

Arbeitsbedingte psychische Erkrankungen (Depression, PTBS, Suizidalität): In vielen Fällen sind die Voraussetzungen für eine Berufskrankheit gegeben

–

Ein arbeits- und gesundheitswissenschaftliches Gutachten im Auftrag DGB-Bundesvorstandes und des IG Metall-Vorstandes

Autor: Dr. Wolfgang Hien



Bremen, September 2025

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	S. 2
Einleitung und Überblick über den Problembereich	S. 3
Besprechung einiger ausgewählter epidemiologischer Studien	S. 6
Ein arbeits- und gesundheitswissenschaftliches Modell	S. 19
Berufskrankheitenrecht und notwendige Weiterentwicklung	S. 22
Abschließende Bemerkungen	S. 25
Literaturliste	S. 29

Zusammenfassung

Ausgehend von einem kurzen historischen Rückblick werden in dieser Zusammenstellung Ergebnisse wichtiger arbeits-epidemiologischer Studien zu psychischen Erkrankungen referiert. Von besonderer Bedeutung sind hierbei arbeitsbedingte Depressionserkrankungen, arbeitsbedingte posttraumatische Belastungsstörungen und arbeitsbedingte Suizidalität. Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit bestimmte Hochrisikogruppen in der Arbeitswelt gesundheitsschädlichen Einwirkungen in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind und hierdurch ausgelöste Erkrankungen demgemäß den sozialrechtlichen Kriterien einer Berufskrankheit (BK) entsprechen. Folgende Expositionskonstellationen haben sich als besonders relevante Risiken herauskristallisiert: Hohe Anforderungen bei gleichzeitig geringem Handlungsspielraum und fehlender Anerkennung, drohender und vollzogener Job-Verlust, Unfallerfahrungen und wiederholte traumatisierende Ereignisse. Dies betrifft alle Branchen, wobei insbesondere Extrembereiche wie Intensivpflege, Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei und Lockführung zu nennen sind. Die Studienlage lässt folgenden Schluss zu: In hoch belasteten Arbeitsbereichen und in bestimmten Berufsgruppen überschreiten die arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen die Schwelle zu einer BK. Die vom BK-Recht geforderte überwiegende Wahrscheinlichkeit ist gegeben, wenn epidemiologisch das Verdopplungsrisiko erreicht oder überschritten wird. Treten bei Personen innerhalb der genannten Expositions- und Beschäftigtengruppen schwere psychische Erkrankungen auf, welche dauerhaft Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und Leben der Betroffenen einschränken, so ist eine BK-Anzeige im Sinne einer „Wie-BK“ angesagt. Zugleich verweist die Studienlage auf die dringende Erforderlichkeit, psychische Erkrankungen in die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) dekretierte amtliche BK-Liste aufzunehmen. Die vorliegende Zusammenstellung soll dazu dienen, diesbezügliche sozialpolitische Initiativen seitens der Gewerkschaften, Sozialverbände, psychotherapeutischer Verbände und Kammern sowie weiterer Interessierter zu untermauern und zu unterstützen. Eine offizielle Listung würde den Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger entscheidend verstärken, mit allen geeigneten Mitteln darauf hinzuwirken, die psychosozialen Arbeitsverhältnisse menschengerecht zu gestalten.

Einleitung und Überblick über den Problembereich

Seit der Hochindustrialisierung, verstärkt durch den Einzug tayloristischer Produktionskonzepte in die Arbeitswelt, ist der Zusammenhang von Arbeit und psychischen Erkrankungen in Arbeitswissenschaft, Arbeitsmedizin, Sozialhygiene und Psychiatrie ein wissenschaftliches und sozialpolitisches Diskussionsthema. Doch war die Blickrichtung mehr als 100 Jahre lang eine eher gegen die Arbeiter und Arbeiterinnen gerichtete: Erschöpfungszustände, Nervenschwäche (Neurasthenie), verlorene Impulskontrolle (Schizophrenie) und weitere Verhaltensabweichungen wurden den Arbeitenden als Persönlichkeitsmerkmal angelastet, welches sich störend auf Arbeitsleitung und Betriebsklima auswirkt. Die betriebsärztliche Selektion sorgte dafür, dass erkrankte Menschen aus dem Arbeitsmarkt entfernt wurden. Erst die 1990er Jahre brachten, bedingt durch die Fortschritte in der Stressforschung, eine Wendung. Es etablierten sich arbeitswissenschaftliche Stressmodelle, die fortan als Grundlage für große epidemiologische Studien genutzt werden konnten (Karasek/Theorell 1990; Siegrist 1996). Das von Karasek/Theorell entwickelte Modell unterscheidet zwischen niedrigen und hohen Arbeitsanforderungen (Job Demand) sowie zwischen niedrigem und hohem Handlungsspielraum am Arbeitsplatz (Job Control). Erweitert wurde dieses Modell um den Faktor soziale Unterstützung (Social Support) am Arbeitsplatz. Siegrist unterscheidet zwischen Anstrengung (Effort) und Belohnung (Reward), wobei hier Belohnung nicht nur im monetären Sinne, sondern eher im Sinne von Anerkennung verstanden werden muss. Erweitert wurde dieses Modell um die Kategorie der Überverausgabung bzw. der Überverpflichtung (Overcommitment) des oder der Betroffenen selbst.

In den letzten 30 Jahren wurden weltweit mehrere Hundert Studien publiziert, die den Einfluss von Arbeitsbelastungen (Expositionen) auf die psychische Gesundheit zu quantifizieren suchten. Datenbasis sind jeweils Befragungen zu Arbeitsbelastungen und Erkrankungen. Ein methodisch schwieriges Problem war und ist hierbei, die familiär und personal bedingte Anfälligkeit (Disposition) für psychische Erkrankungen zu erfassen und diese Größe aus dem Gesamtergebnis herauszurechnen (Adjustierung). Als „Endpunkt“ oder „Zielgröße“ (d.i. die Erkrankung) wird z.B. „Mental Health“, zu meist jedoch die prädominante psychiatrische Diagnose „Depression“ erfragt, in letzter Zeit auch „Posttraumatic Stress Disorder“ (Posttraumatisches Belastungsstörung, PTBS). Auch hier gibt es methodisch-problematische Punkte, so z.B. den, dass die Zielgrößen nicht einheitlich erfragt werden, d.h. die Studien benutzen oftmals sehr unterschiedliche Messinstrumente, selbst dann, wenn eine Diagnose wie „Depression“ abgefragt wird (z.B. „schwer“, „mittelschwer“, „wiederkehrend“, „in den letzten 12 Monaten“ oder „ein- oder mehrmals während ihrer Erwerbsarbeit“). Als Kernkriterien

einer Depression gelten gemäß der International Classification of Diseases (ICD) anhaltende Niedergeschlagenheit, vermindertes Interesse an Aktivität, chronische Erschöpfung, Gefühllosigkeit, starke Selbstzweifel und wiederkehrende Gedanken an den Tod. Erschöpfungszustände, die oftmals mit dem Begriff des Burnout benannt werden, überschneiden sich teilweise und gelegentlich vollständig mit den Symptomen einer Depression. Nicht selten überlagern sich depressive Episoden – nach Unfällen oder anderen traumatisierenden Ereignissen – auch mit einem posttraumatischen Belastungssyndrom. Depressionen können tödlich enden: Ein Großteil der etwa 10.000 Suizide in Deutschland folgt einer Vorgeschichte depressiver Episoden.

Die psychiatrische Krankheitsproblematik birgt ein weiteres methodisches Problem: Insbesondere bei Querschnittstudien stellt sich die Kausalitätsfrage: Könnte es sein, dass negative psychische Dispositionen für die befragte Person bestimmte Belastungen schwerer erscheinen lassen als sie – zumindest in den Augen der meisten anderen – objektiv sind? Als Königsweg für valide Studien haben sich daher Längsschnittstudien erwiesen, die freilich sehr aufwändig und daher auch sehr teuer sind. In solchen Studien können aufgrund der zeitlichen Reihenfolge zwischen Belastung und Erkrankungen klare Kausalitätsaussagen getroffen werden. Derartige Studien wurden vorwiegend im skandinavischen Raum, in England, in Belgien und in einigen weiteren Ländern durchgeführt; Deutschland ist in epidemiologischer Hinsicht ein Entwicklungsland. In epidemiologischen Studien wird eine wenig belastete Gruppe als Referenzgruppe definiert (Basislinie mit dem relativen Risiko = $RR = 1,00$), worauf sich mittlere und höhere Belastungsgruppen (Subkollektive) aufschichten. Die Erkrankungshäufigkeiten dieser höher belasteten Gruppen – dieses Gesamtkollektiv wird auch als Kohorte bezeichnet – werden sodann mit der Referenzgruppe verglichen, woraus sich dann jeweils ein $RR > 1$ ergibt. Mit anderen Worten: Im Ergebnis zeigt sich, wievielfach häufiger im Vergleich zu einem niedrig belasteten Referenzkollektiv eine Erkrankung in der belasteten Gruppe auftritt, ausgedrückt im relativen Risiko (RR). Zu bedenken ist, dass epidemiologische Studien wie bei allen statistisch basierten Datenanalysen grundsätzlich nur Wahrscheinlichkeitsaussagen ermitteln können. Die Ergebnisaussagen werden – gleichsam in einem Wahrscheinlichkeitsraum – durch Vertrauensgrenzen „eingerahmt“. Liegt die untere Vertrauensgrenze über 1, so ist das Ergebnis statistisch signifikant. Des Weiteren gehört zu den Gütekriterien, dass die Ergebnisse pathophysiologisch bzw. biologisch und im Falle von psychischen Krankheiten biopsychogenetisch plausibel sein müssen.

