



# Stressprävention im betrieblichen Kontext – was wirkt?

Eine systematische Literaturrecherche

Autorin Eleonora Nägele

Matrikelnummer: [REDACTED]

Departement Gesundheit  
Institut für Gesundheitswissenschaften  
Studienjahr: 2020

Eingereicht am: 30.04.2020

Begleitende Lehrperson: Nadine Volkmer

**Bachelorarbeit  
Gesundheits-  
förderung und  
Prävention**

## Abstract

**Einleitung:** Die Relevanz von Stress als einem wichtigen Risikofaktor für die psychische und physische Gesundheit gewinnt an Bedeutung. Stressbewältigung und Stressresistenz werden zunehmend in allen Lebensphasen und Settings gebraucht, um die psychische, körperliche und soziale Gesundheit zu erhalten.

**Fragestellungen:** Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, die gesellschaftliche Bedeutung von Stress im Arbeitsleben zu beleuchten, verschiedene Interventionsansätze zur Stressprävention aufzuzeigen sowie Empfehlungen für eine wirksame Stressprävention im betrieblichen Kontext abzuleiten.

**Methode:** Zu Beginn wurde das genannte Ziel zur Themeneingrenzung durch eine selektive Literaturrecherche bearbeitet. Danach erfolgte eine systematische Literaturrecherche in fünf Datenbanken. Insgesamt wurden 11 Studien in die Arbeit miteinbezogen.

**Ergebnisse:** Die bestehende empirische Evidenz verdeutlicht, dass Arbeitsstress ein prävalentes und ernst zu nehmendes Gesundheitsrisiko darstellt, das mit erheblichen gesellschaftlichen Kosten verbunden ist, sich aber, wie verschiedene Beispiele zeigen, mit entsprechenden Interventionen abmildern lässt. Durch die systematische Literaturrecherche wurden diverse Ansätze identifiziert, welche zu einer wirksamen Stressprävention beitragen können.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse bezüglich wirksamer Interventionen zur Stressprävention sind heterogen. Dies kann praktisch nicht umgangen werden, da kein Betrieb und seine Mitarbeitenden je gleich sein werden. Es kann jedoch gesagt werden, dass Interventionen zur Stressprävention wirksam sind, im Gegensatz zu keiner Intervention.

**Keywords:** Stress, gesellschaftliche Bedeutung, Stressprävention, betrieblicher Kontext, Intervention, Wirksamkeit

## Vorwort und Dank

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	1
1.1 Einführung in die Thematik .....	1
1.2 Geschichtlicher Kontext.....	2
1.3 Problemdefinition, Zahlen aus der Schweiz.....	3
1.4 Relevanz für das Berufsfeld Gesundheitsförderung und Prävention.....	4
1.5 Begründung der Themenwahl und Eingrenzung des Themas.....	4
1.6 Fragestellung.....	5
1.7 Zielsetzung.....	5
1.8 Vorschau auf Inhalt und Struktur der Arbeit.....	5
<b>2. Theoretischer Hintergrund</b> .....	6
2.1 Begriffsdefinitionen .....	6
2.1.1 Stress.....	6
2.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention .....	8
2.1.3 Settingansatz/ Lebensweltansatz.....	8
2.2 Bio-psycho-soziales Modell .....	9
2.3 Modell der Salutogenese .....	9
2.4 Stressmodelle.....	9
1. Biologisches Stresskonzept.....	9
2. Kognitiv-transaktionales Stresskonzept .....	10
<b>3. Methodik</b> .....	11
3.1 Bearbeitung der Fragestellungen .....	11
3.2 Selektive Recherche zur Eingrenzung der Thematik.....	11
3.3 Systematische Literaturrecherche.....	11
3.3.1 Key-Words.....	12
3.3.2 Ein- und Ausschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche	13
3.3.3 Literaturdatenbanken und Suchmaschinen .....	14
3.3.4 Bewertung der Qualität der Literatur .....	14
3.3.5 Methodisches Vorgehen.....	14
3.3.6 Datenanalyse .....	15
<b>4. Ergebnisse</b> .....	16
4.1 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche .....	16
4.1.2 Fragestellung 1: Welche gesellschaftliche Bedeutung hat Stress im Arbeitsleben?.....	16
4.1.3 Fragestellung 2: Gibt es wirksame Interventionen zur Stressprävention im betrieblichen Kontext?.....	17
4.2 Studien im Detail.....	19
4.2.1 Studie A: Elfering, Brunner, Igic, Keller und Weber, 2016 .....	26
4.2.2 Studie B: Glasscock, Carstensen und Dalgaard, 2018.....	27
4.2.3 Studie C: Gerhardt, Keller, Holtforth, de Wijn, Schöni und Elfering, 2015 .....	28
4.2.4 Studie D: Pieter und Wolf, 2013 .....	29
4.2.5 Studie E: SWiNG Pilotstudie zur Stressprävention in Schweizer Grossbetrieben, Gesundheitsförderung Schweiz, Schlussbericht der Evaluation, 2011 .....	31
4.2.6 Studie F: Limm, Gündel, Heinmüller, Marten-Mittag, Nater, Siegrist und Angerer, 2010 .....	32

4.2.7 Studie G: Richardson und Rothenstein, 2008.....	34
4.2.8 Studie H: Bamberg und Busch, 2006.....	35
4.3 identifizierte Ansätze und Herausforderungen/ Lücken .....	37
<b>5. Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>39</b>
5.1 Zusammenfassung der Resultate zur Fragestellung 2 .....	39
5.2 Diskussion zur gesellschaftlichen Bedeutung von Stress im Arbeitsleben...	40
5.3 Diskussion der identifizierten Herausforderungen/ Lücken zur Stressprävention im betrieblichen Kontext.....	40
5.4 Bezug zur Fragestellung und zum theoretischen Hintergrund.....	44
5.5 Theorie-Praxis-Transfer .....	45
<b>6. Schlussfolgerungen .....</b>	<b>48</b>
6.1 Prägnante Schlussfolgerungen .....	48
6.2 Empfehlungen für eine nachhaltige Stressprävention .....	48
6.3 Zukunftsaussicht und offene Fragen.....	49
6.4 Limitationen der Bachelorarbeit.....	50
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>51</b>
Literaturverzeichnis gefundene Artikel.....	53
<b>Weitere Verzeichnisse .....</b>	<b>54</b>
Abbildungsverzeichnis.....	54
Tabellenverzeichnis .....	55
Abkürzungsverzeichnis .....	57
<b>Eigenständigkeitserklärung und Wortzahl.....</b>	<b>58</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>59</b>
Anhang I: Rechercheprotokoll.....	59
Anhang II: Zusammenfassungen und Bewertungen der sieben eingeschlossenen Studien.....	70

## 1. Einleitung

In diesem Kapitel wird in das Thema der vorliegenden Bachelorarbeit eingeführt und die Relevanz der gewählten Thematik für die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention beleuchtet. Ausserdem werden die Fragestellungen sowie die Zielsetzung der Arbeit aufgezeigt. Der letzte Abschnitt enthält eine inhaltliche und strukturelle Vorschau auf die vorliegende Arbeit.

### 1.1 Einführung in die Thematik

Stress ist ein ebenso vielschichtiger Begriff wie beispielsweise jener der psychischen Gesundheit. Bei einem aktuellen Stressgeschehen lassen sich drei Ebenen oder Aspekte voneinander unterscheiden (auch «Stress-Ampel» genannt):

1. Die äusseren belastenden Bedingungen und Situationen, welche als Stressoren bezeichnet werden.
2. Die körperlichen und psychischen Antworten des Organismus auf diese Belastungen, die als Stressreaktionen bezeichnet werden.
3. Individuelle Motive, Einstellungen und Bewertungen, mit denen das Individuum an die potenziell belastende Situation herangeht und welche häufig mitentscheidend sind, ob überhaupt und wenn ja, heftig Stressreaktionen auftreten. Diese werden persönliche Stressverstärker genannt (Kaluza, 2018).

Stress ist dann gegeben, wenn zwischen inneren und äusseren Anforderungen und Belastungen einerseits, und inneren und äusseren Ressourcen andererseits, auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene ein Ungleichgewicht entsteht (Habermann, 2017).

Objektiv wird Stress als mögliche gesundheitsschädigende Belastung eine grundsätzlich negative Bedeutung zugeschrieben. Stressoren, wie zu Beginn erwähnt, werden im Sinn von potenziell krankmachenden Anforderungen oder Belastungen als Stressfaktoren oder Ursachen von Stress verstanden. Stressoren sind stressrelevante Risikofaktoren. Man versteht darunter alle Bedingungen, die eine Stressreaktion auslösen. Sie unterteilen sich in physische Stressoren (z.B. Lärm, Hitze usw.), psychische Stressoren (z.B. Überforderung, Zeitmangel usw.), Leistungsstressoren (z.B. Zeitdruck) und soziale Stressoren (z.B. Mobbing) (Kaluza, 2018).

Der Begriff der Stressreaktion bezeichnet zusammenfassend alle Prozesse, die aufseiten der betroffenen Person als Antwort auf einen Stressor in Gang gesetzt werden. Diese können auf folgenden Ebenen ablaufen:

Auf der *körperlichen Ebene* kommt es zu einer Vielzahl von Veränderungen, die insgesamt zu einer körperlichen Aktivierung und Energiemobilisierung führen (z.B. ein schnellerer Herzschlag).

Die *behaviorale Ebene* der Stressreaktion umfasst das sogenannte «offene» Verhalten, welches von Aussenstehenden beobachtbar ist (z.B. hastiges und ungeduldiges Verhalten).

Die *kognitiv-emotionale Ebene* der Stressreaktion erfasst das «verdeckte» Verhalten, welches für Aussenstehende nicht direkt sichtbar ist (z.B. Gefühle der Nervosität) (Kaluza, 2018).

Belastungen führen nicht automatisch zu Krankheit. Stehen den Stressoren angemessene innere und äussere Ressourcen und Schutzfaktoren gegenüber, welche eine Stressbewältigung ermöglichen und ein Gleichgewicht herstellen, so ergibt sich eine erwünschte Herausforderung. Herausforderungen sind eine Voraussetzung für Entwicklung, Lebens- und Sinnerfüllung sowie für Wohlbefinden und psychische Gesundheit (Kaluza, 2018).

## 1.2 Geschichtlicher Kontext

Im modernen wissenschaftlich- medizinischen Zusammenhang wurde Stress erstmals 1944 im Index der Psychological Abstract genannt. Einer der ersten Stressforscher, Hans Selye, verwendete den Begriff erstmals um 1950. Durch Selyes Arbeiten wurde der Begriff bekannt. Auf ihn geht auch die Unterscheidung zwischen Distress und Eustress, also zwischen negativ und positiv erlebtem Stress, zurück. Auf diese zwei Stressformen wird unter 2.1.1 genauer eingegangen. Selye sah Stress als eine unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Form von Belastung an. Mit dem aus der Physik abgeleiteten Begriff beschrieb er einen körperlichen Belastungszustand, der gekennzeichnet ist durch Anspannung und Widerstand gegenüber äusseren Stressoren (Habermann, 2017).

### 1.3 Problemdefinition, Zahlen aus der Schweiz

Der soziale Wandel, welcher voraussichtlich weiter bestehen wird, sowie der wachsende wirtschaftliche Druck, führen zu einer Zunahme von chronischen Belastungen und Mehrfachbelastungen. Die Relevanz von Stress als einem der wichtigsten Risikofaktoren für die psychische und physische Gesundheit gewinnt an Bedeutung. Der Risikofaktor Stress erhöht die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen einschliesslich Depressionen, Mortalität und Suizidrate (Elfering, Brunner, Igic, Keller, & Weber, 2016).

34.4% aller Erwerbstätigen fühlen sich gemäss der SECO-Studie von 2010 «häufig» bis «sehr häufig» gestresst. Im Jahr 2000 betrug der Anteil derjenigen Personen, die sich «häufig» oder «sehr häufig» gestresst gefühlt hatten, 27%, was deutlich weniger ist. Analog dazu ist keine Abnahme der Anteile an «nie» oder «manchmal» gestressten Personen in den letzten 10 Jahren festzustellen. 31% der Befragten sahen ihre Gesundheit durch ihre Arbeit beeinträchtigt. 17% gaben an, dass diese Gesundheitsbeeinträchtigung durch Stress bei der Arbeit hervorgerufen wurde (SECO, Stressstudie, 2010).

Neuere Auswertungen vom Bundesamt für Statistik von 2017 besagen, dass der Anteil an Personen, die bei der Arbeit «meistens» oder «immer» unter Stress stehen, sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern von 18% im Jahr 2012 auf 21% im Jahr 2017 gestiegen ist. Damit gehört Stress zu den psychosozialen Risiken, die am stärksten zugenommen haben. Besonders deutlich war der Anstieg bei den Erwerbstätigen unter 30 Jahren, nämlich von 19% auf 25%. Der Anteil an gestressten Personen wächst in allen Branchen, signifikant ist der Anstieg aber vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen (von 18% auf 23%) (BFS, SGB Arbeit und Gesundheit, 2017).

Die Last psychischer und physischer Krankheiten wird ohne gezielte und wirksame Massnahmen weiter steigen und ein noch wichtigerer sozialer und volkswirtschaftlicher Faktor werden (Elfering et al., 2016).

#### 1.4 Relevanz für das Berufsfeld Gesundheitsförderung und Prävention

Die psychische Gesundheit mit der Fokussierung auf das Thema Stress ist von grosser Relevanz für Public Health. Psychische Störungen und Krankheiten, Stress und Stressoren beeinträchtigen nicht nur das Empfinden des Individuums, sondern haben auch Auswirkungen auf die soziale Integration (Elfering et al., 2016).

Mit dem Fokus auf arbeitsbedingten Stress bringt dies weitreichende Kosten mit sich. Es sind nicht nur die Verluste, die den Unternehmen aufgrund von Fehlzeiten und geringerer Produktivität entstehen. Die Kosten der gesundheitlichen Beeinträchtigung und der verringerten Lebensqualität haben auch die Betroffenen selbst zu tragen. Und schliesslich zahlen auch die nationalen Volkswirtschaften und die Gesellschaft einen hohen Preis. Wo und in welcher Höhe diese Kosten anfallen, ist von grosser gesellschaftlicher Bedeutung. Dies bildet die Grundlage für die Ausgestaltung passender Massnahmen und schafft gleichzeitig auf politischer Ebene die Basis für die gezielte Mobilisation finanzieller Mittel (z. B. für Prävention, Ausbau von Gesundheitsleistungen und Forschung) (Elfering et al., 2016).

Wie bereits unter Punkt 1.3 erwähnt, litten 2017 21% der Erwerbstätigen an ihrem Arbeitsplatz «meistens» oder «immer» unter Stress, im Jahre 2012 waren es 18%. Eine Tendenz zur Abnahme ist aktuell nicht festzustellen. (BFS, SGB Arbeit und Gesundheit, 2017). Diese Darlegung der Fakten ergibt einen Handlungsbedarf für das Berufsfeld Gesundheitsförderung und Prävention. Stressbewältigung und Stressresistenz werden zunehmend in allen Lebensphasen und Settings gebraucht, um die psychische, körperliche und soziale Gesundheit erhalten zu können (Kaluza, 2018).

#### 1.5 Begründung der Themenwahl und Eingrenzung des Themas

Die Autorin dieser Arbeit möchte die Relevanz des Thema Stress in der Gesellschaft darstellen. Die weitreichenden Folgen und Auswirkungen von Stress sollen erörtert werden. Der Bezug zur Arbeitswelt und den vorhandenen Interventionen zur Stressprävention wird deshalb gemacht, weil ein grosser Teil der Schweizer Bevölkerung erwerbstätig ist. Zudem wird das studienbezogene Praktikum der Autorin in einem betrieblichen Gesundheitsmanagement absolviert.

## 1.6 Fragestellung

Für diese Arbeit wurden zwei Fragestellungen formuliert:

- 1. Welche gesellschaftliche Bedeutung hat Stress im Arbeitsleben?**
- 2. Gibt es wirksame Interventionen zur Stressprävention im betrieblichen Kontext?**

## 1.7 Zielsetzung

Es wurden folgende drei Ziele formuliert:

1. Darlegen welche gesellschaftliche Bedeutung Stress im Arbeitskontext hat, da ein grosser Teil der Schweizer Bevölkerung erwerbstätig ist.
2. Aufzeigen, von verschiedenen Interventionsansätzen zur Stressprävention im betrieblichen Kontext.
3. Aufgrund der Erkenntnisse zu der Wirksamkeit der Interventionen, Empfehlungen zur betrieblichen Stressprävention aufzeigen.

## 1.8 Vorschau auf Inhalt und Struktur der Arbeit

Diese Bachelorarbeit folgt dem Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit. Im Kapitel 2, theoretischer Hintergrund, werden Begriffe und Modelle erläutert, die für diese Arbeit relevant sind. Das Kapitel Methodik beschäftigt sich mit der selektiven und der systematischen Literaturrecherche. Neben Key-Words und Ausschlusskriterien für die systematische Literatursuche wird aufgezeigt, in welchen Datenbanken nach Literatur gesucht wurde und anhand welcher Qualitätsinstrumente diese beurteilt wurden. Im Kapitel 4 werden die Ergebnisse der selektiven und systematischen Literaturrecherche aufgezeigt. Diese Ergebnisse werden im Kapitel Diskussion aufgegriffen und kritisch diskutiert. Abgeschlossen wird die Arbeit mit dem Kapitel 6, welches die Schlussfolgerungen enthält.

Der Anhang enthält das detaillierte Rechercheprotokoll der systematischen Literaturrecherche sowie die Qualitätschecks und Datenextraktionstabellen der eingeschlossenen Projekte und Studien.

## 2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden für diese Arbeit zentrale Begriffe und Ansätze ausgeführt und voneinander abgegrenzt. Zudem werden relevante Modelle erläutert.

### 2.1 Begriffsdefinitionen

#### 2.1.1 Stress

Der Begriff Stress wird je nach Disziplin und theoretischem Ansatz unterschiedlich definiert, was eine allgemeine Stressdefinition erschwert. Im folgenden Absatz wird dies genauer erläutert.

**Stress** wird als eine erhöhte Beanspruchung bzw. Belastung physischer oder psychischer Art definiert (Duden, 2019).

Der Begriff Stress leitet sich vom lateinischen Verb «stringere» ab und bedeutet wörtlich übersetzt «zusammendrücken» oder «zusammenziehen» (Litzcke, Pletke, & Schuh, 2013). Der im heutigen Sprachgebrauch verwendete Begriff stammt jedoch aus dem Englischen und führt auf das Testen von verschiedenen Materialien auf ihre Belastbarkeit zurück. Der Naturwissenschaftler Hans Selye (1907-1982) geht davon aus, dass bedeutende Umweltbelastungen wie Hitze oder Kälte eine unbestimmte Alarmreaktion beim Individuum hervorrufen (Litzcke et al., 2013).

Da nicht jede Belastung gleich als Stress empfunden wird, unterscheiden manche Stressforscher Disstress und Eustress. Es wird dann von einem **Disstress** gesprochen, wenn ein Missverhältnis besteht zwischen den Anforderungen, die an eine Person gestellt werden, und den Möglichkeiten und Fähigkeiten dieser Person, diese Anforderungen zu kontrollieren bzw. zu bewältigen. Somit besteht ein subjektiv wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen den inneren und/oder äusseren Anforderungen, denen ein Mensch ausgesetzt ist, und seinen Handlungsmöglichkeiten. Der betroffene Mensch empfindet dieses Ungleichgewicht als unangenehm (Habermann, 2017).

Stressoren oder Stressfaktoren sind in diesem Zusammenhang innere und äussere Reize, die auf den Menschen einwirken und dadurch eine Reaktion bei ihm auslösen. Nicht bei jedem Menschen erzeugt derselbe Reiz Stress. Ob ein Reiz bei einem Menschen zur Entstehung von Stress führt, hängt davon ab, wie der Betroffene das Geschehen bewertet. Disstress entsteht vor allem in Situationen, denen man sich hilflos ausgeliefert fühlt, in denen man keine Möglichkeit sieht, etwas an dieser

Situation zu ändern. **Eustress** entsteht dann, wenn eine auf einen Menschen einwirkende Tätigkeit oder ein Zustand nicht als Belastung empfunden wird. Disstress ist dagegen wie oben erwähnt, Stress der als unangenehm empfunden wird. Er hat negative körperliche, geistige und seelische Folgen für den Betroffenen (Habermann, 2017).

Die entsprechenden Disziplinen und die verschiedenen theoretischen Ansätze, welche die Beziehung zwischen Stress und Einflüssen auf die Gesundheit untersuchen, definieren wie oben erwähnt den Begriff Stress unterschiedlich. So ist es nicht möglich, eine allgemein gültige Stressdefinition zu finden. Im gesundheitswissenschaftlichen Bereich liegt aufgrund der komplexen geschichtlichen Entwicklung des Stresskonzeptes und der Verknüpfung mit unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen eine allgemeingültige einheitliche Definition von Stress derzeit ebenfalls nicht vor (Kaluza, 2018).

Somit markiert der Begriff Stress ein interdisziplinäres Feld, das versucht, eine biopsychosoziale Perspektive in den Blick zu nehmen. In der Stressforschung werden folgende Disziplinen unterschieden:

- Die *biomedizinische Stressforschung*, welche die komplexen körperlichen Antworten des Organismus auf psychosoziale Belastungen und deren Bedeutung für die Gesundheit erforscht.
- Die *sozialepidemiologische und (medizin-)soziologische Stressforschung*, welche die Qualität und Quantität von psychosozialen Belastungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit untersucht.
- Die *psychologische Stressforschung*, welche sich v.a. mit der kognitiven und emotionalen Verarbeitung von Belastungen befasst und individuelle Prozesse der Bewertung und Bewältigung als zentrale Mediatoren des Zusammenhangs zwischen psychosozialen Belastungen und Gesundheit darstellt.
- Die *salutogenetische Perspektive*, welche sich mit sozialen und personalen gesundheitlichen Schutzfaktoren befasst und auf die der Einzelne bei der Bewältigung von Belastungen als Ressourcen zurückgreifen kann (Kaluza, 2018). Diese Perspektive wird unter Punkt 2.3 nochmals aufgegriffen und genauer erläutert.

### *2.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention*

In der Ottawa-Charta (1986) wird Gesundheitsförderung als «Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen» definiert. Zudem zielt Gesundheitsförderung auf die Schaffung von Lebensbedingungen ab, in denen sich Menschen unter Berücksichtigung persönlicher Kompetenzen gesund entwickeln können.

Prävention bedeutet im wörtlichen Sinne, einer Krankheit «zuvorzukommen». Ziel der Prävention ist die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, aber auch jene von einzelnen Bevölkerungsgruppen oder Personen (Egger, 2014).

### *2.1.3 Settingansatz/ Lebensweltansatz*

Ein Setting ist ein Sozialzusammenhang, in dem sich Menschen in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Dieser soziale Zusammenhang ist relativ dauerhaft und seinen Mitgliedern auch subjektiv bewusst. Er drückt sich durch formale Organisation (z.B. Betrieb, Schule), regionale Situation (z.B. Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslage (z.B. Rentner/ Rentnerinnen), gemeinsame Werte (z.B. Religion) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale aus. Ein Setting bezeichnet daher immer auch ein abgegrenztes soziales System, das zum Zwecke einer Intervention der Gesundheitsförderung definiert wird und in dem die für die konkreten Massnahmen der Gesundheitsförderung notwendigen Entscheidungen und fachlichen Massnahmen gesetzt werden (BZgA, 2020).

Der Settingansatz fokussiert die Lebenswelt von Menschen und damit die Rahmenbedingungen, in denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. Es resultiert somit die Erkenntnis, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisationaler Umwelt sowie persönlicher Lebensweisen sind (BZgA, 2020).

Im nächsten Abschnitt 2.2 wird ein zentrales Modell der Gesundheitsförderung und Prävention, das bio-psycho-soziale Modell, genauer erläutert.

## 2.2 Bio-psycho-soziales Modell

Durch das biopsychosoziale Modell wurde das biomedizinische Krankheitsmodell abgelöst und durch die sozialen, psychologischen, biologischen und kulturspezifischen Dimensionen von Krankheit und Gesundheit ergänzt. Somit lassen sich Entstehung, Verlauf und Heilung von Krankheit bzw. Entstehung, Erhalt und Ausbau von Gesundheit nicht ausschliesslich biochemisch erklären, sondern nur unter Einbezug des Sozialverhaltens, der Lebensumstände und der subjektiven Befindlichkeit. Die Vorteile des bio-psycho-sozialen Modells, liegen in seiner universellen Public-Health Perspektive. (Steinmann, 2005).



## 2.3 Modell der Salutogenese

Das Modell der Salutogenese von A. Antonovsky beschäftigt sich mit der Entstehung der Gesundheit und den dahinterliegenden Prozessen. Es steht für den Ansatz der Ressourcenorientierung, der sich zur Vorbeugung von Krankheiten beziehungsweise zur Förderung von Gesundheit, auf die Stärkung individueller Ressourcen sowie Schutzfaktoren konzentriert (schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, 2019).

## 2.4 Stressmodelle

### 1. Biologisches Stresskonzept

Unser Körper reagiert auf Stressoren in einer uns angeborenen, spezifischen Art und Weise. Wenn wir uns bedroht fühlen, kommt es zu einer Stressreaktion, die immer gleich abläuft. Situationen, die von uns als Gefahr eingestuft werden, setzen ein Alarmsystem in Gang, das verschiedene körperliche Reaktionen hervorruft. Dabei werden u.a. Stresshormone wie Adrenalin und Cortisol ausgeschüttet. Diese sorgen v.a. dafür, dass dem Körper Energie in Form von Zucker oder Fett zur Verfügung gestellt wird und dass in den Muskeln ausreichend Blut vorhanden ist.

Die Stressreaktion ist aus entwicklungsgeschichtlicher Sicht eine sehr alte, sinnvolle Reaktion. Unsere menschlichen und tierischen Vorfahren wurden dadurch in die Lage versetzt, bei plötzlicher Gefahr (z.B., wenn sie einem wilden Tier gegenüberstanden) so schnell wie möglich zu reagieren (Habermann, 2017).

## 2. Kognitiv-transaktionales Stresskonzept

Das kognitiv-transaktionale Stresskonzept von Lazarus et al. setzt beim Prozess der Wechselwirkung und aktiven Auseinandersetzung zwischen Person, Situation und der Umwelt an.

Wie Abbildung 2 aufzeigt, ist dabei die zweistufige Bewertung und Interpretation der Stresssituation entscheidend, primär bezüglich Schädigung und Bedrohung wichtiger Ziele und sekundär in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Stressbewältigung (Coping) (Burnout-Info o.J.).



### 3. Methodik

Um die formulierte Fragestellung zu beantworten, wurden Literaturrecherchen durchgeführt. Der methodische Teil dieser Arbeit befasst sich in einem ersten Schritt mit der selektiven Literaturrecherche zum Thema Stress in der Arbeitswelt, um einen Überblick zu gewinnen. Im zweiten Teil wird durch die systematische Literaturrecherche nach der gesellschaftlichen Bedeutung von Stress im Arbeitsleben und nach wirksamen Interventionen der Stressprävention im betrieblichen Kontext gesucht. Dies wird schliesslich erläutert.

#### 3.1 Bearbeitung der Fragestellungen

Nachfolgende Tabelle beschreibt die methodischen Vorgehensweisen zur Bearbeitung der Fragestellungen dieser Arbeit.

[Redacted]	
[Redacted]	[Redacted]

#### 3.2 Selektive Recherche zur Eingrenzung der Thematik

Um die Thematik eingrenzen zu können und die Fragestellungen zu konkretisieren, wurde zu Beginn eine selektive Recherche in den Internetdatenbanken durchgeführt. Aufbauend auf diesem Wissensstand wurde mit einer systematischen Recherche, welche unter Punkt 3.3 genauer erläutert wird, weitergesucht.

#### 3.3 Systematische Literaturrecherche

Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche wurden beide Fragestellungen bearbeitet. Bei der Fragestellung eins «Welche gesellschaftliche Bedeutung hat Stress im Arbeitsleben?» wurde systematisch gesucht, jedoch wurde die gefundene Literatur nicht tabellarisch zusammengefasst oder nach ihrer Qualität beurteilt. Die Fragestellung zwei «Gibt es wirksame Interventionen zur Stressprävention im betrieblichen Kontext?» wurde anhand einer systematischen Recherche, einer tabellari-schen Zusammenfassung sowie eines Qualitätschecks bearbeitet.



### 3.3.2 Ein- und Ausschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden für die systematische Literaturrecherche definiert.



Für das Ausschlusskriterium «vergleichbare Länder» wurden nur OECD- Staaten mit einer Beschäftigungsquote von über 68.7% berücksichtigt. Anhand dieser Kriterien wurden für diese Arbeit folgende Länder als mit der Schweiz vergleichbar definiert: Israel, Irland, Ungarn, Portugal, USA, Lettland, Slovenien, Finnland, Litauen, Österreich, Australien, Kanada, England, Dänemark, Tschechien, Estland, Norwegen, Deutschland, Schweden, Neuseeland, Japan, Holland und Island (OECD, 2020, Employment rate indicator).

### *3.3.3 Literaturdatenbanken und Suchmaschinen*

Durch Lesen der Beschreibungen von Datenbanken erfolgte die systematische Literaturrecherche in folgenden elektronischen Literaturdatenbanken und Internetsuchmaschinen aus verschiedenen Fachrichtungen:

- PubMed
- Livivo
- Google Scholar
- PubPsych
- Google

### *3.3.4 Bewertung der Qualität der Literatur*

Die Beurteilung der Qualität der Literatur bezieht sich auf die Checkliste zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen (Methodenhandbuch Version 01.2013) sowie auf die Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen (Du Prel et al., 2009), welche im Bericht «Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung» veröffentlicht wurden. Anhand dieser Checklisten ist es möglich, die statistische und methodische Qualität der quantitativen Studien einzuschätzen. Somit können Studien mit einer ungenügenden Qualität ausgeschlossen werden (Haas, Breyer, Knaller, & Weigl, 2013).

Für die Beurteilung von Evaluationsberichten wurde die Checkliste «Kriterien zur Beurteilung von Evaluationsberichten» (Departement des Inneren, Bundesamt für Gesundheit, 2016) verwendet.

### *3.3.5 Methodisches Vorgehen*

Für die systematische Literaturrecherche wurden englische und deutsche Key-Words definiert, welche in der Tabelle 2 und 3 ersichtlich sind. Über Advanced-Search, All fields oder mit einer Syntax wurde in den unter Punkt 3.3.3 bereits erwähnten wissenschaftlichen Datenbanken und Internetsuchmaschinen nach Literatur gesucht. Im Rechercheprotokoll, welches im Anhang I ersichtlich ist, wurde festgehalten wie viele Ergebnisse mit welchen Keywords in den verschiedenen Datenbanken erzielt werden konnten. In Google wurde gezielt nach dem Projekt SWiNG gesucht auf welches die Autorin im Rahmen ihres Praktikums aufmerksam gemacht wurde.

Um die Anzahl der Ergebnisse weiter einzuschränken, wurden in den Literaturliteraturdatenbanken unterschiedliche Filteroptionen angewendet, welche sich mit den Ausschlusskriterien deckten.

In einem weiteren Schritt wurden die Studien und Projekte anhand ihrer Titel, Abstracts und Studieninformationen geprüft, um die Suchergebnisse anhand der vordefinierten Ausschlusskriterien weiter einzuschränken.

Anschliessend wurden die eingeschlossenen Publikationen gelesen, wobei der Einleitung, den Resultaten und dem Diskussionsteil besondere Aufmerksamkeit galt.

Für die Fragestellung eins wurden vier Artikel (N=4) ins Rechercheprotokoll aufgenommen und in die Arbeit eingeschlossen.

Insgesamt wurden für die Fragestellung zwei 14 Artikel ins Rechercheprotokoll aufgenommen. Nach dem kritischen Lesen der Volltexte der 14 Veröffentlichungen wurden sieben weitere Studien ohne Qualitätscheck ausgeschlossen. Die wissenschaftlichen Veröffentlichungen (N=7) wurden auf ihre statistische und methodische Qualität geprüft. Keine der Studien wurde aufgrund mangelhafter wissenschaftlicher Qualität ausgeschlossen. Am Ende konnten sieben Veröffentlichungen für die Bearbeitung dieser Arbeit eingeschlossen werden.

### *3.3.6 Datenanalyse*

Die Daten zur Fragestellung eins wurden aus zeitlichen Gründen nicht zusammengefasst. Zudem wurden auch keine Qualitätschecks durchgeführt.

Die wichtigsten Daten aus den ausgewählten Studien wurden zur Bearbeitung der Fragestellung zwei, extrahiert und in einer Datenextraktionstabelle dargestellt. Bei der Erstellung der Datenextraktionstabelle wurden das Beispiel von Popay et al., (2006) sowie die AICA-Hilfstabelle als Vorlage genommen. Die verwendete Vorlage wurde angepasst. Das Beispiel von Popay et al. wurde im Bericht «Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung» veröffentlicht (Haas et al., 2013). Alle Datenextraktionstabellen mit Informationen zu den Studien und Projekten sind im Anhang II: Zusammenfassungen und Bewertungen ersichtlich.

