooperative OR collaboration OR collaborative OR "team work" OR "work teams") OR **TC** ("demand control support" OR "social support" OR ((leader OR co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND support) OR "social buffering" OR "social relations" OR "social relationship" OR "social relationships" OR "interpersonal relations" OR "interpersonal relationship" OR "interpersonal relationships" OR "supervisor employee interaction" OR ((co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND interaction) OR "group cohesion" OR cooperation OR cooperative OR collaboration OR collaborative OR "team work" OR "work teams"))

Soziale Stressoren:

(**TI** (mobbing OR "workplace bullying" OR bullying OR harassment OR hostile OR hostility OR teasing OR "aggressive behavior" OR "aggressive behaviour" OR "workplace violence" OR victimization OR "social isolation" OR ((social OR workplace OR team) AND climate) OR conflict OR conflicts OR "social stress*") OR **AB** (mobbing OR "workplace bullying" OR bullying OR

harassment OR hostile OR hostility OR teasing OR "aggressive behavior" OR "aggressive behaviour" OR "workplace violence" OR victimization OR "social isolation" OR ((social OR workplace OR team) AND climate) OR conflict OR conflicts OR "social stress*") OR **SU** (mobbing OR "workplace bullying" OR bullying OR harassment OR hostile OR hostility OR teasing OR "aggressive behavior" OR "aggressive behaviour" OR "workplace violence" OR victimization OR "social isolation" OR ((social OR workplace OR team) AND climate) OR conflict OR conflicts OR "social stress*") OR **MJ** (mobbing OR "workplace bullying" OR bullying OR harassment OR hostile OR hostility OR teasing OR "aggressive behavior" OR "aggressive behaviour" OR "workplace violence" OR victimization OR "social isolation" OR ((social OR workplace OR team) AND climate) OR conflict OR conflicts OR "social stress*") OR **TC** (mobbing OR "workplace bullying" OR bullying OR harassment OR hostile OR hostility OR teasing OR "aggressive behavior" OR "aggressive behaviour" OR "workplace violence" OR victimization OR "social isolation" OR ((social OR workplace OR team) AND climate) OR conflict OR conflicts OR "social stress*"))

deutsch (Ressourcen und Stressoren):

(**TI** ("soziale Unterstützung" OR Mitarbeiterunterstützung OR ((Mitarbeiter OR Kollege OR Kollegen OR Vorgesetzter OR Vorgesetzte) AND Unterstützung) OR "soziale Beziehung" OR "soziale Beziehungen" OR "zwischenmenschliche Beziehung" OR "zwischenmenschliche Beziehungen" OR Gruppenzusammenhalt OR Teamzusammenhalt OR Gruppenkohäsion OR Kooperation OR Zusammenarbeit OR ((Mitarbeiter OR Kollege OR Kollegen OR Vorgesetzter OR Vorgesetzte) AND Interaktion) OR "Vorgesetzten-Untergebenen-Interaktion") OR **AB** ("soziale Unterstützung" OR Mitarbeiterunterstützung OR ((Mitarbeiter OR Kollege OR Kollegen OR Vorgesetzter OR Vorgesetzte) AND Unterstützung) OR "soziale Beziehung" OR "soziale Beziehungen" OR "zwischenmenschliche Beziehung" OR "zwischenmenschliche Beziehungen" OR Gruppenzusammenhalt OR Teamzusammenhalt OR Gruppenkohäsion OR Kooperation OR Zusammenarbeit OR ((Mitarbeiter OR Kollege OR Kollegen OR Vorgesetzter OR Vorgesetzte) AND Interaktion) OR "Vorgesetzten-Untergebenen-Interaktion") OR **SU** ("soziale Unterstützung" OR Mitarbeiterunterstützung OR ((Mitarbeiter OR Kollege OR Kollegen OR Vorgesetzter OR Vorgesetzte) AND Unterstützung) OR "soziale Beziehung" OR "soziale Beziehungen" OR "zwischenmenschliche Beziehung" OR "zwischenmenschliche Beziehungen" OR Gruppenzusammenhalt OR Teamzusammenhalt OR Gruppenkohäsion OR Kooperation OR Zusammenarbeit OR ((Mitarbeiter OR Kollege OR Kollegen OR Vorgesetzter OR Vorgesetzte) AND Interaktion) OR "Vorgesetzten-Untergebenen-Interaktion") OR **MJ** ("soziale Unterstützung" OR Mitarbeiterunterstützung OR ((Mitarbeiter OR Kollege OR Kollegen OR Vorgesetzter OR Vorgesetzte) AND Unterstützung) OR "soziale Beziehung" OR "soziale Beziehungen" OR "zwischenmenschliche Beziehung" OR "zwischenmenschliche Beziehungen" OR Gruppenzusammenhalt OR Teamzusammenhalt OR Gruppenkohäsion OR Kooperation OR Zusammenarbeit OR ((Mitarbeiter OR Kollege OR Kollegen OR Vorgesetzter OR Vorgesetzte) AND Interaktion) OR "Vorgesetzten-Untergebenen-Interaktion") OR **TC** ("soziale Unterstützung" OR Mitarbeiterunterstützung OR ((Mitarbeiter OR Kollege OR Kollegen OR Vorgesetzter OR Vorgesetzte) AND Unterstützung) OR "soziale Beziehung" OR "soziale Beziehungen" OR "zwischenmenschliche Beziehung" OR "zwischenmenschliche Beziehungen" OR Gruppenzusammenhalt OR Teamzusammenhalt OR Gruppenkohäsion OR Kooperation OR Zusammenarbeit OR ((Mitarbeiter OR Kollege OR Kollegen OR Vorgesetzter OR Vorgesetzte) AND Interaktion) OR "Vorgesetzten-Untergebenen-Interaktion")) OR (**TI** (Belästigung OR Belästigungen OR Feindseligkeit OR Feindseligkeiten OR "aggressives Verhalten" OR "Gewalt am Arbeitsplatz" OR Schikane OR Schikanieren OR "soziale Isolation" OR Ausgrenzung OR Ausgrenzungen OR "soziales Klima" OR Teamklima OR Arbeitsklima OR Konflikt OR Konflikte OR "sozialer Stress*") OR **AB** (Belästigung OR Belästigungen OR Feindseligkeit OR Feindseligkeiten OR "aggressives Verhalten" OR "Gewalt am Arbeitsplatz" OR Schikane OR Schikanieren OR "soziale Isolation" OR Ausgrenzung OR Ausgrenzungen OR "soziales Klima" OR Teamklima OR Arbeitsklima OR Konflikt OR Konflikte OR "sozialer Stress*") OR **SU** (Belästigung OR Belästigungen OR Feindseligkeit OR Feindseligkeiten OR "aggressives Verhalten" OR "Gewalt am Arbeitsplatz" OR Schikane OR Schikanieren OR "soziale Isolation" OR Ausgrenzung OR Ausgrenzungen OR "soziales Klima" OR Teamklima OR Arbeitsklima OR Konflikt OR Konflikte OR "sozialer Stress*") OR **MJ** (Belästigung OR Belästigungen OR Feindseligkeit OR Feindseligkeiten OR "aggressives Verhalten" OR "Gewalt am Ar-

beitsplatz" OR Schikane OR Schikanieren OR "soziale Isolation" OR Ausgrenzung OR Ausgrenzungen OR "soziales Klima" OR Teamklima OR Arbeitsklima OR Konflikt OR Konflikte OR "sozialer Stress*") OR **TC** (Belästigung OR Belästigungen OR Feindseligkeit OR Feindseligkeiten OR "aggressives Verhalten" OR "Gewalt am Arbeitsplatz" OR Schikane OR Schikanieren OR "soziale Isolation" OR Ausgrenzung OR Ausgrenzungen OR "soziales Klima" OR Teamklima OR Arbeitsklima OR Konflikt OR Konflikte OR "sozialer Stress*"))

Suche in PubMed:

Soziale Ressourcen:

("demand control support" OR "social support" OR ((leader OR co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND support) OR "social buffering" OR "social relations" OR "social relationship" OR "social relationships" OR "interpersonal relations" OR "interpersonal relationship" OR "interpersonal relationships" OR "supervisor employee interaction" OR ((co-worker OR coworker OR workmate OR supervisor OR superior OR "fellow worker" OR principal OR associate OR colleague) AND interaction) OR "group cohesion" OR cooperation OR cooperative OR collaboration OR collaborative OR "team work" OR "work teams")

Soziale Stressoren:

(mobbing OR "workplace bullying" OR bullying OR harassment OR hostile OR hostility OR teasing OR "aggressive behavior" OR "aggressive behaviour" OR "workplace violence" OR victimization OR "social isolation" OR ((social OR workplace OR team) AND climate) OR conflict OR conflicts OR "social stress*")

Outcomes/Abhängige Variablen

Suche über EBSCOHost (PsycINFO, PsycARTICLES, PSYINDEX):

Mentale Gesundheit und Wohlbefinden; psychische Störungen und Syndrome; Leistung, Motivation, Zufriedenheit:

TI ("mental health" OR "personal satisfaction" OR "well-being" OR "wellbeing" OR workability OR "work-ability" OR "work ability" OR happiness OR "psychological functioning" OR "positive functioning" OR "social functioning" OR "human functioning" OR "affect balance" OR "positive affect" OR "positive affects" OR "negative affect" OR "negative affects" OR "positive emotion" OR "positive emotions" OR "negative emotion" OR "negative emotions" OR irritability OR anger OR flourishing OR eudaimonia OR "satisfaction with life" OR "life satisfaction" OR "quality of life" OR "emotional disorder" OR "emotional disorders" OR "anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR anxiety OR "somatoform disorder" OR "somatoform disorders" OR "somatoform pain disorder" OR "somatoform pain disorders" OR "adjustment disorder" OR "adjustment disorders" OR "stress disorder" OR "stress disorders" OR "stress-related disorder" OR "stress-related disorders" OR "sleep disorder" OR "sleep disorders" OR "depressive disorder" OR "depressive disorders" OR "depressive symptom" OR "depressive symptoms" OR depressiveness OR depression OR "major depression" OR "depressive episode" OR "depressive episodes" OR "dysthymic disorder" OR "dysthymic disorders" OR "affective disorder" OR "affective disorders" OR "affective symptom" OR "affective symptoms" OR "mood disorder" OR "mood disorders" OR "substance-related disorder" OR "substance-related disorders" OR "substance abuse" OR "alcohol abuse" OR "drug abuse" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental illness" OR "mental illnesses" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disorders" OR "mental ill-health" OR "mental ill health" OR distress OR monotony OR burnout OR fatigue OR exhaustion OR satiation OR "posttraumatic stress disorder" OR "posttraumatic stress disorders" OR PTSD OR "emotional burden" OR "emotional burdens" OR detachment OR "sick leave" OR motivation OR "job involvement" OR "occupational aspiration" OR "occupational aspirations" OR "organisational commitment" OR "organizational commitment" OR "labour turnover" OR "personnel turnover" OR "turnover intention" OR "turnover intentions" OR absenteeism OR "job performance" OR