Werden in sogenannten Meta-Analysen Längsschnittstudien (Kohortenstudien) mit Querschnittstudien gemeinsam betrachtet und zusammengefasst und nach einheitlichen Kriterien bewertet, lassen sich tendenziell allgemeingültige Aussagen treffen. Summa summarum zeigt sich, dass in gut adjustierten Studien die Arbeitswelt als Ganzes das Risiko für psychische Erkrankungen leicht erhöht ($RR = 1,1$ bis $1,9$). Sofern

solche Ergebnisse statistisch signifikant sind – bei großen und insbesondere bei Meta-Studien ist die Signifikanz meist erreicht –, gelten die benannten Krankheiten im Sinne einer Mit-Bedingtheit als „arbeitsbedingte Erkrankungen“. Dies bedeutet: Unter mehreren ursächlichen Faktoren kommt auch dem Faktor „Arbeitsbelastungen“ eine mitursächliche Rolle zu. Auf der Ebene der praktischen Konsequenzen greifen bereits hier Präventionsgebote der Arbeitsschutz- und Sozialgesetzgebung, konkret: Arbeitgebende und Unfallversicherungsträger haben die Pflicht, arbeitsbedingten Erkrankungen vorzubeugen. In kleinen und sehr hoch belasteten Subkollektiven steigt das RR auf 2 und höher, d.h. hier wird das Verdopplungsrisiko erreicht oder überschritten. Diese Risikohöhe ist gleichsam die Grenze, ab der die im Berufskrankheitenrecht (BK-Recht) geforderte wesentliche Verursachung für eine Kausalität im Sinne einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit gegeben ist (Brandenburg 2024). Anerkennungsfähig sind die in der vom BMAS bzw. vom Bundeskabinett erlassenen BK-Verordnung aufgelisteten Erkrankungen. Neuaufnahmen werden vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten (ÄSVB) vorgeschlagen. Dieser war bislang nicht bereit, die BK-Liste für psychische Erkrankungen zu öffnen, immer mit dem Hinweis, es gäbe dafür keine empirisch valide Evidenz. Dies ist umso erstaunlicher, als Meta-Analysen, die federführend von ÄSVB-Mitgliedern durchgeführt wurden, für bestimmte hoch belastete Beschäftigtengruppen ein Verdopplungsrisiko ermittelt haben (Bolm-Audorff et al. 2019; Peterleit-Haak et al. 2020; Seidler et al. 2022). Die abwehrende Haltung des ÄSVB ist wissenschaftlich wie sozialpolitisch und sozialetisch nicht nachvollziehbar.

Anzumerken ist, dass – zusätzlich zu quantitativen Studien – qualitativ-biographische Studien und Fall-Kasuistiken herangezogen werden müssten, um Verstehen und Verständnis psychischer Erkrankungen zu vertiefen. Die konkreten Erkrankungsprozesse sind so vielfältig wie die Menschen selbst. Leichte und vorübergehende depressive Episoden, Ängste und andere Störungen kommen im Alltagsleben eines jeden Menschen vor. Überschreiten Belastungen ein bestimmtes Maß, reichen oft klein erscheinende Anlässe aus, „das Fass zum Überlaufen zu bringen“. Die jeweiligen Konstellationen können bei verschiedenen Menschen sehr unterschiedlich sein. Doch zeigen sowohl qualitative Daten – wie z.B. Betroffenenberichte und Kasuistiken – als auch quantitative epidemiologische Daten, dass das Zusammentreffen i.S. eines gleichzeitigen Einwirkens bestimmter Belastungsfaktoren einen signifikanten Auslöser für schwere psychische Erkrankungen darstellen kann. Auf die vorhandenen biographisch angehäuften Belastungen schichten sich arbeitsbedingte Belastungen auf, wodurch Bewältigungsressourcen aufgebraucht und Erkrankungsprozesse in Gang gesetzt oder verschlimmert werden. Anhand ausgewählter epidemiologischer Studien werden im Folgenden besondere, mit einem Hochrisiko assoziierte Belastungs- und Expositionsfaktoren für berufsbedingte psychische Störungen herauskristallisiert, für deren Benennung es eine gesicherte wissenschaftlich-empirische Basis gibt.

Besprechung einiger ausgewählter epidemiologischer Studien

– Depression –

Lange Zeit, so stellt der renommierte Stressforscher Otto Benkert (2005) fest, galt der Zusammenhang von Stress und Depression „als spekulativ oder wurde von Ärzten schlicht ignoriert.“ Medizin und Psychiatrie gingen lange davon aus, dass Depression „endogen“ bedingt, also ursächlich „im Inneren“ der betroffenen Person zu verorten sei. Seit den 1990er Jahren jedoch offenbaren Studien zunehmend einen kausalen Zusammenhang mit äußeren Faktoren. In seinem Buch „Stressdepression“ erläutert Benkert auf der Mikroebene die pathophysiologischen und pathobiochemischen Vorgänge (vgl. dazu auch: Richter 2000, S. 27 ff.). Auf der Makroebene fügen sich die physiologischen und biochemischen mit den epidemiologischen Erkenntnissen zu einem kohärenten Bild zusammen. Die folgende Darstellung beschränkt sich auf einige wenige aussagekräftige Studien, unter ihnen auch Meta-Studien, die den Versuch unternehmen, viele Einzelstudien zu einer Gesamtstudie zusammenzufassen.

Clays et al. (2007) untersuchten 2.800 belgische Erwerbspersonen in einem Zeitraum von knapp sieben Jahren. Von den anfängliche Gesunden entwickelten während dieser Laufzeit 12 % depressive Symptome. Personen, die zum ersten Untersuchungszeitpunkt hohe Anforderungen und geringen Handlungsspielraum hatten, d. h. Personen mit so definierten Belastungen und einer hierdurch hohen Beanspruchung (High Job Strain), trugen ein etwa 1,6-faches Risiko, während der nächsten Jahre eine Depression zu erleiden. Job-Strain-Arbeitsplätze sind insbesondere bei Fließbandarbeit und Basisarbeit mit engen Taktzeiten zu finden. Bei anhaltenden Belastungen stieg das Risiko auf 3,2; kam ein fortgesetzter Mangel an sozialer Unterstützung hinzu (Isolated Strain), so stieg das Risiko noch weiter bis auf 5,8. Mit anderen Worten: Lang anhaltender und als „isoliert“ erlebter Job-Stress schraubt das Depressionsrisiko – im Vergleich zu weniger belastenden Personen – auf das fast Sechsfache hoch. Zu beachten ist: Clays et al. haben die gefundenen relativen Risiken adjustiert für Geschlecht, Familienstand, negative Affektivität, Tod eines nahen Verwandten und Vorerkrankungen im Kindesalter. Eine nachfolgende belgische Studie (Clumeck et al. 2009) ging den Belastungen und Erkrankungen von fast 10.000 Erwerbspersonen im Alter zwischen 35 und 59 Jahren nach. Sie wurden über einen Zeitraum von drei Jahren beobachtet und hinsichtlich Depressionserkrankungen untersucht. In der „rohen“, d.h. nicht-adjustierten Schätzung, erhöhte hoher Job-Stress bei Männern das Depressionsrisiko um mehr als das Dreifache; Frauen erkrankten zwar häufiger, doch das arbeitsbedingte Risiko blieb leicht unter 2. Hier spielten familiäre Kontexte – sowohl belastende als auch entlastende – eine größere Rolle als bei Männern. Bei beiden Geschlechtern erhöhte nach strenger Adjustierung gegenüber depressiven Vorerkrankungen und familiären

Faktoren die arbeitsbezogene Belastung die arbeitsbedingte Erkrankungsrate auf eine mehr als zweifache Häufigkeit. Eine großangelegte britische Studie (vgl. Stansfeld et al. 2008), die eine Kohorte von mehr als 8.200 Personen umfasste, findet nach ebenfalls sehr genauer Adjustierung gegenüber psychischen Vorerkrankungen und Dispositionen ein knapp zweifach erhöhtes Risiko für Depressions- und Angsterkrankungen. Ein gleich hohes Risiko zeigte sich bei einer getrennt davon nach geringer sozialer Unterstützung fragenden Auswertung. Eine groß angelegte schwedische Langzeitstudie mit reichlich 6.600 Erwerbstätigen, die über einen Zeitraum von 10 Jahren beobachtet wurden, konnte das epidemiologische Wissen zu arbeitsbedingter Depression voll bestätigen (Ählin et al. 2018). Diese Studie imponiert durch ihr methodisches Vorgehen: Nach umfassender Adjustierung gegenüber Vorerkrankungen und weiteren Einflussfaktoren konnte, wenn Job Strain als gegeben vorausgesetzt war, als entscheidender Einflussfaktor, der die Richtung der Krankheitsentwicklung bestimmt („Trajektor“) und die Krankheitsschwere voraussagt („Prädiktor“), Low Social Support mit einem $RR = 2,41$ identifiziert werden. Diese Bedingungen sind charakteristisch für Arbeitsbereiche, die arbeitswissenschaftlich als „Basisarbeit“ bezeichnet werden, d.h. Arbeitsbereiche, für die keine besondere Berufsausbildung erforderlich ist wie z.B. einfache Fabrikarbeit, einfache Bauarbeit, Reinigungsarbeit, Logistik und Gastronomie. Die Arbeitsverhältnisse in der Basisarbeit sind überwiegend prekär und mit erhöhten Gesundheitsrisiken assoziiert. Seitens des BMAS wurde dazu eine eigene Initiative „Basisarbeit“ gestartet (siehe BMAS-Homepage). Explizit wird auf die teilweise extremen Arbeitsanforderungen, den geringen Handlungsspielraum, die engmaschige Kontrolle, die fehlende soziale Unterstützung und – bedingt durch den mangelnden Kündigungsschutz – die quälende Arbeitsplatz-Unsicherheit hingewiesen. Hier sind alle Trajekturen für eine depressive Erkrankung vorgezeichnet.