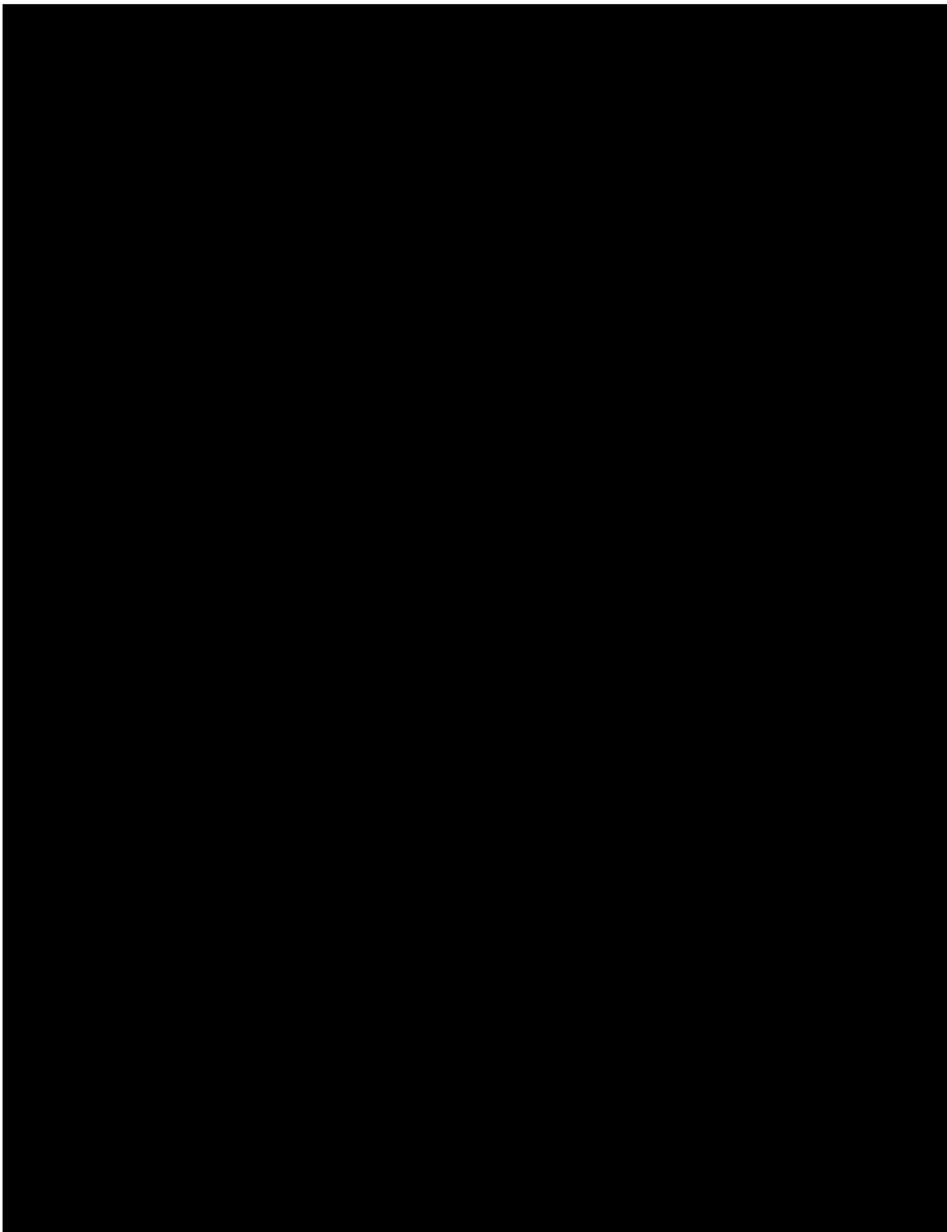
## 4. Ergebnisse

In dem nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche präsentiert. In diesem Kontext werden die Fragestellungen «Welche gesellschaftliche Bedeutung hat Stress im Arbeitsleben?» und «Gibt es wirksame Interventionen zur Stressprävention im betrieblichen Kontext?» beantwortet. Die Ergebnisse, welche zu Beginn mit der selektiven Literaturrecherche gemacht wurden, werden hier nicht einbezogen, da dies zur Eingrenzung des Themas gedient hat und somit hier als nicht relevant erachtet wird.

### 4.1 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

#### *4.1.2 Fragestellung 1: Welche gesellschaftliche Bedeutung hat Stress im Arbeitsleben?*

Durch die systematische Literaturrecherche, welche in untenstehender Abbildung grafisch dargestellt wird, konnten N=4 wissenschaftliche Publikationen identifiziert und eingeschlossen werden. Die eingeschlossenen Artikel sind: Gesellschaftliche Bedeutung und Kosten von Stress von Elfering et al, (2016), Stressestudie 2010: Stress bei Schweizer Erwerbstätigen, Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland von Hapke et al. (2013) sowie der Job-Stress-Index (2018) von Gesundheitsförderung Schweiz. Die eingeschlossenen Studien stammen alle aus der Schweiz und Deutschland. Bei den eingeschlossenen Studien handelt es sich um ein wissenschaftliches Paper. Eine Studie erhebt ihre Daten qualitativ durch Interviews. Eine weitere wendet den Mixed-Methods-Ansatz durch Befragungen, Untersuchungen und Tests an. Quantitative Daten erhebt zudem eine Studie durch Online-Befragungen. Weitere Details können dem Anhang I: Rechercheprotokoll entnommen werden.



#### *4.1.3 Fragestellung 2: Gibt es wirksame Interventionen zur Stressprävention im betrieblichen Kontext?*

Durch die systematische Literaturrecherche, welche in untenstehender Abbildung grafisch dargestellt wird, konnten N= 6 wissenschaftliche Publikationen und N=1 Projekt identifiziert und eingeschlossen werden. Bei den Studien handelt es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) von Glasscok, Carstensen und Dalgaard (2018), ein systematischer Review von Gerhardt et al. (2015), ein metaanalytischer Review von Pieter und Wolf (2013), eine Swing Pilotstudie von Gesundheitsförderung Schweiz (2011), eine RCT von Limm et al. (2010), eine Metaanalyse von

Richardson und Rothstein (2008) und eine Metaanalyse von Bamberg und Busch (2006). Die hier eingeschlossenen Studien stammen aus der Schweiz, Deutschland, Dänemark und den USA. Weitere Details können dem Anhang I: Rechercheprotokoll entnommen werden.



## 4.2 Studien im Detail

Die nachfolgende Tabelle 5 zeigt eine Kurzzusammenfassung über die eingeschlossene Studie zur Fragestellung eins. Auf die andere Literatur wird im Diskussionsteil Stellung genommen. In den Ergebnissen wurde nur eine Studie aufgeführt, da diese Arbeit sonst zu umfassend wäre und die ausgewählte Studie von Elfering et al. (2016) die Aussagen der anderen drei Studien stützt.

Die Tabelle 6 zeigt eine Übersicht über die sieben eingeschlossenen Studien zur Fragestellung zwei.

Im Anschluss folgt eine detaillierte Beschreibung der eingeschlossenen Publikationen. Im Anhang II: Zusammenfassungen und Bewertungen der sieben eingeschlossenen Studien sind ausführlichere Zusammenfassungen und Bewertungen der eingeschlossenen Studien zu finden.





---

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

---

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[Redacted text block]

[Redacted text block]





#### *4.2.1 Studie A: Elfering, Brunner, Igic, Keller und Weber, 2016*

In dieser Publikation wird die gesellschaftliche Bedeutung von Stress anhand der Verbreitung von Stress in der Population und der durch Stress bedingten gesellschaftlichen, organisationalen und individuellen Kosten dargestellt. Dabei erfolgt eine Einschränkung von Stress, welche aus der Erwerbstätigkeit erfolgt, da in diesem Bereich die zuverlässigsten Schätzungen vorliegen.

Stressoren in der Arbeit behindern den Aufbau von Ressourcen ausserhalb der Arbeit. Es zeigt sich, dass Stress in der Arbeit mit geringerer Lernaktivität und geringerer physischer Aktivität ausserhalb der Arbeit einhergeht. Die gesellschaftliche Bedeutung von Arbeitsstress liegt also auch in dem erhöhten Risiko einer passiven Freizeitgestaltung.

Arbeitsbedingter Stress verursacht vielfältige und weitreichende Kosten. Es sind nicht nur die Verluste, die Unternehmen aufgrund von Fehlzeiten und geringerer Produktivität entstehen. Die Kosten der gesundheitlichen Beeinträchtigung und der verringerten Lebensqualität haben auch die Betroffenen selbst zu tragen. Und schliesslich zahlen auch die nationalen Volkswirtschaften und die Gesellschaft einen Preis. Die Kenntnis darüber, wo und in welcher Höhe diese Kosten anfallen, ist von grosser gesellschaftlicher Bedeutung. Sie bildet die Grundlage für die Ausgestaltung passender Massnahmen und schafft gleichzeitig auf politischer Ebene die Basis für die gezielte Mobilisation finanzieller Mittel.

Die Daten, auf die sich nachfolgende Berechnungen stützen, stammen aus einer repräsentativen Telefonbefragung aus dem Jahr 1998. Dabei wurden 900 Erwerbspersonen unter anderem zu ihrer persönlichen Stresssituation befragt.

Lediglich 4.5 % sahen den Ursprung für ihren erlebten Stress in ihrem Privatleben. Alle anderen sahen die Quelle ihrer Belastungen in der Arbeit oder in der Kombination von Arbeit und Privatleben. In persönlichen Interviews mit 150 der Befragten wurden zusätzlich detaillierte Informationen zu Arbeitsabsenzen und Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, Physiotherapie sowie ärztlich und selbst verschriebene Medikamente erhoben.

Die stressbedingten Kosten, die sich dadurch pro Person ergeben, liegen zwischen 506–853 CHF pro Jahr für medizinische Leistungen und zusätzlichen 114–257 CHF pro Jahr für Selbstmedikation. Auf die Erwerbsbevölkerung hochgerechnet ergeben sich dadurch direkte jährliche Kosten in Höhe von 1.76 Milliarden CHF. Die Kosten

der Fehlzeiten schätzen sie auf 651–2'015 CHF pro Person und Jahr. Hochgerechnet entstehen den Schweizer Unternehmen dadurch jährliche Kosten von 2.43 Milliarden CHF. Die Kosten für Invaliden-Renten (IV) aufgrund übermässiger Arbeitsbelastungen schätzen die Autoren auf 432 Millionen CHF pro Jahr.

Insgesamt kommt die Studie für das Jahr 1998 somit auf einen Gesamtbetrag von 4.63 Milliarden CHF für direkte medizinische Kosten, Arbeitsabsenzen und IV-Renten, was einem Anteil von 1.4 % des Bruttoinlandprodukts (BIP) entspricht. Die indirekten Kosten von Arbeitsstress (ungünstige Stressoren-Ressourcen-Verhältnisse) liegen bei durchschnittlich 1'138 CHF pro Jahr. 40% davon entstehen durch krankheitsbedingte Fehlzeiten und 65% durch reduzierte Arbeitsleistung während der Arbeit (Präsentismus). Hochgerechnet entstehen den Schweizer Unternehmen dadurch stressbedingte Produktionsausfälle in Höhe von 5 Milliarden CHF (1.7 Milliarden durch Absentismus und 3.2 Milliarden CHF durch Präsentismus), was einem Anteil von 0.77% des BIP entspricht.

Die bestehende empirische Evidenz verdeutlicht, dass Arbeitsstress ein prävalentes und ernst zu nehmendes Gesundheitsrisiko darstellt, das mit erheblichen gesellschaftlichen Kosten verbunden ist, sich aber, wie Interventionsbeispiele zeigen, mit entsprechenden Interventionen abmildern lässt.

#### *4.2.2 Studie B: Glasscock, Carstensen und Dalgaard, 2018*

Die vorliegende Studie beinhaltet eine tertiäre Intervention mit sowohl individuellen als auch organisatorischen Elementen. Die Teilnehmenden sind zu Studienbeginn krankgeschrieben aufgrund arbeitsbedingter Stressreaktionen und Anpassungsstörungen. Die Studie wurde als prospektive randomisierte kontrollierte Studie mit einer Behandlungs- und Kontrollgruppe durchgeführt. Eine Stichprobengrösse von 120 Personen (60 pro Gruppe) war erforderlich. Die Intervention umfasste sechs einstündige Einzelsitzungen mit Cognitiv-Behavioural Therapy (CBT). Zudem wurde auf Wunsch des Arbeitnehmers der Arbeitgeber ebenfalls zu einzelnen Sitzungen eingeladen. Es gab relativ viele weibliche Beschäftigte aus dem öffentlichen Sektor (Krankenschwestern, Pflegehilfskräfte, Lehrerinnen, usw.). Nach zehn Monaten Nachbeobachtung erlebten beide Gruppen weniger Symptome und weniger wahrgenommenen Stress im Vergleich zur Ausgangssituation. In beiden Gruppen gab es einen grossen und signifikanten Einfluss der Zeit.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Reduktion der Symptome und der wahrgenommene Stress in den ersten vier Monaten am stärksten war. Nach zehn Monaten waren keine Unterschiede mehr auszumachen zwischen den Gruppen in den Symptomen und dem eigenen Stresserleben. Die Intervention führte nicht zu einer schnelleren Return to Work.

Glasscock, Carstensen und Dalgaard (2018) kommen zur Schlussfolgerung, dass Stressinterventionsprogramme wirksam sind im Vergleich zu gar keiner Behandlung, und kognitiv-verhaltensbezogene Behandlungen scheinen wirksamer zu sein als andere Behandlungen. Die bereits vorhandene Literatur zeichnet sich jedoch durch methodische Schwächen aus. Die meisten Studien werden in der Regel mit Freiwilligen durchgeführt. Nur wenige Studien haben die Probanden anhand eines hohen Ausgangsstressniveaus ausgewählt. Viele Stressbewältigungsmassnahmen sind Sekundärprävention, das heisst Programme, die versuchen, Stresssymptome zu reduzieren, bevor sie zu schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen führen. Eine weitere erwähnt Schwäche ist, dass die Interventionen entweder auf das Individuum oder den Arbeitsplatz fokussiert werden. Dies kann zu suboptimalen Ergebnissen führen. Es besteht der Bedarf an der Entwicklung und Bewertung von Interventionen mit einer Kombination aus individueller und organisatorischer Sicht.

Die ausführliche Zusammenfassung dieser Studie ist im Anhang II in der Tabelle 14 zu finden.

#### *4.2.3 Studie C: Gerhardt, Keller, Holtforth, de Wijn, Schöni und Elfering, 2015*

Im Rahmen eines Forschungsauftrags des Staatssekretariats für Wirtschaft der Schweiz führten Gerhardt et al. (2015) eine systematische Überprüfung durch, welche personen- und arbeitsorientierte Interventionen am Arbeitsplatz umfassten. Die Organisationsgrösse wurde berücksichtigt, um mögliche Unterschiede zwischen kleinen und mittleren Organisationen und grossen Organisationen zu untersuchen. Da es bereits viele Belege in Form von Übersichtsarbeiten gibt, wurde die von Montano et al. durchgeführte Überprüfung (2014) aktualisiert. Nach einer systematischen Literaturrecherche wurden schliesslich 77 Studien eingeschlossen. Diese setzten sich aus N=67 personenorientierten und N=10 arbeitsorientierten Interventionen zusammen, welche total 22'680 Teilnehmende enthielten. Durch die Kategorisierung der Interventionen versuchten Gerhardt et al. (2015) der Heterogenität der Studien

entgegenzuwirken. Bei der Analyse der Interventionsstudien ist zu erwähnen, dass 72 von 77 Studien mindestens von einem signifikanten Effekt der Intervention auf ein gesundheits- oder arbeitsverhaltensbezogenes Ergebnis berichteten.

Insbesondere Achtsamkeits- und Entspannungsinterventionen waren zwei der am häufigsten verwendeten Interventionsarten und schienen ebenfalls wirksam zu sein. Die Ergebnisse zeigten, dass in der jüngsten Forschungsperiode mehr personen- als arbeitsorientierte Interventionen durchgeführt wurden. Ein möglicher Grund für diesen Umstand könnte darin liegen, dass arbeitsorientierte Interventionen aufgrund der regulierten Arbeitsstruktur und Arbeitsbedingungen sowie der jüngsten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen schwieriger umzusetzen sind als personenorientierte Interventionen. Angesichts der grossen Anzahl verschiedener Interventionen, die in diesem Paper enthalten sind, konnte ein Überblick über die aktuelle Situation gegeben werden. Achtsamkeit und Entspannung sowie Fähigkeiten bei der Arbeitsintervention zeigten konsistente Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit. Ferner konnte hervorgehoben werden, dass die Fähigkeiten bei der Arbeit, kognitive und arbeitsorientierte Interventionen in kleinen und mittleren Organisationen konsistentere Auswirkungen zu zeigen schienen als in grossen Organisationen. Auch Achtsamkeit und Entspannung, Fertigkeiten bei der Arbeit und arbeitsorientierte Interventionen zeigten gute Effekte bei der Nachbereitung und damit eine gewisse Beständigkeit. Schliesslich zeigten die differenzierten Ergebnisse auch, dass arbeitsorientierte Interventionen bei sorgfältiger Umsetzung grosse Auswirkungen haben können.

Die ausführliche Zusammenfassung dieser Studie ist im Anhang II in der Tabelle 16 zu finden.

#### *4.2.4 Studie D: Pieter und Wolf, 2013*

Dieser metaanalytische Review von Pieter und Wolf (2013) hat das Ziel, die Wirkung von Interventionen zur Stressreduktion auf das psychische Wohlbefinden der Beschäftigten aufgrund von aktuellen Forschungsarbeiten zu erfassen. Die Primärstudien suchte von Pieter und Wolf (2013) erfolgte systematisch über wissenschaftliche Datenbanken. Es wurden total 15 Studien eingeschlossen. Insgesamt nahmen im Rahmen der Primärstudien 1'802 Personen an Interventionen zur Stressreduktion im betrieblichen Kontext teil. Die Versuchspersonen waren ca. 40 Jahre alt, häufig

fehlten jedoch die Altersangaben. 36.8% der Teilnehmenden waren weiblich und 63.2% männlich. Die Schwerpunkte lagen bei sechs Interventionen auf komplexen Stressmanagementmassnahmen, welche beispielsweise kognitive Anteile beinhalten. Vier Interventionen basierten auf dem Prinzip der Psychoedukation. Jeweils einmalig wurden ein Power-to-change-Programm, ein Yoga-Programm, ein Programm zur Akzeptanz sowie ein Programm mit diversen Einzelmethoden im Rahmen der Primärstudien durchgeführt.

Pieter und Wolf (2013) geben eine Effektstärke von  $d=0.41$  an, was einen mittleren Effekt der Interventionen auf das psychische Wohlbefinden aufzeigt. Aus den vorliegenden Ergebnissen lässt sich aufgrund des Interventionsmix in den Primärstudien die Frage, welche Interventionen besonders effektiv sind, empirisch letztlich nicht ausreichend beantworten. Weiterhin kann im Rahmen dieser Studie keine Aussage bezüglich der Langzeitwirkungen betrieblicher Gesundheitsförderung in Bezug auf Stressreduktion getroffen werden. Nur vereinzelt wurde im Rahmen der Primärstudien auch tatsächlich eine Follow-up Messung durchgeführt. Somit muss man konstatieren, dass immer noch empirisch fundierte Nachweise darüber fehlen, inwieweit betriebliche Gesundheitsförderungsmassnahmen in Bezug auf Stressreduktion wirksam sind und ob sich klinisch bedeutsame Vorteile für stressbelastete Beschäftigte ableiten lassen. Die durchgeführten Studien rekurrieren nur vereinzelt auf verschiedene Outcome-Ebenen (z. B. physiologische/psychologische Ebene und Organisationsebene).

Die klinische Signifikanz solch heterogener Studien zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist somit nur schwer festzustellen. In künftigen Studien sollte aus diesem Grund vermehrt auf ein randomisiert kontrolliertes Design im Feld geachtet werden. Auch sollten Follow-up Messungen durchgeführt werden, um die Langzeiteffekte der Interventionen überprüfen zu können. Weiterhin beleuchten derzeit noch zu wenige Studien die Wirkung von Interventionen im betrieblichen Kontext unter Bezugnahme organisationsbezogener Kriterien, wie beispielsweise der tatsächlichen Reduktion des Absentismus. Zusammenfassend kann man festhalten, dass betriebliche Stressbewältigungsinterventionen an einem umfangreichen Programm des betrieblichen Gesundheitsmanagements ausgerichtet sein sollten. Es gibt diesbezüglich jedoch einen grossen Bedarf an Interventionsstudien, um validere Erkenntnisse im Hinblick auf die Wirksamkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung zu gewinnen.

Die ausführliche Zusammenfassung dieser Studie ist im Anhang II in der Tabelle 18 zu finden.

#### *4.2.5 Studie E: SWiNG Pilotstudie zur Stressprävention in Schweizer Grossbetrieben, Gesundheitsförderung Schweiz, Schlussbericht der Evaluation, 2011*

Das Projekt «SWiNG – Stressmanagement, Wirkung und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung» wurde von Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) und dem Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) initiiert. Mit dem Projekt wurde ein Beitrag zur Gesundheit der erwerbstätigen Bevölkerung geleistet: In acht Pilotbetrieben mit über 5'000 Mitarbeitenden wurde 2008-2011 durch drei Anbieterfirmen ein Programm zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) umgesetzt.

Die ökonomische Evaluation konnte erstmalig für die BGF ein realistisches Bild des gesamten Aufwands eines solchen Prozesses zeichnen. Sie hat gezeigt, dass sich dieser Aufwand langfristig lohnt und wo Einsparungsmöglichkeiten vorhanden sind. SWiNG war ein Projekt für die breite Basis gesunder Erwerbstätiger. Mit diesem Projekt stärkten die Mitarbeitenden und Führungskräfte ihre Ressourcen, die sie benötigen, um auch weiterhin ihren Arbeitsalltag gut zu bewältigen. Somit erarbeitete die Evaluation Ergebnisse, die für die breite Belegschaft von Grossbetrieben gültig sind. Dies steht im Gegensatz zu Studien mit fokussierten Risikogruppen mit sehr spezifischen Problemen und Interventionen. Dadurch wurden folgende Empfehlungen abgeleitet: Nachhaltige Förderung der Arbeitsressourcen. Die durch SWiNG bewirkten Veränderungen sind auf lange Sicht und für viele Mitarbeitenden wirksam, wenn sie sich in der Struktur, Strategie und Kultur des Unternehmens etablieren. Deshalb sollen Stresspräventionsmassnahmen immer primär das Ziel verfolgen, ein gutes Verhältnis von Ressourcen und Belastungen in der breiten Belegschaft zu erreichen. Unternehmen müssen lernen, ihre Rahmenbedingungen im Bereich Gesundheit sowie die Veränderungspotenziale, Chancen und Risiken des Präventionsprozess wahrzunehmen und darauf zu reagieren.

Zum Schluss wurden folgende Empfehlungen für die Umsetzung abgeleitet:

- Förderung eines gemeinsamen Engagements aller: des Managements, der Führungskräfte und der Mitarbeitenden.
- Integration der Umsetzungen in den Alltag und in das operative Geschäft.
- Stufengerechte und regelmässige Kommunikation über den Projektverlauf.

- Schulung interner Personen, die den Prozess begleiten und ihn langfristig im Betrieb verankern.
- Förderung der Vernetzung und des Austauschs über die Grenzen von Teams und Abteilungen hinweg.
- Unterstützung durch externe Beratende, um blinde Flecke aufzuzeigen.

Auch folgende Stolpersteine wurden aufgezeigt:

- Fixfertige standardisierte Module in ein Unternehmen einführen
- Reine Konzentration auf Interventionen ohne sorgfältige Analyse der IST-Situation
- Schlechte Kommunikation und Misstrauen im Unternehmen
- Unverbindlichkeit des Unternehmens und seiner Führungskräfte
- Fehlende Kapazitäten und Geldmittel
- Zwang zur Teilnahme an Interventionen (z.B. Stresskurse)
- Fehlende Beteiligung und Partizipation

Die ausführliche Zusammenfassung dieser Studie ist im Anhang II in der Tabelle 20 zu finden.

#### *4.2.6 Studie F: Limm, Gündel, Heinmüller, Marten-Mittag, Nater, Siegrist und Angerer, 2010*

In dieser randomisierten kontrollierten Studie von Limm et al. (2010) wird vor allem mit dem Stressmodell Effortreward-Imbalance Modell gearbeitet (ERI). Dieses Modell besagt, dass für die Erhaltung der Gesundheit das Gleichgewicht zwischen dem Aufwand der Arbeit und dem Lohn notwendig ist. Die Studie wurde in einer internationalen Produktionsstätte durchgeführt. Es wurden 174 Führungskräfte aus der unteren und mittleren Ebene eingeschlossen. Die Stressmanagement Intervention (SMI) fokussiert auf die Bedürfnisse von einzelnen Mitarbeitenden sowie auf Strategien mit Fokus auf organisatorische Stressquellen.

Ein speziell zugeschnittenes gruppenorientiertes Präventionsseminar (acht Unterrichtseinheiten à je 90 Minuten, über zwei aufeinanderfolgende Tage) wurde durchgeführt. Dieses beinhaltete psychodynamische, konflikt- und emotionsfokussierte Prinzipien und auch kognitive Verhaltenstechniken. Die Messung von Stress und Stressreaktionen wurde mit der Stress-Reaktivitäts-Skala erfasst. Das Anstrengungs-Ertrag Ungleichgewicht wurde anhand des ERI-Modell und eines standardisierten

Fragebogens erfasst. Die biologischen Stressindizien wurden mittels Cortisol im Speichel gemessen. Angst und Depressionen wurden mit der Hospital-Anxiety and Depression (HADS) erfasst.

Die Ergebnisse können nur mit Vorsicht verallgemeinert werden. Das Umfeld weist ein hohes Niveau von arbeitsbedingter Belastung auf und die Stichprobe besteht fast ausschliesslich aus Männern. Männer haben nachweislich eine höhere Reaktionsfähigkeit auf Stressbelastungen. Ob die Ergebnisse auch für Frauen gelten, kann nicht gesagt werden.

Als Fazit für die Praxis können folgende Punkte aufgezeigt werden:

1. Zukünftige Interventionen zur Stressprävention sollten individuelle verhaltensbezogene Ansätze mit organisatorischen Ansätzen zu den Arbeitsbedingungen (zur Verbesserung der Organisationskultur) kombinieren. Dies zeigt sich dann in der Kommunikation, der Unterstützung durch den Vorgesetzten sowie im Arbeitsklima.
2. Es sind weitere Folgemaassnahmen erforderlich, um zu beurteilen, ob der erwartete positive Effekt eines SMI auf die mentale und kardiovaskuläre Gesundheit auch langfristig eintritt.
3. SMI sollte Teil eines breiteren Ansatzes zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz sein, wenn grössere Effekte zur Gesundheit erreicht werden sollen.

Die SMI dieser Studie beinhaltete psychodynamische und auch kognitive Verhaltens-techniken, um besser mit Faktoren, welche zu hoher Anstrengung und geringer Be-lohnung bei der Arbeit beitragen, umgehen zu können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich dieser Ansatz als praktikabel er-wies, gut akzeptiert wurde und günstige Verhaltensweisen und physiologische Ef-fekte hatte. Die Auswirkungen waren jedoch nur mässig und müssen in längeren Fol-gestudien noch nachgewiesen werden. Dies weist darauf hin, dass die Verbesserung der Arbeitsbedingungen ein vorrangiges Ziel bleiben muss, um Stress vermeiden zu können. In der Praxis kann dies jedoch schwer zu erreichen sein. Zudem kann ge-sagt werden, dass dieser Ansatz als vielversprechend gilt, um den Arbeitsstress zu reduzieren in einem Bereich mit zunehmendem Arbeitsdruck.

Die ausführliche Zusammenfassung dieser Studie ist im Anhang II in der Tabelle 22 zu finden.

#### 4.2.7 Studie G: Richardson und Rothenstein, 2008

Das Ziel der Metaanalyse von Richardson und Rothenstein (2008) ist die Zusammenführung und Synthese von experimentellen Studien von Stressmanagementinterventionen, die durchgeführt wurden in einer Vielzahl von Disziplinen (z.B. Bildung, Gesundheitswesen, Organisationsentwicklung und Psychologie), um zu identifizieren, was funktioniert, wie gut es funktioniert und wo oder für wen es funktioniert. Dieser Artikel baut auf jenem von van der Klink et al. (2001) auf. Es wurde eine systematische Literatursuche durchgeführt. Insgesamt wurden 38 Artikel in die aktuelle Meta-Analyse aufgenommen, die 36 separate Studien und 55 Interventionen enthalten. Die individuelle Stichprobengröße lag bei einem Mittelwert von 49 Teilnehmenden pro Intervention. Die Teilnehmenden repräsentierten ein breites Spektrum von Berufen, einschliesslich Büroangestellten, Lehrenden, Krankenhauspersonal, Fabrikarbeitenden und Sozialdienstmitarbeitenden. 59% der Teilnehmenden waren weiblich und das Durchschnittsalter war 35.4 Jahre. Die Interventionslänge dauerte im Durchschnitt 7.4 Wochen. Am häufigsten wurden Sekundärinterventionen, welche Strategien zur Reduzierung von Stress vermittelten, angewendet. Acht Studien beinhalteten Komponenten, welche als primäre Interventionsstrategien betrachtet wurden (z.B. Erhöhung der Entscheidungsfähigkeit). 24 Studien evaluierten Interventionen, welche in einer Gruppe stattfanden. 25 Studien beinhalteten Entspannung und Meditationstechniken. 20 Studien beinhalteten kognitive- verhaltensbezogene Fähigkeiten. Viele der Interventionen hatten mehrere Komponenten (wie z.B. Kognitions- und Verhaltenstraining und Meditation). Vierzehn der Studien evaluierten Interventionen mit vier oder mehr Behandlungskomponenten. Kognitive Verhaltensinterventionen zeigen stärkere Effekte als andere Techniken wie beispielsweise Meditation oder Entspannung. Entspannung und Meditation zielen darauf ab, die Aufmerksamkeit neu zu fokussieren und weg von der Quelle des Stressors zu kommen, damit die Leistungsfähigkeit erhöht werden kann. Kognitive- verhaltensbezogene Interventionen sind aktiver, da das eigene Verhalten und die Handlungen reflektiert und erkannt werden. Sie fördern die Entwicklung unterschiedlicher Reaktionen auf Stress. Trotz dieser Erkenntnisse waren die beliebtesten Komponenten, jene der Entspannung und Meditation, wahrscheinlich wegen der Einfachheit und da es kostengünstiger ist. Kognitiv- verhaltensbezogene Interventionen brauchen mehr Ressourcen und Fachpersonal. Eine etwas überraschende Erkenntnis aus dieser Studie ist, dass die

Wirksamkeit einer kognitiven Verhaltensintervention umso geringer ist, je mehr Komponenten ihr hinzugefügt werden.

Es wird empfohlen, kognitive Verhaltensprogramme nicht zu kombinieren, da diese sehr komplex sind. Meditation und Entspannung können jedoch ein Teil von grösseren Programmen sein. Kürzere Programme, welche wahrscheinlich kosteneffektiver und praktischer in der Umsetzung sind, scheinen ausreichend und evtl. sogar besser zu sein als Programme von längerer Dauer. Interventionen zur Steigerung von persönlichen Ressourcen der Mitarbeitenden haben eine signifikante Wirkung. Arbeitsbezogene Fähigkeiten der Mitarbeitenden können eine effektive Möglichkeit sein, den Stress zu reduzieren. Die insgesamt signifikante Effektgrösse zeigt an, dass es einen Nutzen für Stressmanagement Interventionen gibt. Die Ergebnisse zeigen, dass Mitarbeitende ihr Level vom Stress vermindern und die Symptome von Stress sich reduzieren können.

Es wurden in den wenigsten Studien die Langzeiteffekte der Interventionen gemessen, was zukünftig von Bedeutung wäre. Da immer mehr Primärstudien durchgeführt werden, ist es wichtig, die systematischen Übersichten zu aktualisieren und weiterhin die Ergebnisse neu zu bewerten.

Die ausführliche Zusammenfassung dieser Studie ist im Anhang II in der Tabelle 24 zu finden.

#### *4.2.8 Studie H: Bamberg und Busch, 2006*

Bamberg und Busch (2006) machen folgende Schlussfolgerungen zu den Metaanalysen zum Stressmanagementtraining (SMT):

1. Die Wirksamkeit von Massnahmen lassen sich kaum beurteilen, wenn unklar bleibt, mit welchen Interventionsmethoden gearbeitet wurde. Bedingungs- und personenbezogene Interventionsmethoden sind deshalb differenziert zu beschreiben.
  2. Es kann nicht angenommen werden, dass Interventionen für unterschiedliche Gruppen von Beschäftigten und Beteiligten gleichermassen wirksam sind. Von daher sind die Wirkungen der Interventionen für spezifische Gruppen zu überprüfen.
- Für Stressmanagementtrainings liegen einige qualitativ gute Evaluationsstudien vor. Reviews zu verhältnisbezogenen Massnahmen verweisen dagegen mit ausgeprägter Regelmässigkeit auf Mängel bei der Evaluation. In der Tat finden sich zu

verhältnisbezogenen Interventionen zwar viele Berichte, aber nur wenige methodisch solide Evaluationsstudien.

Stressmanagementtrainings sind hinsichtlich spezifischer Merkmale bemerkenswert effektiv. Die Metaanalysen verweisen auf variablenspezifische Effekte. Durch die Trainings werden vor allem eine Reduktion von Stresssymptomen und von Befindensbeeinträchtigungen sowie eine Förderung von Ressourcen erreicht. Wenig erfolgreich sind die Trainings hinsichtlich Arbeitszufriedenheit, Absentismus und Leistung.

Langfristige Programme, welche sich durch eine Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionszielen auszeichnen, sind nach wie vor in der Minderheit und vor allem in Grossbetrieben zu finden.