"work performance" OR "professional performance" OR "employee efficiency" OR "employee productivity" OR "organizational effectiveness" OR "organisational effectiveness" OR "quality of service" OR "quality of services" OR "service quality" OR "job satisfaction" OR "work satisfaction") OR **AB** ("mental health" OR "personal satisfaction" OR "well-being" OR "wellbeing" OR workability OR "work-ability" OR "work ability" OR happiness OR "psychological functioning" OR "positive functioning" OR "social functioning" OR "human functioning" OR "affect balance" OR "positive affect" OR "positive affects" OR "negative affect" OR "negative affects" OR "positive emotion" OR "positive emotions" OR "negative emotion" OR "negative emotions" OR irritability OR anger OR flourishing OR eudaimonia OR "satisfaction with life" OR "life satisfaction" OR "quality of life" OR "emotional disorder" OR "emotional disorders" OR "anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR anxiety OR "somatoform disorder" OR "somatoform disorders" OR "somatoform pain disorder" OR "somatoform pain disorders" OR "adjustment disorder" OR "adjustment disorders" OR "stress disorder" OR "stress disorders" OR "stress-related disorder" OR "stress-related disorders" OR "sleep disorder" OR "sleep disorders" OR "depressive disorder" OR "depressive disorders" OR "depressive symptom" OR "depressive symptoms" OR depressiveness OR depression OR "major depression" OR "depressive episode" OR "depressive episodes" OR "dysthymic disorder" OR "dysthymic disorders" OR "affective disorder" OR "affective disorders" OR "affective symptom" OR "affective symptoms" OR "mood disorder" OR "mood disorders" OR "substance-related disorder" OR "substance-related disorders" OR "substance abuse" OR "alcohol abuse" OR "drug abuse" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental illness" OR "mental illnesses" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disorders" OR "mental ill-health" OR "mental ill health" OR distress OR monotony OR burnout OR fatigue OR exhaustion OR satiation OR "posttraumatic stress disorder" OR "posttraumatic stress disorders" OR PTSD OR "emotional burden" OR "emotional burdens" OR detachment OR "sick leave" OR motivation OR "job involvement" OR "occupational aspiration" OR "occupational aspirations" OR "organisational commitment" OR "organizational commitment" OR "labour turnover" OR "personnel turnover" OR "turnover intention" OR "turnover intentions" OR absenteeism OR "job performance" OR "work performance" OR "professional performance" OR "employee efficiency" OR "employee productivity" OR "organizational effectiveness" OR "organisational effectiveness" OR "quality of service" OR "quality of services" OR "service quality" OR "job satisfaction" OR "work satisfaction") OR **SU** ("mental health" OR "personal satisfaction" OR "well-being" OR "wellbeing" OR workability OR "work-ability" OR "work ability" OR happiness OR "psychological functioning" OR "positive functioning" OR "social functioning" OR "human functioning" OR "affect balance" OR "positive affect" OR "positive affects" OR "negative affect" OR "negative affects" OR "positive emotion" OR "positive emotions" OR "negative emotion" OR "negative emotions" OR irritability OR anger OR flourishing OR eudaimonia OR "satisfaction with life" OR "life satisfaction" OR "quality of life" OR "emotional disorder" OR "emotional disorders" OR "anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR anxiety OR "somatoform disorder" OR "somatoform disorders" OR "somatoform pain disorder" OR "somatoform pain disorders" OR "adjustment disorder" OR "adjustment disorders" OR "stress disorder" OR "stress disorders" OR "stress-related disorder" OR "stress-related disorders" OR "sleep disorder" OR "sleep disorders" OR "depressive disorder" OR "depressive disorders" OR "depressive symptom" OR "depressive symptoms" OR depressiveness OR depression OR "major depression" OR "depressive episode" OR "depressive episodes" OR "dysthymic disorder" OR "dysthymic disorders" OR "affective disorder" OR "affective disorders" OR "affective symptom" OR "affective symptoms" OR "mood disorder" OR "mood disorders" OR "substance-related disorder" OR "substance-related disorders" OR "substance abuse" OR "alcohol abuse" OR "drug abuse" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental illness" OR "mental illnesses" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disorders" OR "mental ill-health" OR "mental ill health" OR distress OR monotony OR burnout OR fatigue OR exhaustion OR satiation OR "posttraumatic stress disorder" OR "posttraumatic stress disorders" OR PTSD OR "emotional burden" OR "emotional burdens" OR detachment OR "sick leave" OR motivation OR "job involvement" OR "occupational aspiration" OR "occupational aspirations" OR "organisational commitment" OR "organizational commitment" OR "labour turnover" OR "personnel turnover" OR "turnover intention" OR "turnover intentions" OR absenteeism OR "job performance" OR "work performance" OR "professional performance" OR "employee efficiency" OR "employee productivity" OR "organizational effectiveness" OR "organisational effectiveness" OR

"quality of service" OR "quality of services" OR "service quality" OR "job satisfaction" OR "work satisfaction") OR **MJ** ("mental health" OR "personal satisfaction" OR "well-being" OR "wellbeing" OR workability OR "work-ability" OR "work ability" OR happiness OR "psychological functioning" OR "positive functioning" OR "social functioning" OR "human functioning" OR "affect balance" OR "positive affect" OR "positive affects" OR "negative affect" OR "negative affects" OR "positive emotion" OR "positive emotions" OR "negative emotion" OR "negative emotions" OR irritability OR anger OR flourishing OR eudaimonia OR "satisfaction with life" OR "life satisfaction" OR "quality of life" OR "emotional disorder" OR "emotional disorders" OR "anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR anxiety OR "somatoform disorder" OR "somatoform disorders" OR "somatoform pain disorder" OR "somatoform pain disorders" OR "adjustment disorder" OR "adjustment disorders" OR "stress disorder" OR "stress disorders" OR "stress-related disorder" OR "stress-related disorders" OR "sleep disorder" OR "sleep disorders" OR "depressive disorder" OR "depressive disorders" OR "depressive symptom" OR "depressive symptoms" OR depressiveness OR depression OR "major depression" OR "depressive episode" OR "depressive episodes" OR "dysthymic disorder" OR "dysthymic disorders" OR "affective disorder" OR "affective disorders" OR "affective symptom" OR "affective symptoms" OR "mood disorder" OR "mood disorders" OR "substance-related disorder" OR "substance-related disorders" OR "substance abuse" OR "alcohol abuse" OR "drug abuse" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental illness" OR "mental illnesses" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disorders" OR "mental ill-health" OR "mental ill health" OR distress OR monotony OR burnout OR fatigue OR exhaustion OR satiation OR "posttraumatic stress disorder" OR "posttraumatic stress disorders" OR PTSD OR "emotional burden" OR "emotional burdens" OR detachment OR "sick leave" OR motivation OR "job involvement" OR "occupational aspiration" OR "occupational aspirations" OR "organisational commitment" OR "organizational commitment" OR "labour turnover" OR "personnel turnover" OR "turnover intention" OR "turnover intentions" OR absenteeism OR "job performance" OR "work performance" OR "professional performance" OR "employee efficiency" OR "employee productivity" OR "organizational effectiveness" OR "organisational effectiveness" OR "quality of service" OR "quality of services" OR "service quality" OR "job satisfaction" OR "work satisfaction") OR **TC** ("mental health" OR "personal satisfaction" OR "well-being" OR "wellbeing" OR workability OR "work-ability" OR "work ability" OR happiness OR "psychological functioning" OR "positive functioning" OR "social functioning" OR "human functioning" OR "affect balance" OR "positive affect" OR "positive affects" OR "negative affect" OR "negative affects" OR "positive emotion" OR "positive emotions" OR "negative emotion" OR "negative emotions" OR irritability OR anger OR flourishing OR eudaimonia OR "satisfaction with life" OR "life satisfaction" OR "quality of life" OR "emotional disorder" OR "emotional disorders" OR "anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR anxiety OR "somatoform disorder" OR "somatoform disorders" OR "somatoform pain disorder" OR "somatoform pain disorders" OR "adjustment disorder" OR "adjustment disorders" OR "stress disorder" OR "stress disorders" OR "stress-related disorder" OR "stress-related disorders" OR "sleep disorder" OR "sleep disorders" OR "depressive disorder" OR "depressive disorders" OR "depressive symptom" OR "depressive symptoms" OR depressiveness OR depression OR "major depression" OR "depressive episode" OR "depressive episodes" OR "dysthymic disorder" OR "dysthymic disorders" OR "affective disorder" OR "affective disorders" OR "affective symptom" OR "affective symptoms" OR "mood disorder" OR "mood disorders" OR "substance-related disorder" OR "substance-related disorders" OR "substance abuse" OR "alcohol abuse" OR "drug abuse" OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental illness" OR "mental illnesses" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disorders" OR "mental ill-health" OR "mental ill health" OR distress OR monotony OR burnout OR fatigue OR exhaustion OR satiation OR "posttraumatic stress disorder" OR "posttraumatic stress disorders" OR PTSD OR "emotional burden" OR "emotional burdens" OR detachment OR "sick leave" OR motivation OR "job involvement" OR "occupational aspiration" OR "occupational aspirations" OR "organisational commitment" OR "organizational commitment" OR "labour turnover" OR "personnel turnover" OR "turnover intention" OR "turnover intentions" OR absenteeism OR "job performance" OR "work performance" OR "professional performance" OR "employee efficiency" OR "employee productivity" OR "organizational effectiveness" OR "organisational effectiveness" OR "quality of service" OR "quality of services" OR "service quality" OR "job satisfaction" OR "work satisfaction")

deutsch:

(**TI** ("psychologisches Funktionsniveau" OR Ermüdung OR Erschöpfung OR Sättigung OR Monotonie OR Affekt OR Affekte OR Affektgleichgewicht OR Reizbarkeit OR Gereiztheit OR Anstrengung OR "gereizte Stimmung" OR "mentale Gesundheit" OR Wohlbefinden OR Arbeitsfähigkeit OR Freude OR Glück OR Emotion OR Emotionen OR Distress OR Lebenszufriedenheit OR Arbeitszufriedenheit OR Lebensqualität OR Stimmung OR Depression OR Burnout OR Angststörung OR Angststörungen OR "somatoforme Störung" OR "somatoforme Störungen" OR Anpassungsstörung OR Anpassungsstörungen OR "stressbezogene Störung" OR "stressbezogene Störungen" OR Stresstörung OR Stresstörungen OR Schlafstörung OR Schlafstörungen OR "depressive Störung" OR "depressive Störungen" OR "depressives Symptom" OR "depressive Symptome" OR Depressivität OR Depressionen OR "dysthyme Störung" OR "dysthyme Störungen" OR "depressive Episode" OR "depressive Episoden" OR "affektive Störung" OR "affektive Störungen" OR "affektives Symptom" OR "affektive Symptome" OR "Stimmungsstörung" OR "Stimmungsstörungen" OR "emotionale Belastung" OR "emotionale Belastungen" OR "Substanzmissbrauch" OR "Alkoholmissbrauch" OR "Drogenmissbrauch" OR "posttraumatische Belastungsstörung" OR "posttraumatische Belastungsstörungen" OR PTBS OR "somatoforme Schmerzstörung" OR "somatoforme Schmerzstörungen" OR "substanzbezogene Störung" OR "substanzbezogene Störungen" OR Substanzstörung OR Substanzstörungen OR "psychische Störung" OR "psychische Störungen" OR "psychische Erkrankung" OR "psychische Erkrankungen" OR "psychische Krankheit" OR "psychische Krankheiten" OR "psychiatrische Störung" OR "psychiatrische Störungen" OR "psychiatrische Erkrankung" OR "psychiatrische Erkrankungen" OR "psychiatrische Krankheit" OR "psychiatrische Krankheiten" OR Distanziertheit OR Krankenurlaub OR Arbeitsunfähigkeit OR Motivation OR "intrinsische Motivation" OR Mitarbeitermotivation OR "berufliches Engagement" OR "berufliche Ziele" OR "organisationales Commitment" OR Fluktuation OR Jobwechselabsichten OR Absentismus OR Leistung OR Arbeitsleistung OR "berufliche Leistungsfähigkeit" OR "Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmern" OR Arbeitnehmerproduktivität OR Organisationseffektivität OR Servicequalität OR Dienstleistungsqualität) OR **AB** ("psychologisches Funktionsniveau" OR Ermüdung OR Erschöpfung OR Sättigung OR Monotonie OR Affekt OR Affekte OR Affektgleichgewicht OR Reizbarkeit OR Gereiztheit OR Anstrengung OR "gereizte Stimmung" OR "mentale Gesundheit" OR Wohlbefinden OR Arbeitsfähigkeit OR Freude OR Glück OR Emotion OR Emotionen OR Distress OR Lebenszufriedenheit OR Arbeitszufriedenheit OR Lebensqualität OR Stimmung OR Depression OR Burnout OR Angststörung OR Angststörungen OR "somatoforme Störung" OR "somatoforme Störungen" OR Anpassungsstörung OR Anpassungsstörungen OR "stressbezogene Störung" OR "stressbezogene Störungen" OR Stresstörung OR Stresstörungen OR Schlafstörung OR Schlafstörungen OR "depressive Störung" OR "depressive Störungen" OR "depressives Symptom" OR "depressive Symptome" OR Depressivität OR Depressionen OR "dysthyme Störung" OR "dysthyme Störungen" OR "depressive Episode" OR "depressive Episoden" OR "affektive Störung" OR "affektive Störungen" OR "affektives Symptom" OR "affektive Symptome" OR "Stimmungsstörung" OR "Stimmungsstörungen" OR "emotionale Belastung" OR "emotionale Belastungen" OR "Substanzmissbrauch" OR "Alkoholmissbrauch" OR "Drogenmissbrauch" OR "posttraumatische Belastungsstörung" OR "posttraumatische Belastungsstörungen" OR PTBS OR "somatoforme Schmerzstörung" OR "somatoforme Schmerzstörungen" OR "substanzbezogene Störung" OR "substanzbezogene Störungen" OR Substanzstörung OR Substanzstörungen OR "psychische Störung" OR "psychische Störungen" OR "psychische Erkrankung" OR "psychische Erkrankungen" OR "psychische Krankheit" OR "psychische Krankheiten" OR "psychiatrische Störung" OR "psychiatrische Störungen" OR "psychiatrische Erkrankung" OR "psychiatrische Erkrankungen" OR "psychiatrische Krankheit" OR "psychiatrische Krankheiten" OR Distanziertheit OR Krankenurlaub OR Arbeitsunfähigkeit OR Motivation OR "intrinsische Motivation" OR Mitarbeitermotivation OR "berufliches Engagement" OR "berufliche Ziele" OR "organisationales Commitment" OR Fluktuation OR Jobwechselabsichten OR Absentismus OR Leistung OR Arbeitsleistung OR "berufliche Leistungsfähigkeit" OR "Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmern" OR Arbeitnehmerproduktivität OR Organisationseffektivität OR Servicequalität OR Dienstleistungsqualität) OR **SU** ("psychologisches Funktionsniveau" OR Ermüdung OR Erschöpfung OR Sättigung OR Monotonie OR Affekt OR Affekte OR Affektgleichgewicht OR Reizbarkeit OR Gereiztheit OR Anstrengung OR "gereizte Stimmung" OR "mentale Gesundheit" OR Wohlbefinden OR Arbeitsfähigkeit

OR Freude OR Glück OR Emotion OR Emotionen OR Distress OR Lebenszufriedenheit OR Arbeitszufriedenheit OR Lebensqualität OR Stimmung OR Depression OR Burnout OR Angststörung OR Angststörungen OR "somatoforme Störung" OR "somatoforme Störungen" OR Anpassungsstörung OR Anpassungsstörungen OR "stressbezogene Störung" OR "stressbezogene Störungen" OR Stressstörung OR Stressstörungen OR Schlafstörung OR Schlafstörungen OR "depressive Störung" OR "depressive Störungen" OR "depressives Symptom" OR "depressive Symptome" OR Depressivität OR Depressionen OR "dysthyme Störung" OR "dysthyme Störungen" OR "depressive Episode" OR "depressive Episoden" OR "affektive Störung" OR "affektive Störungen" OR "affektives Symptom" OR "affektive Symptome" OR "Stimmungsstörung" OR "Stimmungsstörungen" OR "emotionale Belastung" OR "emotionale Belastungen" OR "Substanzmissbrauch" OR "Alkoholmissbrauch" OR "Drogenmissbrauch" OR "posttraumatische Belastungsstörung" OR "posttraumatische Belastungsstörungen" OR PTBS OR "somatoforme Schmerzstörung" OR "somatoforme Schmerzstörungen" OR "substanzbezogene Störung" OR "substanzbezogene Störungen" OR Substanzstörung OR Substanzstörungen OR "psychische Störung" OR "psychische Störungen" OR "psychische Erkrankung" OR "psychische Erkrankungen" OR "psychische Krankheit" OR "psychische Krankheiten" OR "psychiatrische Störung" OR "psychiatrische Störungen" OR "psychiatrische Erkrankung" OR "psychiatrische Erkrankungen" OR "psychiatrische Krankheit" OR "psychiatrische Krankheiten" OR Distanziertheit OR Krankenurlaub OR Arbeitsunfähigkeit OR Motivation OR "intrinsische Motivation" OR Mitarbeitermotivation OR "berufliches Engagement" OR "berufliche Ziele" OR "organisationales Commitment" OR Fluktuation OR Jobwechselabsichten OR Absentismus OR Leistung OR Arbeitsleistung OR "berufliche Leistungsfähigkeit" OR "Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmern" OR Arbeitnehmerproduktivität OR Organisationseffektivität OR Servicequalität OR Dienstleistungsqualität) OR **MJ** ("psychologisches Funktionsniveau" OR Ermüdung OR Erschöpfung OR Sättigung OR Monotonie OR Affekt OR Affekte OR Affektgleichgewicht OR Reizbarkeit OR Gereiztheit OR Anstrengung OR "gereizte Stimmung" OR "mentale Gesundheit" OR Wohlbefinden OR Arbeitsfähigkeit OR Freude OR Glück OR Emotion OR Emotionen OR Distress OR Lebenszufriedenheit OR Arbeitszufriedenheit OR Lebensqualität OR Stimmung OR Depression OR Burnout OR Angststörung OR Angststörungen OR "somatoforme Störung" OR "somatoforme Störungen" OR Anpassungsstörung OR Anpassungsstörungen OR "stressbezogene Störung" OR "stressbezogene Störungen" OR Stressstörung OR Stressstörungen OR Schlafstörung OR Schlafstörungen OR "depressive Störung" OR "depressive Störungen" OR "depressives Symptom" OR "depressive Symptome" OR Depressivität OR Depressionen OR "dysthyme Störung" OR "dysthyme Störungen" OR "depressive Episode" OR "depressive Episoden" OR "affektive Störung" OR "affektive Störungen" OR "affektives Symptom" OR "affektive Symptome" OR "Stimmungsstörung" OR "Stimmungsstörungen" OR "emotionale Belastung" OR "emotionale Belastungen" OR "Substanzmissbrauch" OR "Alkoholmissbrauch" OR "Drogenmissbrauch" OR "posttraumatische Belastungsstörung" OR "posttraumatische Belastungsstörungen" OR PTBS OR "somatoforme Schmerzstörung" OR "somatoforme Schmerzstörungen" OR "substanzbezogene Störung" OR "substanzbezogene Störungen" OR Substanzstörung OR Substanzstörungen OR "psychische Störung" OR "psychische Störungen" OR "psychische Erkrankung" OR "psychische Erkrankungen" OR "psychische Krankheit" OR "psychische Krankheiten" OR "psychiatrische Störung" OR "psychiatrische Störungen" OR "psychiatrische Erkrankung" OR "psychiatrische Erkrankungen" OR "psychiatrische Krankheit" OR "psychiatrische Krankheiten" OR Distanziertheit OR Krankenurlaub OR Arbeitsunfähigkeit OR Motivation OR "intrinsische Motivation" OR Mitarbeitermotivation OR "berufliches Engagement" OR "berufliche Ziele" OR "organisationales Commitment" OR Fluktuation OR Jobwechselabsichten OR Absentismus OR Leistung OR Arbeitsleistung OR "berufliche Leistungsfähigkeit" OR "Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmern" OR Arbeitnehmerproduktivität OR Organisationseffektivität OR Servicequalität OR Dienstleistungsqualität) OR **TC** ("psychologisches Funktionsniveau" OR Ermüdung OR Erschöpfung OR Sättigung OR Monotonie OR Affekt OR Affekte OR Affektgleichgewicht OR Reizbarkeit OR Gereiztheit OR Anstrengung OR "gereizte Stimmung" OR "mentale Gesundheit" OR Wohlbefinden OR Arbeitsfähigkeit OR Freude OR Glück OR Emotion OR Emotionen OR Distress OR Lebenszufriedenheit OR Arbeitszufriedenheit OR Lebensqualität OR Stimmung OR Depression OR Burnout OR Angststörung OR Angststörungen OR "somatoforme Störung" OR "somatoforme Störungen" OR Anpassungsstörung OR Anpassungsstörungen OR "stressbezogene Störung" OR "stressbezogene