Auch unsichere Arbeitsverhältnisse machen krank. Rugulies et al. (2006) führten mit mehr als 4.000 dänischen Erwerbspersonen eine Fünf-Jahres-Studie durch und identifizierten Job-Unsicherheit als Risikofaktor. Sie fanden bei Männern, die unter Job-Unsicherheit litten, im Vergleich zu den in sicheren Arbeitsverhältnissen Stehenden, ein zweifaches Depressionsrisiko. Besonders tragisch – das zeigen weitere Studien aus dem skandinavischen Raum (Virtanen et al. 2003) – wirkt sich eine unverschuldete Arbeitslosigkeit aus. Hier steigt das Depressionsrisiko bei Männern fast regelmäßig auf $RR > 2$. Auffallend ist die Geschlechterdifferenz: Frauen reagieren bei Job-Unsicherheit oder Job-Verlust zumeist mit einem nur leicht erhöhten Risiko. Virtanen et al. interpretieren diese Differenz wie folgt: „Die hohe Geschlechter-Differenz in der Assoziation zwischen Arbeitslosigkeit und Depression deutet darauf hin, dass die männlichen Werte immer noch stark an der Arbeit orientiert sind, während Frauen der Familie und anderen Lebensbereichen mehr Bedeutung zumessen.“ Arbeitslosigkeit wird von den Menschen meist als Ausschaltung jeglichen Handlungsspielraums erlebt. Virtanen et

al. weisen explizit darauf hin, dass „der post-industrielle Arbeitsmarkt mit seinen ungesicherten Beschäftigungsverhältnissen und den steigenden Flexibilitätsanforderungen zu einem deutlichen Gesundheitsrisiko werden kann“. Eine im wissenschaftlichen Sinne beeindruckende – und im sozialpolitischen Sinne bedrückende – Bestätigung dieser Ergebnisse fand sich in einer Bremer Studie, die zehn Jahre nach der Schließung der letzten Großwerft, des Bremer Vulkan, durchgeführt wurde (Hien et al. 2007). Während in den 2000er Jahren die Prävalenz einer ärztlich diagnostizierten Depression während der letzten 12 Monaten in der männlichen Allgemeinbevölkerung zwischen 4 und 6 % lag (Thoma et al. 2017), stieg sie bei den ehemaligen und zumeist arbeitslos gewordenen Werftarbeitern auf über 20 %; Das Risiko war mit $RR > 4$ massiv erhöht.

In einer umfassenden Meta-Analyse haben sich Rugulies et al. (2017) der Frage gewidmet, ob ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Anerkennung (eine Effort-Reward Imbalance, ERI) ein Risikofaktor für Depression darstellt. Berücksichtigt wurden nur Längsschnittstudien; eingeschlossen waren mehr als 84.000 Beschäftigte. Das gepoolte Risiko war 1,5, wobei Ergebnisse einzelner Studien deutlich über $RR = 2$ lagen, so z.B. in einer kanadischen Studie (Wang et al. 2012). Seidler et al. (2022) haben ebenfalls eine Meta-Analyse durchgeführt und kamen zu folgendem Ergebnis: „Das gepoolte Risiko für eine Depression ist bei Tätigkeiten mit einem hohen Job Strain (Kombination von hohen Anforderungen und geringem Tätigkeitsspielraum) auf etwa das Doppelte erhöht.“ Seidler et al. weisen auf eine finnische Studie hin, welche den Kombinationseffekt von hohem Job Strain und mangelnder Anerkennung (ein hoher ERI) untersucht (Jovani et al. 2018). Der Kombinationseffekt führt zu einem exorbitanten $RR = 4,4$. Fehlende soziale Unterstützung am Arbeitsplatz und fehlende Anerkennung durch den Vorgesetzten verdichten sich zu einem Risikofaktor, der sich als „destruktive Führung“ benennen lässt (Negt 2023). Seidler et al. weisen ferner darauf hin, dass sich die verschiedenen Risikofaktoren verteilt über alle Berufsgruppen finden. Sie nennen explizit Fabrikarbeiter, Maschinenbediener, Bauarbeiter, Handwerker, Reinigungskräfte und Beschäftigte in der Kundenbetreuung.

Immer wieder gab und gibt es auch in der Wissenschaft Einwände dergestalt, dass familiäre Belastungen nicht genügend berücksichtigt würden. Matthews et al. (2021) untersuchten in einer USA-weiten Längsschnittstudie bei 1500 beruflich stark belasteten Arbeitnehmenden mit einer Nacherhebungszeit von neun Jahren das Vorkommen schwerer depressiver Episoden (Major Depressive Episodes, MDE). Es zeigten sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei Männern lag das arbeitsbezogene MDE-Risiko bei 2,1 während bei Frauen dieses Risiko nicht erhöht war. Andererseits war das familienbezogene Risiko bei Frauen um das knapp 2-fache erhöht, während es bei Männern nur leicht erhöht war. Da die Belastungen nur zu Beginn der Studie und die Erkrankungen nur am Ende der Studie (12-Monats-Prävalenz) erfasst wurden, wurden möglicherweise die Risiken unterschätzt. Doch die Tendenz ist eindeutig. Auf den

ersten Blick erstaunen diese Ergebnisse, liegen doch die durch psychische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeiten bei Frauen über denen der Männer. Das Paradox löst sich auf, wenn wir das von Matthews et al. gewählte Studiendesign berücksichtigen: Die Forschungsgruppe konzentrierte sich auf MDE, d.h. auf schwere Depressionserkrankungen, die oftmals mit einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit verbunden sind. Hier sind Männer eindeutig stärker betroffen als Frauen, weil jene in der Regel ihre Krankheit lange verleugnen. Diese Ergebnisse sind kohärent mit dem wissenschaftlichen Diskurs in der Genderforschung (Connel 2005): Männer sind sozio-emotional und mental sehr viel stärker mit ihrer Arbeit verwoben als Frauen, hinsichtlich ihrer Identität definieren sich viele Männer mehr über ihre Arbeit und ihren Beruf als über ihre Familie. Matthews et al. weisen darauf hin, dass Männer im Berufsleben sich in „einem hohen Konkurrenzkampf“ befinden, während Frauen aufgebürdet sei, sich um die Familie zu kümmern. Umgekehrt lässt sich aussagen, dass eine gute Einbindung in Familie und Freundeskreis eine starke soziale Ressource für eine gelingende Belastungsbewältigung darstellt. Anzumerken ist: Was bei den betrachteten quantitativen Erhebungen leicht untergeht, ist die hoch belastende Situation alleinerziehender Mütter. Hier wären gesonderte Studien erforderlich.

In der bisherigen Studienübersicht wurden längerfristig wirkende Expositions-faktoren als Depressionsrisiko benannt. Doch auch kurzfristige oder wiederkehrende arbeitsbezogene Ereignisse mit negativem Charakter können das Depressionsrisiko erhöhen. In einer methodisch bahnbrechenden Studie hat das japanische Research Center for Overwork-Related Disorders den Zusammenhang von solchen Ereignissen und Depression untersucht (Nishimura et al. 2020). In einer zwei Jahre laufenden Beobachtung, die mit ursprünglich 10.000 Teilnehmenden begann, wurden 36 arbeitsbezogene Ereignisse einbezogen. Es wurde hinsichtlich familiärer und persönlicher Disposition sehr genau adjustiert. Zum Studienende konnten genaue Daten von 2000 Teilnehmenden erfasst werden. 16 Ereignistypen erwiesen sich für eine mittelgradige bis schwere Depression als Risikofaktoren. Sie konnten in vier Clustern zusammengefasst werden: Unfall- oder Katastrophenerfahrung ($RR = 4,7-7,6$), übermäßige Verantwortung ($RR = 3,0-3,6$), drastische Änderung des Arbeitsstils oder der Arbeitsbelastung ($RR = 2,3-3,0$) und zwischenmenschliche Konflikte ($RR = 2,4-11,1$). In einer Reihe von Berufsgruppen ist die kontinuierliche Arbeitstätigkeit mit immer wiederkehrenden Negativ-Ereignissen assoziiert. Hierzu zählen beispielweise folgende Berufsgruppen: Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienst, Intensivpflege, weitere Arbeitsbereiche im Gesundheits- und Sozialwesen und die Tätigkeit als Lockführer bzw. Lockführerin. Aber auch Fabrikarbeit und Dienstleistungsarbeit können mit hohem Arbeitsdruck, überbordender Verantwortung, eskalierenden Konflikten und schwer beherrschbaren Unfallgefahren verbunden sein.

Initiiert von der Deutschen Gesellschaft für Rettungswissenschaften erschienen 2024 zwei Querschnittstudien: May et al. (2024) befragten mehr als 2000 Rettungskräfte, Pecha et al. (2024) noch einmal mehr als 1000 Rettungskräfte. Es zeigte sich eine 12-Monats-Prävalenz der Depression in der Gesamtstichprobe (Männer und Frauen) von 13,7 % (M: 12,2 %; F: 15,6 %). Verglichen mit der Prävalenz der Allgemeinbevölkerung, die sich bei 8 % bewegt (Thom et al. 2017), ist dies ein „rohes“ (d.h. nicht adjustiertes) relatives Risiko von 1,7. Bei männlichen Rettungskräften liegt das Risiko höher (12,2 % vs. 6,3 % = 1,9). Rettungssanitäter/innen haben ein rohes RR = 2,0 und Rettungsassistenten/-innen ein rohes RR = 2,5. Die Risiken fallen etwas geringer aus, wenn die Daten adjustiert und mit anderen gesundheitlichen Risikofaktoren gegengerechnet werden. Der Faktor „Schmerzzustände in den letzten 4 Wochen“ erhöht das Risiko, je nach Stärke der Schmerzen, auf RR = 2,4-5,2. Dies bedeutet: Rettungsarbeit unter Schmerzen stellt ein exorbitantes Risiko für Depression dar. Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren sind arbeitsbezogene Gewalterfahrungen, Schichtdienst und Rollenkonflikte zwischen Familie und Beruf. 75 % der befragten Rettungskräfte gaben an, „Single“ zu sein; diesbezüglich ist zu bedenken, dass Alleinlebende generell ein höheres Depressionsrisiko haben. Kausalitäten und Wirkungsketten können in Querschnittstudien nicht befriedigend geklärt werden. Die Forschungsgruppe regt daher an, diesen Fragen in Längsschnittstudien genauer nachzugehen.