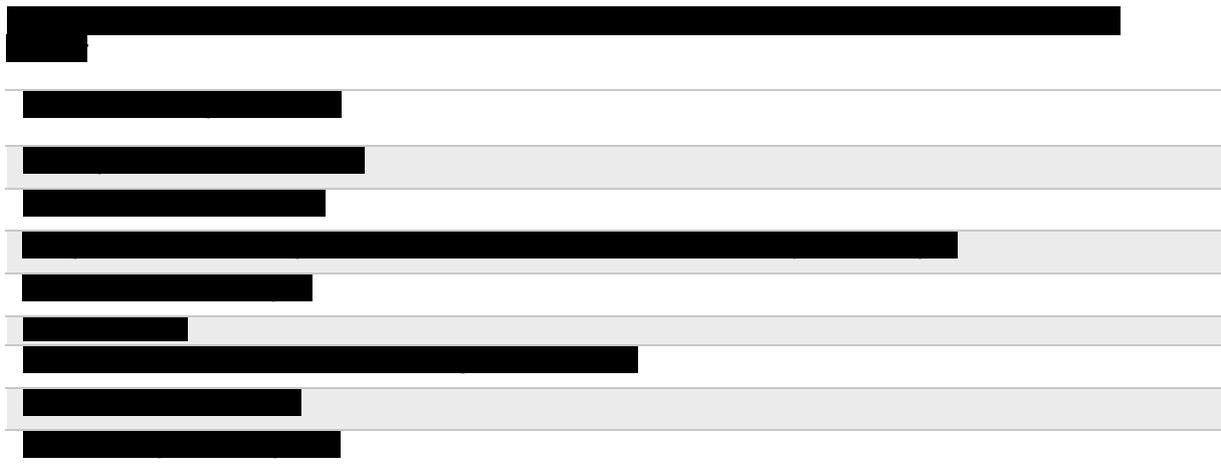
SMT wird oft als einmalige, zeitlich begrenzte Intervention mit einem heterogenen Kreis von Teilnehmenden durchgeführt. Auch verhältnisbezogene Interventionen werden häufig unter ungünstigen Rahmenbedingungen, wie etwa in Zeiten von Rationalisierung, bei mangelnder Unterstützung von Vorgesetzten und ohne Beteiligung der Akteure konzipiert und durchgeführt. Analysen der Gesundheitssituation der Beschäftigten und Arbeitsanalysen finden sich nur in wenigen Fällen. Die Rahmenbedingungen sind damit eher ungünstig für die Durchführung von Evaluationsstudien. Anhand dieser Voraussetzungen verwundert es nicht, dass Qualität und Ergebnisse der Studien sehr heterogen sind. Partizipation bei der Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen, wie es etwa durch Gesundheitszirkel möglich ist, sind eine Voraussetzung dafür, dass die Interventionen von den verschiedenen Akteursgruppen getragen werden. Die direkte Einbeziehung der Beteiligten ist eine Voraussetzung dafür, dass die Intervention auch wahrgenommen wird. Last, but not least: Der Blick auf die Interventionsstudien zeigt, dass der Arbeitstätigkeit, der Arbeitsaufgabe und den Rahmenbedingungen bei der Schwerpunktsetzung und bei der Wahl der Effektivvariablen besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist.

Die ausführliche Zusammenfassung dieser Studie ist im Anhang II in der Tabelle 26 zu finden.

### 4.3 identifizierte Ansätze und Herausforderungen/ Lücken

In der nachfolgenden Tabelle 7 ist eine Übersicht über die identifizierten Interventionen und Ansätze zur Stressprävention der eingeschlossenen Studien zu finden. In der Tabelle 8 sind identifizierte Herausforderungen/ Lücken in der Stressprävention ersichtlich.

The table content is almost entirely redacted with black boxes. Only a few light gray rectangular areas are visible, suggesting the presence of text that has been completely hidden.



Auf die aufgelisteten Herausforderungen/ Lücken wird im nächsten Kapitel unter Punkt 5.3 genauer eingegangen.

## 5. Diskussion der Ergebnisse

Es folgt eine Diskussion der identifizierten Herausforderungen/ Lücken zur Stressprävention im betrieblichen Kontext in Bezug auf die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche. Auf die Fragestellung eins wird in der Diskussion ebenfalls nur kurz eingegangen, da diese sonst zu umfassend wäre. Zudem erfolgt eine Bezugnahme zur Fragestellung und zum theoretischen Hintergrund. Abschliessend werden Erkenntnisse aus der Theorie und aus der Praxis miteinander in Verbindung gebracht.

### 5.1 Zusammenfassung der Resultate zur Fragestellung 2

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit Interventionen zur Stressprävention im betrieblichen Kontext auseinander. Durch die sieben eingeschlossenen Studien können wirksame Interventionen aufgezeigt werden, jedoch wird auch auf Herausforderungen/ Lücken aufmerksam gemacht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Interventionen zur Stressprävention wirksam sind, im Gegensatz zu keiner Intervention.

Die Frage, welche Interventionen besonders effektiv sind, lässt sich empirisch nicht ausreichend beantworten, da häufig eine Kombination von verschiedenen Methoden angewendet wird. Es zeigte sich jedoch die Tendenz, dass die Wahrscheinlichkeit eines positiven Effekts auf das Wohlbefinden ansteigt, je komplexer die Interventionen sind (Pieter & Wolf, 2013). Diese Aussage wird von Bamberg und Busch (2006) gestützt, da diese andeuten, dass sich die Wirksamkeit von Massnahmen nur schwer beurteilen lässt, wenn unklar bleibt, mit welchen Interventionsmethoden genau gearbeitet wurde.

Achtsamkeits- und Entspannungsinterventionen waren zwei der am häufigsten verwendeten Interventionsarten (Gerhardt et al., 2015). Die Ergebnisse von Gerhardt et al. (2015) zeigten zudem, dass in der Forschung mehr personen- als arbeitsorientierte Massnahmen durchgeführt wurden. Ein möglicher Grund für diesen Umstand könnte darin liegen, dass arbeitsorientierte Interventionen aufgrund der regulierten Arbeitsstruktur und Arbeitsbedingungen sowie der jüngsten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen schwieriger umzusetzen sind als personenorientierte Interventionen. Zukünftige Interventionen zur Stressprävention sollten individuelle

verhaltensbezogene Ansätze mit organisatorischen Ansätzen zu den Arbeitsbedingungen (zur Verbesserung der Organisationskultur) kombinieren (Limm et al., 2010). Um die Langzeiteffekte der Interventionen überprüfen zu können, sollten zukünftig mehr Follow-up Messungen durchgeführt werden (Pieter & Wolf, 2013).

## 5.2 Diskussion zur gesellschaftlichen Bedeutung von Stress im Arbeitsleben

Die bestehende empirische Evidenz verdeutlicht, dass Arbeitsstress ein prävalentes und ernst zu nehmendes Gesundheitsrisiko darstellt, das mit erheblichen gesellschaftlichen Kosten verbunden ist, sich aber, wie verschiedene Interventionsbeispiele zeigen, mit entsprechenden Massnahmen abmildern lässt.

Nicht nur die inhaltlichen Aspekte von Arbeit verändern sich, sondern auch die Struktur der Arbeitnehmenden. Der Anteil der Frauen, der älteren Mitarbeitenden und der Personen mit Migrationshintergrund im Arbeitsmarkt steigt an, dieser Trend wird wahrscheinlich auch in Zukunft von Bedeutung sein. Die Gesundheitsförderung sowie Interventionsmassnahmen bei der Arbeit müssen den schnellen Veränderungen am Arbeitsplatz im gleichen Tempo angepasst werden. Neben den inhaltlichen Aspekten muss auch der Strukturwandel im Arbeitsmarkt berücksichtigt werden (Elfering et al., 2016; Hapke et al., 2013; Job-Stress-Index, 2018; SECO, 2010)

## 5.3 Diskussion der identifizierten Herausforderungen/ Lücken zur Stressprävention im betrieblichen Kontext

Es folgt eine Diskussion der identifizierten Herausforderungen/ Lücken zur Stressprävention im betrieblichen Kontext (siehe Tabelle 8) in Bezug auf die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche.

Für den nachfolgenden Abschnitt wurden die folgenden acht Kategorien erstellt: Heterogenität der Interventionen, fehlende Evaluationsstudien, Mangel an verhältnisbezogenen Stressinterventionen sowie Bedarfsanalysen zu Beginn, Partizipation der Beteiligten, Kommunikation, Fokus auf Komponenten der Entspannung und Meditation, fehlende finanzielle Mittel und Rolle der Organisationsgrösse.

- **Heterogenität der Interventionen**

Es ist eine Vielzahl von Interventionen zur Stressprävention im betrieblichen Kontext vorhanden. Jedoch waren diese in der Rekrutierung, Durchführung und der Evaluation sehr heterogen (Pieter & Wolf, 2013). Häufig sind die Betriebe, in welchen die Interventionen durchgeführt wurden, komplexe soziale Systeme, heterogen und dynamisch, was eine Ursache der Vielseitigkeit der Interventionen darstellt (SWiNG, 2011). Im systematischen Review von Gerhardt et al. (2015) wurde versucht, der Heterogenität entgegenzuwirken, indem die Interventionen kategorisiert wurden. Damit wurde versucht, die Ergebnisse der Studien zu vereinfachen und zusammenzufassen. Jedoch können die Ergebnisse nur mit Vorsicht interpretiert und verallgemeinert werden. Pieter und Wolf (2013) empfehlen, in zukünftigen Studien vermehrt auf ein randomisiertes kontrolliertes Design im Feld zu achten und Follow-up Messungen durchzuführen. Die Heterogenität der Interventionen wird jedoch immer eine Herausforderung bleiben, da kein Betrieb und dessen Mitarbeitende gleich sein werden (SWiNG, 2011).

- **Fehlende Evaluationsstudien**

Auch ist zu berücksichtigen, dass wesentliche Voraussetzungen für Evaluationsstudien in vielen Fällen nicht oder nur eingeschränkt gegeben sind. Aussagen zur Wirksamkeit basieren damit auf einer Teilgruppe von Interventionen, die sich durch spezifische Bedingungen auszeichnen. Die Rahmenbedingungen wie fehlende Partizipation oder mangelnde Unterstützung der Vorgesetzten sind damit eher ungünstig für die Durchführung von Evaluationsstudien (Bamberg & Busch, 2006). In der Publikation von Gerhardt et al. (2015) wurden Folgebewertungen berücksichtigt, um Langzeitwirkungen untersuchen zu können. Ebenfalls zeigt die SWiNG-Studie, einen soliden Evaluationsbericht. Auch in der randomisierten kontrollierten Studie von Glascock, et al. (2018) wurde eine Messung zehn Monate nach Behandlungszeit durchgeführt. Limm et al. (2015) führten ebenfalls eine Follow-up Messung über ein Jahr durch. Jedoch sind weitere Folgemaßnahmen erforderlich, um zu beurteilen, ob der erwartete positive Effekt einer Stressmanagementintervention auf die physische und psychische Gesundheit auch langfristig eintritt (Limm et al., 2015).

- **Mangel an verhältnisbezogenen Stressinterventionen sowie Bedarfsanalysen zu Beginn**

In der Literatur wurde immer wieder erwähnt, dass verhältnisbezogene Interventionen selten sind. Integrative Programme, in denen Verhaltens- und Verhältnisprävention aufeinander bezogen und entwickelt wurden, sind besonders rar. Interventionen, die auf einer Bedarfsanalyse basieren sind ebenfalls in der Minderheit (Bamberg & Busch, 2006). Als Begründung hierfür kann die Komplexität der Interventionen hervorgehoben werden, obwohl eine zunehmende Komplexität der Effekte die Tendenz zu einer Ansteigerung der Wirksamkeit aufweist (Pieter & Wolf, 2013). Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen muss ein vorrangiges Ziel bleiben, um Stress reduzieren zu können, dies ist in der Praxis jedoch schwer zu erreichen (Limm et al., 2010).

- **Partizipation der Beteiligten**

In der Evaluationsstudie von SWiNG (2011) wurde hervorgehoben, die Führungskräfte und falls möglich die Mitarbeitenden in den Prozess der Stressprävention einzubeziehen. Dies führte zu einer nachhaltigen Stressprävention und förderte das Commitment der Entscheidungsträger im Unternehmen sowie den Willen der Führungskräfte etwas zu verändern. Fixfertig standardisierte Module sollten auf keinen Fall eingeführt werden. Ebenfalls sollten die Vorgehensweisen zur Kultur, Struktur und Strategie des Betriebs passen, damit sie für die Mitarbeitende glaubwürdig sind.

- **Kommunikation**

Stufengerechte und regelmässige Kommunikation über den Verlauf des Projektes sind wichtige Bestandteile, damit kein Misstrauen im Unternehmen auftritt. Die Kommunikation sollte inhaltlich und bezüglich des Sprachstils der Zielgruppe angepasst werden. Dies führt schliesslich zu einer grösseren Akzeptanz des Projektes im Unternehmen (SWiNG, 2011).

- **Fokus auf Komponenten der Entspannung und Meditation**

Kognitiv- verhaltensbezogene Interventionen sind dafür konzipiert, die Mitarbeitenden über die Rolle ihrer Gedanken und Emotionen bei der Bewältigung von Stresssituationen aufzuklären und ihnen die Fähigkeiten zu vermitteln, ihre Gedanken zu

modifizieren. Sie sollen die individuelle Einschätzung von Stresssituationen und ihre Antworten auf diese ändern. Kognitive Verhaltensinterventionen zeigen stärkere Effekte als andere Techniken wie z.B. Meditation oder Entspannung. Kognitiv- verhaltensbezogene Interventionen sind aktiver, da das eigene Verhalten und die Handlungen reflektiert und erkannt werden. Sie fördern die Entwicklung unterschiedlicher Reaktionen auf Stress. Trotz dieser Erkenntnisse sind in Unternehmen häufig Komponenten jene der Entspannung und Meditation, weil diese relativ einfach und kostengünstig sind. Kognitiv- verhaltensbezogene Interventionen hingegen brauchen mehr Ressourcen und Fachpersonal (Richardson & Rothenstein, 2008).

- **Fehlende finanzielle Mittel**

Ein Stolperstein, weshalb der Stressprävention im Betrieb wenig Bedeutung geschenkt wird, sind fehlende Kapazitäten sowie Geldmittel. Wie die Evaluationsstudie von SWiNG (2011) zeigt, erreicht diese im fünften Jahr nach Projektstart einen positiven Return of Investment. Das heisst, der Nutzen übersteigt dann die Kosten, welche pro Person gerechnet wurden. Für viele Unternehmen ist diese Zeitdauer zu lange. Aus der Sicht des Betriebs lohnen sich Stresspräventionsprogramme somit nur beschränkt, da ein schneller Nutzen nur selten sichtbar ist.

- **Rolle der Organisationsgrösse**

Ein weiteres mögliches Kriterium für die Wirksamkeit von Interventionen könnte die Grösse der Organisation sein. Es kann gesagt werden, dass kognitive und arbeitsorientierte Interventionen in kleinen und mittleren Organisationen konsistentere Auswirkungen zu zeigen schienen als in grossen Organisationen. Die Durchführung von arbeitsorientierten Interventionen scheint in kleineren Organisationen in gewissem Umfang leichter zu sein. Dies kann mit einer besseren Unterstützung durch das Management, einer höheren Beteiligung der Mitarbeitenden und einem höheren Bewusstsein für Interventionen bei Management und Mitarbeitenden verbunden sein. Darüber hinaus beteiligen sich kleinere Organisationen in der Regel nicht gleichzeitig an mehreren Interventionen oder Veränderungsprojekten. Daher sind die Mitarbeitenden unter Umständen weniger wahrscheinlich von früheren Misserfolgen von Interventionen betroffen und werden zur Teilnahme motiviert (Gerhardt et al., 2015).

#### 5.4 Bezug zur Fragestellung und zum theoretischen Hintergrund

Die Fragestellung, welche unter 1.6 vorgestellt wird, kann somit nicht abschliessend beantwortet werden, da nicht alle getätigten Untersuchungen/ Studien eingeschlossen werden konnten. Die gesellschaftliche Bedeutung von Stress im betrieblichen Kontext und somit die Fragestellung eins wird unter 4.2.1 erläutert und beantwortet. Zur Fragestellung zwei kann eine Vielzahl von Interventionen aufgezählt werden, welche in der Stressprävention wirksam sind. Eine Übersicht der identifizierten Ansätze und Herausforderungen/ Lücken ist unter 4.3 zu finden. In dieser Arbeit wurde anhand der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten eine Vielzahl von Interventionen beleuchtet. Es ist davon auszugehen, dass nebst den identifizierten Ansätzen noch viele weitere Ansätze gefunden werden können. Wie die Resultate zeigen, hat vor allem das Unternehmen selbst einen grossen Einfluss, was zum Thema Stressprävention im Betrieb aufgegriffen und umgesetzt wird (Bamberg & Busch, 2006; Gerhardt et al, 2015; Glasscock, Carstensen & Dalgaard, 2018; Limm et al, 2010; Pieter & Wolf, 2013; Richardson & Rothenstein, 2008; SWiNG, 2011).

Nachfolgend wird zum theoretischen Hintergrund Stellung genommen. Es erfolgt eine Verknüpfung mit den Ergebnissen.

Unter 2.2 wird das **Bio-psycho-soziale Modell**, welches sich durch eine Mehrdimensionalität auszeichnet, vorgestellt. Das Bio-psycho-soziale Modell ist auf die Thematik der betrieblichen Stressprävention übertragbar. Wie die Ergebnisse zeigen, können Interventionen zur Stressprävention im betrieblichen Kontext auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Aus der Literaturrecherche lässt sich schliessen, dass Interventionen, welche eine Mehrdimensionalität aufweisen, schwieriger in der Praxis umzusetzen sind, dass dabei aber von einer erhöhten Wirksamkeit ausgegangen werden kann. Im Rahmen der betrieblichen Stressprävention sollte diese Mehrdimensionalität daher vermehrt beachtet werden.

Das Modell der **Salutogenese** von Antonovsky wendet sich vor allem den Prozessen zu, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung bedeutet die salutogenetische Perspektive eine Stärkung der

Bewältigungspotenziale und zielt darauf ab, sozialökologische Rahmenbedingungen zu fördern, die Menschen helfen, ihre Gesundheit zu bewahren (BZgA, 2020). Um dies aus der Perspektive der Gesundheitsförderung anzusehen, würde das heissen, Interventionen so zu gestalten, dass Stress in einem Unternehmen gar nicht entstehen kann. Dies ist jedoch in der heutigen Zeit eher eine Utopie und eine grosse Herausforderung.

Das **Stressmodell von Lazarus et al.** setzt bei der zweistufigen Bewertung und Interpretation der Stresssituation an primär bezüglich Schädigung und Bedrohung wichtiger Ziele sowie sekundär in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Stressbewältigung. Beim Coping setzen viele Interventionen zur Stressprävention an (Bamberg & Busch, 2006; Gerhardt et al, 2015; Glasscock, Carstensen & Dalgaard, 2018; Limm et al, 2010; Pieter & Wolf, 2013; Richardson & Rothenstein, 2008; SWiNG, 2011). Beispielweise wurde in der Studie von Glasscock et al. (2018) mit der kognitiven Verhaltenstherapie gearbeitet, um ein problem- und/oder emotion-sorientiertes Coping zu gestalten.

### 5.5 Theorie-Praxis-Transfer

Ein wichtiger Punkt, welcher hier wieder aufgegriffen wird, ist die **Partizipation** der Führungskräfte sowie der Mitarbeitenden bei einer Intervention zur Stressprävention. Auf dies machte auch die Evaluationsstudie von SWiNG (2011) aufmerksam. Partizipation hat zur Folge, dass die Intervention im Unternehmen an Akzeptanz gewinnt. Wenn das Prinzip der Partizipation ernst genommen wird, müssen neue Strukturen und Arbeitsweisen entwickelt werden, was einen komplexen Vorgang darstellt. Es müssen Räume zum Experimentieren und Reflektieren geschaffen werden, damit die Beteiligten lernen können, wie sich Partizipation am besten realisieren lässt. Partizipation ist in der Realität eine grosse Herausforderung, da sie Zeit, Flexibilität und Kontinuität in der Zusammenarbeit verlangt (BZgA, 2020). In der Praxis der Gesundheitsförderung sollte eine angemessene und realitätsnahe Partizipation der Beteiligten vermehrt beachtet werden, auch wenn dies zusätzliche Anforderungen mit sich bringt.

Der **Public Health Action Cycle** liefert mit seinen vier Phasen eine Grundlage für die strategische Planung:

1. Erfassung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen der Bevölkerung (Assessment)
2. Entwicklung von gesundheitspolitischen Interventionsstrategien (Policy development)
3. Umsetzung dieser Strategien im Gesundheitssystem (Assurance)
4. Prüfen der Akzeptanz und Wirksamkeit (Evaluation)

Um ein Projekt zur Stressprävention im betrieblichen Kontext ideal aufzugleisen, wird empfohlen in der Praxis mit dem Public Health Action Cycle zu arbeiten. Dies zeigt das Projekt SWiNG von 2011. Der Public Health Action Cycle muss jedoch auf den betrieblichen Kontext heruntergebrochen und vereinfacht werden. Die Problemanalyse, zum Beispiel auf der Basis vorhandener Daten der Gesundheitsberichterstattung, dient als Grundlage, um den Handlungsbedarf zu formulieren und eine Handlungsstrategie abzuleiten. Diese Strategie, seien es einzelne Massnahmen oder ein ganzes Bündel von Massnahmen, wird umgesetzt und im nächsten Schritt bewertet. Die Evaluation als bewertendes Element ist also elementarer Bestandteil dieses Aktionszyklus (Kolip, Ackermann, Ruckstuhl & Studer, 2012).

In den Ergebnissen, welche im Kapitel 4 erläutert werden, wird selten eine Intervention anhand dieses Zyklus durchgeführt. Dies könnte an der Komplexität und am erhöhten Aufwand liegen.

Der unter 2.1.3 erwähnte **Settingansatz/ Lebensweltansatz** lässt sich auch auf die Stressprävention übertragen. Dieser Ansatz ist eine Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Gesundheitsaktivitäten, die sich mit Informationen und Appellen an Einzelpersonen wenden. Für die Entwicklung der Gesundheitsförderung war die Formulierung des Settingansatzes ein wichtiger Schritt. Es orientieren sich einige sehr bekannte, meist von der WHO initiierte, Gesundheitsförderungsprogramme an

diesem Ansatz. Seine grösste Verbreitung findet der Settingansatz in Deutschland bislang in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BZgA, 2020).

Primärprävention/ Gesundheitsförderung im Setting lässt sich auf zwei – nicht völlig trennscharfe – verschiedene Arten betreiben:

Bei der Primärprävention und Gesundheitsförderung im Setting wird vor allem die Erreichbarkeit von Zielgruppen im Setting genutzt, um dort Angebote der verhaltensbezogenen Prävention, z.B. Im Hinblick auf die Grossrisiken Ernährung, Bewegung, Stress und Drogen zu platzieren. Die Spannweite von Interventionen reicht von der Benutzung eines Settings als Ablage für Informationen, die für eine bestimmte Zielgruppe gedacht sind, bis hin zu speziell für eine oder mehrere Gruppen im Setting partizipativ gestalteten Programmen. Grundsätzlich bleiben Strukturen und Abläufe im Setting bei diesem Ansatz aber unverändert und bilden den Rahmen der Intervention. Im Gegensatz dazu stehen bei Projekten zur Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings die Partizipation der Mitglieder des Settings und der Prozess der systemischen Organisationsentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt (BZgA, 2020). Die möglichst direkte und kontinuierliche Teilhabe der Zielgruppen und Stakeholder in der Schaffung gesundheitsförderlicher Settings bezieht sich auf alle vier Phasen des Public Health Action Cycle, welcher im oberen Abschnitt erwähnt wurde.

Der Settingansatz/ Lebensweltansatz wäre ideal auch im betrieblichen Kontext der Stressprävention anzuwenden, denn die Intervention bezieht sich dann auf das gesamte Setting. Somit kann eine Diskriminierung von Teilgruppen vermieden sowie eine gruppenübergreifende Kommunikation und Kooperation erleichtert werden. Zudem scheinen gesundheitliche Erfolge bei Settinginterventionen zumindest über mehrere Jahre relativ stabil bleiben zu können (=Nachhaltigkeit) (BZgA, 2020).

## 6. Schlussfolgerungen

Nachfolgend werden prägnante Schlussfolgerungen der systematischen Literaturrecherche genannt. Darauffolgend werden Empfehlungen für eine nachhaltige Stressprävention abgegeben. Eine Zukunftsaussicht und offene Fragen sowie die vorhandene Limitation werden die Bachelorarbeit abschliessen.

### 6.1 Prägnante Schlussfolgerungen

In dieser Literaturrecherche werden zum einen die gesellschaftlichen Auswirkungen von Stress beschrieben. Arbeitsbedingter Stress verursacht vielfältige und weitreichende Kosten auf verschiedenen Ebenen. Zum anderen werden in dieser Arbeit diverse Möglichkeiten der betrieblichen Stressprävention aufgezeigt. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit sind, wie die Interventionen selbst, sehr heterogen. Es wird somit empfohlen, in zukünftigen Studien vermehrt auf ein randomisiertes kontrolliertes Design im Feld zu achten und Follow-up Messungen durchzuführen (Pieter & Wolf, 2013). Jedoch kann eine solche Heterogenität fast nicht vermieden werden, da kein Betrieb und dessen Mitarbeitende gleich sein werden (SWiNG, 2011).

### 6.2 Empfehlungen für eine nachhaltige Stressprävention

Aus der durchgeführten systematischen Literaturrecherche können somit folgende Empfehlungen für eine nachhaltige Stressprävention im betrieblichen Kontext abgeleitet werden (Bamberg & Busch, 2006; Gerhardt et al., 2015; Glasscock, Carstensen & Dalgaard, 2018; Limm et al., 2010; Pieter & Wolf, 2013; Richardson & Rothenstein, 2008; SWiNG, 2011):

- Zu Beginn sollte idealerweise eine Bedarfsanalyse erfolgen sowie eine Prüfung, ob die Vorgehensweisen zu Kultur, Struktur und Strategie passen und somit für die Mitarbeitenden glaubwürdig sind.
- Das Commitment der Geschäftsleitung und Führungskräfte sollte vorhanden sein sowie der Wille, etwas zu verändern.
- Die Förderung eines gemeinsamen Engagements (Management, Führungskräfte und Mitarbeitende).
- Der Zeitpunkt für die Umsetzung sollte an das Unternehmen angepasst werden.

- Berücksichtigung einer längerfristigen Planung, im besten Fall mit Evaluation des Projekts sowie eine Anlehnung an den Public Health Action Cycle zur Strukturierung.
- Regelmässige Kommunikation auf verschiedenen Ebenen soll gewährleistet sein.

### 6.3 Zukunftsaussicht und offene Fragen

Das Thema Stress rückt zunehmend in den Fokus der Gesellschaft. Es ist von Relevanz zu wissen, wie mit solchen Situationen umgegangen werden kann, sei dies im Berufs- oder Privatleben. Der gesellschaftliche Wandel führt demnach nicht zu einer Abnahme der Stresssymptomatik (Elfering et al., 2016).

Interventionen zur Stressreduktion scheinen (mit Einschränkungen) wirksam zu sein und prägen das psychische und physische Wohlbefinden der Beschäftigten positiv. Es ist jedoch noch weiterer Forschungsbedarf vorhanden. Zusammenfassend kann man festhalten, dass betriebliche Stressbewältigungsinterventionen als Teil eines umfangreichen Programms des betrieblichen Gesundheitsmanagements ausgerichtet sein sollten. Es gibt diesbezüglich jedoch einen grossen Bedarf an Interventionsstudien, um validere Erkenntnisse im Hinblick auf die Wirksamkeit von Stresspräventionsprogrammen – und somit auf die betriebliche Gesundheitsförderung – zu gewinnen. Nur so kann die betriebliche Gesundheitsförderung ganzheitlich betrachtet und erfolgreich verbessert werden.

Aufgrund der erworbenen Erkenntnisse innerhalb dieser Arbeit stellen sich abschliessend die folgenden Fragen: Wie wird sich die gesellschaftliche Bedeutung von Stress in den nächsten zehn Jahren verändern? Werden komplexe Stressinterventionsprogramme in der Praxis überhaupt durchgeführt? Oder wird auf die höhere Wirksamkeit aufgrund des zusätzlichen Aufwandes verzichtet?

Diese Fragen können im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht weiterverfolgt werden. Dennoch ist zu sagen, dass auch einfach konzipierte Stressinterventionen durchaus eine Wirkung auf die Teilnehmenden erzeugen.

Obwohl die entwickelten Fragestellungen nicht abschliessend beantwortet werden können, bringt die vorliegende Bachelorarbeit Erkenntnisse zur gesellschaftlichen

Bedeutung von Stress sowie zu verschiedenen Ansätzen zu Stressinterventionen im betrieblichen Kontext. Betrieben kann somit eine Übersicht gegeben werden, was es bereits gibt und was wirksam ist. Daher konnten die Zielsetzung und insbesondere der persönliche Nutzen erreicht werden.

#### 6.4 Limitationen der Bachelorarbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit beinhaltet einige Limitationen. Als erste Limitation gilt die beschränkte Anzahl an eingeschlossenen Studien. Eine ausführlichere systematische Literaturrecherche ist im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht möglich. Dadurch wird womöglich relevante Literatur ausser Acht gelassen.

Das Forschungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention ist relativ neu und somit besteht in vielen Bereichen der Bedarf an Forschung und Evidenz.

Zudem sind Angebote und Interventionen der Gesundheitsförderung oft an lokale Strukturen oder Organisationen gebunden. Aus diesem Grund kann die durchgeführte systematische Literaturrecherche keinen vollständigen Überblick über alle bestehenden Stressinterventionen geben, sondern nur einen kleinen Teil davon abbilden.

Da die Fragestellung nicht abschliessend beantwortet werden kann, bildet diese möglicherweise ebenfalls eine Limitation. Die Fragestellung hätte durch weitere Eingrenzungen, wie beispielsweise der Altersspanne der Teilnehmenden, besser konkretisiert werden können.

## Literaturverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2015). Dialogbericht psychische Gesundheit.

Abgerufen am 19.03.2020 von: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/praevention\\_gesundheitsfoerderung/psychische\\_gesundheit/bt\\_dialog\\_ngp\\_psych\\_gesundheit\\_20150520\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/praevention_gesundheitsfoerderung/psychische_gesundheit/bt_dialog_ngp_psych_gesundheit_20150520_d.pdf)

Bundesamt für Statistik (BFS, 2017). Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB):

Arbeit und Gesundheit. Abgerufen am 19.03.2020 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand.assetdetail.9366231.html>

Burnout-Info (o. J.). Abgerufen von: <https://www.burnout-info.ch> am 24.03.2020

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2020). Abgerufen von:

<https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/#vwS> am 24.03.2020

Duden 2019. Begriffsdefinition Stress. Abgerufen am 24.03.2020 von <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/stress>

Egger Matthias. (2014). Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt (2. aktualisierte Auflage (De Gruyeter Studium). Berlin

Faustinelli Carmen (2008). Gesundheitskompetenz im Bereich Stress und psychische Gesundheit. Rahmenkonzept mit besonderer Berücksichtigung des Settings Betriebe und älterer Menschen. Gesundheitsförderung Schweiz

Haas S., Breyer E., Knaller C., & Weigl M. (2013). Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung. (Wissen 10 Teil 1 Handbuch), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit. Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

Habermann-Horstmeier Lotte (2017). Risikofaktor „Stress“. Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer. 1. Auflage Hogrefe

Kaluza Gert (2018). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. 4.Auflage Springer

Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B. & Studer, H. (2012). Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber

Litzcke, S., Pletke, M. & Schuh, H. (2013). Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz (6.Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin.

OECD (2020), Employment rate (indicator). doi: 10.1787/1de68a9b-en (Accessed on 02 January 2020)

Staatssekretariat für Wirtschaft, SECO (2010). Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit.

Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht. Abgerufen am 24.03.2020 von <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/salutogenese.html>

Steinmann Ralph (2005). Psychische Gesundheit- Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz. Gesundheitsförderung Schweiz

Weissbuch Prävention, 2005/2006. Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze. Kaufmännische Krankenkasse. Springer

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Abgerufen am 04.03.2020 von [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

## Literaturverzeichnis gefundene Artikel

### *Fragestellung 1*

Elfering Achim, Brunner Beatrice, Igic Ivana, Keller Anita und Weber Lukas (2016).  
Gesellschaftliche Bedeutung und Kosten von Stress. Springer

Hapke U, Maske U.E, Scheidt-Nave C, Bode L, Schlack R, Busch M.A. (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Springer Verlag

Job-Stress Index (2018). Gesundheitsförderung Schweiz. Abgerufen am 19.03.2020 von <https://gesundheitsfoerderung.ch/betriebliches-gesundheitsmanagement/studien-wirkung-bgm/job-stress.html>

Staatssekretariat für Wirtschaft, SECO (2010). Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit.

### *Fragestellung 2*

Bamberg Eva und Busch Christine (2006). Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. Hogrefe Verlag

Gerhardt Christin, Keller Anita, Grosse Holtforth Martin, de Wijn Nathal, Schöni Corinne und Elfering Achim (2015). Health-related Interventions at Work: a systematic Review. Universität Bern

Glasscock David, Carstensen Ole und Dalgaard Vita (2017). Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample.