Störungen" OR Stresstörung OR Stresstörungen OR Schlafstörung OR Schlafstörungen OR "depressive Störung" OR "depressive Störungen" OR "depressives Symptom" OR "depressive Symptome" OR Depressivität OR Depressionen OR "dysthyme Störung" OR "dysthyme Störungen" OR "depressive Episode" OR "depressive Episoden" OR "affektive Störung" OR "affektive Störungen" OR "affektives Symptom" OR "affektive Symptome" OR "Stimmungsstörung" OR "Stimmungsstörungen" OR "emotionale Belastung" OR "emotionale Belastungen" OR "Substanzmissbrauch" OR "Alkoholmissbrauch" OR "Drogenmissbrauch" OR "posttraumatische Belastungsstörung" OR "posttraumatische Belastungsstörungen" OR PTBS OR "somatoforme Schmerzstörung" OR "somatoforme Schmerzstörungen" OR "substanzbezogene Störung" OR "substanzbezogene Störungen" OR Substanzstörung OR Substanzstörungen OR "psychische Störung" OR "psychische Störungen" OR "psychische Erkrankung" OR "psychische Erkrankungen" OR "psychische Krankheit" OR "psychische Krankheiten" OR "psychiatrische Störung" OR "psychiatrische Störungen" OR "psychiatrische Erkrankung" OR "psychiatrische Erkrankungen" OR "psychiatrische Krankheit" OR "psychiatrische Krankheiten" OR Distanziertheit OR Krankenurlaub OR Arbeitsunfähigkeit OR Motivation OR "intrinsische Motivation" OR Mitarbeitermotivation OR "berufliches Engagement" OR "berufliche Ziele" OR "organisationales Commitment" OR Fluktuation OR Jobwechselabsichten OR Absentismus OR Leistung OR Arbeitsleistung OR "berufliche Leistungsfähigkeit" OR "Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmern" OR Arbeitnehmerproduktivität OR Organisationseffektivität OR Servicequalität OR Dienstleistungsqualität))

Suche in PubMed:

Mentale Gesundheit und Wohlbefinden; psychische Störungen und Syndrome; Leistung, Motivation, Zufriedenheit:

("mental health"[MeSH] OR "mental health" OR "personal satisfaction"[MeSH] OR "personal satisfaction" OR "well-being" OR wellbeing OR workability OR "work-ability" OR "work ability" OR happiness[MeSH] OR happiness OR "psychological functioning" OR "positive functioning" OR "social functioning" OR "human functioning" OR "affect balance" OR "positive affect" OR "positive affects" OR "negative affect" OR "negative affects" OR "positive emotion" OR "positive emotions" OR "negative emotion" OR "negative emotions" OR irritability OR anger[MeSH] OR anger OR flourishing OR eudaimonia OR "satisfaction with life" OR "life satisfaction" OR "quality of life"[MeSH] OR "quality of life") OR ("emotional disorder" OR "emotional disorders" OR "anxiety disorders"[MeSH] OR "anxiety disorder" OR "anxiety disorders" OR anxiety [MeSH] OR anxiety OR "somatoform disorders"[MeSH] OR "somatoform disorder" OR "somatoform disorders" OR "somatoform pain disorder" OR "somatoform pain disorders" OR "adjustment disorders"[MeSH] OR "adjustment disorder" OR "adjustment disorders" OR "stress disorder" OR "stress disorders" OR "stress-related disorder" OR "stress-related disorders" OR "sleep disorders"[MeSH] OR "sleep disorder" OR "sleep disorders" OR "depressive disorder"[MeSH] OR "depressive disorder" OR "depressive disorders" OR "depressive symptom" OR "depressive symptoms" OR depressiveness OR depression[MeSH] OR depression OR "depressive disorder, major"[MeSH] OR "major depression" OR "depressive episode" OR "depressive episodes" OR "dysthymic disorder"[MeSH] OR "dysthymic disorder" OR "dysthymic disorders" OR "affective disorder" OR "affective disorders" OR "affective symptoms"[MeSH] OR "affective symptom" OR "affective symptoms" OR "mood disorders"[MeSH] OR "mood disorder" OR "mood disorders" OR "substance-related disorders"[MeSH] OR "substance-related disorder" OR "substance-related disorders" OR "substance abuse" OR "alcohol abuse" OR "drug abuse" OR "mental disorders"[MeSH] OR "mental disorder" OR "mental disorders" OR "mental illness" OR "mental illnesses" OR "psychiatric disorder" OR "psychiatric disorders" OR "mental ill-health" OR "mental ill health" OR distress OR monotony OR "burnout, professional"[MeSH] OR burnout OR fatigue[MeSH] OR fatigue OR exhaustion OR satiation OR "stress disorders, post-traumatic"[MeSH Terms] OR "post-traumatic stress disorder" OR "posttraumatic stress disorders" OR PTSD OR "emotional burden" OR "emotional burdens") OR (detachment OR "sick leave"[MeSH] OR "sick leave" OR motivation[MeSH] OR motivation OR "job involvement" OR "occupational aspiration" OR "occupational aspirations" OR "organisational commitment" OR "organizational commitment" OR "labour turnover" OR "personnel turnover"[MeSH] OR "personnel turnover" OR "turnover intention" OR "turnover intentions" OR absenteeism[MeSH] OR absenteeism OR "job performance" OR "work

performance" OR "professional performance" OR "employee efficiency" OR "employee productivity" OR "organizational effectiveness" OR "organisational effectiveness" OR "quality of service" OR "quality of services" OR "service quality" OR "job satisfaction"[MeSH] OR "job satisfaction" OR "work satisfaction")

Eingrenzung auf Arbeitskontext

Suche über EBSCOHost (PsycINFO, PsycARTICLES, PSYINDEX):

(**TI** (occupational diseases OR occupational exposure OR occupational medicine OR "occupational risk" OR "occupational hazard" OR (industry AND mortality) OR "occupational group*" OR work-related OR occupational air pollutants OR "working environment" OR workplace* OR "work place*" OR work-place*) OR **AB** (occupational diseases OR occupational exposure OR occupational medicine OR "occupational risk" OR "occupational hazard" OR (industry AND mortality) OR "occupational group*" OR work-related OR occupational air pollutants OR "working environment" OR workplace* OR "work place*" OR work-place*) OR **SU** (occupational diseases OR occupational exposure OR occupational medicine OR "occupational risk" OR "occupational hazard" OR (industry AND mortality) OR "occupational group*" OR work-related OR occupational air pollutants OR "working environment" OR workplace* OR "work place*" OR work-place*) OR **MJ** (occupational diseases OR occupational exposure OR occupational medicine OR "occupational risk" OR "occupational hazard" OR (industry AND mortality) OR "occupational group*" OR work-related OR occupational air pollutants OR "working environment" OR workplace* OR "work place*" OR work-place*) OR **TC** (occupational diseases OR occupational exposure OR occupational medicine OR "occupational risk" OR "occupational hazard" OR (industry AND mortality) OR "occupational group*" OR work-related OR occupational air pollutants OR "working environment" OR workplace* OR "work place*" OR work-place*))

deutsch:

(**TI** (Arbeit* OR Tätigkeit* OR Beruf* OR Beschäftig*) OR **AB** (Arbeit* OR Tätigkeit* OR Beruf* OR Beschäftig*) OR **SU** (Arbeit* OR Tätigkeit* OR Beruf* OR Beschäftig*) OR **MJ** (Arbeit* OR Tätigkeit* OR Beruf* OR Beschäftig*) OR **TC** (Arbeit* OR Tätigkeit* OR Beruf* OR Beschäftig*))

Suche in PubMed:

(occupational diseases [MH] OR occupational exposure [MH] OR occupational medicine [MH] OR occupational risk [TW] OR occupational hazard [TW] OR (industry [MeSH Terms] mortality [SH]) OR occupational group* [TW] OR work-related OR occupational air pollutants [MH] OR working environment [TW] OR workplace* [TW] OR work place* [TW] OR work-place* [TW])

Methodische Einschränkungen

Suche über EBSCOHost (PsycINFO, PsycARTICLES, PSYINDEX):

("Followup Study" OR "Followup Studies" OR "Follow up Study" OR "Follow up Studies" OR "Longitudinal Study" OR "Longitudinal Studies" OR "FIELD STUDY" OR "FIELD STUDIES" OR "TREATMENT OUTCOME" OR "TREATMENT OUTCOMES" OR "CLINICAL TRIAL" OR "CLINICAL TRIALS" OR "systematic review" OR "systematic reviews" OR "meta analysis" OR "meta analyses" OR "comparative study" OR "comparative studies" OR "evaluation study" OR "evaluation studies" OR "prospective study" OR "prospective studies")

deutsch:

Eingabe von Limiters in der Advanced Search-Maske: empirical study, experience report/case study, experimental study, literature review, longitudinal empirical study, meta-analysis, qualitative empirical study, treatment program

Suche in PubMed:

("clinical trial"[Publication Type] OR "clinical trials as topic"[MeSH Terms] OR "clinical trial"[All Fields] OR "clinical trials"[All Fields]) OR ("comparative study"[Publication Type] OR "comparative study"[All Fields] OR "comparative studies"[All Fields]) OR ("evaluation studies"[Publication Type] OR "evaluation studies as topic"[MeSH Terms] OR "evaluation study"[All Fields] OR "evaluation studies"[All Fields]) OR ("follow-up studies"[MeSH Terms] OR "follow up study"[All Fields] OR "follow-up studies"[All Fields]) OR ("prospective studies"[MeSH Terms] OR "prospective study"[All Fields] OR "prospective studies"[All Fields]) OR ("longitudinal studies"[MeSH Terms] OR "longitudinal study"[All Fields] OR "longitudinal studies"[All Fields]) OR ("field study"[All Fields] OR "field studies"[All Fields]) OR ("treatment outcome"[MeSH Terms] OR "treatment outcome"[All Fields] OR "treatment outcomes"[All Fields]) OR ("meta-analysis"[Publication Type] OR "meta-analysis as topic"[MeSH Terms] OR "meta-analysis"[All Fields] OR "meta-analyses"[All Fields]) OR ("systematic review"[All Fields] OR "systematic reviews"[All Fields])

9. Literaturverzeichnis

- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H. M., & Sterud, T. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *J Occup Environ Med, 56*(8), 787-793.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *J Nurs Manag, 23*(3), 346-358.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud, 52*(2), 649-661.
- Andrea, H., Bultmann, U., Van Amelsvoort, L. G., & Kant, Y. (2009). The incidence of anxiety and depression among employees – the role of psychosocial work characteristics. *Depress Anxiety, 26*(11), 1040-1048.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social Stress: Theory and Research. *Annu Rev of Sociol, 18*, 15-38.
- Angermeyer, M. C., & Klusmann, D. (1987). From Social Class to Social Stress: New Developments in Psychiatric Epidemiology. In M. Angermeyer (Ed.), *From Social Class to Social Stress* (pp. 2-13). Berlin Heidelberg: Springer
- Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Biron, M. (2010). Alcohol Consumption and Workplace Absenteeism: The Moderating Effect of Social Support. *J Appl Psychol, 95*(2), 334-348.
- Badura, B. (1981). *Soziale Unterstützung und Chronische Krankheit: Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Barling, J. (1996). The prediction, experience, and consequences of workplace violence. In G. R. Van den Bos & E. Q. Bulatao (Eds.), *Violence on the Job: Identifying Risks and Developing Solutions* (pp. 29-49). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull, 117*(3), 497-529.
- Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M., & Rasmussen, N. K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res, 12*(2), 85-91.
- Bennett, R. J., & Robinson, S. L. (2000). Development of a measure of workplace deviance. *J Appl Psychol, 85*(3), 349.
- Biggs, A., Brough, P., & Barbour, J. P. (2014). Relationships of individual and organizational support with engagement: Examining various types of causality in a three-wave study. *Work & Stress, 28*(3), 236-254.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vezina, M., Abdous, B., & Gaudet, M. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occup Environ Med, 63*(5), 335-342.
- Bowling, N. A., & Beehr, T. A. (2006). Workplace Harassment From the Victim's Perspective: A Theoretical Model and Meta-Analysis. *J Appl Psychol, 91*(5), 998-1.012.

- Brännström, K. J., Båsjö, S., Larsson, J., Lood, S., Lundå, S., Notsten, M., & Taheri, S. T. (2013). Psychosocial work environment among Swedish audiologists. *Int J Audiol*, 52(3), 151-161.
- Braungardt, T., Vogel, M., Schmiedeberg, J., & Schneider, W. (2013). Mobbing. Inflation eines Begriffs vs. traurige Realität. *Psychotherapeut*, 58(3), 257-268.
- Casini, A., Godin, I., Clays, E., & Kittel, F. (2013). Gender difference in sickness absence from work: a multiple mediation analysis of psychosocial factors. *Eur J Public Health*, 23(4), 635-642.
- Chiaburu, D. S., & Harrison, D. A. (2008). Do peers make the place? Conceptual synthesis and meta-analysis of coworker effects on perceptions, attitudes, OCBs, and performance. *J Appl Psychol*, 93(5), 1.082-1.103.
- Chiaburu, D. S., Van Dam, K., & Hutchins, H. M. (2010). Social support in the workplace and training transfer: A longitudinal analysis. *Int J Select Assess*, 18(2), 187-200.
- Chippis, E. M., & McRury, M. (2012). The development of an educational intervention to address workplace bullying: a pilot study. *J Nurses Staff Dev*, 28(3), 94-98.
- Clausen, T., Nielsen, K., Carneiro, I. G., & Borg, V. (2012). Job demands, job resources and long-term sickness absence in the Danish eldercare services: a prospective analysis of register-based outcomes. *J Adv Nurs*, 68(1), 127-136.
- Clumeck, N., Kempenaers, C., Godin, I., Dramaix, M., Kornitzer, M., Linkowski, P., & Kittel, F. (2009). Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: Results from the Belstress I prospective study. *J Epidemiol Commun H*, 63(4), 286-292.
- Cohen, S., & Syme, S. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*, 98(2), 310-357.
- De Dreu, C. K., & Weingart, L. R. (2003). Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: a meta-analysis. *J Appl Psychol*, 88(4), 741.
- De Raeve, L., Jansen, N. W., Van den Brandt, P. A., Vasse, R., & Kant, I. J. (2009). Interpersonal conflicts at work as a predictor of self-reported health outcomes and occupational mobility. *Occup Environ Med*, 66(1), 16-22.
- Degen, C., Weigl, M., Glaser, J., Li, J., & Angerer, P. (2014). The impact of training and working conditions on junior doctors' intention to leave clinical practice. *BMC Med Educ*, 14, 119.
- Devereux, J. J., Rydstedt, L. W., & Cropley, M. (2011). Psychosocial work characteristics, need for recovery and musculoskeletal problems predict psychological distress in a sample of British workers. *Ergonomics*, 54(9), 840-848.
- Dohrenwend, B. P., Snell Dohrenwend, B., Zubin, J., & Levav, I. (1981). The 1980 division 27 award for distinguished contributions to community psychology and community mental health: Barbara Snell Dohrenwend and Bruce P. Dohrenwend. *Am J Commun Psychol*, 9(2), 123-164
- Dormann, C., & Zapf, D. (2002). Social stressors at work, irritation, and depressive symptoms: Accounting for unmeasured third variables in a multi-wave study. *J Occup Organ Psych*, 75(1), 33-58.

- Egan, M., Bambra, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M., & Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *J Epidemiol Commun H*, 61(11), 945-954.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: A review of the scandinavian approach. *Aggress Violent Beh*, 5(4), 379-401.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2003). The concept of bullying and harassment at work: The European tradition. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 3-30). London: Taylor & Francis.
- Emberland, J. S., & Knardahl, S. (2015). Contribution of psychological, social, and mechanical work exposures to low work ability: a prospective study. *J Occup Environ Med*, 57(3), 300-314.
- Eriksen, W. (2006). Work factors as predictors of persistent fatigue: a prospective study of nurses' aides. *J Occup Environ Med*, 63(6), 428-434.
- Eriksen, W., Tambs, K., & Knardahl, S. (2006). Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 6, 290.
- Esser, A., & Wolmerath, M. (1997). *Mobbing: der Ratgeber für Betroffene und ihre Interessenvertretung*. Frankfurt: Bund-Verlag.
- Falco, A., Girardi, D., Marcuzzo, G., De Carlo, A., & Bartolucci, G. B. (2013). Work stress and negative affectivity: A multi-method study. *Occup Med-Oxford*, 63(5), 341-347.
- Falkenberg, A., Nyfjall, M., Hellgren, C., & Vingard, E. (2012). Social support at work and leisure time and its association with self-rated health and sickness absence. *Work*, 43(4), 469-474.
- Fandino-Losada, A., Forsell, Y., & Lundberg, I. (2013). Demands, skill discretion, decision authority and social climate at work as determinants of major depression in a 3-year follow-up study. *Int Arch Occ Env Hea*, 86(5), 591-605.
- Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P. R., & Olivares-Faúndez, V. E. (2015). Influence of mobbing (workplace bullying) on depressive symptoms: A longitudinal study among employees working with people with intellectual disabilities. *J Intell Disabil Res*, 59(1), 39-47.
- Finne, L. B., Knardahl, S., & Lau, B. (2011). Workplace bullying and mental distress - a prospective study of Norwegian employees. *Scand J Work Env Hea*, 37(4), 276-287.
- Fitzgerald, L. F., Swan, S., & Magley, V. J. (1997). But was it really sexual harassment?: Legal, behavioral, and psychological definitions of the workplace victimization of women. In W.O'Donohue (Ed), *Sexual harassment theory, research, and treatment* (5-28). Needham Heights, MA, US: Allyn and Bacon.
- Fleiss, J. L., Levin, B., & Paik, M. C. (2003). *Statistical Methods for Rates & Proportions*. New York: Wiley & Sons.
- Foss, L., Gravseth, H. M., Kristensen, P., Claussen, B., Mehlum, I. S., & Skyberg, K. (2010). Risk factors for long-term absence due to psychiatric sickness: a register-based 5-year follow-up from the Oslo health study. *J Occup Environ Med*, 52(7), 698-705.