Das Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt ist von hohen Arbeitsanforderungen, hohem Zeitdruck, schwelenden Konflikten und nicht selten von destruktiven Führungsstrukturen betroffen. In Gesundheits- und Sozialberufen werden diese Faktoren oftmals von einem weiteren Belastungsfaktor überlagert: dem Rollenkonflikt zwischen Berufsethos und konkreter Arbeitssituation, welche einen ethisch-moralisch verantwortungsvollen Arbeitsvollzug nicht selten unterminiert. Hieraus entsteht ein Gewissensstress, der in der Forschung als „moral distress“ bezeichnet wird. Teilweise mitbedingt durch die Corona-Pandemie leiden 21 % der Pflegekräfte an depressiven Symptomen (Morawa et al. 2021). Das ist eine rohe Risikorate von 2,5. Eine umfassende Studie in Londoner Kliniken (Lamb et al. 2021) deckte ein fast dreifaches Depressionsrisiko (RR = 2,9) für Schwestern und Pfleger auf, die unter moralischem Distress litten. In einer schon klassischen Studie zeigen Kivimäki et al. (2003), dass ein über zwei Jahre verlaufendes Mobbing in finnischen Krankenhäusern bei den dort Betroffenen das relative Risiko, an Depression zu erkranken, um das fast Fünffache steigen lässt (RR = 4,8). Diese Ergebnisse haben sich der Tendenz nach auch in anderen Studien bestätigt (Sobstad et al. 2021). Die Situation der Pflegekräfte, sowohl international als auch an deutschen Kliniken, kann hinsichtlich ihrer Gesundheitsgefährdung als durchaus dramatisch bezeichnet werden. Dem stehen die Verhältnisse in der Sozialarbeit kaum nach. Eine aktuelle Querschnittstudie von Kersten et al. (2025) thematisiert Arbeitssituation und psychische Gesundheit von Mitarbeitenden in Jugendhilfeeinrichtungen.

Befragt wurden mehr als 1000 Sozialarbeiter/innen, teils in ambulanten, teils in stationären Einrichtungen. Emotionale Anforderungen, insbesondere der professionelle Zwang, Emotionen zu verbergen, erhöhte das Depressionsrisiko um mehr als das 2-fache, ebenso der Zwang, Entscheidungen ohne ausreichende Informationen treffen zu müssen, in der ambulanten Arbeit erhöhte diese Belastung das Risiko sogar signifikant um mehr als das 3-fache. Rollenkonflikte aufgrund widersprüchlicher Anforderungen – ganz augenscheinlich verknüpft mit moralischem Distress – waren in der ambulanten Jugendhilfe mit einem 2-fachen, in der stationären Jugendhilfe mit einem 3-fachen Risiko für Depression verbunden. Kersten et al. haben auch danach gefragt, wie häufig trotz Krankheit gearbeitet wurde. Der Präsentismus ist besonders in der ambulanten Jugendhilfe stark ausgeprägt und dort mit einem 3-fachen Depressionsrisiko assoziiert. Diese Ergebnisse sind auch deshalb bemerkenswert, weil die Befragten zugleich ein hohes Maß an Ressourcen, wie z.B. erlebte Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit und soziale Unterstützung im Team, angeben. Zwar weist die Forschungsgruppe darauf hin, dass ihre Studie noch keine streng kausalen Aussagen erlaubt; diese seien nur auf Basis umfassender Längsschnittstudien möglich. Gleichwohl sind die Ergebnisse mit denen bisheriger Längsschnittstudien konkordant (Fong et al. 2022). Festzuhalten ist: Die Studie von Kersten et al. bietet hinsichtlich des Zusammenhangs von Belastungen und psychischen Erkrankungen im Sozialwesen sehr ernstzunehmende Erkenntnisse, die den im Gesundheits- und Rettungswesen gewonnenen weitgehend entsprechen.

– Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) –

Ähnlich wie die Stressdepression wurden Belastungsstörungen lange Zeit medizinisch und sozialpolitisch ignoriert oder gar als „Persönlichkeitsdefizit“, „Hysterie“ oder „Neurose“ stigmatisiert. Erst in neuerer Zeit haben Belastungsstörungen die wissenschaftliche und versorgungspolitische Aufmerksamkeit erlangt, die ihnen gebührt (Eichenberg/Senf 2020, S. 234 ff.). Die PTBS ist mit einer Vielzahl von Symptomen verknüpft. Als Leitsymptome werden u.a. angesehen: angstbesetztes Wiedererleben in Bildern, Gedanken und Wahrnehmungen (Flashbacks), Gefühlsabstumpfung, Dissoziationserleben zwischen Körper und Geist oder zwischen Raum und Zeit, Reizbarkeit und Übererregung. PTBS überlagert und vermischt sich nicht selten mit depressiven Episoden. Eine diagnostische Abgrenzung ist oft nicht möglich, d.h. es muss in vielen Fällen von manifesten Ko-Morbiditäten, die bis zur Suizidalität reichen, ausgegangen werden. Einer PTBS vorgelagert ist regelhaft ein Trauma. Arbeitsunfälle gelten zwar als Trauma, doch PTBS wurde in diesem Zusammenhang im bisher geltenden BK-Recht eher sehr selten als mögliche Unfallfolge anerkannt (Mehrtens 2024). Diese Seltenheit hängt entscheidend mit den noch beharrenden konservativen Ansichten der Psychiatrie und insbesondere mit den von den Unfallversicherträgern (UVT) beauftragten

medizinischen Gutachtern – oftmals die vom UVT angestellten „beratenden Mediziner/innen“ – zusammen. In den Gutachten, die über Gerichtsverfahren an die Fachöffentlichkeit gelangt sind, wurde in der Vergangenheit bei Unfallfolgen oftmals auf die Kindheit und angeblich angeborene oder frühkindlich erworbene Schreckhaftigkeit, Ängstlichkeit und Nervenschwäche rekurriert. Auch wurden Vorerkrankungen wie z.B. Schlafstörungen und Rückenschmerzen herangezogen, um die psychischen Störungen als vom Unfalltrauma unabhängiges Krankheitsereignis darzustellen. Erst in neuester Zeit ist ein neuer Grundton in Gutachten und Gerichtsurteilen wahrzunehmen. So konnte nach langjähriger Auseinandersetzung die PTBS eines Bahnbediensteten als Unfallfolge zur Anerkennung gebracht werden (LSG Berlin-Brandenburg 2024). Gleichwohl ist hier die PTBS immer noch vom BK-Recht im engeren Sinn abgekoppelt, d.h. sie wird als Folge eines Arbeitsunfalls unter der Rubrik „Unfallfolgen“ eingeordnet. Im Zusammenhang mit der Problematik arbeits- und berufsbedingter psychischer Erkrankungen war daher der Frage nachzugehen, ob eine arbeitsbezogene PTBS auch von anderen als Unfallursachen abhängig sein kann.

Bolm-Audorff et al. (2019) und Petereit-Haak et al. (2020) kamen in ihrer Meta-Studie zu dem Ergebnis, dass kriegsbetroffene Soldaten ein PTBS-Risiko von $RR > 2$ und traumabetroffene Arbeitnehmende ein PTBS-Risiko von $RR > 3$ tragen. Bemängelt werden freilich methodische Schwächen der untersuchten Studien; gleichwohl wird eingeräumt, dass manche Mängel auch zu einer erheblichen Unterschätzung des PTBS-Risikos geführt haben könnten. Insofern ist es angesagt, zur Erkenntnisgewinnung neuere Studien heranzuziehen. Eine australische Forschungsgruppe um Kyron et al. (2022) befragte in einer knapp 15.000 Personen umfassenden Untersuchung Beschäftigte von Polizei, Rettungsdiensten und Feuerwehr. Insgesamt wiesen 30 % ein geringes Wohlbefinden, 21 % eine hohe und 9 % eine sehr hohe psychische Belastung sowie 10 % eine wahrscheinliche PTBS auf. Im Einzelnen wurde mit dem 45. Lebensjahr das Verdopplungsrisiko für PTBS erreicht oder überschritten. Mit der Dauer der Tätigkeit stieg das Risiko weiter an. Bei einer mehr als 10-jährigen Tätigkeit hatten Rettungskräfte ein $PTBS-RR > 4$ und Polizeikräfte ein $PTBS-RR > 8$.