Limm H, Gündel H, Heinmüller M, Marten-Mittag B, Nater U M, Siegrist J, Angerer P, (2010). Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomized controlled trial. Occupational and environmental medicine

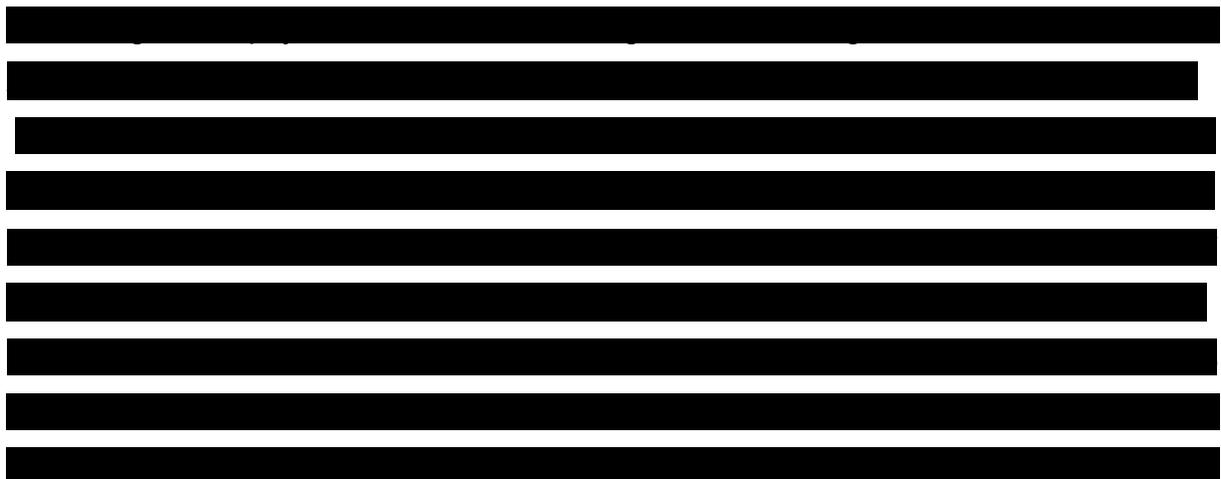
Pieter Andrea und Wolf Gabriele (2013). Effekte betrieblicher Interventionen zur Stressreduktion auf das Wohlbefinden. Ein metaanalytischer Review. Springer Verlag

Richardson Katherine und Rothstein Hannah (2008). Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis

Swing, Pilotstudie zur Stressprävention in Schweizer Grossbetrieben Gesundheitsförderung Schweiz (2011)

## Weitere Verzeichnisse

### Abbildungsverzeichnis







## Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
CBT	Cognitiv-Behavioural Therapy
ERI-Modell	Effort-reward-imbalance-Modell
et al.	et alii; et aliae; et alia: und andere
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz
HADS	Hospital-Anxiety and Depression
o.J.	ohne Jahr
RCT	randomized controlled trial, randomisierte kontrollierte Studie
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SMI	Stressmanagement Intervention
SMT	Stressmanagementtraining
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
v.a.	vor allem
z.B.	zum Beispiel

## **Eigenständigkeitserklärung und Wortzahl**

### **Eigenständigkeitserklärung**

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.»

■■■■■, 30. April 2020

Eleonora Nägele

### **Wortzahl**

Wortzahl des Abstracts: 200

Wortzahl der Bachelorarbeit: 9728 (exklusive Abstract, Danksagung, Tabellen und Abbildungen sowie deren Beschriftungen, Inhalts- und Literaturverzeichnis sowie weitere Verzeichnisse, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

## Anhang

### Anhang I: Rechercheprotokoll

#### Suchprotokoll

#### Fragestellungen:

1. Welche gesellschaftliche Bedeutung hat Stress im Arbeitsleben?
2. Gibt es wirksame Interventionen zur Stressprävention im betrieblichen Kontext?

*Tabelle 9: Rechercheprotokoll der systematischen Literaturrecherche*

#### Suchbegriffe:

<b>Schlüsselbegriffe zu den Hauptfragen</b>	<b>Synonyme, verwandte Begriffe, Ober-/Unterbegriffe (Deutsch)</b>	<b>Keywords (Englisch)</b>
<b>Stress</b>	Anspannung	Stress
<b>Gesellschaft</b>	Bevölkerung, Allgemeinheit	social, population, generality
<b>Auswirkung</b>	Effekt, Ergebnis, Bilanz, Wirkung	impact, effect, result, end result
<b>Arbeit</b>	Beschäftigung, Tätigkeit, Anstellung, Arbeitsplatz, Arbeitsstelle, Beruf	work, employment, job, occupation, workplace, profession
<b>Interventionen/ Angebote</b>	Projekte Programme Interventionen Kurse	offer project program intervention course activities

<b>Stressprävention</b>	Vorbeugung gegen Stress	stressprevention
<b>Betrieb</b>	Firma, Geschäft	business, company
<b>Wirksam/ Wirksamkeit</b>	Erfolgreich Evident Beweisend Belegt Effektiv	successful proving effective
<b>Erfolgsfaktoren</b>	vielversprechend	promising / auspicious

In Anlehnung an «Vorlage Rechercheprotokoll» (ZHAW Hochschulbibliothek, o.J.)

Tabelle 10: Suchstrategie systematische Literaturrecherche

29.11.2019

## Recherchebaum Livivo

### 1. Fragestellung: Welche Gesellschaftliche Bedeutung hat Stress im Arbeitsleben?

Gesellschaft	Bedeutung	Stress	Arbeitsleben	Schnittmenge	Relevante Artikel
Gesellschaft OR Bevölkerung OR Allgemeinheit	Bedeutung OR Auswirkung OR Ef- fekt	Stress	Arbeit OR Beschäf- tigung OR Tätigkeit OR Beruf OR Ar- beitsstelle OR Ar- beitsplatz	Gesellschaftliche Auswirkungen Stress am Arbeits- platz	1. Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland, 2013 Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Abtei- lung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Ro- bert Koch-Institut, Berlin Hapke, Maske, Scheidt-Nave, Bode, Schlack, Busch
1695487	1296888	1388646	80601054	76	<b>Total 1</b>

## 2. Fragestellung: Welche Interventionen sind wirksam zur Stressprävention im betrieblichen Kontext?

Intervention	Stressprävention	Arbeitsalltag	Erfolgsfaktoren	Schnittmenge	Relevante Artikel
Intervention OR Angebote OR Programme	Stressprävention	Arbeitsalltag	-	Interventionen Stressprävention Ar- beitsalltag	<p>1. Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample, 2018 David J. Glasscock, Ole Carstensen, Vita Ligaya Dalgaard</p> <p>2. Research Article Long-Term Effectiveness of a Stress Management Intervention at Work: A 9-Year Follow-up Study Based on a Randomized Wait-List Controlled Trial in Male Managers, 2017 Jian Li, Natalie Riedel, Amira Barrech, Raphael M. Herr, Birgit Aust, Kathrin Mörtl, Johannes Siegrist, Harald Gündel, and Peter Angerer</p> <p>3. Effekte betrieblicher Interventionen zur Stressreduktion auf das Wohlbefinden Ein metaanalytischer Review, 2013 Andrea Pieter, Gabriele Wolf</p> <p>4. Integrated health program: a workplace randomized controlled trial, 2008 Torill H. Tveito &amp; Hege R. Eriksen</p> <p>5. Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt Bamberg, Busch 2006</p> <p>6. Gesundheitsbezogene Interventionen in der Arbeitswelt Review über die Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung und Primärprävention Goldgruber, Ahrens 2009</p>
1886922	664	2159	17968	92	<b>Total 6</b>

## Recherchebaum PubMed

### 1. Fragestellung: Welche Gesellschaftliche Bedeutung hat Stress im Arbeitsleben?

Gesellschaft	Bedeutung	Stress	Arbeitsleben	Schnittmenge	Humans	10 Jahre	Relevante Artikel
(population OR social OR generality)	(impact or result or effect)	stress	(work or employment OR job OR occupation OR workplace OR profession)	(((((stress)AND ((population OR social OR generality))) AND ((impact or result or effect))) AND ((work or employment or job or occupation or workplace or profession))) AND ((work or employment OR job OR occupation OR workplace OR profession))			Keine
5412615	14838904	948474	1560455	28569	20996	12408	<b>Total 0</b>

### 2. Fragestellung: Welche Interventionen sind wirksam zur Stressprävention im betrieblichen Kontext?

Intervention	Stress	Prävention	Arbeit	Schnittmenge	Humans	10 Jahre	Relevante Artikel
Intervention OR project OR program	stress	prevention	work OR employment OR job OR occupation OR workplace OR profession)	(((((intervention OR project OR program))) AND stress) AND prevention) AND ((work OR employment OR job OR occupation OR profession))			1. Stress Prevention@Work: a study protocol for the evaluation of a multifaceted integral stress prevention strategy to prevent employee stress in a healthcare organization: a cluster controlled trial, 2018 Rianne J. A. Hoek, Bo M. Havermans , Irene L. D. Houtman , Evelien P. M. Brouwers , Yvonne

							<p>F. Heerkens ,Moniek C. Zijlstra-Vlasveld , Johannes R. Anema , Allard J. van der Beek and Cécile R. L. Boot</p> <p>2. Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis</p> <p>3. stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial (2010) Limm, H; Gündel, H; Heinmüller, M; Marten-Mittag, B; Nater, U M; Siegrist, J; Angerer, P</p> <p>4. Leung S, Chiang VC, Chui YY et al (2011) A brief cognitive-behavioral stress management program for secondary school teachers. J Occup. Health 53:23–35</p> <p>5. Effekte eines 12-wöchigen Sport- oder Entspannungsprogramms auf subjektive und physiologische Stressreaktionen, 2013 Klaperski und Fuchs</p>
8892561	948491	2462315	1552543	8774	7153	4129	<b>Total 5</b>

## Recherchebaum GoogleScholar

### 1. Fragestellung: Welche Gesellschaftliche Bedeutung hat Stress im Arbeitsleben?

Stress	Arbeitsplatz	Schnittmenge Stress AND Arbeitsplatz	Relevante Artikel
			<p>1. Stressstudie 2010: Stress bei Schweizer Erwerbstätigen - Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit</p> <p>2. Gesellschaftliche Bedeutung und Kosten von Stress, 2016 Achim Elfering, Beatrice Brunner, Ivana Igic, Anita C. Keller und Lukas Weber</p> <p>3. Job-Stress-Index (2018), Gesundheitsförderung Schweiz</p>
6290000	282000	35700	<b>Total 3</b>

### 2. Fragestellung: Welche Interventionen sind wirksam zur Stressprävention im betrieblichen Kontext?

Interventionen	Stressprävention	Betrieb	Schnittmenge	Relevante Artikel
Interventionen	Stressprävention	Betrieblicher Kontext	241	<p>1. Prävention von Stress am Arbeitsplatz: Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche, 2006</p> <p>2. Swing, Pilotstudie zur Stressprävention in Schweizer Grossbetrieben GFCH, 2011</p> <p>3. The future of organizational interventions: Addressing the challenges of today's organizations Karina Nielsen, Toon W. Taris &amp; Tom Cox, 2010</p> <p>4. health-related Interventions at work: a systematic review. Gerhardt, Keller, Grosse Holtforth, de Wijn, Schöni, Elfering, 2015. Universität Bern</p>
				<b>Total 4</b>

## Recherchebaum PubPsych

### 1. Fragestellung: Welche Gesellschaftliche Bedeutung hat Stress im Arbeitsleben?

Gesellschaft	Bedeutung	Stress	Arbeitsleben	Schnittmenge	Relevante Artikel
				gesellschaftliche Bedeutung von Stress im Arbeitsleben	Keine

### 2. Fragestellung: Welche Interventionen sind wirksam zur Stressprävention im betrieblichen Kontext?

Interventionen	Stressprävention	Betrieb	Schnittmenge	Relevante Artikel
			2	Keine

Stressprävention	Menge	Relevante Artikel
	111	Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis (2008). Katherine M. Richardson and Hannah R. Rothstein

Tabelle 11: Artikel zum vertieften Lesen zur Fragestellung 1

Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland (2013) Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Hapke, Maske, Scheidt-Nave, Bode, Schlack, Busch Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin
Stressstudie 2010: Stress bei Schweizer Erwerbstätigen - Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit
Gesellschaftliche Bedeutung und Kosten von Stress (2016) Achim Elfering, Beatrice Brunner, Ivana Igic, Anita C. Keller und Lukas Weber
Job-Stress-Index (2018), Gesundheitsförderung Schweiz

**Total 4**

Tabelle 12: Artikel zum vertieften Lesen Zur Fragestellung 2

Datenbank	Literatur
Livivo	Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample, 2018 David J. Glasscock, Ole Carstensen, Vita Ligaya Dalgaard
	Long-Term Effectiveness of a Stress Management Intervention at Work: A 9-Year Follow-up Study Based on a Randomized Wait-List Controlled Trial in Male Managers, 2017 Jian Li, Natalie Riedel, Amira Barrech, Raphael M. Herr, Birgit Aust, Kathrin Mörtl, Johannes Siegrist, Harald Gündel, and Peter Angerer
	Effekte betrieblicher Interventionen zur Stressreduktion auf das Wohlbefinden, Ein metaanalytischer Review, 2013 Andrea Pieter, Gabriele Wolf
	Integrated health program: a workplace randomized controlled trial, 2008 Torill H. Tveito & Hege R. Eriksen
	Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt, Bamberg und Busch 2006
	Gesundheitsbezogene Interventionen in der Arbeitswelt Review über die Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung und Primärprävention Goldgruber, Ahrens 2009
Pubmed	Stress Prevention@Work: a study protocol for the evaluation of a multifaceted integral stress prevention strategy to prevent employee stress in a healthcare organization: a cluster controlled trial, 2018 Rianne J. A. Hoek , Bo M. Havermans , Irene L. D. Houtman , Evelien P. M. Brouwers , Yvonne F. Heerkens

	Moniek C. Zijlstra-Vlasveld, Johannes R. Anema , Allard J. van der Beek and Cécile R. L. Boot
	Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. Regehr, Glancy, Pitts 2013
	Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomized controlled trial (2010) Limm, H; Gündel, H; Heinmüller, M; Marten-Mittag, B; Nater, U M; Siegrist, J; Angerer, P
	Leung S, Chiang VC, Chui YY et al (2011) A brief cognitive-behavioral stress management program for secondary school teachers. J Occup health 53:23–35
	Effekte eines 12-wöchigen Sport- oder Entspannungsprogramms auf subjektive und physiologische Stressreaktionen Klaperski und Fuchs, 2013
Google Scholar	Swing, Pilotstudie zur Stressprävention in Schweizer Grossbetrieben GFCH, 2011
	The future of organizational interventions: Addressing the challenges of today's organizations, 2010 Karina Nielsen, Toon W. Taris & Tom Cox
	health-related Interventions at work: a systematic review. Gerhardt, Keller, Grosse Holtforth, de Wijn, Schöni, Elfering, 2016. Universität Bern
PubPsych	Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis (2008) Katherine M. Richardson and Hannah R. Rothstein

**Total 15**

*Tabelle 13: ausgeschlossene Studien nach vertieftem Lesen mit Begründung*

Long-Term Effectiveness of a Stress Management Intervention at Work: A 9-Year Follow-up Study Based on a Randomized Wait-List Controlled Trial in Male Managers, 2017 Jian Li, Natalie Riedel, Amira Barrech, Raphael M. Herr, Birgit Aust, Kathrin Mörtl, Johannes Siegrist, Harald Gündel, and Peter Angerer	<b>Begründung:</b> Die Intervention wäre passend gewesen, jedoch beinhaltete die Zielgruppe nur männliche Führungskräfte, was zum Ausschluss führte. Positiv hervorzuheben ist die erneute Befragung 9 Jahre nach der Durchführung der Intervention.
Integrated health programme: a workplace randomized controlled trial Torill H. Tveito & Hege R. Eriksen, 2008	<b>Begründung:</b> Thema des Artikels nicht passend zur Fragestellung. Thema: integriertes Gesundheitsprogramm den Krankenstand und die subjektiven Gesundheitsbeschwerden verringern und die Bewältigung der Situation in einer Population von Pflegepersonal verbessern würde.

Gesundheitsbezogene Interventionen in der Arbeitswelt Review über die Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung und Primärprävention Goldgruber, Ahrens 2009	<b>Begründung:</b> Kein umfassendes Stresspräventionsprogramm, gesundheitsbezogene Interventionen stehen im Vordergrund. Thema des Artikels nicht passend zur Fragestellung. Thema: Wirksamkeitsstudien zu gesundheitsförderlichen und primärpräventiven Interventionen im Setting Arbeitswelt.
Stress Prevention@Work: a study protocol for the evaluation of a multifaceted integral stress prevention strategy to prevent employee stress in a healthcare organization: a cluster controlled trial, 2018 Rianne J. A. Hoek, Bo M. Havermans, Irene L. D. Houtman, Evelien P. M. Brouwers, Yvonne F. Heerkens Moniek C. Zijlstra-Vlasveld, Johannes R. Anema, Allard J. van der Beek and Cécile R. L. Boot	<b>Begründung:</b> Der Fokus dieser Studie umfasst eine digitale Plattform und ein kollaboratives Lernnetzwerk.
Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. Regehr, Glancy, Pitts 2013	<b>Begründung:</b> Der Fokus liegt hier auf Studierenden in Hochschulen und nicht im betrieblichen Kontext.
Leung S, Chiang VC, Chui YY et al (2011) A brief cognitive-behavioral stress management program for secondary school teachers. J Occup health 53:23–35	<b>Begründung:</b> Zielgruppe waren nur Lehrpersonen.
Effekte eines 12-wöchigen Sport- oder Entspannungsprogramms auf subjektive und physiologische Stressreaktionen Klaperski& Fuchs, 2013	<b>Begründung:</b> Kein umfassendes Stresspräventionsprogramm.
The future of organizational interventions: Addressing the challenges of today's organizations Karina Nielsen, Toon W. Taris & Tom Cox, 2010	<b>Begründung:</b> Sehr allgemein gehalten, Stress nur als Unterthema enthalten.

### Definitiv eingeschlossene Artikel Fragestellung 1: welche gesellschaftliche Bedeutung hat Stress im Arbeitsleben?

#### 1. Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland (2013)

Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Hapke, Maske, Scheidt-Nave, Bode, Schlack, Busch  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin

#### 2. Stressstudie 2010: Stress bei Schweizer Erwerbstätigen - Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit

#### 3. Gesellschaftliche Bedeutung und Kosten von Stress (2016)

Achim Elfering, Beatrice Brunner, Ivana Igic, Anita C. Keller und Lukas Weber

#### 4. Job-Stress-Index (2018), Gesundheitsförderung Schweiz

**Total 4**

**Definitiv eingeschlossene Artikel Fragestellung 2 (gemäss Einschlusskriterien): Gibt es wirksame Interventionen zur Stressprävention im betrieblichen Kontext?**

**Livivo**

1. Effekte betrieblicher Interventionen zur Stressreduktion auf das Wohlbefinden. Ein metaanalytischer Review. Andrea Pieter, Gabriele Wolf (2013)
2. Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample  
David J. Glasscock, Ole Carstensen, Vita Ligaya Dalgaard, (2018)
3. Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt, Bamberg und Busch (2006)

**Pubmed**

4. Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial (2010)  
Limm, H; Gündel, H; Heinmüller, M; Marten-Mittag, B; Nater, U M; Siegrist, J; Angerer, P

**Google Scholar**

5. Swing, Pilotstudie zur Stressprävention in Schweizer Grossbetrieben GFCH (2011)
6. health-related Interventions at work: a systematic review. Gerhardt, Keller, Grosse Holtforth, de Wijn, Schöni, Elfering (2015). Universität Bern

**PubPsych**

7. Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis (2008) Katherine M. Richardson and Hannah R. Rothstein

**Total 7**

## Anhang II: Zusammenfassungen und Bewertungen der sieben eingeschlossenen Studien

Referenz Studie B: *Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample, 2018. Glasscock David, Carstensen Ole und Dalgaard Vita Ligaya*

Tabelle 14: Zusammenfassung Studie B: Glasscock, Carstensen und Dalgaard, 2018

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Abteilungen für Arbeitsmedizin in Dänemark haben ein Anstieg der Überweisungen von Patienten mit arbeitsbedingtem Stress und Anpassungsstörungen gesehen. Es gibt keine ausreichende Grundlage für eine zuverlässige Schätzung des Ausmasses der psychischen Gesundheitsprobleme in Dänemark, aber eine Einschätzung deutet darauf hin, dass sich die jährlichen Kosten für psychische Gesundheitsprobleme auf rund 7,5 Milliarden Euro belaufen. Die Literatur enthält viele empirische Untersuchungen zu Stress Interventionsprogrammen, leider ist aber die Qualität nicht immer optimal. Das RCT-Design eignet sich am besten, um zu beurteilen ob eine Intervention den gewünschten Effekt erzielt. Eine allgemeine Schlussfolgerung ist, dass Stressinterventionsprogramme wirksam sind im Vergleich zu keiner Behandlung, und kognitiv-verhaltensbezogene Behandlungen scheinen wirksamer zu sein als andere Behandlungen. Die bereits vorhandene Literatur zeichnet sich durch methodische Schwächen aus. Die meisten Studien werden in der Regel mit Freiwilligen durchgeführt. Nur wenige Studien haben die Probanden anhand eines hohen Ausgangsstressniveaus ausgewählt.</p>	<p>Die Studie wurde als prospektive randomisierte kontrollierte Studie mit einer Behandlungs- und Kontrollgruppe durchgeführt. Die Grundlage war die zu Beginn erhobenen Fragebogendaten, nach 4 Monaten (Ende der Behandlungszeit) und nach 10 Monaten. RTW nutzte auch nationale Registerdaten.</p> <p><b>Rekrutierung der Studienstichprobe</b> Patienten wurden von ihren Hausärzten überwiesen, wenn diese einen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsstress und der aufgetretenen Symptome vermuteten. Eine Stichprobengrösse von 120 (60 pro Gruppe) war erforderlich. Der Berechnung wurde Folgendes zugrunde gelegt: Signifikanzniveau = 95%, Leistung = 80% und Korrelation-Koeffizient zwischen Basislinie und Follow-up = 0,15. Die Rekrutierung fand zwischen September 2008 und Januar 2011 statt. Der Rekrutierungszeitraum war länger als erwartet, da man mehr Patienten als erwartet ausgeschlossen wurden. Einschlusskriterien für die Studie waren eine Diagnose von Anpassungsstörung oder Reaktion auf Stress (ICD-10-Code: F43.2-F43.9, aber nicht posttraumatische Belastungsstörung) oder leichte Depression (F32.0). Die klinische Bewertung kam zum Schluss, dass die</p>	<p>Es gab relativ viele weibliche Beschäftigte aus dem öffentlichen Sektor (Krankenschwestern, Pflegehilfskräfte, Lehrerinnen). Die Reduktion der Symptome und der wahrgenommene Stress war in den ersten vier Monaten am stärksten. Nach 10 Monaten Nachbeobachtung erleben beide Gruppen weniger Symptome und weniger wahrgenommener Stress im Vergleich zur Ausgangssituation. In beiden Gruppen gibt es einen grossen und signifikanten Einfluss der Zeit. In den groben Analysen wurde ein moderater Interventionseffekt im Zeitraum von der Basislinie bis zur 4-monatigen Nachbeobachtung gefunden sowohl für PSS als auch für GHQ. Eine signifikant grössere Verbesserung der Stresswahrnehmung und der psychischen Gesundheit wurde in der IG im Gegensatz zur KG festgestellt. 4 bis 10 Monate nach dem Ausgangswert gibt es eine stärkere Wirkung der Zeit in der KG im Vergleich zur IG, vielleicht weil es jetzt weniger Raum für weitere Verbesserungen in der IG gibt. IG: kein Effekt der Zeit von 4- 10 Monate auf PSS, bei KG jedoch vorhanden GHQ: Verbesserung in beiden Gruppen zwischen 4 und 10 Monaten nach Baseline.</p>	<p>Patienten mit Reaktion auf arbeitsbedingtem Stress und Anpassungsstörungen erleben Verbesserungen während des Krankenstandes. Der Zeiteffekt überrascht wenig, da die meisten Anpassungsstörungen voraussichtlich (nach ICD-10) von Dauer sind (unter 6 Monaten). Die TN der IG haben sich deutlich schneller erholt, nach 4-monatiger Behandlungszeit wurde von weniger wahrgenommenem Stress und weniger Symptome einer schlechten psychischen Gesundheit berichtet. Trotz der schnelleren Erholungszeit in der IG, gab es keinen Gruppenunterschied in Bezug auf RTW. In diesem Abschnitt wird die vorliegende Studie mit diversen anderen verglichen, vor allem mit dem Fokus auf Burnout. RTW wird von vielen Faktoren beeinflusst und ist ein komplexes Phänomen. Beispielsweise hat eine prospektive Studie aus Schweden ergeben, dass organisatorische und individuelle Faktoren RTW beeinflussen sowie geschlechterunterschiede vorhanden sind (Holmgren et al. 2013). Diese Autoren fanden heraus, dass die Kombination von gutem Arbeitsklima und eigenes Arbeitsengagement ein schnelleres RTW bewirkt, jedoch nur bei Frauen. Die Autoren erwähnen das Organisationsklima und das Arbeitsengagement durch Stress bei der Arbeit beeinträchtigt wird.</p>

<p>Die meisten Stressbewältigungsmassnahmen sind Sekundärprävention, d.h. Programme, die versuchen, Stresssymptome zu reduzieren, bevor sie zu schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen führen. Eine weitere Schwäche, welche erwähnt wird, ist das die Interventionen entweder auf das Individuum oder den Arbeitsplatz fokussiert werden. Dies kann zu suboptimalen Ergebnissen führen.</p> <p>Es besteht der Bedarf an der Entwicklung und Bewertung von Interventionen mit einer Kombination aus individueller und organisatorischer Sicht.</p> <p>Die vorliegende Studie beinhaltet eine tertiäre Intervention mit sowohl individuellen als auch organisatorischen Elementen.</p> <p>Die TN sind krankgeschrieben zu Studienbeginn aufgrund arbeitsbedingter Stressreaktionen und Anpassungsstörungen. Ziel ist es, die Wirkung dieser Intervention zu bewerten.</p> <p>Hypothese: die Interventionsgruppe kommt zu einer schnelleren Genesung (Reduzieren von selbst wahrgenommenem Stress und einer Verringerung der Symptome einer schlechten psychischen Gesundheit). In der Interventionsgruppe wird somit erwartet, dass die TN schneller wieder zur Arbeit gehen.</p>	<p>Arbeitsbedingungen eine grosse Rolle bei der Entwicklung der Symptome spielten. Weitere Einschlusskriterien waren: derzeit am Arbeitsplatz beschäftigt, wo belastende Arbeitsbedingungen eingetreten waren sowie krankheitsbedingter Arbeitsausfall, um bei der Rekrutierung Stress zu vermeiden. Die Ausschlusskriterien waren: gekündigt/gefeuert am Arbeitsplatz, vor dem Ausgangswert oder ohne Rückkehrabsicht, kontinuierlicher Krankenstand vor der Basislinie &gt; 4 Monate, Komorbidität von einer anderen psychiatrischen Krankheit (z.B. mittelschwere bis schwere Depressionen), Drogenmissbrauch, Komorbidität kürzlich diagnostizierter chronischer somatischer Krankheit, Schwangerschaft sowie jede Form von Invalidenrente.</p> <p>Die Einbeziehung war nicht abhängig vom Beschäftigungssektor oder der Art der arbeitsbedingten Stressoren.</p> <p>Wenn aus der Überweisung vom HA ein Ausschlusskriterium ersichtlich war, wurde die Person ausgeschlossen. Alle Personen, die in die engere Auswahl kamen, füllten einen Basisfragebogen aus, welcher in der Woche vor der klinischen Befragung durch einen Psychologen ausgefüllt werden musste. Die Versuchspersonen wurden nach dem Zufallsprinzip entweder der Behandlungs- oder der Kontrollgruppe zugeteilt. Die KG wurde nur über die Fragebögen beobachtet.</p> <p><b>Intervention</b></p> <p>- 6 einstündige Einzelsitzungen (CBT) mit einer Dauer von max. 4 Monaten. Bei der Teilnahme des Psychologen mit dem AG und AN wird besprochen, wie das Stressniveau reduziert werden könnte. In den Einzelsitzungen ging es darum wie der Patient mit den</p>	<p>Die Verbesserung ist stärker bei der KG zu sehen.</p> <p>- Es wurden Sensitivitätsanalysen durchgeführt, um die Robustheit der Ergebnisse zu testen.</p> <p>Es gab keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf den Krankenstand.</p>	<p>Das Organisationsklima und der Arbeitseinsatz, wird whs. Für Personen, welche wegen arbeitsbedingtem Stress krankgeschrieben wurden, eine noch grössere Rolle spielen.</p> <p>Diese Intervention kombiniert individuelle und organisatorische Elemente. Das Individuum unterscheidet stark, was als Stress empfunden wird. Ebenso variieren die Organisationen hinsichtlich der Art der Stressfaktoren. Die hier untersuchte Intervention baut auf einer gründlichen Bewertung jedes Patienten auf sowie auch auf das Arbeitsumfeld. Der Einbezug des Arbeitsplatzes war wünschenswert, da dies ein Rückfall minimieren kann und auch das Management verbessern, was für die weiteren Mitarbeitenden ein Gewinn wäre.</p> <p>Die Einbeziehung des Arbeitsplatzes stellt Herausforderungen dar. Empfehlungen müssen nicht durchgesetzt werden. Um AG zu überzeugen braucht es gute Argumente. Ideal wäre eine gute Beziehung des Mitarbeitenden zur Führungskraft, damit ein gemeinsames Verständnis aufgebracht werden kann.</p> <p><b>Stärken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RCT-Design, welches die Gruppenunterschiede nach der Intervention erklärt</li> <li>- erstes RCT eines tertiären kognitiven Verhaltensprogramm in Kombination mit einem Schwerpunkt auf sich ändernde belastende Arbeitsbedingungen bei Mitarbeitern mit arbeitsbedingten Anpassungsstörungen.</li> <li>- diagnostisch gut definierte Studienpopulation wurde mit einem klaren klinischen Bedarf an Interventionspatienten im Krankheitsfall mit arbeitsbedingte Stressreaktionen und Anpassungsstörung. Dadurch wird das Risiko einer Selektionsverzerrung reduziert</li> <li>- Verwendung von Registerdaten in den Analysen von RTW</li> <li>- Stichprobe ist recht heterogen in Bezug auf Geschlecht, Alter, Art der Arbeit, Arten von Stressoren, Teil- oder Vollzeitkrankheit</li> </ul>
---	---	--	--

Stresssituationen fertig wird. Zwischen den Sitzungen wurden Hausaufgaben erteilt. Mehrere Psychologen arbeiteten als Therapeuten. Die Therapeuten durchliefen ein Trainingsprogramm und externe Aufsicht. Das Programm ist standardisiert, indem das Handbuch angibt, welche CBT-Techniken verwendet werden dürfen. Für die Patienten war es wichtig, dass der Therapeut in der Lage war, die Feinabstimmung des Programms an die Bedürfnisse des Patienten anzupassen. Der Inhalt von den Sitzungen war daher nicht bei jedem Patienten identisch. Der Therapeut konnte in jedem Fall wählen, welche Techniken aus das Handbuch relevant waren. Die Behandlung wurde mit einer Liste dokumentiert, welche Techniken verwendet wurden. Die ersten Sitzungen enthielten eine Psychoedukation über die Natur von Stress, Belastungsmodelle und die theoretischen Grundlagen der Intervention. Die Zwischensitzungen umfassten oft die Analyse und Restrukturierung von unangemessenen Gedanken und Interpretationen und die Arbeit mit den zugrunde liegenden Annahmen. In späteren Sitzungen wurde ein Schwerpunkt gesetzt was der TN tun könnte, um einen Rückfall zu verhindern. Das Belastungsmodell ist von Nielsen et al. (2008), diese versucht einen CBT-Ansatz zur Stressbewältigung, welcher sich zum einen auf das Individuum und zu anderen auf das psychosoziale Arbeitsumfeld konzentriert. Zudem ist das Modell prozessorientiert. Das Individuum ist ein Teil der sozialen und organisatorischen Prozesse, welches nur eine begrenzte Kontrolle hat. Der Dialog zwischen den Mitarbeitenden ist zentral. Allfällige Kommunikationsprobleme und über Möglichkeiten zur Förderung eines gemeinsamen Verständnisses wurden

**Schwächen:**

- Patienten in der KG waren frei, sich anderswo behandeln zu lassen. 41% der KG erhielten Hilfe ausserhalb der Studie. Dies minimiert die Fähigkeit der Studie einen Behandlungseffekt aufzudecken. Jedoch widerspiegelt dies die tägliche klinische Realität, womit die KG besser als «care as usual» angesehen werden könnte. Somit wird die externe Validität gestärkt.
- Eine weitere Einschränkung ist die höhere Abbruchquote, in der Kontrollgruppe
- TN konnten nicht verblendet werden
- Planung einer kombinierten Intervention für das Individuum und den Arbeitsplatz. Es war nicht möglich eine direkte Intervention an den meisten Arbeitsplätzen durchzuführen. In 14 Fällen (25%) nahm der Psychologe an einem Treffen mit dem unmittelbaren Vorgesetzten teil. In den meisten Fällen erfolgte die Intervention am Arbeitsplatz indirekt. Der TN wurde beraten, es wurden Empfehlungen abgeleitet und dies sollte dann mit dem Vorgesetzten besprochen werden. Der 4-Monats-Folgefragebogen enthielt Elemente über tatsächliche Veränderungen am Arbeitsplatz. In der IG stimmten 67% temporären Veränderungen in der Arbeitswelt zu, in der KG waren es 53%. Die Zahlen für permanente Veränderungen waren ähnlich. Die meisten gemeinsamen Änderungen der IG betrafen Kürzungen in der Arbeitsbelastung, Änderungen der Arbeitszeiten, Versetzungen in andere Abteilungen oder Teams, klarere Rollendefinitionen und veränderte Aufgaben.
- eine weitere Limitation ist, dass nicht genau gesagt werden kann welches Element am effektivsten war.