- Frese, M., & Zapf, D. (1987). Eine Skala zur Erfassung von sozialen Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 41(3), 134-142.
- Fröhlich, D. (1978). Innerbetriebliche Arbeitssituation und Teilnahme an freiwilligen Vereinigungen/Work Experience and Participation in Voluntary Associations. *Zeitschrift für Soziologie*, 7(1), 56-71.
- Frone, M. R. (2000). Interpersonal conflict at work and psychological outcomes: Testing a model among young workers. *J Occup Health Psych*, 5(2), 246-255.
- Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G., & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 45(4), 212-216.
- García-Izquierdo, M., & Ríos-Rísquez, M. I. (2012). The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nurs Outlook*, 60(5), 322-329.
- Garrett, D. K., & McDaniel, A. M. (2001). A new look at nurse burnout: the effects of environmental uncertainty and social climate. *J Nurs Adm*, 31(2), 91-96.
- Garthus-Niegel, S., Nübling, M., Letzel, S., Hegewald, J., Wagner, M., Wild, P. S., ... & Seidler, A. (2015). Development of a mobbing short scale in the Gutenberg Health Study. *Int arch occ env hea*, 1-10.
- Gelsema, T. I., Van der Doef, M., Maes, S., Janssen, M., Akerboom, S., & Verhoeven, C. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *J Nurs Manag*, 14(4), 289-299.
- Gershon, R. R., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K., & Chou, S. S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health*, 45(5), 622-636.
- Glomb, T., Steel, P. D., & Arvey, R. (2002). Office sneers, snipes, and stab wounds: Antecedents, consequences, and implications of workplace violence and aggression. In R. Lord, R. Klimoski & R. Kanfer (Eds.), *Emotions in the workplace: Understanding the structure and role of emotions in organizational behavior* (227-259). San Francisco: Jossey-Bass.
- Godin, I., Kornitzer, M., Clumeck, N., Linkowski, P., Valente, F., & Kittel, F. (2009). Gender specificity in the prediction of clinically diagnosed depression: Results of a large cohort of Belgian workers. *Soc Psych Psych Epid*, 44(7), 592-600.
- Greif, S. (1991). Streß in der Arbeit – Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. K. Semmer (Eds.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (1-28). Göttingen: Hogrefe.
- Hacker, W. (1995). *Arbeitstätigkeitsanalyse: Analyse und Bewertung psychischer Arbeitsanforderungen*. Heidelberg: Asanger.
- Halbesleben, J. R. B. (2006). Sources of Social Support and Burnout: A Meta-Analytic Test of the Conservation of Resources Model. *J Appl Psychol*, 91(5), 1.134-1.145.
- Hanebuth, D., Meinel, M., & Fischer, J. E. (2006). Health-related quality of life, psychosocial work conditions, and absenteeism in an industrial sample of blue- and white-collar employees: a comparison of potential predictors. *J Occup Environ Med*, 48(1), 28-37.

- Hansen, A. M., Hogh, A., Garde, A. H., & Persson, R. (2014). Workplace bullying and sleep difficulties: a 2-year follow-up study. *Int Arch Occup Environ Health, 87*(3), 285-294.
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the Job Demand–Control (-Support) model and psychological well-being. *Work & Stress, 24*(1), 1-35.
- Head, J., Kivimaki, M., Martikainen, P., Vahtera, J., Ferrie, J. E., & Marmot, M. G. (2006). Influence of change in psychosocial work characteristics on sickness absence: The Whitehall II Study. *J Epidemiol Commu H, 60*(1), 55-61.
- Heponiemi, T., Kouvonen, A., Virtanen, M., Vanska, J., & Elovainio, M. (2014). The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control. *BMC Health Serv Res, 14*(1), 19.
- Hershcovis, M. S., & Barling, J. (2010a). Comparing victim attributions and outcomes for workplace aggression and sexual harassment. *J Appl Psychol, 95*(5), 874-888.
- Hershcovis, M. S., & Barling, J. (2010b). Towards a multi-foci approach to workplace aggression: A meta-analytic review of outcomes from different perpetrators. *J Organ Behav, 31*(1), 24-44.
- Hogh, A., Henriksson, M. E., & Burr, H. (2005). A 5-year follow-up study of aggression at work and psychological health. *Int J Behav Med, 12*(4), 256-265.
- Hogh, A., Hoel, H., & Carneiro, I. G. (2011). Bullying and employee turnover among healthcare workers: a three-wave prospective study. *J Nurs Manag, 19*(6), 742-751.
- Holz, M., Zapf, D., & Dormann, C. (2004). Soziale Stressoren in der Arbeitswelt. *Arbeit, 13*(3), 278-291.
- Hoobler, J. M., Rospenda, K. M., Lemmon, G., & Rosa, J. A. (2010). A Within-Subject Longitudinal Study of the Effects of Positive Job Experiences and Generalized Workplace Harassment on Well-Being. *J Occup Health Psychol, 15*(4), 434-451.
- Hultin, H., Hallqvist, J., Alexanderson, K., Johansson, G., Lindholm, C., Lundberg, I., & Moller, J. (2011). Work-related psychosocial events as triggers of sick leave--results from a Swedish case-crossover study. *BMC Public Health, 11*, 175.
- Ibrahim, S., Smith, P., & Muntaner, C. (2009). A multi-group cross-lagged analyses of work stressors and health using Canadian National sample. *Soc Sci Med, 68*(1), 49-59.
- Inoue, A., Kawakami, N., Haratani, T., Kobayashi, F., Ishizaki, M., Hayashi, T., . . . Araki, S. (2010). Job stressors and long-term sick leave due to depressive disorders among Japanese male employees: findings from the Japan Work Stress and Health Cohort study. *J Epidemiol Commun H, 64*(3), 229-235.
- Inoue, A., Kawakami, N., Tsuno, K., Shimazu, A., Tomioka, K., & Nakanishi, M. (2013). Job demands, job resources, and work engagement of Japanese employees: a prospective cohort study. *Int Arch Occup Environ Health, 86*(4), 441-449.
- Ishizaki, M., Kawakami, N., Honda, R., Yamada, Y., Nakagawa, H., & Morikawa, Y. (2013). A prospective study of psychosocial work characteristics and long sick leave of Japanese male employees in multiple workplaces. *Ind Health, 51*(4), 398-405.
- Jacobshagen, N. (2006). *Illegitimate tasks, illegitimate stressors: testing a new stressor-strain concept*. Bern: self-published.

- Joensuu, M., Väänänen, A., Koskinen, A., Kivimäki, M., Virtanen, M., & Vahtera, J. (2010). Psychosocial work environment and hospital admissions due to mental disorders: A 15-year prospective study of industrial employees. *J Affect Disord*, 124(1-2), 118-125.
- Johannessen, H. A., Tynes, T., & Sterud, T. (2013). Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: A 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *J Occup Environ Med*, 55(6), 605-613.
- Johnson, J. V. (1986). *The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden*. ProQuest Information & Learning.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*, 78(10), 1.336-1.342.
- Johnson, J. V., Hall, E. M., & Theorell, T. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scand J Work Env Hea*, 15(4), 271-279.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Admin Sci Quart*, 285-308.
- Karasek, R. A. (1985). *Job content questionnaire and user's guide*. Lowell: University of Massachusetts.
- Karasek, R. A. (1989). Control in the workplace and its health-related aspects. *Job control and worker health*, 129, 159.
- Karasek, R. A., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psych*, 3(4), 322-355.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic books.
- Karasek, R. A., Triantis, K. P., & Chaudhry, S. S. (1982). Coworker and Supervisor support as moderators of associations between task characteristics and mental strain. *J Occup Behav*, 3(2), 181-200.
- Kawakami, N., Kobayashi, Y., Takao, S., & Tsutsumi, A. (2005). Effects of web-based supervisor training on supervisor support and psychological distress among workers: a randomized controlled trial. *Prev Med*, 41(2), 471-478.
- Kawakami, N., Takao, S., Kobayashi, Y., & Tsutsumi, A. (2006). Effects of web-based supervisor training on job stressors and psychological distress among workers: a workplace-based randomized controlled trial. *J Occup Health*, 48(1), 28-34.
- Kemp, V. (2014). Antecedents, consequences and interventions for workplace bullying. *Curr Opin Psychiatr*, 27(5), 364-368.
- Kienle, R., Knoll, N., & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Eds.), *Gesundheitspsychologie* (107-122): Springer Berlin Heidelberg.
- Kim, H., & Kao, D. (2014). A meta-analysis of turnover intention predictors among U.S. child welfare workers. *Child Youth Serv Rev*, 47(Part 3), 214-223.

- Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Väänänen, A., & Vahtera, J. (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scand J Work Env Hea*, 431-442.
- Knorz, C., & Zapf, D. (1996). Mobbing – eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40(1), 12-21.
- Kühlmann, T. M. (1987). Soziale Unterstützung und Beanspruchung... aus der Sicht stark belasteter Arbeitnehmer. *Zeitschrift für Personalforschung/German Journal of Research in Human Resource Management*, 205-221.
- Laaksonen, M., Lallukka, T., Lahelma, E., & Partonen, T. (2012). Working conditions and psychotropic medication: a prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(4), 663-670.
- Labriola, M., Christensen, K. B., Lund, T., Nielsen, M. L., & Diderichsen, F. (2006). Multilevel analysis of workplace and individual risk factors for long-term sickness absence. *J Occup Environ Med*, 48(9), 923-929.
- Lahelma, E., Lallukka, T., Laaksonen, M., Saastamoinen, P., & Rahkonen, O. (2012). Workplace bullying and common mental disorders: a follow-up study. *J Epidemiol Commu H*, 66(6), e3.
- Laine, H., Saastamoinen, P., Lahti, J., Rahkonen, O., & Lahelma, E. (2014). The associations between psychosocial working conditions and changes in common mental disorders: a follow-up study. *BMC Public Health*, 14, 588.
- Lallukka, T., Rahkonen, O., & Lahelma, E. (2011). Workplace bullying and subsequent sleep problems – the Helsinki Health Study. *Scand J Work Env Hea*, 37(3), 204-212.
- Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggress Violent Beh*, 19(5), 492-501.
- Lapierre, L. M., Spector, P. E., & Leck, J. D. (2005). Sexual Versus Nonsexual Workplace Aggression and Victims' Overall Job Satisfaction: A Meta-Analysis. *J Occup Health Psych*, 10(2), 155-169.
- Lavoie-Tremblay, M., Bourbonnais, R., Viens, C., Vezina, M., Durand, P. J., & Rochette, L. (2005). Improving the psychosocial work environment. *J Adv Nurs*, 49(6), 655-664.
- Lazarus, R., & Launier, R. (1978). Stress-Related Transactions between Person and Environment. In L. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in Interactional Psychology* (287-327): Springer US.
- Lee, R. T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B. L., & Schwartzmann, L. (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Resour Health*, 11, 48.
- Leiter, M. P., Laschinger, H. K., Day, A., & Oore, D. G. (2011). The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes. *J Appl Psychol*, 96(6), 1.258-1.274.
- Leitl, J., & Zempel-Dohmen, J. (2006). Die Bedeutung des Arbeitsumfelds für die Veränderung der Transfermotivation. [Impact of the work environment on decline of training transfer motivation]. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 50(2), 92-102.

- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims, 5*(2), 119-126.
- Leymann, H. (1993). Ätiologie und Häufigkeit von Mobbing am Arbeitsplatz-eine Übersicht über die bisherige Forschung. *Zeitschrift für Personalforschung/German Journal of Research in Human Resource Management, 7*(1), 271-284.
- Li, J., Shang, L., Galatsch, M., Siegrist, J., Miuller, B. H., & Hasselhorn, H. M. (2013). Psychosocial work environment and intention to leave the nursing profession: a cross-national prospective study of eight countries. *Int J Health Serv, 43*(3), 519-536.
- Li, W., Zhang, J.-Q., Sun, J., Ke, J.-H., Dong, Z.-Y., & Wang, S. (2007). Job stress related to glyco-lipid allostatic load, adiponectin and visfatin. *Stress & Health, 23*(4), 257-266.
- Lindeberg, S. I., Rosvall, M., Choi, B., Canivet, C., Isacsson, S. O., Karasek, R., & Ostergren, P. O. (2011). Psychosocial working conditions and exhaustion in a working population sample of Swedish middle-aged men and women. *Eur J Public Health, 21*(2), 190-196.
- Lizano, E. L., & Mor Barak, M. E. (2012). Workplace demands and resources as antecedents of job burnout among public child welfare workers: A longitudinal study. *Children Youth Serv Rev, 34*(9), 1.769-1.776.
- Loerbroks, A., Weigl, M., Li, J., Glaser, J., Degen, C., & Angerer, P. (2014). Workplace bullying and depressive symptoms: A prospective study among junior physicians in Germany. *J Psychosom Res, 78*(2), 168-172.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *Int J Nurs Stud, 49*(8), 1.017-1.038.
- Lyonette, C., & Yardley, L. (2006). Predicting mental health outcomes in female working carers: a longitudinal analysis. *Aging Ment Health, 10*(4), 368-377.
- Magnusson Hanson, L. L., Theorell, T., Bech, P., Rugulies, R., Burr, H., Hyde, M., Westerlund, H. (2009). Psychosocial working conditions and depressive symptoms among Swedish employees. *Int Arch Occup Environ Health, 82*(8), 951-960.
- Magnusson Hanson, L. L., Theorell, T., Oxenstierna, G., Hyde, M., & Westerlund, H. (2008). Demand, control and social climate as predictors of emotional exhaustion symptoms in working Swedish men and women. *Scand J Work Env Hea, 36*(7), 737-743.
- Mallette, C., Duff, M., McPhee, C., Pollex, H., & Wood, A. (2011). Workbooks to virtual worlds: a pilot study comparing educational tools to foster a culture of safety and respect in Ontario. *Nurs Leadersh, 24*(4), 44-64.
- Marchand, A., & Blanc, M. E. (2011). Occupation, work organisation conditions and the development of chronic psychological distress. *Work, 40*(4), 425-435.
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005). Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers. *Sociol Health Illn, 27*(5), 602-627.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory. Evaluating stress. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources*. Lanhan, MD: The Scarecrow Press.

- Mattioli, S., Zanardi, F., Baldasseroni, A., Schaafsma, F., Cooke, R. M., Mancini, G., . . . Verbeek, J. (2010). Search strings for the study of putative occupational determinants of disease. *Occup Environ Med*, 67(7), 436-443.
- McGinley, M., Richman, J. A., & Rospenda, K. M. (2011). Duration of sexual harassment and generalized harassment in the workplace over ten years: effects on deleterious drinking outcomes. *J Addict Dis*, 30(3), 229-242.
- McTernan, W. P., Dollard, M. F., & LaMontagne, A. D. (2013). Depression in the workplace: An economic cost analysis of depression-related productivity loss attributable to job strain and bullying. *Work & Stress*, 27(4), 321-338.
- Meyer, P. C. (2000). *Rollenkonfigurationen Rollenfunktionen und Gesundheit: Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Moayed, F. A., Daraiseh, N., Shell, R., & Salem, S. (2006). Workplace bullying: a systematic review of risk factors and outcomes. *Theor Issues Ergon*, 7(3), 311-327.
- Mohr, G., Rigotti, T., & Müller, A. (2005). Irritation-ein Instrument zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Arbeitskontext. Skalen-und Itemparameter aus 15 Studien. *Zeitschrift für Arbeits-und Organisationspsychologie A&O*, 49(1), 44-48.
- Munir, F., Burr, H., Hansen, J. V., Rugulies, R., & Nielsen, K. (2011). Do positive psychosocial work factors protect against 2-year incidence of long-term sickness absence among employees with and those without depressive symptoms? A prospective study. *J Psychosom Res*, 70(1), 3-9.
- Nagami, M., Tsutsumi, A., Tsuchiya, M., & Morimoto, K. (2010). Job control and coworker support improve employee job performance. *Ind Health*, 48(6), 845-851.
- Namie, G., & Namie, R. (2000). *The bully at work: What you can do to stop the hurt and reclaim your dignity on the job*. Naperville: Sourcebooks.
- Netterstrom, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., Rugulies, R., & Stansfeld, S. (2008). The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev*, 30, 118-132.
- Neuman, J. H., & Baron, R. A. (1997). Aggression in the workplace. In R. A. Giacalone & J. Greenberg (Eds.), *Antisocial behavior in organizations* (pp. 37-67). Thousand Oaks: Sage Publications.
- 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.
- Nielsen, M. B., & Einarsen, S. (2012a). Outcomes of exposure to workplace bullying: A meta-analytic review. *Work & Stress*, 26(4), 309-332.
- Nielsen, M. B., & Einarsen, S. (2012b). Prospective relationships between workplace sexual harassment and psychological distress. *Occup Med-C*, 62(3), 226-228.
- Nielsen, M. B., Hetland, J., Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2012). Longitudinal relationships between workplace bullying and psychological distress. *Scand J Work Env Hea*, 38(1), 38-46.
- Nielsen, M. B., Mageroy, N., Gjerstad, J., & Einarsen, S. (2014). Workplace bullying and subsequent health problems. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 134(12-13), 1.233-1.238.

- Nielsen, M. B., Tvedt, S. D., & Matthiesen, S. B. (2013). Prevalence and occupational predictors of psychological distress in the offshore petroleum industry: a prospective study. *Int Arch Occup Environ Health*, 86(8), 875-885.
- Nielsen, M. L., Rugulies, R., Smith-Hansen, L., Christensen, K. B., & Kristensen, T. S. (2006). Psychosocial work environment and registered absence from work: estimating the etiologic fraction. *Am J Ind Med*, 49(3), 187-196.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med-C*, 60(4), 277-286.
- Oksanen, T., Kouvonen, A., Vahtera, J., Virtanen, M., & Kivimäki, M. (2010). Prospective study of workplace social capital and depression: are vertical and horizontal components equally important? *J Epidemiol Commun H*, 64(8), 684-689.
- Osca, A., Urien, B., Genoveva, G.-c., Martínez-Pérez, M. D., & Martínez-Pérez, N. (2005). Organisational support and group efficacy: A longitudinal study of main and buffer effects. *Journal Manage Psychol*, 20(3/4), 292-311.
- Ostermann, T., Bertram, M., & Bussing, A. (2010). A pilot study on the effects of a team building process on the perception of work environment in an integrative hospital for neurological rehabilitation. *BMC Complement Altern Med*, 10, 10.
- Pelfrene, E., Vlerick, P., Kittel, F., Mak, R. P., Kornitzer, M., & De Baker, G. (2002). Psycho-social work environment and psychological well-being: assessment of the buffering effects in the job demand-control (-support) model in BELSTRESS. *Stress Health*, 18(1), 43-56.
- Pereira, D., & Elfering, A. (2014). Social stressors at work, sleep quality and psychosomatic health complaints – a longitudinal ambulatory field study. *Stress Health*, 30(1), 43-52.
- Reineholm, C., Gustavsson, M., & Ekberg, K. (2011). Evaluation of job stress models for predicting health at work. *Work*, 40(2), 229-237.
- Reknes, I., Pallesen, S., Magerøy, N., Moen, B. E., Bjorvatn, B., & Einarsen, S. (2014). Exposure to bullying behaviors as a predictor of mental health problems among Norwegian nurses: Results from the prospective SUSSH-Survey. *Int J Nurs Stud*, 51(3), 479-487.
- Richter, P., & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung: Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*. Heidelberg: Asanger.
- Rodríguez-Muñoz, A., Baillien, E., De Witte, H., Moreno-Jiménez, B., & Pastor, J. C. (2009). Cross-lagged relationships between workplace bullying, job satisfaction and engagement: Two longitudinal studies. *Work & Stress*, 23(3), 225-243.
- Rodríguez-Muñoz, A., Moreno-Jiménez, B., & Sanz-Vergel, A. I. (2015). Reciprocal relations between workplace bullying, anxiety and vigor: a two-wave longitudinal study. *Anxiety Stress Coping*, 1-17.
- Roelen, C. A., Koopmans, P. C., Bultmann, U., Groothoff, J. W., & Van der Klink, J. J. (2009). Psychosocial work conditions and registered sickness absence: a 3-year prospective cohort study among office employees. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(9), 1.107-1.113.
- Romeo, L., Balducci, C., Quintarelli, E., Riolfi, A., Pelizza, L., Serpelloni, A., . . . Perbellini, L. (2013). MMPI-2 personality profiles and suicidal ideation and behavior in victims of bullying at work: A follow-up study. *Violence Vict*, 28(6), 1.000-1.014.