Ein außerordentlich stark von traumatisierenden Ereignissen betroffener Bereich ist die Tätigkeit als Lockführer/in. Die Deutsche Bahn gibt an, dass jeder bei ihr arbeitende Lockführende im Laufe seiner Berufslaufbahn zwei bis drei Schienensuizide erlebt und dass 10 % ihrer Lockführenden mit PTBS oder PTBS-ähnlichen Symptomen zu kämpfen haben. Diese Zahl wird auch in internationalen Studien genannt (Cothureau et al. 2004; Lay/Kaifie 2025). Psychische Auffälligkeiten finden sich bei exponierten Lockführenden etwa 5 mal so häufig wie bei Nichtexponierten. Allerdings variieren die Resultate der verschiedenen Studien stark, abhängig davon, wann erhoben wurde, d.h. ob zum Zeitpunkt der Befragung bereits psychotherapeutische Maßnahmen ergriffen worden waren oder nicht. In Großstädten sind S- und U-Bahnfahrer/innen teilweise

noch sehr viel stärker Schienensuiziden ausgesetzt. Bis zu 10 mal während ihres Berufslebens können hier Bahnzugführer/innen mit diesem schrecklichen Ereignis konfrontiert sein. Martina Käufl (2011) ging im Rahmen ihrer medizinischen Dissertation den gesundheitlichen Folgen bei 45 Bahnzugführern/-innen nach (34 M; 11 F) und kam zu folgenden Ergebnis: „Die im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung unzufriedeneren, erschöpfteren und demzufolge häufiger Fehlzeiten im Dienst aufweisenden Zugführer, waren in 42,2% der Fälle an einer Posttraumatischen Belastungsstörung erkrankt, wobei die weiblichen Fahrer fast 2-mal so häufig betroffen waren. Mehrere Fälle mit länger als fünf Jahre anhaltenden Traumafolgestörungen im ursächlichen Zusammenhang mit den Personenunfällen wurden identifiziert. Ein kausaler Zusammenhang zwischen untersuchtem Trauma und langfristigen psychischen Traumafolgestörungen konnte hergestellt werden.“ Die Situation hinsichtlich der Schienensuizide hat sich leider seither nicht verbessert. Ein Teil der an PTBS-Erkrankten wird dauerhaft arbeitsunfähig und gerät im Gefolge dessen in den Frühberentungsstatus, der u.U. mit gravierenden finanziellen Verlusten verbunden ist. Erneut verweist auch diese Sachlage zwingend auf eine grundsätzliche Anerkennung als Berufskrankheit.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei Rettungskräften. Eine Forschungsgruppe am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim (Hoell et al. 2023) widmeten sich in einer Meta-Analyse Studien, die insgesamt etwa 17.000 Sanitäter und Sanitäterinnen sowie mehr als 200.000 Vergleichspersonen umfassten, der Frage, wie hoch das jeweilige PTBS-Risiko einzuschätzen ist. Die gepoolte 12-Monats-Prävalenz für Sanitäter/-innen lag bei 20,0 %, für Nichtexponierte bei 3,1 %. Dies ist ein mehr als 6-fach erhöhtes Risiko. Die Subgruppenanalyse erbrachte das bedeutsame Resultat, dass die tätigkeitstypischen „üblichen kumulativen Traumatisierungen“ deutlich wirkungsstärker sind als eine einmalige „große“ Traumatisierung. Der Zusammenhang ist psychogenetisch plausibel. Gleichwohl geben die Autoren zu bedenken, dass eine PTBS sehr verschieden ausgeprägt sein kann und im Kontext sehr unterschiedlicher individueller Faktoren wie z.B. Persönlichkeit und Bewältigungsverhalten auftreten kann. Die Hoell-Studie hat einen besonderen Hintergrund: Sie war eine vom Bundessozialgericht (BSG) 2021 in Auftrag gegebene Arbeit. Zugrunde lag der Fall eines an PTBS erkrankten Sanitäters, der einer ganzen Reihe von hoch traumatisierenden Ereignissen bei der Arbeit ausgesetzt gewesen war. Die zuständige Berufsgenossenschaft wie auch die DGUV insgesamt lehnten bis dahin bei psychischen Erkrankungen jedweden Antrag auf BK-Anerkennung ab, mit dem erstaunlichen Argument, dass es „keine gesicherten Erkenntnisse zum Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen“ gebe. Die Hoell-Studie überzeugte das Gericht dahingehend, die Unfallversicherungsträger aufzufordern, den Fall des Sanitäters als „Wie-BK“ anzuerkennen (BSG 2023). Damit war eine Tür für eine weitere Bewegung in der Frage der Anerkennung

psychischer Störungen als BK geöffnet. Bundestherapeutenkammer, Gewerkschaften, Sozialverbände und auch das Deutsche Ärzteblatt begrüßten das BSG-Urteil und forderten die ÄSVB auf, sich dieses brennenden Themas anzunehmen, verbunden mit der Forderung an das BMAS, Personen mit wissenschaftlich-psychologischem Sachverstand in den ÄSVB aufzunehmen (der damit ggf. auch seinen Namen ändern müsste).

– Suizidalität –

Hohe Arbeitsanforderungen haben auch einen quantitativen Aspekt: Überstunden und überlange Arbeitszeiten. Zwei umfassende koreanische Studien identifizierten lange Arbeitszeiten insbesondere bei älteren Beschäftigten als signifikanten Risikofaktor für Suizidalität. Eine Forschungsgruppe am Nationalen Institut für Arbeitsschutz und Gesundheit in Seoul (Lee et al. 2020) fand in einer Kohorte von knapp 15.000 Beschäftigten, rekrutiert aus verschiedenen Wirtschaftssektoren und Berufen und stratifiziert nach Altersgruppen und Arbeitszeiten, insgesamt 27 Suizide. Von allen Personen wurde eine Vielzahl von privaten und arbeitsbezogenen Faktoren erfragt. Eine Wochen-Arbeitszeit von über 45 Stunden erhöhte bei älteren Beschäftigten (> 45 Jahre) – verglichen mit jüngeren Beschäftigten (< 45 Jahre) – das adjustierte Suizidrisiko auf das fast 4-fache. Han et al. (2021) erhoben in der gleichen Kohorte bei allen Personen zusätzliche Merkmale; von Bedeutung war insbesondere die Frage, ob sich die Person im Laufe der letzten Zeit mit Suizidgedanken („suicide ideation“) auseinandergesetzt hat. Sie fanden 311 suizidgefährdete Personen. Die Auswertung erbrachte – über alle Altersgruppen hinweg – im Vergleich zu den Normalarbeitszeit-Arbeitenden für diejenigen, die mehr als 60 Wochenarbeitsstunden zu leisten hatten, ein mehr als 2-faches hochsignifikantes Risiko für Suizidalität. Die Zahlen deuten zudem auf eine besondere Vulnerabilität für Blue-Collar-Worker und Schichtarbeiter/innen hin.

Die australische PTBS-Studie (Kyron et al. 2022) hat auch nach Suizidalität während der letzten 12 Monate gefragt, genauer; nach „Suizid-Gedanken“, „Suizid-Planung“ und „Suizid-Versuch“. Diesbezügliche Gedanken hatten Rettungskräfte zu 6,5 % und Feuerwehrleute zu 6,9 %, geplant haben dies jeweils 3,0 % bzw. 2,6 %, versucht haben dies jeweils 0,5 % und 0,7 %. Polizeikräfte wiesen eine deutlich niedrigere Prävalenz auf. In Korea führte die Lee-Arbeitsgruppe eine groß angelegte Studie mit Versicherungsdaten von mehr als 700.000 Arbeiter/innen durch, die einen Arbeitsunfall erlitten hatten. Das Ergebnis offenbarte im Vergleich zu Nicht-Verunfallten ein 2,2-faches Suizid-Risiko (Lee et al. 2021). Viele Betroffene waren nicht nur in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt, sondern hatten auch ihren Job verloren und mussten dadurch auch finanzielle Einbußen hinnehmen. Die Autoren/-innen halten folgende Tatsachen fest: „Arbeitsunfälle stellen eine potenzielle Hochrisikogruppe für Suizid dar. (...) Bei verletzten Arbeitnehmern besteht ein höheres Risiko, an Depressionen zu erkranken, als

bei nicht verletzten Arbeitnehmern. Da Depressionen die offensichtliche unmittelbare Ursache für Suizid sind, kann ein Arbeitsunfall über Depressionen mit Suizid in Verbindung gebracht werden. Schließlich können verunfallte Arbeiter unter anhaltenden Behinderungen leiden, die ebenfalls mit einem höheren Suizidrisiko verbunden sind.“

Dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen und insbesondere in den Akutkliniken besonderen Belastungen ausgesetzt sind, die zu psychischen Störungen führen können, wurde bereits vielfach thematisiert. Viele Studien lassen die damit verbundene Suizidgefahr anklingen. Insbesondere im Gesundheitswesen werden immer wieder explizit Burnout, Depression und Suizid in Verbindung gebracht. Einer neuen US-amerikanischen Studie gemäß haben Pflegekräfte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein 1,3-fach erhöhtes Suizidrisiko, bei hoch belasteten Pflegekräften steigt das RR auf 2 und höher (Davidson et al. 2020). In einer weiteren und darauf aufbauenden Studie haben Melyk et al. (2025) 500 Pflegekräfte befragt, die einem Aufruf zur Suizidprävention gefolgt und bereit waren, über Hintergründe und Motivationslagen ihrer Suizidgedanken Auskunft zu geben. Burnout, Angstzustände, Depressionen und posttraumatischer Stress korrelierten individuell mit einem erhöhten Risiko für Suizidgedanken, ebenso wie die Arbeit im 12-Stunden-Schichtdienst. Im Vergleich zu Stations- und Pflegedienstleistungen hatten die „am Bett“ Arbeitenden besonders häufig Suizidgedanken ($RR > 4$). Das verfügbare empirische Material lässt den Schluss zu, dass destruktives Führungsverhalten, d.h. ein nicht unterstützendes, gleichgültiges, abfälliges und herabwürdigendes Verhalten gegenüber hoch belasteten und psychisch bereits „angegriffenen“ Mitarbeitenden deren Suizidrisiko deutlich verstärkt. Die Prävalenzzahlen für die im Zusammenhang mit Depression und PTBS stehende Suizidalität variieren je nach Studiendesign. Zu berücksichtigen ist der jeweilige länder-, regional- und berufsspezifische kulturelle Kontext. Gleichwohl lässt sich resümierend sagen, dass Depression und PTBS in einem nennenswerten Maße als Prädiktoren für Suizidalität gelten können. Es kann hierbei unterschieden werden zwischen latenter Suizidalität, welche sich vorwiegend in wiederholten Suizid-Gedanken äußert, Suizid-Planung, Suizid-Versuchen und vollendetem Suizid.