**Fazit**

Nach 10 Monaten waren keine Unterschiede mehr zwischen den Gruppen in den Symptomen und dem eigenen Stresserleben. Die Intervention führte nicht zu einer schnelleren RTW.

	<p>ebenfalls angesprochen. Mit 25% der TN aus der IG wurde ein Gespräch mit dem AG, AN und dem Psychologen durchgeführt. Im Mittelpunkt des Treffens stand die Frage, wie belastende Arbeitsbedingungen vorübergehend oder dauerhaft geändert werden können. Die Arbeit wurde langsam wieder aufgenommen und die Arbeitszeit und Komplexität wurde von Woche zu Woche gesteigert. Die Sitzungen hatten zum Ziel: die Stressoren zu reduzieren, schlechte Arbeitsbeziehungen zu verbessern oder den Einfluss des TN auf die Arbeitsaufgaben zu erhöhen. Der Psychologe fundiert als Vermittler zwischen den zwei Parteien. Er schaute auch mit dem AG was gemacht werden kann. Am Schluss wurde ein schriftlicher Massnahmenplan festgelegt.</p> <p>- Stressniveau wurde mit Cohen's Perceived Stress gemessen Skala (PSS-10) (Cohen et al. 1983; Cohen und Williamsen 1988), während die psychische Gesundheit mit dem General Gesundheitsfragebogen (GHQ-30) (Goldberg und Williams 1988) gemessen wurde.</p>		
--	--	--	--

## Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher (quantitativer) Veröffentlichungen

In Anlehnung an: Haas, Sabine; Breyer, Elisabeth; Knaller, Christine; Weigl, Marion (2013): Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 1 Handbuch), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

Tabelle 15: Bewertung Studie B: Glasscock, Carstensen und Dalgaard, 2018

Studie: Recovery from work-related stress: a randomized controlled trial of a stress management intervention in a clinical sample, 2018 Glasscock David, Carstensen Ole und Dalgaard Vita Ligaya			
	Ja	Nein	Unklar
<b>Design</b>			
Ist die eigentliche Fragestellung der Studie beschrieben?	x		
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	x		
Wurden die Patienten randomisiert auf die Studienarme verteilt? Falls Ja: wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?	x		
a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen?	x		
b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq$ 50 %)?	x		
War die Messmethode (z.B. Labor, Fragebögen, Diagnosetest) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgrösse (bzgl. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?		x	
Wurden Angaben zum Datenverlust (Responseraten, «loss to follow up», „missing values») gemacht?	x		
<b>Start und Durchführung der Studie</b>			
Stimmen Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Rauchergewohnheiten usw.) überein?			x
Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet?			x
Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung?	x		
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?	x		
<b>Analyse und Auswertung</b>			
Waren die eingesetzten statistischen Grössen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?	x		
Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben?	x		
Wurden die wichtigen Einflussgrössen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?	x		
War die Präsentation der statistischen Grössen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?	x		
Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?	x		
Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studiendesign/statistische Methodik verwendet wurde?	x		
Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?	x		
Kommentar			
-			

Referenz Studie C: *health-related Interventions at work: a systematic review, 2015*  
 Gerhardt, Keller, Grosse Holtforth, de Wijn, Schöni, Elfering, Universität Bern

Tabelle 16: Zusammenfassung Studie C: Gerhardt et al., 2015

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Verringerung von Stress bei der Arbeit kann ein vielversprechender Ansatz zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden sein. Um Stress zu reduzieren und Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern, können zwei Interventionsansätze unterschieden werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fokussierung auf die Person durch Änderung des Beurteilungs-, Reaktions-, Bewältigungs- oder Gesundheitsverhaltens (Optimierung von Stressbeurteilungen und Reaktionen).</li> <li>2. Fokussierung auf die Arbeitsbedingungen durch Veränderung der Arbeitsaufgaben, -bedingungen oder sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz (Optimierung der Belastung durch ungünstige Bedingungen und Ressourcen).</li> </ol> <p>Es gibt zwar Belege für beide Ansätze (z.B. personenorientiert: LaMontagne, Keegel, Louie, Ostry, &amp; Landsbergis, 2007; Richardson &amp; Rothstein, 2008; arbeitsorientiert: LaMontagne, et al., 2008; Montano, Hoven, &amp; Siegrist, 2014) ist es nicht klar, ob diese Effekte in kleinen und grossen Organisationen ähnlich sind. Es scheint eine vorsichtig positive Schlussfolgerung (Semmer, 2006) für arbeitsbezogene Interventionen zu geben, die ein Potenzial für positive Auswirkungen haben, aber es gibt immer noch einige Null-Findungen und einige negative Befunde in diesem Bereich. Eine kürzlich durchgeführte Untersuchung über Interventionen auf</p>	<p>Da wir eine Aktualisierung der systematischen Übersicht von Montano und Kollegen (2014) anstrebten, die über Ergebnisse von 39 Interventionsstudien berichteten, die zwischen 1993 und 2012 veröffentlicht wurden, haben wir deren Ansatz mit geringfügigen Änderungen bezüglich der Kodierungskategorien und der Suchstrategie übernommen.</p> <p><b>Suchstrategie</b>                  Wir haben die Suchstrategie von Montano und Kollegen (2014) unter Verwendung ihrer Suchbegriffe mit nur geringfügigen Änderungen angepasst. Zuerst fügten wir einige Begriffe hinzu, die sich auf den Mangel an psychischer Gesundheit (Krankheit, Angst, Besorgnis) und psychosomatische Folgen (somatoform, psychosomatisch, Schlaf, Kopfschmerzen, Schwindel, Schmerz) beziehen. Ausserdem fügten wir mehr Synonyme für Organisation (Firma, Unternehmen, Betrieb, Geschäft) hinzu. Den Interventionsteil erweiterten wir für Wellness, Achtsamkeit, Prävention, Verhärtung und Widerstand, um mehr Interventionen zu erreichen. Ausserdem fügten wir einigen NOT-Begriffe hinzu, um irrelevante Suchergebnisse (z.B. Operation, Vergiftung) zu verhindern. Die folgenden Datenbanken wurden nach geeigneten Studien durchsucht: Business Source Premier (EBSCO), die Cochrane-Bibliothek, Econlit (EBSCO), PubMed Central, PsycInfo, Scopus und Web of Science. Suchkriterien</p>	<p>Es wurden 77 Interventionsstudien überprüft, die sich aus personenorientierten (N=67) und arbeitsorientierten (N=10) Interventionen zusammensetzten. Insgesamt wurden 22680 TN in die Überprüfung einbezogen. Die Auswirkungen der verschiedenen Interventionen bei der Arbeit wurden für verschiedene Organisationsgrössen getrennt analysiert. Wir haben unsere Analysen in vier Teile gegliedert. Zunächst untersuchten wir die Wirkung verschiedener Interventionen auf gesundheits- und arbeitsbezogene Ergebnisse in kleinen und mittleren Organisationen (Bundesamt für Statistik, 2015). Zweitens untersuchten wir die gleichen Beziehungen in grossen Organisationen mit mehr als 249 Mitarbeitern. In einer dritten Analyse schlossen wir alle Studien ein, die sich auf Stichproben unklarer und so geschätzter Grösse bezogen. In einer vierten Analyse haben wir alle oben genannten Studien unabhängig von ihrer Grösse einbezogen.</p> <p>In Bezug auf unsere Kodierungsstrategie haben wir jede Tabelle in zwei Arten von Spalten unterteilt: eine weisse Spalte, die die Grösse des Post-Interventionseffekts angibt, und eine graue Spalte, die die beim Follow-up bewertete Effektgrösse angibt.</p> <p>Um die Ergebnisse zusammenzufassen und einen Überblick über die aus den Interventionsstudien extrahierbare Evidenz zu geben, bildeten wir Gruppen, die ähnliche gesundheits- und arbeitsbezogene Ergebnisse</p>	<p>Die wichtigste Forschungsfrage betraf kleine und mittlere Organisationen: Die Anzahl der Interventionsstudien in kleinen und mittleren Organisationen, die alle Kriterien der Definition des Bundesamtes für Statistik (2015) erfüllen, war begrenzt. Vor diesem Hintergrund haben wir beschlossen, alle Organisationen als klein und mittelgross einzustufen, die das Grössenkriterium von weniger als 250 Mitarbeitern erfüllen. Auch Abteilungen von Organisationen mit weniger als 250 Mitarbeitern wurden einbezogen, wenn klar war, dass die Einheit von anderen Abteilungen getrennt war. Dadurch erreichten wir eine kleine Anzahl von Studien, die wir in diese Kategorie einbeziehen konnten. Interessanterweise bestanden die meisten Studien in kleinen Organisationen aus Lehrern. Dies deutet auf die Notwendigkeit weiterer Forschung über kleine Organisationen hin, aber wir erkennen die Herausforderungen für die Forschung und diese Organisationen an. Bei kleinen Organisationen fanden wir ein klares Bild für Achtsamkeit und Entspannung, das kleine bis grosse Auswirkungen zeigt, aber keine null oder umgekehrten Effekte. Bei den CBT-Interventionen fanden wir auch kleine bis grosse Effekte mit einigen Null- und umgekehrten Richtungseffekten. Bei den Arbeitsinterventionen waren die Effekte klein bis mittel, wiederum mit einigen null und einigen kleinen inversen Effekten. Bei den arbeitsorientierten Interventionen ergab sich ein vielfältiges Bild: Es gab mittlere bis grosse Effekte in der</p>

<p>Organisationsebene kam zu dem Schluss, dass es vorteilhaft sein könnte, zu diesem Zeitpunkt mehr als eine Änderung auf Organisationsebene anzustreben (Montano, Hoven, &amp; Siegrist, 2014).</p> <p>Untersuchungen über personen- versus arbeitsorientierte Interventionen ergaben, dass personenbezogene Interventionen mehr positive Evidenz zu zeigen schienen (z.B. van der Klink, Blonk, Schene, &amp; van Dijk, 2001; Bamberg &amp; Busch, 1996). Bis heute richten sich viele Präventionsansätze auf die Ressourcen, das Stressmanagement und das Gesundheitsverhalten einer Person (Murphy &amp; Sauter, 2004; Semmer, 2003). Insgesamt gibt es mehr Belege für personenorientierte Ansätze, aber arbeitsorientierte Interventionen scheinen komplexer zu sein (zielen auf komplexe soziale Systeme, unterschiedliche Präferenzen und Interessen der Menschen, Kompromisse, Nebenwirkungen usw.), und beide Ansätze zeigten Auswirkungen auf Wohlbefinden und Gesundheit.</p> <p>Ein weiteres mögliches Kriterium für die Wirksamkeit von Interventionen könnte die Grösse der Organisation sein. Kleine und mittlere Organisationen sind Organisationen mit 1) weniger als 250 Mitarbeitern und 2) einem Jahresumsatz von maximal 50 Millionen Euro oder einer Jahresbilanz von maximal 43 Millionen Euro (Bundesamt für Statistik, 2015). Dementsprechend stellen grosse Organisationen mehr als 250 Mitarbeiter ein und haben mehr Jahresumsatz oder Jahresbilanz. Es gibt mehrere Gründe, warum die Grösse einer Organisation die Wirksamkeit von Interventionen beeinflussen kann: Eine hohe Beteiligung und ein hohes Bewusstsein sind in kleinen Organisationen möglicherweise weniger schwierig zu erreichen, und Interventionen können für die spezifischen Bedürfnisse einer kleinen Gruppe von Mitarbeitern konzipiert werden.</p>	<p>waren (1) das Veröffentlichungsdatum zwischen Januar 2012 und Juli 2015 in begutachteten Zeitschriften, (2) in englischer oder deutscher Sprache verfasst und (3) die Berichterstattung über die Auswirkungen von psychosozialen Interventionen auf die Gesundheitsergebnisse. Die Interventionen mussten vom Unternehmen unterstützt werden, sei es durch die Initiierung durch das Unternehmen, die Umsetzung während der Arbeitszeit oder die Kompensation der potenziellen Ausgaben der Teilnehmer. Zusätzlich wurden Referenzen aus bestehenden systematischen Übersichten und Metaanalysen zu diesem Thema gescannt und Forscher vor Ort angesprochen, um ergänzende Artikel, die bei der Suche nicht gefunden wurden, einzubeziehen. Zwei Forscher prüften unabhängig voneinander jeden Artikel hinsichtlich Titel und Abstract. Die anfängliche Suche führte zu 5425 Artikeln. Weitere 38 Studien wurden über Referenzlisten hinzugefügt und durch Forscher vor Ort konsultiert. Nach Durchsicht von Titel und Abstracts passten nur 216 Studien zu den oben genannten Suchkriterien. Ein zusätzliches und detaillierteres Screening wurde auf der Suche nach geeigneten Informationen in Bezug auf die Effektgrössen oder Informationen, aus denen wir die Effektgrössen ableiten konnten, durchgeführt. Darüber hinaus überprüften wir jede für das Studiendesign in Frage kommende Studie, da wir nur Kontrollgruppendesigns mit passiven Kontrollgruppen-, Care-as-usual-, Waitlist-Kontrollgruppen- oder quasi-experimentellen Designs einbeziehen konnten. <i>Studien wurden ausgeschlossen</i>, wenn die Teilnehmer Diagnosen von körperlicher oder geistiger Gesundheit (in Bezug auf DSM oder ICD) hatten. Auch zwei Studien wurden ausgeschlossen, weil sie die gleiche Stichprobe wiederholt zur</p>	<p>integrierten. Wir bildeten diese Gruppen in Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (1992) von Gesundheit als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Fehlens von Krankheit oder Gebrechen. Da wir unsere Ergebnisvariablen nicht in drei Kategorien zusammenfassen konnten, haben wir durch ein Brainstorming zusätzliche Gruppen herausgefunden. Diese Gruppen sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Allgemeiner Gesundheitszustand. Diese Gruppe umfasste nur allgemeine Gesundheitsmasse, welche mentale, psychologische und psychische Komponenten umfassten.</li> <li>2. Wahrgenommener Stress umfasst ähnlich wie die allgemeine Gesundheit psychische und physische Folgen.</li> <li>3. Physische Ergebnisse: psychosomatische Symptome (Veränderungen von Hormonen wie Cortisol) sowie kardiovaskuläre Ergebnisse und die Funktion des Bewegungsapparates.</li> <li>4. Mentale und Kognitive Ergebnisse: Achtsamkeit, Belastbarkeit, Beunruhigung, Reizbarkeit sowie Losgelöstheit. Ferner wurden die Selbstwirksamkeit und die Zielsetzung als mögliche Ergebnisse einbezogen.</li> <li>5. Emotionale und motivierende Ergebnisse. Alle affektiven Krankheiten wie Angst und Depression wurden integriert. Weitere motivierende Prozesse wie Zufriedenheit, Lebensqualität und Belohnungen wurden mit einbezogen</li> <li>6. Burnout. In Bezug auf alle Facetten von Burnout gemessen.</li> <li>7. Interpersonelle Ergebnisse. In Bezug auf alle interaktionalen Prozesse wie soziale Unterstützung, Fairnesswahrnehmung, wahrgenommene Führung und Teamarbeit.</li> <li>8. Arbeitsbezogenes Verhalten. Alle Verhaltensergebnisse wie Leistung, Abwesenheit im</li> </ol>	<p>angenommenen und in der umgekehrten Richtung, wobei die Mehrheit in der angenommenen Richtung lag. Es ist jedoch wichtig, darauf hinzuweisen, dass wir für Achtsamkeit und Entspannung, CBT und arbeitsorientierte Interventionen nur wenige Studien gefunden haben, was fundierte und ausführliche Vergleiche erschwert. Bei grossen Organisationen scheinen Achtsamkeits- und Entspannungsinterventionen die grössten Effekte und die konsistentesten Ergebnisse zu zeigen. Im Allgemeinen sind für gesundheitsbezogene und informelle Interventionen mehr Studien erforderlich, um ihre Wirksamkeit zu bewerten.</p> <p>Über einen Zeitraum von 2,5 Jahren (Januar 2012 bis Juni 2015) fanden wir 77 Studien, die arbeits- und personenbezogene Interventionen am Arbeitsplatz umfassten und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter bewerteten. Wir versuchten, der grossen Heterogenität der Studien entgegenzuwirken, indem wir die Interventionen kategorisierten.</p> <p>Bei der Analyse der Interventionsstudien fanden wir heraus, dass 72 von 77 Studien mindestens einen signifikanten Effekt der Intervention auf ein gesundheits- oder arbeitsverhaltensbezogenes Ergebnis berichteten. Nur fünf Studien fanden überhaupt keinen Effekt, was im Vergleich zu früheren Überprüfungen eine sehr gute Rate darstellt. Die Ergebnisse, die viele hypothetische Auswirkungen zeigen, waren insbesondere mentale und kognitive sowie emotionale und motivierende Ergebnisse. Insgesamt haben wir 671 Effektgrössen in die Überprüfung einbezogen, von denen 339 einen Effekt in der hypothetischen Richtung zeigten. 273 untersuchte Beziehungen zeigten keine signifikante Effektgrösse, während 59 Effekte in die umgekehrte Richtung zeigten (8,8%). Insbesondere Achtsamkeits- und Entspannungsinterventionen waren eine der beiden am häufigsten verwendeten Interventionsarten und</p>
---	--	---	--

<p>Wir erwarten weniger Studien über kleine Organisationen als über grosse Organisationen, weil kleine Organisationen möglicherweise nicht über die vermuteten finanziellen Ressourcen oder die dringende Notwendigkeit einer Intervention verfügen (d.h. das Überleben des Unternehmens ist wichtiger). Auch stellen kleine Organisationen mehrere Schwierigkeiten für die Forschung dar, darunter Machtprobleme und Schwierigkeiten, eine Kontrollgruppe zu gewinnen.</p> <p>Im Rahmen eines Forschungsauftrags des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) führten wir eine systematische Überprüfung durch, die personen- und arbeitsorientierte Interventionen am Arbeitsplatz umfassten, um den aktuellen Stand der Forschung darzulegen. Darüber hinaus haben wir die Organisationsgrösse berücksichtigt, um mögliche Unterschiede zwischen kleinen und mittleren Organisationen und grossen Organisationen zu untersuchen. Da es bereits viele Belege in Form von Übersichtsarbeiten gibt, haben wir die von Montano und Kollegen durchgeführte Überprüfung (2014) aktualisiert, mit Ausnahme der Organisationsgrösse, die wir in ihr Kodierungsschema aufgenommen haben. Neben der Wiederholung der Montano-Prüfung (die nur arbeitsorientierte Interventionen umfasste) haben wir sie auch um personenbezogene Interventionen erweitert.</p>	<p>Untersuchung identischer Ergebnisse verwendeten.</p> <p><b>Kodierung</b></p> <p>Nach dem oben beschriebenen Screening erfüllten insgesamt 77 Studien die Einschlusskriterien und lieferten ausreichende statistische Informationen über die Effektgrössen. Diese Artikel wurden von zwei Forschern unabhängig voneinander kodiert, wobei ähnliche Methoden wie von Montano und Kollegen (2014) verwendet wurden, darunter: Anzahl der Teilnehmer, Zeitverzögerung bis zur Nachuntersuchung, Beruf, Land, Studiendesign (ob es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie oder um eine quasi-experimentelle Studie handelt), Evidenzniveau (drei Kategorien: niedrig, mittel, hoch; basierend auf Qualität und Studiendesign), Vorhandensein eines Interventionseffekts und ob sich die angestrebten Arbeitsbedingungen oder die gesundheitlichen Ergebnisse geändert haben. Ausserdem haben wir die Berechnung der Effektgrössen (innerhalb der Gruppen zwischen Prä- und Post-Intervention oder zwischen den Gruppen nach der Intervention und/oder beim Follow-up), die Art der Intervention und die Grösse der Organisation kodiert. Eine Post-Intervention-Bewertung bedeutet, dass die Teilnehmer befragt wurden unmittelbar nach Abschluss der Intervention. Follow-up Bewertung enthält eine zeitversetzte Bewertung und schliesst somit auch längerfristige Auswirkungen ein. Studien, bei denen Folgemessungen (56%) angewandt wurden, messen in der Regel 0,5 bis 30 Monate nach der Intervention (mittlerer Zeitabstand von 7,2 Monaten). Aufgrund des Mangels an kleinen und mittleren Organisationen, die alle Kriterien der Definition erfüllen (Bundesamt für Statistik, 2015), haben wir uns für das Grössenkriterium entschieden</p>	<p>Krankheitsfall und die Absicht, sich zur Ruhe zu setzen.</p> <p>9. Arbeitsbedingungen. Diese Kategorie spiegelt die Möglichkeiten wider, die Mitarbeiter haben, ihre Arbeit zu beeinflussen, wie Einfluss, Entscheidungsspielraum und partizipatives Management sowie Umweltvariablen.</p> <p>Schmerz und schmerzbezogene Interventionen nicht als Schwerpunktthema aufgenommen wurden. Es wurden nur Schmerzen im Zusammenhang mit Rückenschmerzen in Verbindung mit Gesundheit einbezogen. Es wird unterschieden zwischen grossflächigen Effekten (Cohen <math>d &gt; 0,8</math>, <math>r &gt; 0,5</math>), mittelgrossen Effekten (Cohen <math>d = 0,5-0,79</math>, <math>r = 0,3-0,49</math>), kleinflächigen Effekten (Cohen <math>d = 0,2-0,49</math>, <math>r = 0,1-0,29</math>) und keinen Effekten (Cohen <math>d &lt; 0,2</math>, <math>r &lt; 0,1</math>). Keine Effekte bedeutet, dass eine Studie gab, in der die Beziehung untersucht wurde, aber die Ergebnisse zeigten keinen signifikanten Effekt.</p> <p><b>1. Kleine und mittlere Organisationen</b></p> <p><i>A) Achtsamkeits- und Entspannungsinterventionen</i></p> <p>Nur sechs Effektgrössen, die sich aus Achtsamkeits- und Entspannungsinterventionen ableiten liessen, aber es fanden sich konsistente Auswirkungen auf die wahrgenommene Belastung (mittel bis gross), auf emotionale und motivierende Ergebnisse (mittel bis gross) und auf Burnout (klein). Alle Effekte wurden aus Post-Interventionen abgeleitet.</p> <p><i>B) Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)</i></p> <p>In Bezug auf die CBT wurden neun Effekte auf physische Ergebnisse (klein bis gross) und sechs Effekte auf mentale und kognitive Ergebnisse (mittel bis gross) für beide Zeitpunkte (nach der Intervention und bei der Nachbereitung) festgestellt. Bei den körperlichen Ergebnissen konnten in zwei Fällen keine Effekte gefunden werden. Bei</p>	<p>schienen ebenfalls wirksam zu sein, wobei 78% der Effekte in der angenommenen Richtung auftraten. Sie berichteten auch von insgesamt 81% hypothetischen kleinen bis grossen Folgewirkungen.</p> <p>Der zweite Interventionstyp, der ebenfalls in vielen Studien untersucht wurde, waren die Fertigkeiten bei Arbeitsinterventionen (70% signifikante Folgewirkungen). Mit insgesamt 56% signifikanten Effekten zeigte dieser Interventionstyp für kleine und mittlere Unternehmen andere Muster als für grosse Organisationen. In Bezug auf die Höhe der Effekte gab es bei kleinen und mittleren Organisationen (67%) signifikantere Effekte als bei grossen Organisationen (46%). Für geschätzte kleine und mittlere Organisationen gab es nur wenige Studien (12 Effekte).</p> <p>Die kognitive Verhaltenstherapie zeigte insgesamt 48% signifikante Effekte (und 48% signifikante Nachfolgeeffekte). Im Verhältnis zur Gesamtmenge der Effekte gab es in kleinen und mittleren (79%) mehr signifikante Effekte als in grossen Organisationen (32%).</p> <p>Das ähnliche Muster zeigt sich bei arbeitsorientierten Interventionen. In dieser Kategorie fanden wir 111 Effekte, von denen 41% signifikant waren (50% signifikante Nachfolgeeffekte). Bei der Trennung nach der Grösse der Organisation wurden für kleine und mittlere (70%) mehr Effekte gefunden als für grosse Organisationen (32%).</p> <p>Die gemischten Designs, die sowohl aus personen- als auch aus arbeitsorientierten Ansätzen bestehen, zeigten insgesamt 154 Effekte, von denen nur 29% signifikant waren (18% signifikante Nachfolgeeffekte). Es wurden keine Studien mit kleinen und mittleren Organisationen durchgeführt.</p> <p>Gesundheitsbezogene (18% signifikante Effekte insgesamt, 33% signifikante Nachfolgeeffekte) und informatorische Interventionen (39% signifikante Effekte insgesamt, 33% signifikante</p>
---	---	---	--

<p>und weniger als 250 Mitarbeiter als Kriterium für kleine und mittlere Organisationen herangezogen. Die Mehrzahl der untersuchten Stichproben bestand aus Lehrern und Hilfskräften. Die Organisationsgrösse wurde wie folgt kodiert: 0= mehr als 249 Beschäftigte, 1= weniger als 250 Beschäftigte, 2=geschätzte weniger als 250 Beschäftigte. Cohen's Kappa wurde berechnet, um eine Übereinstimmung zwischen den Bewertern zu zeigen (<math>\kappa=0,89</math>)</p> <p><b>Gruppierung der Interventionen</b> In Anbetracht der Vielfalt, der am Arbeitsplatz und in der Umgebung durchgeführten Interventionen haben wir unsere Studien in 2 grosse Kategorien unterteilt: personenorientiert und arbeitsorientiert.</p> <p>Für die <u>arbeitsorientierten Interventionen</u> wurden die gleichen Klassifikationen verwendet wie Montano und seine Kollegen (2014):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Materielle Bedingungen: alle Arten von physikalischen und chemischen Einflüssen, die bei der Arbeit relevant sind (Lärm, chemische Substanze usw.) wurden einbezogen.</li> <li>2. arbeitsbezogene Bedingungen: beziehen sich auf den Umfang der Arbeitszeit und der Arbeitsintensität wobei letztere als Anzahl der Tätigkeiten pro Zeiteinheit gemessen wird (z.B. Arbeitsgeschwindigkeit, Schichten, Fristen, Arbeitstempo, Pausen).</li> <li>3. Bedingungen der Arbeitsorganisation: Dazu gehören eine Vielzahl von psychologischen und sozialen Faktoren (Arbeitsanforderungen, Arbeitskontrolle, Anstrengungen und Belohnungen, Verantwortung usw.) sowie Prozesse und Verfahren, die zur Erfüllung der Arbeitsaufgaben erforderlich sind (z.B. Arbeitsmethoden, Reihenfolge der Aufgaben, Teamorganisation, Struktur der Hierarchie, Schulung der Sicherheitsrichtlinien).</li> </ol>	<p>arbeitsbezogenem Verhalten gab es keinen Effekt beim Follow-up, sondern einen kleinen Effekt in umgekehrter Richtung</p> <p><i>C) Fertigkeiten bei der Arbeit-Interventionen</i> Es fanden sich drei kleine Auswirkungen auf die wahrgenommene Belastung und drei kleine bis mittlere Auswirkungen auf die körperlichen Ergebnisse. Auch in fünf Fällen wurde kein Effekt festgestellt, und ein kleiner Effekt in umgekehrter Richtung. Kleine bis mittlere Effekte wurden für mentale und kognitive Ergebnisse (12) sowie für Burnout (acht; in einem Folgefall gab es keinen Effekt) gefunden. Bei den emotionalen und motivierenden Ergebnissen fanden sich sechs kleine bis mittlere Effekte, aber in der Mehrheit konnte kein Effekt festgestellt werden (acht Fälle). Ein Effekt wies in die umgekehrte Richtung. Bei arbeitsbezogenem Verhalten stellten wir zwei kleine Effekte fest (in einem Fall kein Effekt). Alle Effekte umfassten sowohl Post-Interventions- als auch Follow-up Bewertungen.</p> <p><i>D) Arbeitsorientierte Interventionen</i> Es wurden drei grosse Auswirkungen auf emotionale und motivierende Ergebnisse gefunden, von denen eine in die umgekehrte Richtung wies. Neun mittlere bis grosse Effekte wurden für interpersonelle Ergebnisse festgestellt. Auch drei kleine und grosse Effekte wurden für die umgekehrte Richtung gefunden.</p> <p>Bei den Arbeitsbedingungen wurden acht mittlere bis grosse Effekte und vier grosse Effekte für die umgekehrte Richtung festgestellt. Alle Effekte basierten auf Post-Interventions-Untersuchungen.</p> <p><b>2. Grosse Organisationen</b></p> <p><i>A) Achtsamkeits- und Entspannungsinterventionen</i> Es wurden Auswirkungen auf alle Kategorien von Ergebnissen festgestellt. Für die allgemeine Gesundheit wurden zwei mittlere bis</p>	<p>Nachfolgeeffekte) zeigten die geringsten Zahlen signifikanter Effekte sowie Gesamteffekte. Nach den Langzeiteffekten sind die Ergebnisse ähnlich wie bei den Post-Interventionen: Achtsamkeit und Entspannung und Fertigkeiten bei den Arbeitsinterventionen zeigten die am meisten hypothetischen signifikanten Effekte für die Nachsorge. Auch arbeitsorientierte Interventionen zeigten eine Follow-up Quote von 50%.</p> <p><b>Praktische Implikationen</b> Unsere Ergebnisse zeigten, dass in der jüngsten Forschungsperiode mehr personen- als arbeitsorientierte Interventionen durchgeführt wurden. Ein möglicher Grund für diesen Umstand könnte darin liegen, dass arbeitsorientierte Interventionen aufgrund der regulierten Arbeitsstruktur und Arbeitsbedingungen sowie der jüngsten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen schwieriger umzusetzen sind als personenorientierte Interventionen. Die Tatsache, dass Studien grosse Effekte in der angenehmen Richtung, aber auch in der umgekehrten Richtung zeigten, kann mit individuellen Präferenzen, Auszahlungen und Nebenwirkungen in Verbindung gebracht werden. Nicht jede Intervention ist für alle Arbeitnehmer geeignet. Wenn zum Beispiel eine Intervention zur Verringerung von Konflikten zwischen Arbeit und Familie durchgeführt wird, wird ein einzelner Mitarbeiter nicht so profitieren wie ein Mitarbeiter mit Familie - und einige können sogar beleidigt werden, wenn die Aufmerksamkeit von ihren Themen abfällt. Darüber hinaus kann die Teilnahme für die Mitarbeiter eine erhöhte Arbeitsbelastung, Zeitdruck und Komplexität mit sich bringen. Daher kann der berufliche Stress zumindest am Anfang sogar zunehmen. Auch können Interventionen in Bezug auf ein Ergebnis wirksam sein, aber nicht in Bezug auf ein anderes, z.B. sind die Mitarbeiter vielleicht nicht zufriedener, aber die Gesundheitsindikatoren zeigen eine Verbesserung an.</p>
---	--	---