- Rugulies, R., Aust, B., & Pejtersen, J. H. (2010). Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register-based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark? *Scand J Public Health, 38*(3 Suppl), 42-50.
- Rugulies, R., Bultmann, U., Aust, B., & Burr, H. (2006). Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *Am J Epidemiol, 163*(10), 877-887.
- Rugulies, R., Christensen, K. B., Borritz, M., Villadsen, E., Bültmann, U., & Kristensen, T. S. (2007). The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: Results of a 3-year follow-up study. *Work & Stress, 21*(4), 293-311.
- Rugulies, R., Madsen, I. E., Hjarsbech, P. U., Hogh, A., Borg, V., Carneiro, I. G., & Aust, B. (2012). Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers. *Scand J Work Env Hea, 38*(3), 218-227.
- Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Marine, A., & Serra, C. (2014). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev, 12*.
- Schat, A. C., & Kelloway, E. K. (2005). Workplace aggression. In J. Barling, E. K. Kelloway & M. R. Frone (Eds.), *Handbook of work stress* (pp. 189-218). London: Sage Publications.
- Seidler, A., Liebers, F., & Latza, U. (2008). Prävention von Low-Back-Pain im beruflichen Kontext. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 51*(3), 322-333.
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion - a systematic review. *J Occup Med Toxicol, 9*(1), 10.
- Selden, M. P., & Downey, R. G. (2012). Workplace hostility: defining and measuring the occurrence of hostility in the workforce. *Work, 42*(1), 93-105.
- Semmer, N. K., Jacobshagen, N., Meier, L. L., & Elfering, A. (2007). Occupational stress research: The "stress-as-offense-to-self" perspective. In J. Houdmont & S. McIntyre (Eds.), *Occupational health psychology: European perspectives on research, education and practice* (Vol. 2, pp. 43-60). Castelo da Maia: ISMAI Publisher.
- Semmer, N. K., & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Streßforschung. *Psychologische Rundschau, 52*(3), 150-158.
- Shi, Y., Sears, L. E., Coberley, C. R., & Pope, J. E. (2013). The association between modifiable well-being risks and productivity: a longitudinal study in pooled employer sample. *J Occup Environ Med, 55*(4), 353-364.
- Shields, M. (2006). Stress and depression in the employed population. *Health Rep, 17*(4), 11-29.
- Siegrist, J., & Rödel, A. (2006). Work stress and health risk behavior. *Scand J Work Env Hea, 32*(6), 473-481.
- Sinokki, M., Hinkka, K., Ahola, K., Koskinen, S., Klaukka, T., Kivimaki, M., . . . Virtanen, M. (2009). The association between team climate at work and mental health in the Finnish Health 2000 Study. *Occup Environ Med, 66*(8), 523-528.

- Smith, P. M., & Bielecky, A. (2012). The impact of changes in job strain and its components on the risk of depression. *Am J Public Health, 102*(2), 352-358.
- Stadler, P., & Spieß, E. (2003). *Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz. Optimierung der Beanspruchung durch die Entwicklung von Gestaltungskriterien*. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW, Verlag für Neue Wissenschaft GmbH.
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Env Hea, 32*(6), 443-462.
- Sterud, T., Hem, E., Lau, B., & Ekeberg, O. (2011). A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *J Occup Med Toxicol, 6*(1), 10.
- Stoetzer, U., Ahlberg, G., Johansson, G., Bergman, P., Hallsten, L., Forsell, Y., & Lundberg, I. (2009). Problematic interpersonal relationships at work and depression: a Swedish prospective cohort study. *J Occup Health, 51*(2), 144-151.
- Sundin, L., Hochwälder, J., & Lisspers, J. (2011). A longitudinal examination of generic and occupational specific job demands, and work-related social support associated with burnout among nurses in Sweden. *Work, 38*(4), 389-400.
- Sundstrom, E., de Meuse, K. P., & Futrell, D. (1990). Work teams: Applications and effectiveness. *American Psychol, 45*(2), 120-133.
- Suzuki, E., Itomine, I., Kanoya, Y., Katsuki, T., Horii, S., & Sato, C. (2006). Factors affecting rapid turnover of novice nurses in university hospitals. *J Occup Health, 48*(1), 49-61.
- Suzuki, E., Tagaya, A., Ota, K., Nagasawa, Y., Matsuura, R., & Sato, C. (2010). Factors affecting turnover of Japanese novice nurses in university hospitals in early and later periods of employment. *J Nurs Manag, 18*(2), 194-204.
- Suzumura, M., Fushiki, Y., Kobayashi, K., Oura, A., Suzumura, S., Yamashita, M., & Mori, M. (2013). A prospective study of factors associated with risk of turnover among care workers in group homes for elderly individuals with dementia. *J Occup Health, 55*(6), 487-494.
- Tannenbaum, S. I., Salas, E., & Cannon-Bowers, J. A. (1996). Promoting team effectiveness In M. A. West, (Ed.), *Handbook of work group psychology* (pp. 503-529). Chichester: John Wiley & Sons.
- Tepper, B. J. (2000). Consequences of abusive supervision. *Acad Manage J, 43*(2), 178-190.
- Thielen, K., Nygaard, E., Rugulies, R., & Diderichsen, F. (2011). Job stress and the use of antidepressant medicine: a 3.5-year follow-up study among Danish employees. *Occup Environ Med, 68*(3), 205-210.
- Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuvenhuijsen, K., Riedel-Heller, S., Seidler, A. (2015). Systematischer Review zum Thema „Mentale Gesundheit/ Kognitive Leistungsfähigkeit im Kontext der Arbeitswelt“. *Los 1: Der Einfluss arbeitsbedingter psychosozialer Belastungsfaktoren auf die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen*. Federal Institute of occupational Safety and Health (BAuA) (Ed). Dortmund (in press).
- Toker, S., Shirom, A., Melamed, S., & Armon, G. (2012). Work characteristics as predictors of diabetes incidence among apparently healthy employees. *J Occup Health Psychol, 17*(3), 259-267.

- Topa Cantisano, G., Morales Dominguez, J. F., & Depolo, M. (2008). Perceived sexual harassment at work: meta-analysis and structural model of antecedents and consequences. *Span J Psychol*, 11(1), 207-218.
- Tzeng, D. S., Chung, W. C., & Yang, C. Y. (2013). The effect of job strain on psychological morbidity and quality of life in military hospital nurses in Taiwan: a follow-up study. *Ind Health*, 51(4), 443-451.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1998). The Job Demand-Control (-Support) Model and physical health outcomes: a review of the strain and buffer hypotheses. *Psychology and Health*, 13(5), 909-936.
- Van der Ploeg, E., & Kleber, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occup Environ Med*, 60(Suppl. 1), i40-46.
- Van der Wal, R., Globerman, J., Numata, Y., Schulzer, M., FitzGerald, M., & Yassi, A. (2008). Improving the practice environment: a pilot project in a critical care unit. *Health Manage Forum*, 21(2), 29-35.
- Veiel, H. O. F., & Baumann, U. (1992). *The Meaning And Measurement Of Social Support*. New York: Hemisphere.
- Vinberg, S. (2008). Workplace health interventions in small enterprises: a Swedish longitudinal study. *Work*, 30(4), 473-482.
- Virtanen, M., Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Ferrie, J. E., & Kivimaki, M. (2012). Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *PLoS One*, 7(1), e30719.
- Viswesvaran, C., Sanchez, J. I., & Fisher, J. (1999). The Role of Social Support in the Process of Work Stress: A Meta-Analysis. *J Vocat Behav*, 54(2), 314-334.
- Vogel, R. M., & Mitchell, M. S. (2015). The motivational effects of diminished self-esteem for employees who experience abusive supervision. *J Manage*. Advance online publication.
- Voltmer, E., & Spahn, C. (2009). Soziale Unterstützung und Gesundheit von Ärzten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(1), 51-69.
- Wang, J., Patten, S. B., Currie, S., Sareen, J., & Schmitz, N. (2012). A population-based longitudinal study on work environmental factors and the risk of major depressive disorder. *Am J Epidemiol*, 176(1), 52-59.
- White, M., Wagner, S., Schultz, I. Z., Murray, E., Bradley, S. M., Hsu, V., Schulz, W. (2013). Modifiable workplace risk factors contributing to workplace absence across health conditions: A stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews. *Work*, 45(4), 1-12.
- Willness, C. R., Steel, P., & Lee, K. (2007). A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. *Personnel Psychology*, 60(1), 127-162.
- Woods, V. (2005). Work-related musculoskeletal health and social support. *Occup Med-C*, 55(3), 177-189.

- Yang, L.-Q., Caughlin, D. E., Gazica, M. W., Truxillo, D. M., & Spector, P. E. (2014). Workplace mistreatment climate and potential employee and organizational outcomes: A meta-analytic review from the target's perspective. *J Occup Health Psych, 19*(3), 315-335.
- Zapf, D. (1999). Mobbing in Organisationen—Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeits-und Organisationspsychologie, 43*(1), 1-25.
- Zimber, A., & Ullrich, A. (2012). Wie wirkt sich die Teilnahme an kollegialer Beratung auf die Gesundheit aus? Ergebnisse einer Interventionsstudie in der Psychiatriepflege. [The impact of peer-group supervision on health outcomes: Results of an intervention study in a psychiatric hospital]. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 20*(2), 80-91.
- Zuschlag, B. (2001). *Mobbing: Schikane am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

10. Anhang

Abkürzungsverzeichnis

AB	Abstract
HR	Hazard Ratio
IG	Interventionsgruppe
JDC	Job Demand Control
JDCS	Job Demand Control Support
k	Anzahl der Studien
KG	Kontrollgruppe
MeSH	Medical Subject Headings
MJ	Major Subject Heading
n	Anzahl der Versuchspersonen
OR	Odds Ratio
RR	Relatives Risiko
SU	Subjects
TC	Table of content
TI	Title

11. Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Liste der Einschluss- und Ausschlusskriterien	20
Tab. 2	Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal Mobbing und den Outcomes	25
Tab. 3	Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal soziale Konflikte und den Outcomes	34
Tab. 4	Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal soziale Unterstützung und den Outcomes	39
Tab. 5	Übersicht über die Studien zum Zusammenhang zwischen dem Merkmal Sozialklima und den Outcomes.....	54

12. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Flussdiagramm zur Literatursuche im Scoping Review „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“	23
---------------	--	----