Hier ist freilich eine wichtige Anmerkung anzufügen: Nicht alle Gefährdeten sind bereit, ihre persönlichen Probleme und Gedanken offenzulegen. Dies bedeutet, dass viele Betroffene ihr Leiden verheimlichen oder verdecken, „kuvrieren“, z.B. indem sie eine somatische Krankheit in den Vordergrund spielen, oder ihre Depressivität und Suizidalität gänzlich verleugnen. Viele wollen ihr Leiden nicht wahrhaben und flüchten in den Irrglauben, ihre dunklen Gedanken seien schon oder bald wieder „verfliegen“, oder sie schämen sich und vermuten, dass sie stigmatisiert und ausgegrenzt werden. Doch nach allem psychoanalytischen und psychodynamischen Wissen, über das wir verfügen, treten depressive Episoden, wenn sie nicht tiefgreifend behandelt werden, immer wieder auf. Sie können sich, wenn die triggernden Faktoren weiter einwirken,

verstärken. Über die üblichen psychologischen Testverfahren kann das Phänomen des Kuvrierens nicht erfasst und die darunterliegenden Probleme nicht aufgedeckt werden (Lindner et al. 2003). So kann, darauf weist Linder explizit hin, auch bei den behandelnden Therapeuten/-innen leicht die täuschende Illusion entstehen, der oder die Betroffene sei „über den Berg“ und gleichsam wieder auf dem Weg der Besserung.

Das verfügbare quantitative und qualitative Datenmaterial offenbart die Dringlichkeit, sich mit arbeitsbedingten Suizid auseinanderzusetzen und – gegenüber dem heutigen Status – deutlich bessere Lösungswege für Prävention, Kuration, Rehabilitation und Kompensation arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen zu finden. Hierzu gehört ganz entscheidend – so ist hier das Stichwort Kompensation zu verstehen – eine Erweiterung des BK-Rechts um psychische Erkrankungen. Suizide kommen nicht „aus heiterem Himmel“, sondern haben meist eine lange Vorgeschichte. Sie bauen auf langjährigen psychischen Arbeitsbelastungen auf, oftmals gepaart mit destruktivem Führungsverhalten, die sich zunächst in wiederkehrenden depressiven Episoden, Angststörungen und posttraumatischen Symptomen auswirken. Hier genau müssten präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen ansetzen, um arbeitsbedingten Suiziden vorzubeugen.

– Ressourcen –

Psychisches Belastungserleben kann bis zu einem gewissen Grad durch psychische Ressourcen „abgefangen“ werden. Selbstredend spielen familiäre und persönliche Ressourcen eine protektive Rolle und können helfen, Belastungen bis zu einem bestimmten Ausmaß zu kompensieren und zu bewältigen. Ebenso kann Anerkennung und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz durch Vorgesetzte und Mitarbeitende hohe Anforderungen „ausgleichen“ und diesen die negative Wirkungsspitze nehmen. Des Weiteren ergeben sich psychische Ressourcen aus Mitsprachemöglichkeiten bei der Arbeitsgestaltung (Partizipation) und erlebter Sinnhaftigkeit der Arbeit. Doch diese positiven Einflussfaktoren haben Grenzen. Treten Erkrankungen auf, so sind Betroffene – zusätzlich zu ihrem Leid – nicht selten mit Unverständnis seitens mancher Personalmanager/innen und auch mancher Praktiker/innen in der therapeutischen Szene konfrontiert. Das Entstehen psychischer Erkrankungen wird in der Psychologie und Psychiatrie immer wieder mit Faktoren wie Resilienz, Stressresistenz oder Kohärenzsinn (Sense of Coherence, SOC) in Verbindung gebracht. M.a.W.: Es wird behauptet, dass hauptsächlich krankheitsanfällige, empfindsame und vulnerable (verletzliche) Personen erkranken, während resistente und resiliente Personen mit einem hohen SOC weitgehend vor Krankheiten geschützt seien. Vertreter dieses Konzepts berufen sich auf ein Konzept des Stressforscher Aaron Antonovsky (1997). Demgemäß haben Menschen, denen es gelingt, ihre Arbeits- und Lebensbedingungen zu verstehen,

Handlungsoptionen zu entwickeln, in ihrem Tun und in ihrem Leben einen Sinn zu sehen und diese Ebenen miteinander in eine kohärente Verbindung zu bringen, eine größere psychische Widerstandskraft als solche, denen dies nicht gelingt.

Schon Antonovsky hat vor Interpretationen gewarnt, die dem SOC eine unveränderliche Persönlichkeitseigenschaft zuschreiben. Schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen können, ebenso wie von außen gegebene Handlungsrestriktionen, das Kohärenzerleben entscheidend begrenzen. Eine schwedische Studie konnte sehr schön zeigen, dass der SOC selbst von arbeitsbezogenen Faktoren abhängig ist (Krantz/Ostergren 2004). Die Forscherinnen gingen zunächst von der allgemein vorhandenen Annahme aus, dass SOC ein individuelles Konstrukt ist, das sich in der frühen Kindheit entwickelt und grundsätzlich resistent gegenüber ungünstigen Umweltfaktoren ist. Die Forscherinnen wollten sodann wissen, ob sich der SOC unter dem Einfluss psychosozialer Faktoren im Erwachsenenalter verändert. In einer Gemeinde wurde ein Fragebogen an eine Stichprobe von 486 Frauen im Alter zwischen 40 und 50 Jahren gegeben. Der Rücklauf war mit 82 % sehr hoch. Es zeigte sich, dass – streng adjustiert nach Kindheitserfahrungen und Vorerkrankungen – Faktoren im Erwachsenenalter wie Arbeitsbelastung ($RR = 3,4$) und geringe soziale Unterstützung ($RR = 4,0$) unabhängige Prädiktoren für einen geringen SOC bei erwachsenen Frauen waren. Die Autorinnen schlussfolgern: „Unsere Studie deutet darauf hin, dass das SOC ein Faktor ist, der teilweise mit der Position einer Person im sozialen Gefüge und teilweise mit den Arbeitsbedingungen, dem sozialen Netzwerk und der Unterstützung zusammenhängt und weniger mit den Bedingungen in der Kindheit.“ Die Autorinnen geben zu bedenken, dass weitere Forschung auf diesem Themenfeld erforderlich ist.

Es gibt viele Ressourcen-Studien, doch die Fragestellung von Krantz/Ostergren wurde nur selten wiederaufgegriffen. Gleichwohl wurden deren Ergebnisse von einer in Litauen durchgeführte Studie im Grundsatz bestätigt (Malinauskiene et al. 2009). Etwa 600 Krankenschwestern wurden nach psychosozialen Arbeitsmerkmalen, sozialer Unterstützung, internen Ressourcen und nach erlebter psychischer Belastung (Mental Distress) befragt. Die Studie erbrachte folgendes Ergebnis: Hohe psychisches Belastungserleben war nach Berücksichtigung von familiär-persönlicher Vorgeschichte und des SOC mit hoher Arbeitsbelastung ($RR = 2,15$) und geringer sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz ($RR = 2,5$) assoziiert. Traten beide Faktoren kombiniert auf (Isolated Strain), erhöhte dies das Risiko auf $RR = 3,7$. Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl hatte zwar eine gewisse schützende Funktion, konnte aber die Wirkung negativer Arbeitsfaktoren nicht effektiv kompensieren. In den im vorliegenden Gutachten vorgestellten und diskutierten Studien wurde in den meisten Fällen der SOC nicht erhoben – Zweifel an der Aussagekraft der Studien sind jedoch unbegründet. Regelmäßig wurden Krankheitsvorgeschichte und Persönlichkeitseigenschaften wie z.B. Affektivität (positive oder negative Lebenseinstellung) abgefragt und mithilfe dieser Daten eine