	<p>Für <u>die personenorientierten Interventionen</u> haben wir eine Klassifikation auf der Grundlage des jeweiligen Interventionsansatzes erstellt. Die folgenden Kategorien wurden identifiziert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1. Achtsamkeits- und Entspannungsinterventionen. Dies umfasst alle Interventionen, einschliesslich der achtsamkeitsbasierten Stressreduzierung (MBSR), des Erlernens von Entspannungstechniken, Yoga, Qigong und anderer, die sich auf die Reduzierung von stressbedingten Ergebnissen im Arbeitskontext konzentrieren.</li> <li>2. Kognitive Verhaltenstherapie (CBT). Alle Programme, die auf kognitiver Verhaltenstherapie basieren, wurden einbezogen.</li> <li>3. Informationelle Interventionen. Diese Kategorie umfasste alle Interventionen, die sich auf den Wissenstransfer konzentrieren. Neben den psychoedukativen Ansätzen wurden auch Interventionen mit Rückkopplung durchgeführt.</li> <li>4. Fertigkeiten bei Arbeitsinterventionen. Alle Studien, die sich auf die Veränderung der persönlichen Fähigkeiten am Arbeitsplatz konzentrierten, wurden einbezogen. Diese Gruppe umfasst sowohl Bewältigungskompetenzen als auch Kommunikationstrainings.</li> <li>5. Gesundheitsbezogene Verhaltens-Interventionen. Körperliche und diätetische Ansätze, die sich hauptsächlich auf die Verbesserung der Gesundheit und die Verringerung gesundheitsbezogener Probleme konzentrieren, wurden einbezogen.</li> <li>6. Andere. In diese Kategorie fallen insbesondere alle gemischten Studiendesigns, die mehr als ein Interventionsziel umfassen. In der Regel kombinierten sie personenorientierte und arbeitsorientierte Ansätze. Darüber hinaus haben wir solche Designs hinzugefügt, die zu keiner anderen Kategorie gehören.</li> </ol>	<p>grosse Effekte und einen kleinen, in die umgekehrte Richtung weisenden Effekt festgestellt. Es fanden sich 12 kleine bis grosse Effekte (in einem Fall wurde kein Effekt gefunden) auf die wahrgenommene Belastung und ein gemischtes Muster für die körperlichen Ergebnisse: zwei Studien berichteten über einen grossen Effekt, 13 über kleine bis mittlere Effekte und 13 berichteten über keinen signifikanten Effekt.</p> <p>Bei mentalen und kognitiven (11 Effekte) sowie emotionalen und motivierenden Ergebnissen (23 Effekte) fanden sich kleine bis grosse Effekte (kein Effekt in sechs Fällen pro Gruppe). Weitere mentale und kognitive Ergebnisse zeigten einen kleinen Effekt für die umgekehrte Richtung. Bei Burnout (neun Effekte), interpersonalen Ergebnissen (drei Effekte) und Arbeitsbedingungen (drei Effekte) fanden sich kleine bis grosse Effekte. Das arbeitsbezogene Verhalten zeigte nur einen mittleren Effekt. Wir fanden auch einen kleinen inversen Effekt für die Arbeitsbedingungen.</p> <p>Zu den Auswirkungen gehörten sowohl Messungen nach der Intervention als auch Folgebewertungen</p> <p><i>B) Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)</i></p> <p>In zwei Studien zeigte die CBT keine Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand, und die wahrgenommene Belastung zeigte in zwei Studien kleine Effekte (in einem Fall wurde kein Effekt gefunden). Die physischen Ergebnisse zeigten zwei kleine und mittlere Effekte, aber die Mehrheit (vier) zeigte keine Wirkung und ein grosser Effekt ging in die umgekehrte Richtung. Zu den psychischen und kognitiven Ergebnissen gehörten vier kleine bis grosse Effekte, von denen ein kleiner Effekt in umgekehrter Richtung verlief. Die emotionalen und motivationalen Ergebnisse zeigten drei kleine bis mittlere Effekte, aber die Mehrheit (fünf Fälle) zeigte keine</p>	<p>Dennoch tragen arbeitsorientierte Interventionen zu verbessertem Wohlbefinden und Gesundheit und auch arbeitsbezogenes Verhalten in Formen grosser Effekte in der angenommenen Richtung bei. Diese Arten von Interventionen schienen in kleinen und mittleren Organisationen erfolgreicher zu sein. Dies kann eine Verzerrung in dem Sinne widerspiegeln, dass die Forschung mit kleinen und mittleren Organisationen besonders schwierig ist, weil sie sich möglicherweise weniger wahrscheinlich in eine Intervention einmischen, weil aufgrund von Machtproblemen oft mehrere vergleichbare Organisationen benötigt werden und es schwierig sein kann, ein geeignetes Forschungsdesign in einer kleinen oder mittleren Organisation zu finden (z.B. Problem, eine Kontrollgruppe zu finden). Andererseits kann dieses Ergebnis auch zeigen, dass die Durchführung von arbeitsorientierten Interventionen in kleineren Organisationen in gewissem Umfang leichter ist. Dies kann mit einer besseren Unterstützung durch das Management, einer höheren Beteiligung der Mitarbeiter und einem höheren Bewusstsein für Interventionen bei Management und Mitarbeitern verbunden sein. Darüber hinaus beteiligen sich kleinere Organisationen in der Regel nicht gleichzeitig an mehreren Interventionen oder Veränderungsprojekten. Daher sind die Mitarbeiter unter Umständen weniger wahrscheinlich von früheren Misserfolgen von Interventionen betroffen und werden zur Teilnahme motiviert.</p> <p><b>Limitationen</b></p> <p>Da wir uns auf psychosoziale Interventionen konzentriert haben, konnte der Bereich der körperlichen und gesundheitsbezogenen Interventionen in unserer Übersicht möglicherweise nicht vollständig abgedeckt werden. Ausserdem haben wir aufgrund unserer Suchanfragen keine Interventionen berücksichtigt, die sich</p>
--	--	---	--

<p><b>Analyse</b>  Um zu evaluieren, welche Interventionsarten für welches Ergebnis und für welche Organisationsgrösse effektiver sind, haben wir statistische Informationen in Effektgrössen transformiert und diese je nach Interventionskategorie und Ergebnis in Tabellen gruppiert.  Folglich haben wir vier verschiedene Arten von Tabellen erstellt. Die erste Gruppe enthält Studien, die kleine bis mittelgrosse Organisationen untersuchen, die nach Interventionskategorie und Ergebnis unterteilt sind. Die zweite Gruppe enthält Studien über grosse Organisationen, die nach denselben Mustern unterteilt sind. Die dritte Gruppe enthielt Studien, die geschätzte kleine und mittlere Organisationen oder getrennte Abteilungen von Organisationen, die das Grössenkriterium erfüllen, untersuchten. Die vierte Gruppe bestand aus allen Studien, die nach den gleichen Mustern zusammengefasst und unterteilt wurden.</p>	<p>Wirkung (fünf Fälle) oder zeigte in die umgekehrte Richtung (drei Fälle). Bei Burnout wurden in zwei Fällen keine Effekte gefunden. Das Verhalten am Arbeitsplatz zeigte nur einen mittleren und einen grossen Effekt, während die Mehrheit (neun Studien) keinen Effekt zeigte.  Alle Effekte beinhalteten sowohl Post-Interventions- als auch Follow-up-Bewertungen.  <i>C) Fertigkeiten bei den Arbeits-Interventionen</i>  Der allgemeine Gesundheitszustand zeigte sowohl eine mittlere als auch eine grosse Wirkung. Ähnlich zeigte der wahrgenommene Stress drei kleine und grosse Effekte. Bei den körperlichen Auswirkungen konnten zwei kleine Effekte gefunden werden, von denen einer in die umgekehrte Richtung wies. Die psychischen und kognitiven Ergebnisse zeigten nur einen kleinen Effekt. In drei Fällen konnte kein Effekt gefunden werden, ein kleiner und ein grosser Effekt zeigten in die entgegengesetzte Richtung. Die emotionalen und motivationalen Ergebnisse zeigten sechs kleine bis grosse Effekte, aber die Mehrheit erreichte keinen Effekt (sieben von 14), und ein mittlerer Effekt zeigte in die umgekehrte Richtung. Für Burnout konnten drei kleine Effekte identifiziert werden. In vier Fällen wurde kein Effekt gefunden. Bei den interpersonellen Ergebnissen wurden vier grosse Effekte festgestellt, während in fünf Fällen keine Wirkung gefunden wurde. Für arbeitsbezogenes Verhalten wurden zwei kleine Effekte (kein Effekt in vier Fällen) und für Arbeitsbedingungen ein kleiner und ein grosser Effekt (kein Effekt in einem Fall) gefunden.  <i>D) Informationelle Informationen</i>  Bei den körperlichen Ergebnissen wurde ein geringer Effekt festgestellt (in zwei Fällen kein Effekt). Bei den psychischen und kognitiven Ergebnissen wurden kleine bis grosse Effekte festgestellt (kein Effekt in fünf von 12 Fällen), während die emotionalen und motivierenden</p>	<p>hauptsächlich auf Schmerzen konzentrieren. Auch lieferten einige Studien keine vollständigen Informationen zur Durchführung, Messung und statistischen Informationen zur Ableitung von Effektgrössen. Wir mussten diese Studien wegen des Mangels an Informationen ausschliessen.  Eine weitere Herausforderung war die Breite und Heterogenität der Interventionen sowie die gesundheits- und verhaltensbezogenen Ergebnisse. Durch die Bildung von Kategorien versuchten wir, die Ergebnisse der Studien zu vereinfachen und zusammenzufassen. Daher sollten die Ergebnisse dieser Überprüfung aufgrund dieser Heterogenität nur mit Vorsicht interpretiert und verallgemeinert werden. Es gibt mehr zugrunde liegende Faktoren, die die Ergebnisse der Interventionen beeinflussen (z.B. die Akzeptanz durch die Mitarbeiter).  Da es sich um eine Replikation der Überprüfung von Montano und Kollegen (2014) handelt, haben wir auch deren Einschlusskriterien angepasst. So haben wir nur Artikel einbezogen, die in referierten Zeitschriften veröffentlicht wurden, und keine Dissertationen oder unveröffentlichtes Material. Dies könnte zu einer Verzerrung der Publikation führen. Auf der anderen Seite haben wir eine breite Palette von Interventionen und Variablen einbezogen, die einen Selektionsverzerrer reduzieren.  Eine weitere Tatsache, die erwähnt werden muss, ist, dass die Wirkung von Interventionen bei einigen Ergebnissen mehr und bei anderen weniger erforscht wird. Die Mehrzahl der Effekte wurde für mentale und kognitive sowie emotionale und motivierende Ergebnisse untersucht, die gute Belege liefern. Umgekehrt ist mehr Forschung über psychosoziale Interventionen für physische und muskuloskeletale Ergebnisse erforderlich. Insbesondere muskuloskeletale Beschwerden sind von zunehmender Bedeutung. Unter dem medizinischen Personal wurde eine grosse Anzahl von</p>
---	--	---

		<p>Ergebnisse nur kleine bis mittlere Effekte zeigten (kein Effekt in zwei von 7 Fällen). Zwei grosse Effekte zeigten in die umgekehrte Richtung. Zwischenmenschliche Ergebnisse zeigten nur zwei mittlere Effekte für die umgekehrte Richtung. Arbeitsbezogenes Verhalten zeigte nur einen kleinen Effekt, während zwei mittlere Effekte in die umgekehrte Richtung zeigten (kein Effekt in vier Fällen).</p> <p><i>E) andere (Mixed Designs)</i> Gemischte Interventionen mit sowohl arbeits- als auch personenorientierten Ansätzen zeigten in zehn Fällen einen mittleren Effekt für die allgemeine Gesundheit und keine Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit. Bei den psychischen und kognitiven Ergebnissen wurden nur kleine Effekte gefunden (kein Effekt in 18 von 26 Fällen), während 3 kleine Effekte umgekehrt gerichtet waren. Die emotionalen und motivierenden Ergebnisse zeigten sowohl mittlere bis grosse Effekte als auch eine kleine inverse Wirkung. Burnout zeigte kleine bis grosse Effekte (kein Effekt in zwei von 8 Fällen), zwischenmenschliche Ergebnisse umfassten nur kleine bis mittlere Effekte, während ein kleiner Effekt umgekehrt gerichtet war (kein Effekt in drei von sieben Fällen). Schliesslich zeigte das Verhalten am Arbeitsplatz kleine bis grosse Effekte und auch kleine bis mittlere invers gerichtete Effekte (kein Effekt in 34 von 54 Fällen).</p> <p><i>F) Gesundheitsbezogene Verhaltens-Interventionen</i> Diese Kategorie umfasst fast keine Auswirkungen. Lediglich bei den emotionalen und motivationalen Ergebnissen wurde ein kleiner Effekt gefunden. Keine Effekte wurden in Fällen von allgemeiner Gesundheit, körperlichen Ergebnissen, auch emotionalen und motivierenden Ergebnissen und arbeitsbezogenem Verhalten (insgesamt sechs von sieben Fällen) gefunden.</p>	<p>Interventionen durchgeführt. Dies erschwert die Verallgemeinerung unserer Ergebnisse. Auf der anderen Seite gibt es viele positive Aspekte, die unsere Überprüfung betreffen. Erstens haben wir eine breite Palette von Interventionen aufgenommen. Ausserdem haben wir überhaupt eine relativ grosse Anzahl von Studien gesammelt. Darüber hinaus gibt sie einen Überblick über die Studien vor Ort und zeigt Bereiche auf, die noch weiter erforscht werden müssen.</p> <p>Wir haben die eingeschlossenen Studien auch nach ihrem methodischen Ansatz und ihrer Studienqualität gewichtet und nach der Grösse der Organisation kodiert, was die Möglichkeit bietet, die Wirksamkeit von Interventionen in Organisationen unterschiedlicher Grösse zu vergleichen. Darüber hinaus haben wir internationale Studien aus der ganzen Welt einbezogen, um einen internationalen Vergleich zu ermöglichen. Eine weitere wichtige Tatsache ist, dass wir Folgebewertungen berücksichtigt haben, die es ermöglichen, Langzeitwirkungen zu untersuchen.</p> <p><b>Schlussfolgerung</b> Angesichts der grossen Anzahl verschiedener Interventionen, die in diesem Überblick enthalten sind, konnten wir einen Überblick über die aktuelle Situation geben. Achtsamkeit und Entspannung sowie Fähigkeiten bei der Arbeitsintervention zeigten konsistente Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheitsergebnisse. Ferner konnten wir hervorheben, dass die Fähigkeiten bei der Arbeit, kognitive und arbeitsorientierte Interventionen in kleinen und mittleren Organisationen konsistentere Auswirkungen zu zeigen schienen als in grossen Organisationen. Auch Achtsamkeit und Entspannung, Fertigkeiten bei der Arbeit und arbeitsorientierte Interventionen zeigten gute Effekte bei der Nachbereitung und damit eine gewisse Beständigkeit. Schliesslich zeigten die</p>
--	--	--	--

		<p>Die Effekte bestanden nur aus Bewertungen nach der Intervention</p> <p><i>G) Arbeitsorientierte Interventionen</i></p> <p>Bei den körperlichen Ergebnissen wurden kleine und grosse Effekte gefunden (kein Effekt in 8 von 14 Fällen). Bei den psychischen und kognitiven Ergebnissen wurden kleine bis grosse Effekte gefunden (kein Effekt in 1 von 7 Fällen), während die emotionalen und motivierenden Ergebnisse nur einen mittleren Effekt zeigten (kein Effekt in 5 Fällen). Bei Burn-out konnte kein Effekt gefunden werden. Zwischenmenschliche Ergebnisse zeigten nur wenige kleine und grosse Effekte, während in 16 von 19 Fällen kein Effekt gefunden werden konnte. Das arbeitsbezogene Verhalten zeigte nur geringe Effekte, von denen einer in umgekehrter Richtung verlief (keine Effekte in 10 von 14 Fällen). Die Arbeitsbedingungen zeigten kleine bis mittlere Effekte, von denen ein kleiner Effekt umgekehrt gerichtet war (keine Effekte in 14 von 22 Fällen).</p> <p><b>Organisationen unklarer Grösse, die als kleine und mittelgrosse Organisationen betrachtet werden</b></p> <p><i>A) Achtsamkeit und Entspannungs-Interventionen</i></p> <p>grossen Organisationen ist das Muster für Achtsamkeits- und Entspannungsinterventionen ähnlich wie bei grossen Organisationen. Dies beruht vor allem auf der Tatsache, dass es nur wenige Studien für kleine und mittlere Organisationen gab. Die Effekte wurden aus den Bewertungen nach der Intervention und den Folgeuntersuchungen abgeleitet</p> <p><i>B) Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)</i></p> <p>Im Vergleich zu kleinen, mittleren und grossen Organisationen zeigten die Ergebnisse für diese Gruppe ein anderes Muster. Während wir für die beiden anderen Gruppen gute Belege hatten, wurden für die geschätzten kleinen und mittleren Organisationen nur wenige</p>	<p>differenzierten Ergebnisse auch, dass bei sorgfältiger Umsetzung arbeitsorientierte Interventionen grosse Auswirkungen haben können.</p>
--	--	---	---

		<p>Studien einbezogen. Die Studien zeigten einen mittleren Effekt auf die wahrgenommene Belastung, einen kleinen Effekt auf die zwischenmenschlichen Ergebnisse und einen kleinen inversen Effekt auf den allgemeinen Gesundheitszustand für die Beurteilung nach der Intervention.</p> <p><i>C) Fertigkeiten bei der Arbeit-Interventionen</i> Im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen zeigten die Fähigkeiten bei den Arbeitsinterventionen in dieser Gruppe die geringsten Auswirkungen (sechs kleine bis grosse von 12). Es gab nur Studien, die sich mit mentalen und kognitiven, emotionalen und motivationalen, zwischenmenschlichen Ergebnissen und Burnout befassten.</p> <p><i>D) andere (Mixed Designs)</i> Im Vergleich zu grossen Organisationen zeigte diese Gruppe ein breiteres Muster von Effektgrössen. Die meisten Effekte wurden beim Burnout gefunden, aber sie lagen sowohl in der angenommenen als auch in der umgekehrten Richtung. Insgesamt zeigten auch einige Studien keine Effekte (18 von 30 Fällen).</p> <p><i>E) Gesundheitsbezogene Verhaltens-Interventionen</i> Im Vergleich zu grossen Organisationen zeigten geschätzte kleine und mittlere Organisationen ein ähnliches Muster hinsichtlich der Effektgrössen. Insgesamt zeigten acht von zehn Organisationen keinen Effekt. Nur zwei kleine Effekte wurden auf mentale und kognitive Ergebnisse gefunden. Die Effekte basierten auf Nachbeurteilungen nach der Intervention und auf Folgeuntersuchungen. Es ist wichtig zu erwähnen, dass es für beide Organisationsgrössen nur wenige Studien gab, die diese Art von Interventionen untersuchten.</p> <p><b>Integration der Ergebnisse</b> Zum Vergleich zwischen den verschiedenen Interventionstypen, der Grösse der</p>	
--	--	---	--

		<p>Organisation und der Richtung der Auswirkungen führten wir Chi-Quadrat-Tests durch. Wir aggregierten verschiedene Informationen über die Studien. Zunächst aggregierten wir Achtsamkeits- und Entspannungsinterventionen, kognitive Verhaltenstherapie und Fähigkeiten bei Arbeitsinterventionen, die alle zur Kategorie der personenorientierten Interventionen gehörten. Alle arbeitsorientierten Interventionen wurden bereits zusammengeführt. Zweitens wurden alle kleinen und mittleren sowie die grossen Organisationen zusammengefasst. Drittens aggregierten wir kleine, mittlere und grosse Effekte sowohl für die hypothetische Richtung als auch für die umgekehrte Richtung.</p> <p>Danach verglichen wir personen- und arbeitsorientierte Interventionen, Interventionen in kleinen und mittleren gegenüber grossen Organisationen und hypothetische, keine und inverse Richtungseffekte.</p> <p>Chi-Quadrat-Tests zeigten, dass sowohl bei kleinen und mittleren als auch bei grossen Organisationen signifikante Unterschiede zwischen personen- und arbeitsorientierten Interventionen bestehen (klein: <math>\chi^2=10.837</math>, <math>p=.004</math>; 20 gross: <math>\chi^2=24.415</math>, <math>p=.000</math>). Die Ergebnisse sprachen für personenorientierte Interventionen, die relativ mehr hypothetische Effekte und weniger inverse Effekte aufweisen als arbeitsorientierte Interventionen.</p> <p>Chi-Quadrat-Tests zeigten auch, dass bei personenorientierten Interventionen kein Unterschied darin besteht, ob kleine und mittlere Organisationen oder grosse Organisationen mehr hypothetische und weniger inverse Effekte fanden. (<math>\chi^2=2.819</math>, <math>p=.244</math>).</p> <p>Im Gegensatz dazu zeigten Chi-Quadrat-Tests bei arbeitsorientierten Interventionen weniger inverse und mehr hypothetische Effekte zugunsten von kleinen und mittleren</p>	
--	--	---	--

		Organisationen ( $\chi^2=40.779$ , $p=.000$ ). Dies zeigt, dass personenorientierte Interventionen sowohl bei kleinen und mittleren als auch bei grossen Organisationen ähnlich effektiv zu sein scheinen, während arbeitsorientierte Interventionen bei kleinen und mittleren Organisationen effektiver zu sein scheinen.	
--	--	--	--

## Checkliste zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen

In Anlehnung an: Haas, Sabine; Breyer, Elisabeth; Knaller, Christine; Weigl, Marion (2013): Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 1 Handbuch), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

Tabelle 17: Bewertung Studie C: Gerhardt et al., 2015

<i>Autor und Jahr der Publikation: Gerhardt et al., 2015</i>			
<b>Kriterien zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Basiert der Review auf einer klar definierten (PICO) Forschungsfrage?	x		
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?	x		
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?	x		
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenz-Aufbereitung berücksichtigt?	x		
<b>Eigene spezifische Fragen:</b> <b>Was für Arbeitsfelder werden berücksichtigt?</b> Dies wurde in diesem systematischen Review nicht erwähnt. <b>Gibt es eine Häufung von Arbeitsfeldern, die nur von Frauen belegt sind?</b> Zudem wurde nicht aufgezeigt wie viele TN weiblich oder männlich waren.			
<b>Kommentare</b>			
-			

Referenz Studie D: *Effekte betrieblicher Interventionen zur Stressreduktion auf das Wohlbefinden. Ein metaanalytischer Review, 2013. Andrea Pieter und Gabriele Wolf*

Tabelle 18: Zusammenfassung Studie D: Pieter und Wolf, 2013

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Hintergrund und Problemidentifikation: Die Verhältnisse und Anforderungen der heutigen Arbeitswelt können sich in einer mannigfaltigen Art und Weise negativ auf die Gesundheit von Beschäftigten auswirken. In aktuellen Studien wird zunehmend erkannt, dass zwischen arbeitsbedingtem Stress und innerbetrieblichen Spannungen, Fehlzeiten und Leistungsabfall ein Zusammenhang besteht. Insbesondere der Anteil psychischer Erkrankungen scheint kontinuierlich anzusteigen.</p> <p>Ziel: dieses Beitrags ist es, die Wirkung von Interventionen zur Stressreduktion auf das psychische Wohlbefinden der Beschäftigten, basierend auf Befunden aktueller Forschungsarbeiten, zu analysieren und mögliche Effekte abzuschätzen.</p> <p>Ziel des vorliegenden Beitrags ist es einerseits zu überprüfen, inwieweit aktuelle Studienergebnisse es erlauben, gezielte Aussagen bezüglich der Wirkung betrieblicher Stressinterventionen auf das psychische Wohlbefinden der Beschäftigten zu machen und andererseits zu analysieren, wie hoch vermutete Wirkeffekte hierbei einzuschätzen sind.</p> <p>Betriebliche GF im Kontext Stressprävention: Schaut man sich Zielannahmen in der betrieblichen GF genauer an, so können Stressinterventionen</p>	<p>Die Primärstudien suchte erfolgte über eine Onlinerecherche in den Datenbanken psyndex, cochrane library, medline, pub med, dissertationen online sowie der elektronischen Zeitschriftenbibliothek der saarländischen Universitäts- und Landesbibliothek. Die verwendeten Deskriptoren bzw. Keywords waren: workplace health promotion, workplace health management study, occupational health, health work, Stressmanagementtraining, betriebliche Gesundheitsförderung, occupational stress, worksite management, stress prevention, stress reduction, stress intervention, Stressbewältigung, beruflicher Stress, effectiveness, prevention, work, workplace, wellness, work stress, job stress, stress management, kognitiv-behaviorale Interventionen, Entspannungsverfahren.</p> <p>Es wurden ausschliesslich Studien berücksichtigt, die zwischen 2000 und 2011 publiziert wurden. Berücksichtigt wurden Programme betrieblicher Gesundheitsförderung in deren Rahmen die Stressreduktion und das psychische Wohlbefinden im Mittelpunkt standen. Darüber hinaus wurden nur Studien einbezogen, deren Probanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einem aktiven Beschäftigungsverhältnis befanden. Nicht explizit vorausgesetzt wurde ein randomisiert kontrolliertes Design für das Wirkungsfeld der Studie.</p>	<p>Insgesamt nahmen im Rahmen der Primärstudien 1802 Beschäftigte an Interventionen zur Stressreduktion im betrieblichen Kontext teil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Versuchspersonen ca. 40 Jahre alt waren, häufig fehlende Altersangaben, deshalb keine genauen Werte.</li> <li>- In zwei Studien wurden keine Angaben zum Geschlecht gemacht. In den übrigen Studien waren 36,8 % der Stichproben weiblichen und 63,2 % männlichen Geschlechts.</li> <li>- Die Stichproben umfassten je Studie im Mittel <math>120,1 \pm 89,51</math> (min. = 38, max. = 311) Personen. Die durchschnittliche Interventionslänge betrug <math>10,33 \pm 7,51</math> h (min. = 1 h, max. = 9 Monate)</li> <li>- Über alle Studien hinweg ergab sich eine korrigierte durchschnittliche Gesamteffektstärke von <math>d = 0,41</math> bei einem 95 %-Konfidenzintervall von <math>p &lt; 0,05</math> (0,22–0,56).</li> <li>- Die Hauptschwerpunkte lagen bei sechs Interventionen auf komplexen Stressmanagementmassnahmen, welche beispielsweise kognitive und palliative Anteile enthielten, vier Interventionen basierten auf dem Prinzip der Psychoedukation. Jeweils einmalig wurden ein Power-to-change-Programm, ein Yoga-Programm, ein Programm zur Akzeptanz sowie ein Programm mit diversen Einzelmethode im Rahmen der Primärstudien durchgeführt.</li> <li>- Bei detaillierter Betrachtung der Ergebnisse der Primärstudien</li> </ul>	<p>Betrachtet man die Effektstärke, berechnet über die selektierten Primärstudien, so kann man konstatieren, dass sich hinsichtlich der Wirksamkeit mit <math>d = 0,41</math> ein mittlerer Effekt der Interventionen auf das psychische Wohlbefinden zeigt.</p> <p>Dieser Effekt legt nahe, dass betriebliche Gesundheitsförderung in Bezug zur psychischen Gesundheit durchaus ihre Berechtigung zu haben scheint, wenngleich sich in den einbezogenen Primärstudien eine Vielzahl unterschiedlicher Massnahmen widerspiegeln. Aufgrund der Evidenzlage kann durchaus von deren Wirksamkeit ausgegangen werden.</p> <p>Aus den vorliegenden Ergebnissen lässt sich aufgrund des Interventionsmix in den Primärstudien, die Frage, welche Interventionen besonders effektiv sind, empirisch letztlich nicht ausreichend beantworten. Es zeigte sich jedoch die Tendenz, dass je komplexer die Interventionen die Wahrscheinlichkeit eines positiven Effekts auf das Wohlbefinden ansteigt. Weiterhin kann im Rahmen dieser Studie keine Aussage bezüglich der Langzeitwirkungen betrieblicher Gesundheitsförderung in Bezug auf Stressreduktion getroffen werden. Nur vereinzelt wurde im Rahmen der Primärstudien auch tatsächlich eine Follow-up-Messung durchgeführt.</p> <p>Somit muss man konstatieren, dass</p>

<p>am Arbeitsplatz auf verschiedenen Ebenen ansetzen:  1. Massnahmen im Bereich der Verhältnisprävention:  Sie haben zum Ziel, physische und psychosoziale Arbeitsbelastungen zu reduzieren sowie betriebliche Verhältnisse, welche die Gesundheit der Mitarbeiter beeinträchtigen, zu verbessern. Primäres Ziel ist die Steigerung der Arbeitsmotivation und die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit.  2. Massnahmen im Bereich der Verhaltensprävention: Sie verfolgen das Ziel, den Einzelnen zu befähigen, eigenverantwortlich mit belastenden Arbeitsbedingungen umzugehen und somit seine Gesundheit zu erhalten.  Verhaltenspräventive Interventionen fokussieren dabei auf die individuelle Modifikation gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen, Einstellungen sowie Haltungen.</p>	<p>Da die vorliegende Metaanalyse nicht valider sein kann als die verwendeten Primärstudien, hat dies eine Verringerung der internen Validität zur Folge. Eine solche Voraussetzung hätte jedoch die Anzahl der einzubeziehenden Studien stark eingeschränkt und eine Einbusse im Bereich der externen Validität bedeutet.</p> <p>Schliesslich wurden 15 Studien eingeschlossen. Die Berechnung der Effektstärken erfolgte mit der Software Comprehensive Meta Analysis Version. Aufgrund der vorgefundenen Heterogenität, bedingt durch eine Vielzahl unterschiedlicher Interventionstypen und Settings, wurde mit dem Random-Effekt-Modell gerechnet.  Hinsichtlich der Klassifikation der Effektstärken wurde sich an Cohen [7] orientiert: als kleine Effektstärke wurde <math>d \leq 0,2</math>, als mittlere Effektstärke <math>d \leq 0,8</math> und darüber als hohe Effektstärke klassifiziert.</p>	<p>zeigte sich die Tendenz, dass mit zunehmender Komplexität der Interventionen, die Effekte anstiegen.</p>	<p>immer noch empirisch fundierte Nachweise darüber fehlen, inwieweit betriebliche Gesundheitsförderungsmassnahmen in Bezug auf Stressreduktion wirksam sind und ob sich klinisch bedeutsame Vorteile für stressbelastete Beschäftigte ableiten lassen. Die durchgeführten Studien rekurrieren nur vereinzelt auf verschiedene Outcome Ebenen (z. B. physiologische-, psychologische- und Organisationsebene). Die klinische Signifikanz solcher heterogener Studien zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist somit nur schwer festzustellen. In künftigen Studien sollte, u. a. aus diesem Grund, vermehrt auf ein randomisiert-kontrolliertes Design im Feld geachtet werden. Auch sollten Follow-up-Messungen durchgeführt werden, um die Langzeiteffekte der Interventionen überprüfen zu können. Weiterhin beleuchten derzeit noch zu wenige Studien die Wirkung von Interventionen im betrieblichen Kontext unter Bezugnahme organisationsbezogener Kriterien, wie beispielsweise die tatsächliche Reduktion des Absentismus.</p>
---	--	---	---

Fazit für die Praxis

Interventionen zur Stressreduktion scheinen mit Einschränkung wirksam zu sein und sich positiv auf das psychische Wohlbefinden der Beschäftigten auszuwirken. Es sind jedoch noch weitere Forschungsarbeiten von Nöten. Zusammenfassend kann man festhalten, dass betriebliche Stressbewältigungsinterventionen als Teil eines umfangreichen Programms des betrieblichen Gesundheitsmanagements ausgerichtet sein sollten. Es gibt diesbezüglich jedoch einen grossen Bedarf an Interventionsstudien, um validere Erkenntnisse im Hinblick auf die Wirksamkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung zu gewinnen.