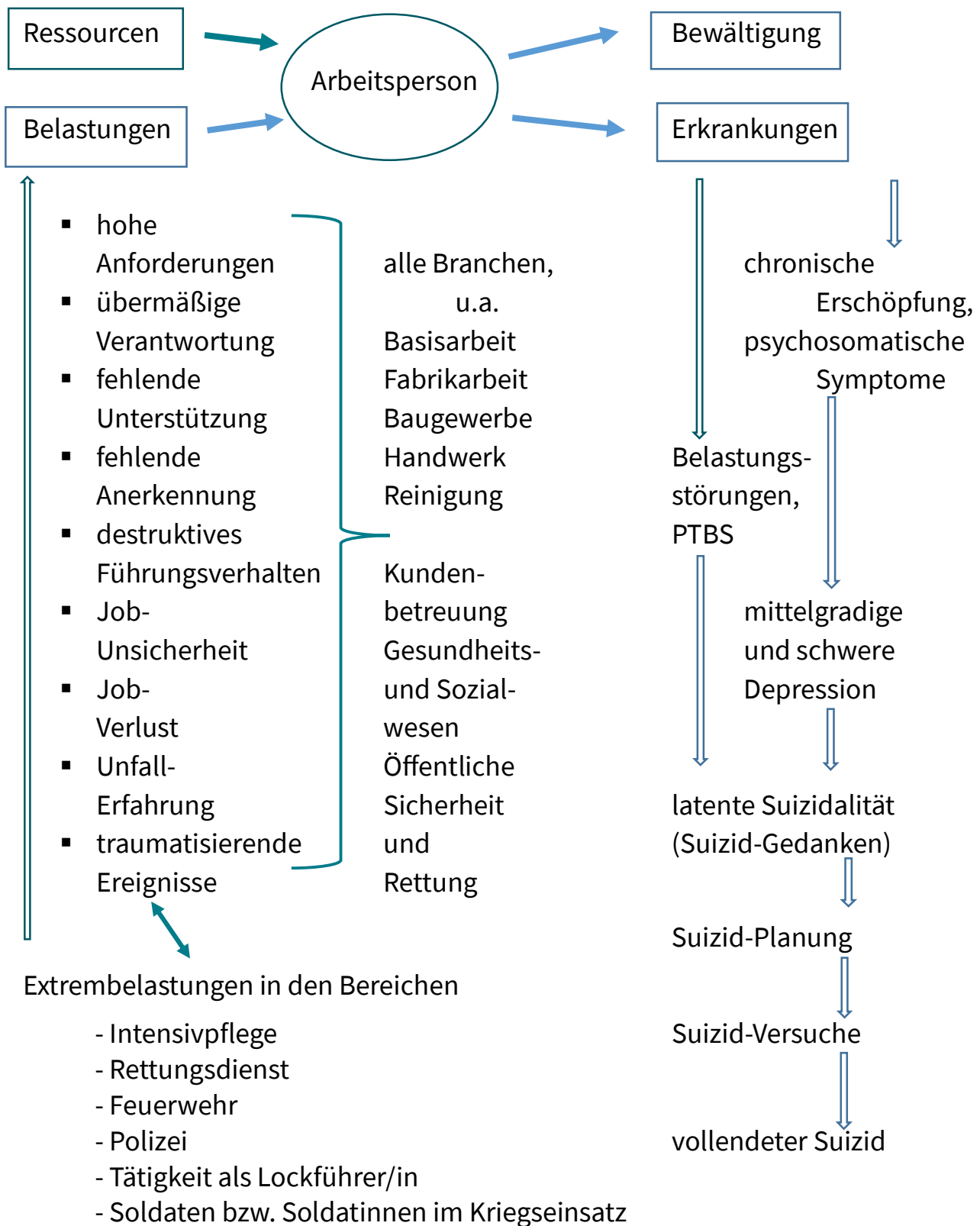
Adjustierung vorgenommen. Als Zwischenfazit lässt sich festhalten: Familiäre und persönlichen Ressourcen sowie soziale Unterstützung am Arbeitsplatz tragen zum Aufbau psychischer Ressourcen bei. Diese Ressourcen helfen, Belastungen bis zu einem gewissen Grade zu kompensieren und so zu einer Belastungsbewältigung beizutragen. Sind die psychischen Ressourcen erschöpft – und das sind sie bei fortwährend hohen Belastungen – so sind Erkrankungsprozesse vorgezeichnet.

Ein arbeits- und gesundheitswissenschaftliches Modell

Arbeit kann unter bestimmten Bedingungen krank machen. Auf der Ebene der psychischen Belastungen und Erkrankungen heißt dies: Wenn Belastungen sich häufen bzw. kombiniert auftreten und psychische Ressourcen sich erschöpfen, steigt die Wahrscheinlichkeit für pathogene Prozesse. Wie lassen sich diese Beziehungen in einem Modell veranschaulichen? In der deutschen Arbeitswissenschaft hat sich das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept etabliert (Richter 2000). Angewandt auf die Ebene psychischer Belastungen und Erkrankungen werden Stress bzw. die von außen einwirkenden Stressfaktoren unter „Belastungen“ und die inneren pathophysiologischen und pathobiochemischen Prozesse, die wiederum vom Grad der psychischen Ressourcen abhängig sind, unter „Beanspruchung“ rubriziert. Belastungen sind diesem Konzept zufolge „objektiv“ zu messende Faktoren, während Beanspruchungen demgemäß für die „inneren“ psychobiologischen Wirkungen unter dem Einfluss psychischer Ressourcen und subjektiver Bewertungen des oder der Betroffenen steht. Richter (Ebenda) subsummiert unter psychischen Beanspruchungen noch einmal den Begriff „Stress“, des Weiteren: Ermüdung, Monotonie und psychische Sättigung. Hohe Beanspruchungen bergen, je mehr sich Ressourcen erschöpfen, ein nennenswertes Schädigungspotential. Die dem Belastungs-Beanspruchungskonzept eigenen begrifflichen Kategorien decken sich nur teilweise mit denen in der internationalen Stressforschung entwickelten Kategorien. Sowohl im Englischen als auch im Deutschen schwankt das Bedeutungsfeld von „Stress“ erheblich. Einerseits hat die Stressforschung herausgearbeitet, dass das Stresserleben von biologischen, psychischen und geistigen Ressourcen positiv wie negativ beeinflusst wird (Ebenda). Insofern entspricht dem Begriff der Beanspruchung, grob vereinfacht, im Englischen der Begriff Strain. Andererseits wandelt sich in den meist an Karasek/Theorell (1990) orientierten arbeitsepidemiologischen Studien auf der Ebene der Belastungen „Job Stress“ zu „Job Strain“, wenn hohe Arbeitsanforderungen und geringer Handlungsspielraum gleichzeitig auftreten. Soziale Unterstützung am Arbeitsplatz kann die psychischen Ressourcen erhöhen; fehlt diese Unterstützung, verstärkt sich die negative Wirkungsrichtung der Belastung. Die Kombination mehrerer Stressfaktoren kann insofern als Fehlbelastung und in ihrer inneren psychobiologischen Auswirkung als Fehlbeanspruchung bezeichnet werden. Unter Berücksichtigung all dieser verschiedenen Begrifflichkeiten wurden hochdifferenzierte Modelle entwickelt, die sich jedoch nur schlecht mit der realen Arbeitswelt und den in Studien abgefragten Belastungen zur Deckung bringen lassen. Bereits Fragen nach hohen Anforderungen, Verantwortung und Zeitdruck evozieren Antworten, die nie „objektiv“ sein können und insofern immer schon ein subjektives, inneres Stresserleben zum Ausdruck bringen, die mit messbaren pathologischen Prozessen einhergehen (Benkert 2005, S. 95 ff.). Vor diesem Hintergrund scheint es gerechtfertigt,

das Modell wie folgt zu vereinfachen: Belastungen führen, wenn sie kombiniert auftreten und Bewältigungsressourcen nicht mehr ausreichen, zu einer höheren Wahrscheinlichkeit von Erkrankungsprozessen. Diese Aussage gilt vorausschauend nur im statistischen Sinne, d.h. das Modell kann keine Einzelvoraussage treffen. Das Modell kann aber rückschauend zur Überprüfung eines Einzelfalls genutzt werden: Treten Erkrankungen im Spektrum von Depression, PTBS oder Suizidalität auf, so kann anhand der Arbeitsanamnese das Vorhandensein von spezifischen Belastungsfaktoren überprüft werden, die in einem biologisch-medizinisch plausiblen Zusammenhang mit der jeweiligen Erkrankung stehen. Anzumerken ist bereits an dieser Stelle: Eine Arbeitsanamnese ist umso aussagekräftiger, je mehr Daten aus der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen vorliegen.

Psychische Belastungen bei der Arbeit und psychische Erkrankungen



Berufskrankheitenrecht und notwendige Weiterentwicklung

Das Sozialgesetzbuch Sieben (SGB VII) und die Sozialrechtsprechung definieren eine Berufskrankheit (BK) als eine Krankheit, bei der – ganz ähnlich wie bei einem Unfall – eine Kausalkette vorliegen muss (Brandenburg 2024). Als haftungsbegründende Kausalität gilt die Bedingung, dass eine gesundheitsschädigende Einwirkung vorliegen muss, der – wie es im SGB VII wörtlich heißt – „bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind“. Als haftungsausfüllend gilt die Bedingung, dass die Erkrankung „nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft“ spezifisch von dieser Einwirkung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verursacht wird. Die BK-Verordnung listet 85 Krankheiten auf, die bei Vorliegen einer kausalen Verursachung als BK anerkannt werden können. Das Kriterium der „überwiegenden Wahrscheinlichkeit“ bedeutet, dass eine epidemiologische Wahrscheinlichkeit von mindestens 50 % – gleichbedeutend mit einem relativen Risiko von 2 oder größer, dem sogenannten Verdopplungsrisiko – erreicht werden muss. Die Beweislast liegt nach deutschem Sozialrecht immer beim Betroffenen. Die BK-Liste wird von der Bundesexekutive auf Vorschlag des ÄSVB per BK-Verordnung erlassen. Sie enthält bislang keine psychischen Erkrankungen. Das Berufskrankheitenrecht bietet, wenn eine Krankheit nicht „gelistet“ ist, über eine Öffnungsklausel die Möglichkeit, einen Fall als „Wie-Berufskrankheit“ anerkennen zu lassen. Voraussetzung ist, dass alle Kausalitätsvoraussetzungen gegeben sind. Die Unfallversicherungsträger (UVT) verhalten sich gegenüber solchen BK-Anträgen meist sehr restriktiv.