## Checkliste zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen

In Anlehnung an: Haas, Sabine; Breyer, Elisabeth; Knaller, Christine; Weigl, Marion (2013): Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 1 Handbuch), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

Tabelle 19: Bewertung Studie D: Pieter und Wolf, 2013

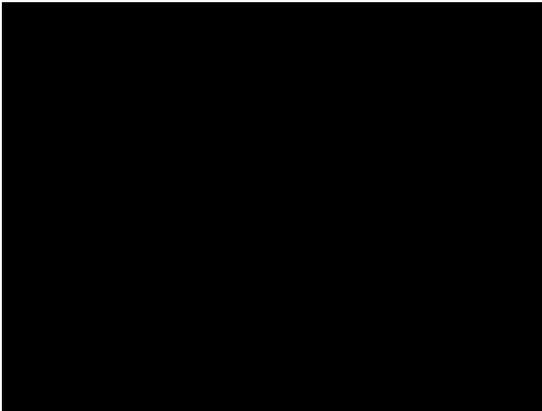
Autor und Jahr der Publikation: Andrea Pieter und Gabriele Wolf, 2013			
Kriterien zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar
Basiert der Review auf einer klar definierten (PICO) Forschungsfrage?			x
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?	x		
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?	x		
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenz-Aufbereitung berücksichtigt?	x		
<p><b>Eigene spezifische Fragen:</b>            Was für Arbeitsfelder werden berücksichtigt?            Der metaanalytische Review inkludiert Studien in den Feldern Gesundheit, Regierungsangestellte, Lehrer und handwerkliche Berufe, das heisst es ist breit abgedeckt.            Gibt es eine Häufung von Arbeitsfeldern, die nur von Frauen belegt sind?            Vor allem im Bereich Gesundheit sind vermehrt Frauen tätig, jedoch in den handwerklichen Berufen vermehrt Männer.</p>			
<p><b>Kommentare</b>            Einleitung: Der Aufbau in der Einleitung ist nicht ganz logisch. Das Ziel der Studie wird zu Beginn der Einleitung und am Ende der Einleitung nochmals genannt. Das Ziel ist jedoch verständlich formuliert.            Die Forschungsfragen mit ggf. Hypothesen fehlen.</p> <p>Methode: Das Design der systematischen Literaturrecherche auf mehreren Datenbanken, um die Wirksamkeit von Interventionen zur Stressreduktion zu vergleichen.            - nicht explizit vorausgesetzt wurde ein randomisiert kontrolliertes Design für das Wirkungsfeld der Studie            - Verringerung der internen Validität, da dies von den verwendeten Primärstudien abhängt. Diese Voraussetzung miteinzubeziehen hätte die Anzahl der einzubeziehenden Studien stark eingeschränkt und eine Einbusse in der externen Validität zur Folge.            - Die verbleibenden 15 Primärstudien beinhalteten ausschliesslich verhaltensbezogene Interventionsstrategien und haben deren Wirkung auf das psychische Wohlbefinden der Beschäftigten untersucht. Alle Studien enthielten eine Behandlungsgruppe (EG) und eine Nichtbehandlungs- bzw. Kontrollgruppe (KG). Bei 14 Studien handelt es sich um Gruppeninterventionen, bei einer Studie wurde eine web-basierte Einzelintervention durchgeführt. Die Interventionen umfassten in der Regel verschiedene Dimensionen. Die einzelnen Primärstudien wurden systematisch kodiert.            Die Berechnung der Effektstärken erfolgte mit der Software Comprehensive Meta Analysis Version. Aufgrund der vorgefundenen Heterogenität, bedingt durch eine Vielzahl unterschiedlicher Interventionstypen und Settings, wurde mit dem Random-Effekt-Modell gerechnet. Hinsichtlich der Klassifikation der Effektstärken wurde sich an Cohen [7] orientiert: als kleine Effektstärke wurde <math>d \leq 0,2</math>, als mittlere Effektstärke <math>d \leq 0,8</math> und darüber als hohe Effektstärke klassifiziert.            - Die ethischen Richtlinien wurden eingehalten und es besteht kein Interessenkonflikt.</p> <p>Ergebnisse: - Altersangaben fehlen häufig, deshalb konnten keine genauen Werte bezüglich des Alters ermittelt werden.            - In 13 von 15 Studien wurden männliche und weibliche TN unterschieden.            - In einer Tabelle werden die statistischen Kennwerte der einbezogenen Studien aufgelistet und dienen als Ergänzung zum Text.            Diskussion: Die Autoren weisen auf Mängel der Studie hin. Sie leiten Empfehlungen für die Praxis ab. Ebenfalls werden Limitationen erwähnt.</p> <p><b>Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels</b>            + Beim Einbezug der infrage kommenden Primärstudien wurde auch bei bestehenden kleinen Mängeln in der methodischen Qualität kein direkter Ausschluss gemacht, was die externe Validität erhöht.            - die verwendete Metaanalyse hängt von den gewählten Primärstudien ab, was eine Verringerung der internen Validität zur Folge hat.            + Die Objektivität ist gegeben, da die Methode eines metaanalytischen Reviews durchgeführt wurde und somit eine Übersicht darstellt.            - Die Reliabilität hängt von den Primärstudien ab, dies ist schwierig zu beurteilen, da 15 Primärstudien eingeschlossen wurden.</p>			

Referenz Studie E: SWiNG, *Eine Pilotstudie zur Stressprävention in Schweizer Grossbetrieben. Gesundheitsförderung Schweiz, Schlussbericht der Evaluation Zusammenfassung, 2011*

Tabelle 20: Zusammenfassung Studie E: SWiNG, 2011

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung/ Kontext	Methodik der Evaluation	Beurteilung der Umsetzung, Wirkung und ökonomischen Nutzen von SWiNG	Schlussfazit
<p>Das Projekt „SWiNG – Stressmanagement, Wirkung und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung“ wurde von Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) und dem Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) initiiert. Mit dem Projekt wurde ein Beitrag zur Gesundheit der Erwerbsbevölkerung geleistet: In 8 Pilotbetrieben mit über 5'000 Mitarbeitenden wurde 2008-2011 durch 3 Anbieterfirmen ein Programm zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) umgesetzt.</p> <p>Die Umsetzung war wie folgt aufgebaut: Nach der Einstiegsphase mit der Geschäftsleitung erfolgte eine umfassende Betriebsanalyse. Zentraler Bestandteil der Betriebsanalyse war ein computergestütztes Befragungsinstrument, das sog. S-Tool (<a href="http://www.s-tool.ch">www.s-tool.ch</a>), zur Erfassung von Belastungen, Ressourcen, Gesundheit und Wohlbefinden.</p> <p>Das S-Tool umfasst ein Rückmeldesystem mit Erklärungen zur Messgrösse, eine Ampeldarstellung und detaillierte Prozentrangskalen (d.h. die Werte werden im Vergleich zu einer Normstichprobe dargestellt), sowie Tipps zum entsprechenden Thema. Die Rückmeldungen erfolgen automatisch generiert sowohl auf individueller Ebene als auch basierend auf dem Organigramm des Betriebs für Abteilungen und Teams (sofern mehr als 10 Personen an der Befragung teilgenommen haben). Bei wiederholten Befragungen sind die Resultate für zwei Befragungswellen gleichzeitig darstellbar, so dass</p>	<p>Die untersuchten Grossbetriebe sind komplexe soziale Systeme, vielschichtig, heterogen und dynamisch.</p> <p>Der Prozess der Evaluation wird geleitet und strukturiert durch ein allgemeines Modell zur Analyse gesundheitsorientierter Organisationsentwicklung (Organizational health development model). Mit Hilfe dieses Modells wird das Geschehen in den SWiNG-Betrieben beschrieben und bewertet. Das Modell verbindet psychologische, soziologische und ökonomische Denkweisen (Bauer und Jenny 2007) und orientiert sich am St.Galler Management-Modell (Rüegg-Stürm, 2003).</p> <p>Das Modell der gesundheitsorientierten Organisationsentwicklung versteht Arbeitsprozesse als Interaktion zwischen Organisation und Person: Die Struktur, Strategie und Kultur des Betriebs sowie die Kompetenz, Motivation und Identität der Mitarbeitenden formen und lenken die Arbeitsprozesse. Gleichzeitig wirken die Arbeitsprozesse zurück auf die Organisation und die Personen.</p> <p>Das Modell integriert zudem das Job Demands-Resources-Modell (Demerouti, Bakker, Nachreiner &amp; Schaufeli, 2001; Bakker &amp; Demerouti, 2007), um die Wirkung von belastenden Arbeitsprozessen auf psychosomatische Beschwerden und</p>	<p><u>Beurteilung der Umsetzung</u> Das Fazit zum Umsetzungsprozess ist zuerst einmal sehr allgemein zu formulieren: Eine gute Passung zwischen der Projektarchitektur und der Organisation mit ihren Mitgliedern ist der Schlüssel zum Erfolg. Gleichzeitig hat SWiNG gezeigt, dass es keine einfachen Rezepte und Lösungen gibt, die für alle passen. Es gibt eine Reihe von Rahmenbedingungen, deren Vorhandensein den Umsetzungsprozess begünstigen. Die jeweiligen Faktoren, die für einen bestimmten Betrieb entscheidend sind, erscheinen oft erst während dem Umsetzungsprozess.</p> <p>Es gibt einen Faktor, der zwingend ist: Die Veränderungsbereitschaft des Managements und der Führungskräfte. Dies ist keine neue Erkenntnis, wird aber auch bei SWiNG bestätigt. Ohne Verbindlichkeit von der Geschäftsleitung und dem Willen der Führungskräfte entfaltet sich kein BGF-Prozess. Nur wenn diese beiden Faktoren gegeben sind, ist es auch möglich, unter schwierigen Umweltbedingungen einen adäquaten Prozess mit abgestimmten Erwartungshaltungen durchzuführen.</p> <p>Die Evaluation identifizierte aus dem Umsetzungsprozess folgende organisationalen und individuellen Rahmenbedingungen,</p>	<p>Die ökonomische Evaluation konnte erstmalig für die BGF ein realistisches Bild des gesamten Aufwands eines solchen Prozesses zeichnen. Sie hat gezeigt, dass sich dieser Aufwand langfristig lohnt und wo Einsparungsmöglichkeiten vorhanden sind.</p> <p>SWiNG war ein Projekt für die breite Basis gesunder Erwerbstätiger. Mit diesem Projekt stärkten die Mitarbeitenden und Führungskräfte ihre Ressourcen, die sie benötigen, um auch weiterhin ihren Arbeitsalltag gut zu bewältigen. Somit erarbeitete die Evaluation Ergebnisse, die für die breite Belegschaft von Grossbetrieben gültig sind. Dies steht im Gegensatz zu Studien mit fokussierten Risikogruppen mit sehr spezifischen Problemen und Interventionen.</p> <p><b>EMPFEHLUNGEN</b> Nachhaltige Förderung der Arbeitsressourcen «Die durch SWiNG bewirkten Veränderungen sind auf lange Sicht und für viele Mitarbeitenden wirksam, wenn sie sich in der Struktur, Strategie und Kultur des Unternehmens etablieren». Deshalb sollen Stresspräventionsmassnahmen immer primär das Ziel verfolgen, ein gutes Verhältnis von Ressourcen und Belastungen in der breiten Beleg*</p>

<p>Einzelpersonen als auch die organisationalen Einheiten Entwicklungen verfolgen können.</p>  <p>Aufgrund der Anzahl Ampeln in Organisationseinheiten wurden sog. «Hotspots» identifiziert. Abteilungen bzw. Teams mit 10 und mehr gelben/roten Ampeln (dies variierte später je nach Betrieb) wurden als Hotspot bezeichnet, da sie ein erhöhtes Risiko der Gesundheitsgefährdung aufweisen. Für die Mitarbeitenden in Hotspots war die Teilnahme an den anschließenden Stressmanagement- Kursen Pflicht.</p> <p>Nach der Analysephase wurden folgende Module umgesetzt: Stressmanagement-Kurse, Führungsschulungen, Gesundheitszirkel resp. adaptierte Varianten (Teamreflexionen, Workshops, Arbeitsgruppen). Die Projektarchitektur enthielt zudem das Element der SWiNG-Gruppe zur Unterstützung der betriebsinternen Projektleitung und Mitgestaltung der Projektkommunikation.</p> <p>Ziele des Projekts -Mit gezielten Abklärungen Stressursachen und deren negative Folgen aufdecken und geeignete Massnahmen implementieren.</p>	<p>von ressourcenreichen Arbeitsprozessen auf das Wohlbefinden aufzuzeigen.</p> <p>Kurzgefasst, integriert das Modell_ Gesundheitsförderung UND Management-Denken Struktur UND Prozess Belastungen UND Ressourcen Beschwerden UND Wohlbefinden Individuelle UND Organisationale Veränderungen</p> <p>Die Evaluation arbeitete einerseits mit qualitativen Informationen aus Gesprächen und Beobachtungen. Diese Daten bilden die Grundlage, den Umsetzungsprozess zu beschreiben, die Organisation in ihrer Eigenlogik zu verstehen und die Konsequenzen für die in ihren arbeitenden Personen als auch für das SWiNG-Projekt zu beurteilen</p> <p>Für die quantitative Wirksamkeitsanalyse wurden andererseits die zahlreichen S-Tool-Indikatoren entlang dem Organisationsmodell, ihrem Evaluationsdesign, aufgrund qualitativer Informationen und methodischen Überlegungen zu vier Faktoren verdichtet: Ressourcen, Belastungen, positive und negative Gesundheit. Dadurch reduziert sich die Komplexität der Analysen erheblich und es kann ein Modell verwendet werden, das für alle Betriebe gleichermassen Gültigkeit hat. Somit lassen sich die Ergebnisse der Evaluation auch auf andere Betriebe übertragen. Alle Ressourcen und Belastungen werden danach zu einem Index verrechnet: Der Ressourcen- Faktor wird durch den Belastungs-Faktor dividiert. Dieses Verhältnis zwischen Ressourcen und Belastungen ist ein guter Indikator für die Gesundheitsförderlichkeit des Unternehmens. Je höher dieses Verhältnis ausgeprägt ist,</p>	<p>welche den Umsetzungsprozess zu fördern vermögen:</p> <p><b>Organisationale Struktur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorhandene Gefässe und Kompetenzen für Kurse und Projekt-/Steuergruppen o Ressourcenbereitstellung für Kurse, Massnahmen und Kommunikation</li> <li>- Handlungsspielraum in der Massnahmenumsetzung und dem Ressourceneinsatz o Stellenprozente für Projekt-/Themenverantwortliche</li> <li>- Vernetzung und Verankerung der Projekt-/Steuergruppen</li> <li>- Vernetzung wichtiger Stellen und Personen</li> <li>- Kontinuität der verantwortlichen Personen</li> <li>- Wahrgenommene Kommunikationskanäle, Face-to-Face-Kommunikation</li> <li>- Stabilität der organisationalen Strukturen</li> </ul> <p><b>Organisationale Strategie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Commitment und Durchsetzung durch das Management (Veränderungsbereitschaft)</li> <li>- Vorbildcharakter des Managements, Verbindlichkeit für die Führung</li> <li>- Transparenz der Projektziele (strategische und ethische Ziele)</li> <li>- Kongruenz mit den Unternehmenszielen („mehr Gewinn mit weniger Ressourcen“ vs. Mitarbeitendenorientierung)</li> <li>- Gemeinsames Bild und klarer Fokus des Projekts (Umfang und Zielgruppe der Veränderung) o Verortung und Integration des Themas (Personalabteilung, Arbeitssicherheit, u.a.)</li> <li>- Lösungsorientierung und Belohnung (vs. Bestrafung und Sanktion)</li> </ul> <p><b>Organisationale Kultur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vertrauen und Fairness</li> <li>- Gemeinschaftlichkeit vs. autoritärer Umgang</li> <li>- Kultur des Austausches und Zusammenarbeit zwischen/in den Teams</li> </ul>	<p>schaft zu erreichen. Unternehmen müssen lernen, ihre Rahmenbedingungen im Bereich Gesundheit sowie die Veränderungspotenziale, Chancen und Risiken des Präventionsprozesses wahrzunehmen und darauf zu reagieren.</p> <p><b>Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Stressprävention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prüfung, ob die Vorgehensweisen zu Kultur, Struktur und Strategie des Betriebs passen und für die Mitarbeitenden glaubwürdig sind</li> <li>- Sicherstellung des Commitments der Entscheidungsträger im Unternehmen sowie des Willens der Führungskräfte, etwas zu verändern</li> <li>- Auswahl des geeigneten Zeitpunktes für die Umsetzung der Massnahmen</li> <li>- Planung der Investition und des Engagements über einen langen Zeitraum</li> </ul> <p><b>Empfehlungen für die Umsetzung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Förderung eines gemeinsamen Engagements aller: des Managements, der Führungskräfte und der Mitarbeitenden</li> <li>- Integration der Umsetzungen in den Alltag und in das operative Geschäft</li> <li>- Stufengerechte und regelmässige Kommunikation über den Projektverlauf</li> <li>- Schulung interner Personen, die den Prozess begleiten und langfristig im Betrieb verankern</li> <li>- Förderung der Vernetzung und des Austauschs über die Grenzen von Teams und Abteilungen hinweg</li> <li>- Unterstützung durch externe Beratende, um blinde Flecke aufzuzeigen</li> </ul> <p><b>Stolpersteine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fixfertige standardisierte Module in ein Unternehmen einführen</li> </ul>
---	--	---	---

<p>- Die Wirkungsweise und den ökonomischen Nutzen von Programmen zur Stressprävention und Intervention aufzeigen.</p> <p>- Ein Programm zur Stressprävention, Argumentationen und Empfehlungen für Betriebe, Fachleute und Entscheidungsträger erstellen.</p>	<p>desto gesünder und produktiver sind die Mitarbeitenden.</p>	<p>o- Umgang mit Diversität (Vielfalt als Chance und Voraussetzung für das Funktionieren)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewusstsein für und Stellenwert von psychosozialen Faktoren</li> <li>- Gemeinsame Sprache zum Thema</li> <li>- Organisationale Umwelt</li> <li>- Wirtschaftliche Sicherheit (Auftragslage, Existenzsicherung, Holding-Strukturen)</li> <li>- Politische Sicherheit (Parteilinien, Gesetze und Regelungen)</li> </ul> <p><b>Individuelle Kompetenz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Führungskompetenzen (Personenführung, Fachführung)</li> <li>- Sprachliche Kompetenzen (Befragung, Auseinandersetzung mit dem Thema) Individuelle Motivation</li> <li>- Teilnahmebereitschaft an Massnahmen</li> <li>- Bestehendes gesundheitsorientiertes Verhalten</li> <li>- Wahrgenommene Vereinbarkeit/Passung zwischen Projekt und Betrieb</li> </ul> <p>Individuelle Identität</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stellenwert von Gesundheit und Haltung gegenüber dem Stressbegriff</li> <li>- Führungsbilder, Menschenbilder</li> <li>- Stellenwert der Arbeit („Nine-to-Five“)</li> </ul> <p><b>Individuelle Umwelt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balance zwischen Arbeit und Freizeit</li> </ul> <p><u>Beurteilung der Wirkung</u></p> <p>SWiNG hat die Betriebe sensibilisiert. Das Bewusstsein für das Zusammenspiel von Arbeits- und Beziehungsprozessen und insbesondere der Führung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden hat sich entwickelt.</p> <p>Durch SWiNG konnte ein Teil der Belegschaft (bis zu 30%, im Durchschnitt 25%) ihre Ressourcen- Belastungs-Situation optimieren, dadurch hat sich ihre Gesundheit und Arbeitsleistung verbessert und die Absenzendauer verringert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reine Konzentration auf Interventionen ohne sorgfältige Analyse der IST-Situation</li> <li>- Schlechte Kommunikation und Misstrauen im Unternehmen</li> <li>- Unverbindlichkeit des Unternehmens und seiner Führungskräfte</li> <li>- Fehlende Kapazitäten und Geldmittel</li> <li>- Zwang zur Teilnahme an Interventionen (z.B. Stresskurse)</li> <li>- Fehlende Beteiligung und Partizipation</li> </ul>
--	--	--	---

		<p><u>Ökonomischer Nutzen</u></p> <p><i>Kosten</i> Erstmals konnten die Gesamtkosten der Umsetzung eines Stresspräventionsprojektes von der Grössenordnung realistisch abgebildet werden. Dabei wurden sowohl die direkten Programmkosten wie auch die Produktivitätsverluste (Arbeitszeit von Beteiligten Mitarbeitenden einberechnet Stressinterventionen kosteten insgesamt CHF 755.– pro Person über zweieinhalb Jahre verteilt.</p> <p><i>Nutzen</i> Für die Berechnung des ökonomischen Nutzens wurden die nachweislich durch SWiNG erzielten Verbesserungen der Arbeitsleistung und Reduktionen der Absenkenzahl in Produktivitätsgewinne übersetzt. So gerechnet beträgt der finanzielle Nutzen der SWiNG Interventionen pro Mitarbeitende im Durchschnitt CHF 195.– pro Jahr.</p> <p><b>Return on Investment (ROI)</b> Während die berücksichtigten Kosten einmalig anfallen, kann davon ausgegangen werden, dass SWiNG über die Projektdauer hinaus Nutzen generiert. Bei Annahme eines konstanten Nutzens in den Jahren nach dem Projektabschluss, erreicht SWiNG im fünften Jahr nach Projektstart einen positiven ROI. Der Nutzen übersteigt dann die Kosten von CHF 755.– pro Person. Dabei handelt es sich um eine eher konservative Schätzung des ROI, weil nur eindeutig messbare Nutzenaspekte (Absenzen, Produktivität) berücksichtigt werden konnten.</p>	
--	--	---	--

## Allgemeine Checkliste zur Qualitätsbeurteilung von Informationsquellen

In Anlehnung an: Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG, Checkliste. Kriterien zur Beurteilung von Evaluationsberichten, 2016

Aus Sicht der Auftraggebenden einer Evaluation sind Zeitgerechtigkeit und Qualität die Hauptkriterien für die Beurteilung von Evaluationsprodukten. In Bezug auf die Qualität von Evaluationsberichten finden sich nachfolgend ausgesuchte Gütekriterien:

Tabelle 21: Bewertung Studie E: SWiNG, 2011

Referenz: SWiNG, Eine Pilotstudie zur Stressprävention in Schweizer Grossbetrieben. Gesundheitsförderung Schweiz, Schlussbericht der Evaluation Zusammenfassung, 2011			
	Ja	Nein	Unklar
<b>Formales</b>			
Der Umfang des Berichts entspricht den formalen Vereinbarungen			x
Der Bericht ist klar strukturiert, so dass die wichtigsten Aussagen leicht zu finden sind	x		
Der Bericht ist in präziser, verständlicher Sprache und ohne Schreibfehler verfasst	x		
Im Bericht sind angemessene Veranschaulichungen wie Tabellen und Grafiken vorhanden, die wesentliche Sachverhalte auf den Punkt bringen. Beispiele: Methodentabelle, Wirkungsmodell, Diagramme u.a.	x		
Der Bericht dokumentiert die eingesetzten Datenerhebungsinstrumente und verfügt über ein vollständiges Quellen- und Literaturverzeichnis.	x		
<b>Methodik</b>			
Das genehmigte methodische Konzept wird verwendet. Falls nicht, ist die Abweichung begründet	x		
Das Vorgehen bei der Datenerhebung und -auswertung ist nachvollziehbar und steht in direktem Zusammenhang mit der Beantwortung der Evaluationsfragen	x		
Bei Fragestellungen, die nach einer Bewertung verlangen, sind die Kriterien der Bewertung explizit offengelegt.	x		
Die Gültigkeit der Evaluationsergebnisse (☛ Validität) ist kommentiert. Insbesondere die Aussagekraft und die Grenzen der Untersuchung werden angemessen thematisiert.	x		
<b>Inhalte</b>			
Der Evaluationsgegenstand wird in seinem Kontext korrekt und ausreichend genau beschrieben respektive dokumentiert.	x		
Die im Evaluationsauftrag gestellten Fragen sind klar beantwortet	x		
Die Antworten auf die Evaluationsfragen sind nachvollziehbar, das heisst, sie sind aus den Resultaten der Datenerhebungen und deren Analyse abgeleitet.	x		
Die verschiedenen Sichtweisen (☛ Argumente) der Akteure sind herausgearbeitet. Interpretationen der Ergebnisse des Evaluationsteams sind als solche deklariert.		x	
Die Berichterstattung erfolgt fair, ausgewogen und unparteiisch	x		
Andere als auf die Fragestellung ausgerichtete Befunde (other findings) sind festgehalten und in einen relevanten Kontext gestellt.		x	
Die Erkenntnisse beziehen sich explizit auf die politische, strategische und/oder operative Ebene.	x		
Die Empfehlungen beruhen auf Schlussfolgerungen aus der Interpretation der Ergebnisse. Sie sind nachvollziehbar, realistisch und handlungsrelevant. Sie richten sich an eindeutige Adressaten.	x		
Kommentar			
-			

Referenz Studie F: *Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomised controlled trial, 2010*  
Limm, Gündel, Heinmüller, Marten-Mittag, Nater, Siegrist und Angerer

Tabelle 22: Zusammenfassung Studie F: Limm et al., 2010

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beruflicher Stress gilt als wesentlicher Risikofaktor für ein breites Spektrum an Gesundheitsbeeinträchtigungen. Diese sind verbunden mit Absentismus, erhöhter Personalfluktuationsrate, schlechter Moral und reduzierter Leistung. Angesichts der hohen Belastung durch beruflichen Stress, ergibt sich die Notwendigkeit von Strategien der Primärprävention zur Verringerung von Stress am Arbeitsplatz und seine negativen Auswirkungen auf die Gesundheit. Stress-Management-Interventionen (SMI) am Arbeitsplatz kommen zu immer mehr Aufmerksamkeit von den Arbeitgebern und Forschern.</p> <p>Durch das breite Spektrum an belastenden Arbeitsbedingungen wurden verschiedene Stressmodelle entwickelt. Das demand-control model und das effort-reward-imbalance-Modell (ERI) sind die dominantesten. In diesem Text wird auf das ERI-Modell fokussiert, welches besagt, dass für die Erhaltung der Gesundheit das Gleichgewicht zwischen dem Aufwand der Arbeit und dem Lohn notwendig ist. Aufwand entsteht beispielsweise durch Überlastung, Zeitdruck oder Störung des Arbeitsablaufes. Mangelnde Belohnung kann durch soziale Konflikte, geringe soziale Unterstützung, mangelnde Wertschätzung, Ungerechtigkeit, ungenügende Karrierechancen und geringe Arbeitsplatzsicherheit. ERI wird mit einem Fragebogen gemessen. Mittels Items werden</p>	<p><b>Teilnehmer und Verfahren</b> Eine randomisierte, parallelgruppenkontrollierte Studie wurde in einer internationalen Produktionsstätte mit Sitz in Süddeutschland durchgeführt. Alle Führungskräfte der unteren und mittleren Ebene (N=262), welche jeweils für eine bestimmte Einheit verantwortlich waren. 50 Arbeitnehmende waren geeignet. Internationale Marktbedingungen tragen zur Arbeitsbelastung bei, es besteht ein ständiger Bedarf die Produktivität kontinuierlich zu steigern (zum Zeitpunkt der Studie ca. 10% pro Jahr). Der Outcome wurde zu Beginn der Studie und 1 Jahr später bewertet. Nach einem Informationsworkshop haben sich 189 Personen zur Teilnahme bereit erklärt. Alle Teilnehmenden (TN) wurden zu einer 90-minütigen Untersuchung mit einem Arzt und Psychologen eingeladen. Alle Freiwilligen füllten einen Fragebogen aus und bekamen einen Gesundheitscheck</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b> 1. tiefer oder mittlerer Vorgesetzter in der Produktionsabteilung mit Führungsverantwortung 2. zwischen 18-65 Jahren und mehr als 2 Jahre vor der Pensionierung</p> <p><b>Ausschlusskriterien:</b> 1. Bewerbung zur Frührente 2. eine geplante Operation</p>	<p><b>TN und Compliance</b> <i>Total 189, 15 davon erfüllten die Einschlusskriterien nicht.</i> Die restlichen 174 TN wurden zufällig der IG oder KG zugeordnet. Es haben 154 (88.5%) der 174 TN die Folgebewertungen abgeschlossen. 8 TN in der IG und 4 in der KG weigerten sich weiter zu beteiligen. Gründe für die nicht Teilnahme an der Follow-up Messung waren: Elternurlaub, Zeitmangel oder berufliche Gründe. Von den 87 TN der IG wurden 82 bei den SMI berücksichtigt (dh in der Regel Teilnahme am 2-tägigen Basisseminar plus Auffrischungseinheit), 39 TN nahmen am kompletten Programm (12 Unterrichtseinheiten) teil. 20 der 174 TN haben die Basisbewertungen abgeschlossen, 12 TN schieden aus der IG aus und 8 aus der KG. Die Aussteiger zeigten mehr selbst angemeldete Überstunden pro Monat sowie eine grössere Überlastung.</p> <p><b>Studienpopulation zu Beginn der Studie</b> Zu Beginn 154 TN, nach 1 Jahr waren es noch 75 in der IG und 79 in der KG. Zu Beginn der Studie wurden keine signifikanten Unterschiede im sozio-demographischen, beruflichen oder gesundheitlichen Status zwischen der IG und KG gefunden. 78% hatten einen tiefen Bildungsstatus mit weniger als 11 Jahren Schulbildung. 88% der TN hatten im letzten Jahr weniger als 10</p>	<p><b>Methodische Überlegungen</b> <b>Konkurrierende Einflüsse</b> Im Unternehmen in dem dieser RCT stattfand, stand unter kontinuierlicher Veränderung innerhalb der Organisation mit Steigerung der Produktivität (ca. 16% pro Jahr).</p> <p><b>Verallgemeinerung</b> Die Ergebnisse können nur mit Vorsicht verallgemeinert werden. Das Umfeld weist auf ein hohes Niveau von arbeitsbedingter Belastung auf und die Stichprobe besteht fast ausschliesslich aus Männern. Männer haben nachweislich eine höhere Reaktionsfähigkeit auf Stressbelastungen. Ob die Ergebnisse auch für Frauen gelten kann nicht gesagt werden.</p> <p><b>Studiendesign und Ergebnismessung</b> Die KG erhielt keine Scheinintervention, deshalb kann ein unspezifischer Behandlungseffekt nicht ausgeschlossen werden. Frühere RCT's ähnlich wie in dieser Studie haben nachgewiesene positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit gezeigt. Die Häufigkeit von leichten Depressionen wurde hier jedoch unterschätzt sowie die Verwendung von HADS als Mass für klinisch relevante Depressionen.</p> <p><b>Interpretation</b> <b>Effektgrössen</b> Die Grösse des Effekts innerhalb der Gruppe für den primären Outcome in der IG war moderat (d=0.4.16). In der KG war er klein (d=0.166).</p>

<p>verschiedene Dimensionen wie Verausgabung und Belohnung erfasst. Eine aktuelle Meta-Analyse zur Wirksamkeit von SMI fand eine gewichtete Gesamtgrösse (Cohen's d) für 55 unabhängige Interventionen im Rahmen von 36 Studien. <math>d = 0.526</math> (95% CI 0.364 zu 0.687). Ebenfalls wurde eine Heterogenität von den Effekten gezeigt, zudem untersuchten nur 8 Studien von 36 die Quellen von Stress bei der Arbeit. Typischerweise dauert eine SMI zwischen 1-11 Wochen, richtet sich an das Individuum und beinhaltet Techniken zum Umgang und zur Bewältigung von Stress. Beispiele für die häufigsten SMI's sind: kognitive-verhaltensbezogene Trainings, Meditation, Entspannung, Tagebuch führen. Zeitmanagement und Zielsetzung Wissenslücken wurde während der Meta-Analyse deutlich: 1. Es ist wenig bekannt über die langfristigen Auswirkungen von SMI 2. Studien messen selten die Ergebnisse auf verschiedenen Ebenen (psychologisch, physiologisch und organisatorisch 3. SMI werden selten in schwer erreichbaren Berufsgruppen durchgeführt. Auf dieser Grundlage wurde in dieser Studie eine Intervention für Mitarbeitende der Produktionslinie mit Führungsverantwortung in der Metallproduktionsbranche gemacht. Die Intervention beinhaltet die Verbesserung der individuellen Fähigkeiten potenzielle Stressoren am Arbeitsplatz zu erkennen, die Förderung der individuellen Fähigkeit zur Bewältigung von Stresssituationen und die gegenseitige soziale Unterstützung am Arbeitsplatz. SMI basiert auf dem ERI-Modell, d.h. es konzentriert sich auf Stressoren, Ressourcen und Persönlichkeitsmerkmalen. <b>Ziel:</b> Den Langzeiteffekt dieser SMI zu testen in Bezug auf die akut wahrgenommenen Reaktionen von Stress bei der Arbeit. Primärer Endpunkt war 1 Jahr danach</p>	<p>3 schwere Krankheit die zu mehr als 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit führen könnten Nach der Erstbewertung wurden die TN randomisiert. Der Interventionsgruppe (IG) wurde ein SMI angeboten, welche die Kontrollgruppe (KG) 1 Jahr später erhalten würde. Die Ethikkommission der Uni München hat diese Studie genehmigt. <b>Intervention</b> Die SMI fokussiert auf die Bedürfnisse von einzelnen Mitarbeitenden sowie Strategien mit Fokus auf organisatorische Stressquellen. Ein speziell zugeschnittenes gruppenorientiertes Präventionsseminar (8 Unterrichtseinheiten mit der Dauer von je 90 Minuten, über 2 aufeinanderfolgende Tage) wurde durchgeführt. Diese beinhaltete psychodynamische, konflikt- und emotionsfokussierte Prinzipien, und auch kognitive Verhaltenstechniken. Das Programm wurde gemacht, um das Bewusstsein von Stresssituationen am Arbeitsplatz zu fördern und die Bereitstellung von Instrumenten damit mit typischen Stresssituationen wie Arbeitsüberlastung, soziale Konflikte usw. besser umgegangen werden kann. Persönliche Ressourcen wurden identifiziert und gestärkt. Die soziale Unterstützung und der Austausch zwischen den TN wurde gefördert. Mit Hilfe einer Fachperson suchte die Gruppe nach bestmöglichen Lösungen, wie mit Stress in spezifischen Situationen umgegangen werden könnte. Während dieses Gruppenprozesses wurden mehrere Werkzeuge zur Bewältigung von stressigen Situationen durch den Trainer eingeführt. z.B wie man mit Wut oder zwischenmenschlichen Konflikten umgehen kann oder wie die Sozialkompetenz gestärkt werden kann. Dem Seminar folgten zwei Auffrischkurse innerhalb von 36 Monaten, welche</p>	<p>Fehltag. 52 hatten hohen Blutdruck, 29% waren Raucher, 36% berichteten über Schlafprobleme. <b>Unterschiede zwischen den Gruppen und Effektgrösse des primären Outcomes (SRS)</b> Die Reduktion der wahrgenommenen Stressreaktivität war in der IG von 54.5 auf 50.2 signifikant höher als in der KG von 54.2 auf 52.7. In allen SRS-Sibskalen war die Reduktion in der IG grösser als in der KG. <b>Veränderung zwischen der Ungleichheit von Ertrag und Aufwand</b> Für die ERI und ihre Subskala wurden keine relevanten Gruppenunterschiede gefunden. Innerhalb der Gruppen ist die Verbesserung in der IG mindestens doppelt so hoch wie in der KG (Belohnungsskala). Auch der Aufwand und Überbeanspruchung sind die Verbesserungen in der IG besser als in der KG. <b>Veränderungen bei Depressionen und Angstzuständen</b> Hier wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede gemessen, es zeigten sich jedoch positive Zeiteffekte. Depression <math>d = 0.262</math> IG/ 0.107 KG Angstzustände <math>d = 0.194</math> IG/ KG 0.209 KG <b>Veränderungen biologische Stressindizes (Cortisol, a-Amylase)</b> Für Cortisol wurde kein Effekt beobachtet. Bei der a-Amylase war nach 1 Jahr die Kurve der Steigung war in der IG deutlich niedriger als in der KG. <b>Arbeitsbedingungen</b> Beruflicher Status, Führungsverantwortung, Schichtarbeit und Arbeitszeiten blieben im Wesentlichen unverändert, mit einem leichten Anstieg der Arbeitszeit in der IG und eine</p>	<p>Somit wurde eine Zwischeneffektgrösse von <math>d = 0.245</math> berechnet. Verglichen mit der Meta-Analyse von Richardson und Rothenstein <math>d = 0.526</math> sowie von der van der Klink et al <math>d = 0.334</math> waren die Unterschiede zwischen KG und IG in dieser Studie kleiner. Dies kann mehrere Gründe haben. Erstens alle Studienteilnehmer nahmen an einem Gesundheitscheck teil, welches mit einem individuellen Feedback und persönlichen Gespräch endete. Es wurden medizinische als auch psychologische Fragen besprochen, welche auf die Bedürfnisse der TN abgestimmt wurden. Es ist möglich, dass diese Beratung das Stressverhalten in beiden Gruppen beeinflusst haben könnte. Konstante Verbesserungen des Arbeitsstresses im Laufe der Zeit, den Ängsten sowie Depressionen kann evtl. auf diese spezielle Behandlung zurückgeführt werden. Zweitens kann ein Kontaminationseffekt durch die Kommunikation zur Stressprävention zwischen den Mitgliedern der IG und KG nicht ausgeschlossen werden. Die SMI betonen individuelle Belastungssituationen und die Verstärkung der individuellen Bewältigungskompetenzen, dies sind Aspekte, welche nicht leicht durch geschulte Personen vermittelt werden können. Ausschliesslich in der IG soziale Unterstützung stand zur Verfügung. Zudem wurden die SMI am Arbeitsplatz durchgeführt im Kontext von stressiger Umgebung und mehreren nicht kontrollierbaren Einflüssen. Es kann sein, dass der steigende Gesamtarbeitsdruck des Unternehmens die SMI abgeschwächt haben könnte. Die Durchführung eines Stresspräventionsprogramm in einem realen Arbeitsumfeld muss als besondere Stärke dieser Studie betrachtet werden, da die meisten Interventionen unter Laborbedingungen stattfinden. <b>Implikationen einer Veränderung der Stressreaktivität</b></p>
--	--	---	---

	<p>zwei Unterrichtsstunden umfassten (dh jeweils 180 Minuten pro Sitzung). Zur Vereinheitlichung des SMI wurde ein Handbuch entwickelt. Die Seminare wurden von je zwei Trainern mit umfangreichen psychotherapeutischen und medizinische Erfahrung durchgeführt. Das SMI wurde der IIG angeboten innerhalb weniger Wochen nach der ersten Auswertung.</p> <p><b>Assessment</b> Soziodemographische Daten und Antworten wurden auf berufsspezifische Fragen über den beruflichen Status und die Arbeitszeit erfasst. Der sozioökonomische Status wurde durch den aktuellen beruflichen Status erfasst. Für die Beurteilung des Gesundheitsverhaltens wurde die körperliche Aktivität (Sport), Schlafen, Rauchen sowie der BMI und Blutdruck gemessen (hoher Blutdruck wurde als 140/90 definiert). Eine Selbsteinschätzung der grundlegenden Arbeitsbedingungen wurde mit dem Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA) erhoben. Dieser beinhaltet 11 Skalen, worin fast alle relevanten Stressoren und Ressourcen am Arbeitsplatz abgedeckt sind.</p> <p><b>Messung von Stress und Stressreaktionen</b> <i>Stressreaktionen</i> Die selbst wahrgenommene Stressreaktivität wurde mit dem 29-Item Stress-Reaktivitäts-Skala (SRS) erfasst. Die SRS quantifiziert die allgemeine Stressreaktivität sowie die Stressreaktivität in bestimmten Bereichen (soziale Konflikte, soziale Bewertung, Versagen bei der Arbeit und Überlastung). Zwei Skalen bewerten die Stressreaktivität vor und nachdem Stress. In dieser Stichprobe war eine hohe selbst wahrgenommene Stressreaktivität in Verbindung mit anderen</p>	<p>leichte Abnahme in der KG. Unter den Stressoren und Ressourcen, wie von der KFZA operationalisiert, Vielfalt der Arbeit, Unternehmensvorteile, Arbeitsbelastung, quantitativ und die Umweltbelastung hat sich leicht verbessert, während Information und Mitbestimmung sich verschlechtert haben, diese sind sich in der KG und IG ähnlich.</p>	<p>Die selbst wahrgenommene Stressreaktivität bewertet die kognitive, emotionale und psychologische Reaktion auf verschiedene Stressreaktionen. Hohe Stress-Reaktivitätswerte korrelieren signifikant mit einer Vielzahl von anderen psychologischen Problemen wie Angst oder Depression. Ein Hinweis, dass verbesserte SRS-Scores ein besseres Handhaben der Stresssituationen am Arbeitsplatz sind, ist die Verbesserung von ERI, weniger Depressionen sowie Angstzustände in der IG. Werte zwischen <math>R=0.4</math> und <math>r=0.65</math> bei Depressionen, Angst und ERI, zeigen dass ein Zusammenhang zwischen besserer Stressreaktivität und verbesserter psychischer Gesundheit einhergeht. Der individuell fokussierte SMI zeigte erwartungsgemäss keine wesentlichen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen. Ob die TN langfristig in der Lage sein werden, etwas an den Arbeitsbedingungen zu ändern wird sich zeigen.</p> <p><b>Biologische Belastungs- (stress) Indizien</b> Bisherige Forschungen haben positive Auswirkungen der kognitiven Verhaltensinterventionen auf das psychische Wohlbefinden gezeigt. Es ist jedoch unklar ob sich diese Erkenntnisse auch auf die biologische Messung von Stress zeigen.</p> <p><b>Cortisol</b> Der Zusammenhang zwischen Cortisolausscheidung und Arbeitsstress ist umstritten in der aktuellen Forschung. Chronischer Stress kann die hormonelle Reaktionsfähigkeit verbessern oder auch verschlechtern. Kürzlich wurde in Dänemark eine Studie durchgeführt, welche keinen Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und Cortisol aufzeigte.</p> <p><b>a-Amylase</b> Die a-Amylase des Speichels spiegelt die Reaktion des sympathischen Nervensystems.</p>
--	--	--	---

	<p>Variablen wie Depressionen, Angstzustände oder einer chronisch psychosozialen Belastung.</p> <p><b>Anstrengungs-Ertrag Ungleichgewicht</b>  Hier wurde das Effortreward Imbalance (ERI) Modell verwendet. Dieses Modell wird mit einem standardisiertem Fragebogen (3 Skalen: Anstrengung, Belohnung und die Übernahme von hohen Verpflichtungen), 16 zusätzliche Skalen als zusammenfassendes Mass, welche das Verhältnis von Ertrag und Aufwand erfasst. Somit kann eine quantitative Schätzung des Ungleichgewichts erhoben werden. Höhere Werte deuteten auf einen höheren Grad der Belastung hin.</p> <p><b>Biologische Stressindizien</b>  Biologische Stressindizien wurden mittels Cortisol im Speichel als Indikator der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse sowie der <math>\alpha</math>-Amylase im Speichel um die basale Aktivität des sympathischen Nervensystems zu erfassen. Der Speichel wurde mit einem kleinen Wattestäbchen ohne Zusatzstoffe abgenommen. Die TN wurden aufgefordert 7 Proben an einem Arbeitstag zu entnehmen: 30 und 60 Minuten nach dem Aufwachen und dann über definierte Zeiten über den Tag verteilt (8,11,15 und 20 Uhr).</p> <p><b>Beurteilung von Ängsten und Depressionen</b>  Angst und Depressionen wurden mit der Hospital-Anxiety and Depression (HADS) erfasst. Die HADS enthält 14 Items und besteht aus 2 Subskalen: Angst und Depressionen. Die Werte zwischen 8-10 bei einer Skala sind Anzeichen von klinischer Angst bzw. Depressionen, Werte über 10 weisen auf die Notwendigkeit eine professionelle Behandlung hin.</p>		<p>Über kurzfristige Erhöhungen der <math>\alpha</math>-Amylase im Speichel nach Exposition mit Stressreizen wurde in Studien berichtet, jedoch haben nur wenige Studien die Langzeitstressoren getestet. Diese Studie ist whs. Die erste dieser Art. Nach einem Jahr wurde ein niedrigerer Summenwert und eine geringere Erhöhung während des Arbeitstages in der IG im Vergleich zur KG gemessen.</p> <p><b>Fazit für die Praxis</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zukünftige Interventionen zur Stressprävention sollten individuelle verhaltensbezogene Ansätze mit organisatorischen Ansätzen zu den Arbeitsbedingungen (zur Verbesserung der Organisationskultur) kombinieren. Dies zeigt sich dann in der Kommunikation, der Unterstützung durch den Vorgesetzten sowie dem Arbeitsklima.</li> <li>2. Es sind weitere Folgemaßnahmen erforderlich, um zu beurteilen ob der erwartete positive Effekt eines SMI auf die mentale und kardiovaskuläre Gesundheit auch langfristig eintritt.</li> <li>3. SMI sollten Teil eines breiteren Ansatzes zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz sein, wenn grössere Effekte zur Gesundheit erreicht werden sollen.</li> </ol> <p><b>Conclusion</b>  Das SMI dieser Studie beinhaltete psychodynamische, aber auch kognitive Verhaltenstechniken, um besser mit Faktoren, welche zu hoher Anstrengung und geringer Belohnung bei der Arbeit beitragen. Dieser Ansatz erwies sich als praktikabel, gut akzeptiert und er hatte günstige Verhaltensweisen und physiologische Effekte. Die Auswirkungen waren jedoch nur mässig und müssen in längeren Folgestudien noch nachgewiesen werden. Dies weist darauf hin, dass die Verbesserung der Arbeitsbedingungen ein vorrangiges Ziel bleiben muss um Stress vermeiden zu können. Dies kann in der Praxis jedoch schwer zu erreichen sein. Obwohl es</p>
--	--	--	--

	<p><b>Statistische Analysen</b></p> <p>TN, welche die an der Baseline sowie an der 1-Jahres Follow-up Messung teilnahmen wurden einbezogen. Die Einhaltung der SMI wurde definiert als Beteiligung von mind. 6 von 12 Unterrichtseinheiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schätzungen der Stichprobengröße: N=64 für jede Gruppe</li> <li>- Fragebogen: in jeder Skale wurden fehlende Werte durch den Mittelwert der verfügbaren Werte ersetzt</li> <li>- Bei allen Gruppenvergleichen wurden t-tests und Mann-Whitney U Tests verwendet. Die Bedeutung von Unterschieden in den Proportionen wurde durch c2-Test getestet. Gruppenunterschiede in allen Ergebnisvariablen wurden über die gesamte Zeit untersucht unter der Verwendung der Zwei-Faktor. Wiederholungsmessung ANOVA. Dies ist auch ein geeignetes Mittel zur Kontrolle der Regression in Richtung des Mittelwerts, falls ein Outcome von der Basislinie abweicht bei Massnahmen zwischen Interventions- und Kontrollgruppen.</li> </ul> <p>Um die Effektgrößen zu bestimmen wurde Cohen's d verwendet. Eine Effektgröße von 0.2 gilt als kleiner, 0.5 als mittlerer und 0.8 als grosser Effekt.</p> <p>Aufgrund der schiefen Verteilung von Speichelcortisol und Amylase-Konzentrationen, wurden diese Massnahmen logarithmisch transformiert</p>		<p>schwierig war, männliche AN im Produktionsbereich in einem internationalen Industrieunternehmen für ein Stresspräventionsprogramm zu motivieren, wurde eine hohe Teilnehmerquote erreicht. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass dieser Ansatz als vielversprechend gilt, um den Arbeitsstress zu reduzieren in einem Bereich mit zunehmendem Arbeitsdruck,</p>
--	---	--	---

## Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher (quantitativer) Veröffentlichungen

In Anlehnung an: Haas, Sabine; Breyer, Elisabeth; Knaller, Christine; Weigl, Marion (2013): Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 1 Handbuch), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

Tabelle 23: Bewertung Studie F: Limm et al., 2010

<b>Studie: Stress management interventions in the workplace improve stress reactivity: a randomized controlled trial, 2010</b> Limm, Gündel, Heinmüller, Marten-Mittag, Nater, Siegrist und Angerer			
	Ja	Nein	Unklar
<b>Design</b>			
Ist die eigentliche Fragestellung der Studie beschrieben?	x		
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	x		
Wurden die Patienten randomisiert auf die Studienarme verteilt? Falls Ja: wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?	x		
a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen?	x		
b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq$ 50 %)?	x		
War die Messmethode (z.B. Labor, Fragebögen, Diagnosetest) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgrösse (bzgl. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?		x	
Wurden Angaben zum Datenverlust (Responseraten, «loss to follow up», „missing values») gemacht?	x		
<b>Start und Durchführung der Studie</b>			
Stimmen Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Rauchergewohnheiten usw.) überein?			x
Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet?			x
Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung?	x		
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?	x		
<b>Analyse und Auswertung</b>			
Waren die eingesetzten statistischen Grössen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?	x		
Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben?	x		
Wurden die wichtigen Einflussgrössen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?	x		
War die Präsentation der statistischen Grössen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?	x		
Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?	x		
Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studiendesign/statistische Methodik verwendet wurde?	x		
Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?	x		
Kommentar - <b>Eigene spezifische Fragen:</b> Was für Arbeitsfelder werden berücksichtigt? Es wurde ein internationales Produktionsunternehmen berücksichtigt, mit Personen aus der tiefen bis mittleren Führungsebene.  Gibt es eine Häufung von Arbeitsfeldern, die nur von Männern belegt sind? 99% der TN waren männlich, dh. es finden sich praktisch keine weiblichen teilnehmenden, was die Aussagekraft der Studie einschränkt.			

Referenz Studie G: *Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis, 2008*  
 Katherine Richardson und Hannah Rothenstein

Tabelle 24: Zusammenfassung Studie G: Richardson und Rothenstein, 2008

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Hans Seyle: Stress ist eine unvermeidliche Konsequenz des Lebens, und damit eine unvermeidliche Folge von Organisationen</p> <p>Das amerikanische Institut für Stress berichtete, dass Stress ein wichtiger Faktor für bis zu 80% aller arbeitsbedingten Verletzungen und 40% der Mitarbeitendenfluktuation. Stress beeinflusst 1/3 der europäischen arbeitenden Bevölkerung. In Australien berichten die meisten Staaten von einer zunehmenden Anzahl der jährlichen Arbeitsunfallansprüche die durch Stress am Arbeitsplatz entstehen. Stress vollständig eliminieren zu wollen ist nicht möglich. Viele Organisationen haben Stressmanagementtrainingsprogramme eingeführt, um das Stressniveau bei den Mitarbeitenden reduzieren zu können.</p> <p>Eine Stressmanagement-Intervention (SMI) ist jede Aktivität oder jedes Programm, das von einer Organisation initiiert wird. Es fokussiert sich auf die Reduzierung von arbeitsbedingten Stressoren oder auf die Unterstützung von Personen, um die negativen Auswirkungen von Stress zu minimieren. Das Interesse an Strategien zur Reduzierung von Stress am Arbeitsplatz hat seit den 1970er Jahren zugenommen.</p> <p><b>Job Stress an Interventions</b>                      Newman und Beehr (1979), definierten beruflichen Stress so: arbeitsbezogene Faktoren sind eine Ursache für Stress und die</p>	<p><b>Literatursuche</b>                      - Aufbau dieses Artikels auf der Studie von van der Klink et al (2001). 45 Studien wurden gesucht, welche dort verwendet wurden.                      Datenbanken: ademic Search Premier, British Library Direct, Dissertations Abstracts, ERIC, ProQuest ABI Inform Global, und PsycARTICLES. Diese wurden ausgewählt, um Studien aus versch. Ländern und versch. Forschungsbereichen zu berücksichtigen.                      Suchbegriffe: employee or work or management, AND stress or wellness, AND program* or intervention or Prevention                      Diese wurden in einem zweiten Schritt angepasst: orksite and stress and management, AND program or intervention or prevention                      Zur Literatursuche wurden Kollegen, welche sich in diesem Gebiet auskennen angeschrieben, ob relevante Studien fehlen.</p> <p><b>Einschlusskriterien</b>                      - experimentelle Evaluation eines primären oder sekundären SMI                      - Personen aus der arbeitenden Bevölkerung, welche keine bekannte Diagnose von psychischen Erkrankungen oder Stressreaktionen aufzeigen                      - Randomisierte Zuteilung                      - Stichprobengrösse für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe                      - in Englisch und nach 1976 veröffentlicht</p>	<p><b>Demographie</b>                      Die individuelle Stichprobengrösse nach der Schwundphase lag zwischen 14 und 219 Teilnehmer, mit einem Mittelwert von 49 pro Intervention.                      Die Teilnehmenden repräsentierten ein breites Spektrum von Berufen, einschliesslich Büroangestellten, Lehrer, Krankenschwestern und Krankenhauspersonal, Fabrikarbeiter, Sozialdienstmitarbeiter. Zwei Drittel der Studien wurden in den Vereinigten Staaten durchgeführt, und der Rest repräsentierte eine vielfältige Palette von Ländern.                      59% der TN waren weiblich (basierend auf 28 Studien). Durchschnittsalter 35.4 (basierend auf 18 Studien).                      Interventionslänge: 7.4 Wochen</p> <p><b>Interventionstypen</b>                      Am häufigsten wurden Sekundärinterventionen, welche Strategien zur Reduzierung von Stress vermittelten, angewendet. 8 Studien beinhalteten Komponenten, welche als primäre Interventionsstrategien betrachtet wurden (z.B. Erhöhung der Entscheidungsfähigkeit der AN).                      24 Studien evaluierten Interventionen, welche in einer Gruppe stattfanden. 25 Studien beinhalteten Entspannung und Meditationstechniken. 20 Studien beinhalteten kognitive, verhaltensbezogene Fähigkeiten.</p>	<p>Kognitive Verhaltensinterventionen zeigen stärkere Effekte als andere Techniken wie z.B. Meditation oder Entspannung.                      Entspannung, Meditation zielen darauf ab, die Aufmerksamkeit neu zu fokussieren und weg von der Quelle des Stressors, damit die Leistungsfähigkeit erhöht werden kann ☺ somit eher passive Technik                      Kognitive verhaltensbezogene Interventionen sind aktiver, da das eigene Verhalten und die Handlungen reflektiert und erkannt werden. Sie fördern die Entwicklung unterschiedlichen Reaktionen auf Stress.                      Trotz dieser Erkenntnisse waren die beliebtesten Komponenten, jene der Entspannung und Meditation, whs. wegen der Einfachheit und kostengünstig.                      Kognitiv- verhaltensbezogene Interventionen brauchen mehr Ressourcen und Fachpersonal. Eine etwas überraschende Erkenntnis aus der aktuellen Studie ist, dass die Wirksamkeit einer kognitiven Verhaltensintervention umso geringer ist, je mehr Komponenten ihr hinzugefügt werden.                      Es wird empfohlen, kognitive Verhaltensprogramme nicht zu kombinieren, da diese sehr komplex sind. Meditation und Entspannung können jedoch einen Teil von grösseren Programmen sein. Kürzere Programme, welche whs. Kosteneffektiver und praktischer in der Umsetzung sind scheinen ausreichend und evtl. sogar besser zu sein als Programme von längerer Dauer.</p>

<p>Ergebnisse psychologisch oder physisch oder beides sein können. Ivancevich et al (1990) entwickelten ein Modell, in dem man 3 versch. Punkte der Belastung anvisieren kann:</p> <p>a) die Intensität der Stressoren am Arbeitsplatz  b) die Einschätzung des Arbeitnehmers in Bezug auf Stresssituationen, oder  (c) die Fähigkeit des Arbeitnehmers, mit den Ergebnissen zurechtzukommen</p> <p>Die Interventionen können als primär, sekundär oder tertiär klassifiziert werden.</p> <p>Primär: Umgestaltung von Arbeitsplätzen, Erhöhung der Entscheidungskompetenz oder Bereitstellung von Mitarbeiterselbsthilfegruppen</p> <p>Sekundär: versuchen Stresssymptome zu reduzieren, bevor sie zu gesundheitlichen Problemen werden</p> <p>Tertiär: z.B.: Unterstützung von Mitarbeiterprogrammen durch freien und vertraulichen Zugang.</p> <p>Die häufigsten SMI ist die Ebene der Sekundärprävention die auf Einzelne ausgerichtet sind und Techniken und die Bewältigung von Stress vermitteln (z.B.: Meditation, kognitives Verhaltenstraining, Entspannung, Bewegung, Zeitmanagement usw.)</p> <p>- kognitiv- verhaltensbezogene Interventionen: sind konzipiert die Mitarbeiter über die Rolle ihrer Gedanken und Emotionen bei der Bewältigung von Stresssituationen aufzuklären und ihnen die Fähigkeiten zu vermitteln, ihre Gedanken zu modifizieren. Sie sollen die individuelle Einschätzung von Stresssituationen und ihre Antworten auf diese ändern.</p> <p>- Meditation, Entspannung usw: sollen Mitarbeitende in die Lage versetzen, die negativen Reaktionen auf Belastungen durch die Herbeiführung von Entspannung das Gegenteil zu bewirken</p>	<p>Diese Kriterien erfüllten 19 Studien der Meta-Analyse von van der Klink et al.</p> <p>Insgesamt wurden 38 Artikel in die aktuelle Meta-Analyse aufgenommen, die 36 separate Studien und 55 Interventionen enthalten.</p> <p>Kodierung  5 Ebenen: Studie, Behandlung, Kontrolle  Kontrast, Stichprobe, Ergebnis und Effektgrösse</p>	<p>Viele der Interventionen hatten mehrere Komponenten (wie z.B. Kognitions- und Verhaltenstraining und Meditation). Vierzehn der evaluierten Studien evaluierten Interventionen mit vier oder mehr Behandlungskomponenten.</p> <p><b>Effektgrösse</b>  Effektgrösse über alle Studien (d 0,526, 95% CI 0,364, 0,687). Diese gilt als mittlere bis grosse Effektgrösse. Zum Vergleich: van der Klink et al. (2001) Meta-Analyse ergab eine kleine kombinierte Effektgrösse (d 0,34, 95% CI 0,27, 0,41)</p>	<p>Interventionen zur Steigerung von persönlichen Ressourcen der Mitarbeitenden haben eine signifikant grosse Wirkung (d 1,414, CI 0.587, 2.241). Arbeitsbezogene Fähigkeiten des Mitarbeitenden können eine effektive Möglichkeit sein, den Stress zu reduzieren.</p> <p><b>Limitationen</b>  Begrenzte Informationen dieser Meta-Analyse zur Beurteilung und Auswirkungen von organisatorischen Interventionen oder Ergebnissen auf Organisationsebene. Die Mehrheit der Studien berichteten vor allem über psychologische Wirkungen und nur wenige auf der Ebene der Organisation (z.B. Fehlzeiten und Leistungsfähigkeit) von 36 Studien nur 5 bewerteten die Auswirkungen einer organisatorischen Intervention. Grund dafür sind die strengen Einschlusskriterien.</p> <p>Die Vielfalt der Interventionsarten und Ergebnisvariablen macht eine Vielzahl von Effektkombinationen. Es wurde versucht die Interventionen in die aussagekräftigsten Untergruppen einzuordnen unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Untergruppierung zu verminderter Leistung und Präzision führt.</p> <p>Die letzte Einschränkung ist, dass der Stress vor den Interventionen nicht erfasst wurde und somit nicht gesagt werden kann, inwieweit die Intervention das Unternehmen beeinflusst haben könnte.</p> <p><b>Fazit für die Zukunft</b>  Die insgesamt signifikante mittlere bis grosse Effektgrösse zeigt an, dass es einen Nutzen für SMI-Programme gibt. Die Ergebnisse zeigen das Mitarbeitende ihr Level vom Stress vermindern und die Symptome von Stress sich reduzieren können.</p> <p>Es wurde in den wenigsten Studien die Langzeiteffekte der Interventionen gemessen, was zukünftig von Bedeutung wäre. Da immer mehr</p>
---	--	--	---

<p>- Bewegung: konzentriert sich auf eine körperliche Befreiung von der Spannung und die Aufmerksamkeit vom Stressor wegzulenken</p> <p>- Zeitmanagement: soll den Personen helfen, ihre Zeit besser zu managen</p> <p><b>Welche Interventionen sind am effektivsten?</b></p> <p>Ziel: Zusammenführung und Synthese von experimentellen Studien von SMIs, die durchgeführt wurden in einer Vielzahl von Disziplinen (z.B. Bildung, Gesundheitswesen, Organisationsstudien und Psychologie) zu identifizieren, was funktioniert, wie gut es funktioniert und wo oder für wen es funktioniert.</p>			<p>Primärstudien durchgeführt werden, ist es wichtig die systematischen Übersichten zu aktualisieren und weiterhin die Ergebnisse neu zu bewerten</p>
--	--	--	---

## Checkliste zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen

In Anlehnung an: Haas, Sabine; Breyer, Elisabeth; Knaller, Christine; Weigl, Marion (2013): Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 1 Handbuch), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

Tabelle 25: Bewertung Studie F: Richardson und Rothenstein, 2008

Autor und Jahr der Publikation: Katherine Richardson und Hannah Rothenstein, 2008			
Kriterien zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar
Basiert der Review auf einer klar definierten (PICO) Forschungsfrage?	x		
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?	x		
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?	x		
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenz-Aufbereitung berücksichtigt?	x		
<p><b>Eigene spezifische Fragen:</b>            Was für Arbeitsfelder werden berücksichtigt?            Die Teilnehmer repräsentierten ein breites Spektrum von Berufen, einschliesslich Büroangestellten, Lehrer, Krankenschwestern und Krankenhauspersonal, Fabrikarbeiter, Sozialdienstmitarbeiter</p> <p>Wie gross war die durchschnittliche Stichprobengrösse?            Die individuelle Stichprobengrösse nach der Schwundphase lag zwischen 14 und 219 Teilnehmer, mit einem Mittelwert von 49 pro Intervention.</p>			
<p><b>Kommentare</b>            -</p>			

Referenz Studie H: *Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt, 2006.*  
*Eva Bamberg und Christine Busch*

Tabelle 26: Zusammenfassung Studie F: Bamberg und Busch, 2006

Zusammenfassung der Studie:

Theorie und Praxis	Metaanalysen zu Stressmanagementtraining (SMT)	Stressbezogene Interventionen- viel Lärm um nichts?	Fazit
<p>Ausgehend von Konzepten zu Arbeit und Gesundheit sowie zu Stress am Arbeitsplatz sind in den Interventionen situative und personale Belastungen bzw. Risikofaktoren und Ressourcen zu berücksichtigen. Zwei Relationen gilt es dabei einzubeziehen: die Relation zwischen Belastungen/Risikofaktoren und Ressourcen sowie die Relation zwischen Anforderungen/Optionen der Situation und Möglichkeiten/Bedürfnissen der Person. Um dies zu realisieren und um eine Umsetzung und Verankerung im Unternehmen zu gewährleisten, haben stress- und gesundheitsbezogene Interventionen unter Partizipation der Beschäftigten und der weiteren betrieblichen Akteursgruppen zu erfolgen.</p> <p>Ausgehend von den situativen und personalen Ansatzpunkten von gesundheitsbezogenen Massnahmen hat sich in der Literatur die Unterscheidung zwischen verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen eingebürgert. Verhaltensbezogene (personenbezogene) Interventionen setzen an personalen Ressourcen und Risikoverhalten an; sie betreffen Stressbewältigung und Gesundheit. Dazu gehören etwa die Vermittlung von Entspannungstechniken oder Unterweisungen über das richtige Heben von Lasten.</p> <p>Verhältnisbezogene (bedingungs-, organisationsbezogene) Interventionen beziehen sich auf Belastungen und Ressourcen, die durch</p>	<p>Schlussfolgerungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Wirksamkeit von Massnahmen lässt sich kaum beurteilen, wenn unklar bleibt, mit welchen Interventionsmethoden gearbeitet wurde. Bedingungs- und personenbezogene Interventionsmethoden sind deshalb differenziert zu beschreiben.</li> <li>2. Es kann nicht angenommen werden, dass Interventionen für unterschiedliche Gruppen von Beschäftigten und Beteiligten gleichermaßen wirksam sind. Von daher sind die Wirkungen der Interventionen für spezifische Gruppen zu überprüfen</li> </ol>	<p>Für Stressmanagementtrainings liegen einige qualitativ gute Evaluationsstudien vor. Reviews zu verhältnisbezogenen Massnahmen verweisen dagegen mit ausgeprägter Regelmässigkeit auf Mängel bei der Evaluation. In der Tat finden sich zu verhältnisbezogenen Interventionen zwar viele Berichte, aber wenig methodisch solide Evaluationsstudien. Die Grundlage für vergleichende Aussagen ist hier schmal.</p> <p>Stressmanagementtrainings sind hinsichtlich spezifischer Merkmale bemerkenswert effektiv. Die Metaanalysen verweisen auf variablen-spezifische Effekte. Durch die Trainings werden vor allem eine Reduktion von Stresssymptomen, von Befindensbeeinträchtigungen (und hier besonders Angst) und eine Förderung von Ressourcen erreicht. Wenig erfolgreich sind die Trainings hinsichtlich Arbeitszufriedenheit, Absentismus und Leistung.</p>	<p>Einige der Handlungsbedingungen für stress- und gesundheitsbezogene Interventionen sind besser als je zuvor: Politische Programme, die etwa in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation zum Ausdruck kommen, nationale und internationale gesetzliche Regelungen zum Gesundheitsschutz sowie Organisationen und Netzwerke, wie z.B. das European Network for Workplace Health Promotion, unterstützen einschlägige Massnahmen. Modelle zu Stress am Arbeitsplatz sowie zu Arbeit und Gesundheit wurden entwickelt, analysiert und erprobt und stehen für die Wissenschaft und für die Praxis zur Verfügung.</p> <p>Andere Handlungsbedingungen sind denkbar ungünstig. Dazu gehören die schon seit Jahrzehnten hohe Erwerbslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland und die damit verbundene Arbeitsplatzunsicherheit, dazu gehören auch Sparziele oder -zwänge in Betrieben und in öffentlichen Verwaltungen. Auf diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass trotz fundierten Wissens und nützlicher Instrumente, trotz zahlreicher models of good practice stress- und gesundheitsbezogene Massnahmen in der Arbeitswelt eher punktuell durchgeführt werden, dass langfristige Programme, die sich durch eine Integration verhaltens- und verhältnisbezogener Interventionsziele und -methoden auszeichnen, nach wie vor in der</p>

<p>Arbeitsaufgaben und Arbeitsbedingungen gegeben sind.  Ein Blick auf die diversen Varianten betrieblicher Gesundheitsförderung zeigt, dass die genannte Unterscheidung nicht so eindeutig ist, wie sie auf den ersten Blick erscheint:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stressmanagementtraining wird in der Literatur den verhaltensbezogenen Massnahmen zugeordnet. Ein problemorientiertes Stressmanagementtraining kann sich aber auf Arbeitsbedingungen beziehen. Hier werden mit verhaltensbezogenen Interventionsmethoden verhältnisbezogene Interventionsziele verfolgt.</li> </ul> <p>Interventionsziele und Interventionsmethoden können somit verhaltens- und/oder verhältnisbezogen sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Interventionsziele</i> sind letztlich immer personenbezogen, denn es geht um eine Förderung der Gesundheit. Personenbezogene Ziele können aber um bedingungsbezogene Ziele ergänzt werden. Interventionsmethoden haben letztlich immer bedingungsbezogene Anteile, wenn Raum, Zeit oder Ressourcen für Interventionen geschaffen werden. Bedingungsbezogene Methoden können um personenbezogene ergänzt oder durch diese unterstützt werden. Ein Beispiel dafür ist ein Teamtraining, das die Einführung von Teamarbeit erleichtern soll.</li> <li>- verhältnisbezogene Interventionsziele und -methoden können sich auf die Arbeitsaufgabe, die Arbeitstätigkeit, die Arbeitsorganisation oder auf die (Rahmen)-Bedingungen ausrichten.</li> </ul> <p>Im Allgemeinen überwiegen Massnahmen verhaltensbezogenen Zielsetzungen, verhältnisbezogene Massnahmen sind selten. Integrative Programme, in denen Verhaltens- und Verhältnisprävention aufeinander bezogen entwickelt und umgesetzt werden, sind besonders rar. Interventionen, die auf einer Bedarfsanalyse basieren sind ebenfalls in</p>			<p>Minderheit und vor allem in Grossbetrieben zu finden sind.  SMT wird häufig als einmalige, zeitlich umgrenzte Intervention mit einem heterogenen Kreis von Teilnehmenden durchgeführt. Auch verhältnisbezogene Interventionen werden häufig unter ungünstigen Rahmenbedingungen, wie etwa in Zeiten von Rationalisierung, bei mangelnder Unterstützung von Vorgesetzten und ohne Beteiligung der Akteure konzipiert und durchgeführt. Analysen der Gesundheitssituation der Beschäftigten und Arbeitsanalysen finden sich nur in wenigen Fällen. Die Rahmenbedingungen sind damit eher ungünstig für die Durchführung von Evaluationsstudien. Auf diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass Qualität und Ergebnisse der Studien sehr heterogen sind. Dennoch können die Ergebnisse der Evaluationsstudien durchaus als Ermutigung interpretiert werden. Es ist zu erwarten, dass durch eine Reihe von Massnahmen die Effektivität der Interventionen erheblich erhöht werden kann. Eine systematische Analysephase ist eine wesentliche Voraussetzung, um die Abstimmung von Problem, Intervention und Evaluationsmethode zu gewährleisten. Eine differenzierte Dokumentation der Intervention ist eine Voraussetzung dafür, dass die Effektivität unterschiedlicher Methoden geprüft werden kann. Partizipation bei der Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen, wie es etwa durch Gesundheitszirkel möglich ist, sind eine Voraussetzung dafür, dass die Interventionen von den verschiedenen Akteursgruppen getragen werden. Die direkte Einbeziehung der Beteiligten ist eine Voraussetzung dafür, dass die Intervention auch wahrgenommen wird. Last, not least: Der Blick auf die Interventionsstudien zeigt, dass der Arbeitstätigkeit <math>\pm</math> der Arbeitsaufgabe und den Rahmenbedingungen bei der Schwerpunktsetzung und bei der Wahl der Effektivvariablen besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist.</p>
---	--	--	--

<p>der Minderheit. Dieser kurze Überblick zeigt, dass die Rahmenbedingungen für stressbezogene Interventionen heterogen sind. Auch ist zu berücksichtigen, dass wesentliche Voraussetzungen für Evaluationsstudien in vielen Fällen nicht oder nur eingeschränkt gegeben sind. Aussagen zur Wirksamkeit basieren damit auf einer Teilgruppe von Interventionen, die sich durch spezifische Bedingungen auszeichnet. Die Generalisierbarkeit dieser Aussagen bleibt zu prüfen.</p>			
---	--	--	--

## Checkliste zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen

In Anlehnung an: Haas, Sabine; Breyer, Elisabeth; Knaller, Christine; Weigl, Marion (2013): Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 1 Handbuch), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

Tabelle 27: Bewertung Studie F: Bamberg und Busch, 2006

<i>Autor und Jahr der Publikation: Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt (2006). Eva Bamberg und Christine Busch</i>			
<b>Kriterien zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Basiert der Review auf einer klar definierten (PICO) Forschungsfrage?	x		
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?	x		
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?	x		
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenz-Aufbereitung berücksichtigt?	x		
<b>Eigene spezifische Fragen:</b> <b>Was ist die Hauptaussage der einbezogenen Studien?</b> Diese sind heterogen und es können keine generalisierbaren Aussagen gemacht werden.			
<b>Kommentar</b> Der Artikel ist aus 2006, jedoch wird im Fazit dies belegt, was auch neuere Berichte erwähnen. Im Artikel wird sehr stark auf die SMT eingegangen.			