Die Sichtung und Auswertung der Studienlage sollte gezeigt haben, dass in bestimmten hoch belasteten Arbeitsbereichen und Berufsgruppen arbeitsbedingte psychische Erkrankungen die Schwelle zur Berufskrankheit überschreiten. Besondere Beachtung sollte der empirischen Erkenntnis geschenkt werden, dass einer langjährigen kumulativen Belastung eine höhere gesundheitsschädliche Potenz zuzurechnen ist als wenigen oder einmaligen Extremereignissen. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit BK-Anerkennungsverfahren ist es angezeigt, eine Beweislast erleichterung zu etablieren. Die mit traumatisierenden Einflüssen assoziierten Berufsgruppen und Job-Strain-Arbeitsbereiche mit erwiesenermaßen mangelnder sozialer Unterstützung oder gar destruktivem Führungsverhalten sollten als kausal-haftungsbegründend geltend gemacht werden können. Gleichwohl erfordert das BK-Recht eine Einzelfallprüfung. M.a.W.: Jeder Einzelfall befindet sich gleichsam in einem Wahrscheinlichkeitsraum. Zusätzlich zum epidemiologisch gesicherten Verdopplungsrisiko muss auch der Einzelfall Merkmale aufweisen, die einen Zusammenhang zwischen Exposition und Erkrankung im Sinne einer haftungsausfüllenden Kausalität nahelegen. Dies bedeutet:

Im konkreten BK-Fall müssen die ätiologischen Faktoren mit den epidemiologisch gesicherten Faktoren übereinstimmen. Konkurrierende Ursachen – dies wären bei Depression beispielsweise hoch belastende oder traumatisierende Ereignisse aus dem Privatleben – müssen weitgehend ausgeschlossen werden können; zumindest darf deren Einfluss „nicht wesentlich“ sein. Für eine Anerkennung müssen arbeits- und berufsbedingte Einflüsse „wesentlich“ für das Entstehen oder die Verschlimmerung einer spezifischen Krankheit sein, für die es eine epidemiologische Evidenz gibt.

Sind die genannten arbeits- und krankheitsbezogenen Bedingungen hinreichend für die Vermutung, dass eine BK droht, müssen seitens des Unfallversicherungsträgers präventive Maßnahmen ergriffen werden. Jene sind durch das BK-Recht aufgefordert, bereits im Vorfeld einer BK „mit allen geeigneten Mitteln“ das Erforderliche und Mögliche zu tun, der Gefahr einer BK entgegenzuwirken. Dazu gehören therapeutische und rehabilitative Maßnahmen, Arbeitsplatzanpassungen, innerbetriebliche Umsetzungen, berufliche Umorientierungen und berufliche Umschulungen. Die möglichen Maßnahmen des Unfallversicherungsträgers bzw. der Berufsgenossenschaft (BG) oder der Unfallkasse (UK) haben hier ein höheres präventives Gewicht als die Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung. Denn die BG oder die UK kann qua Gesetz in den Betrieb hineinwirken und Änderungen am Arbeitsplatz bzw. leistungsgerechte Arbeitsbedingungen anordnen.

Die BSG-Entscheidung vom Juni 2023 zum Fall des PTBS eines Rettungssanitäters hat Bewegung in die erstarrte BK-Landschaft gebracht. Dass diese Entscheidung der DGUV nicht gefallen würde, war zu erwarten. Dementsprechend ist im DGUV-Forum zu lesen, das BSG habe „faktisch eine neue BK geschaffen“ (Forchert 2024). Dies sei „aus verfassungsrechtlicher Perspektive bedenklich“, da es dem Prinzip der Gewaltenteilung widerspreche. Die Jurisdiktion dürfe keine Aufgaben der Legislative und Exekutive übernehmen. Und weiter wörtlich: „Es fragt sich, was das BSG legitimiert, Recht zu setzen, indem es (wenn auch nur faktisch) eine neue Berufskrankheit schafft und damit in Konkurrenz zur Bundesregierung tritt. Nicht minder irritiert, dass der Senat die medizinische Erkenntnislage offenbar besser zu überblicken glaubt als der nach § 9 Abs. 1a Satz 2 SGB VII dafür eingerichtete ÄSVB.“ In diesen Vorhaltungen bleibt außer Acht, dass die Jurisdiktion immer schon über die Möglichkeiten des Richterrechts die verfassungsgemäße Befugnis besitzt, im Rahmen des geltenden Rechts Konkretisierungen und Klarstellungen vorzunehmen. Es bleibt zu hoffen, dass die DGUV ihre starre Haltung zurücknimmt und sich – auch über die Einflussmöglichkeiten der Selbstverwaltungsorgane – für die Anerkennung und Listung berufsbedingter psychischer Störungen als BK öffnet.

Schon jetzt sollten BK-Anzeigen ins Auge gefasst werden. Den von psychischen Erkrankungen Betroffenen fehlt oftmals die Kraft, sich für ihre ureigenen Belange

einzusetzen. Im Grunde sind hier alle von der BK-Problematik tangierten Akteure und Akteurinnen gefordert. Vertreter/innen der ärztlichen und psychologischen Professionen in niedergelassenen Praxen sowie in Akut- und Reha-Kliniken sollten beim Vorliegen eines Verdachts einer berufsbedingten Erkrankung das ihnen Mögliche tun, diese Erkrankung beim zuständigen Unfallversicherungsträger zur Anzeige zu bringen. Eben- solches gilt auch für die Rechtsberatungen der Gewerkschaften und Sozialverbände, die Fachanwälte/-innen für Sozialrecht und die Mitarbeiter/innen in BK-Beratungsstel- len. Zugleich ist es erforderlich, Dokumente zu beschaffen und geltend zu machen, welche die langjährigen hohen psychischen Arbeitsbelastungen belegen und den Ver- dacht einer BK erhärten können. Zu denken ist an Dokumentationen der Gefährdungs- beurteilung, an persönliche Aufzeichnungen und vor allem an Aussagen von Mitarbei- tenden aus dem Arbeitsbereich, die das Vorhandensein krankmachender Arbeitsfaktoren bezeugen können.

Abschließende Bemerkungen

Im vorliegenden Gutachten wurde der Frage nachgegangen, inwieweit bestimmte arbeitsbezogene Expositionskonstellationen als Auslöser oder Verstärker für psychische Erkrankungen wie Depression, BTBS und Suizidalität in der Arbeitswelt den Kriterien des Berufskrankheitenrechts (BK-Recht) entsprechen. Die Auswertung der Studienlage zeigt, dass bestimmte Konstellationen wie High Job Strain, Isolated Job Strain, destruktives Führungsverhalten, Arbeitsplatz-Unsicherheit, Unfallerfahrungen und wiederholte traumatisierende Ereignisse ein Verdopplungsrisiko erreichen oder überschreiten und damit die Bedingungen einer „wesentlichen Verursachung“ erfüllen. Dies betrifft nicht nur Extrembereiche wie Intensivpflege, Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei und Lockführung, sondern im Prinzip alle Branchen, wenn sich die Belastungsfaktoren zu einer Hochrisiko-Konstellation verdichten. Schon seit der Jahrtausendwende wird seitens gewerkschaftlicher Akteure und Akteurinnen, seit den 2010er Jahren auch zunehmend seitens psychologischer Fachvertreter/innen, die Frage aufgeworfen, warum arbeits- und berufsbedingten Depressionserkrankungen die Aufnahme in die Liste der Berufskrankheiten (BK) verwehrt wird. Ausgelöst durch verschiedene Klagen vor Sozialgerichten, zuletzt verstärkt durch die Empfehlung des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 22. Juni 2023, hat diese Frage weiter an Aktualität gewonnen. Gewerkschaftliche Forderungen nach Aufnahme psychischer Erkrankungen in die BK-Liste aus der jüngeren Zeit, wie z.B. anlässlich des Gewerkschaftstages der IG Metall 2023, unterstreichen die Aktualität der Debatte. Auch im europäischen Raum gibt es seit Jahren Debatten um das Thema Prävention und Kompensation arbeits- und berufsbedingter psychischer Erkrankungen. Hoch relevant ist die Initiative des Europäischen Parlaments zur Erweiterung der Berufskrankheitenliste um psychosoziale Erkrankungen und insbesondere das Engagement von Eurocadres zur Ausarbeitung einer eigenen Richtlinie zur Beseitigung psychosozialer Risiken am Arbeitsplatz.

Die Intention des vorliegenden Gutachtens ist nicht, bei Depression, PTBS und Suizidalität generell die Berufsbedingtheit zu unterstellen, sondern diese Erkrankungen genau dann, wenn ein hinreichender Verdacht für eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer arbeits- und berufsbedingten Kausalität vorliegt, als BK anzusehen und einem BK-Verfahren zu unterziehen. Die Aufnahme psychischer Erkrankungen in die amtliche BK-Liste hätte außerdem den Effekt, dass die Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln präventive Aktivitäten entwickeln müssten, d.h. im Vorfeld sich anbahnender Depressionserkrankungen, PTBS und Suizidalität präventive, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen ergreifen müssten, um das Manifestwerden einer

drohenden BK zu verhindern. Dies könnte ein entscheidender Schritt sein auch in psychosozialer Hinsicht eine menschengerechte Gestaltung der Arbeitswelt anzustoßen.

Schon heute können und sollten psychische Erkrankungen, für die der Verdacht einer arbeits- und berufsbedingten Verursachung oder Verschlimmerung besteht, ein BK-Verfahren im Sinne einer Wie-BK angestrengt werden. Entscheidend jedoch für ein gelingendes Anerkennungsverfahren ist die Arbeitsanamnese, d.h. die genaue Erfassung der Arbeitsvorgeschichte und der darin verorteten belastenden Faktoren. Es liegt auf der Hand, dass die Güte der Arbeitsanamnese wesentlich von den dokumentierten Daten der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen abhängt. Obwohl die Durchführung solcher Arbeitsplatzbeurteilungen von ArbSchG verbindlich vorgeschrieben ist, scheint das Thema „psychische Belastungen“ in vielen Betrieben noch nicht angekommen zu sein. Daten liegen zumeist nicht oder nur lückenhaft und qualitativ ungenügend vor. Es gibt eine Vielzahl von Methoden, die zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen verfügbar sind und Anwendung finden könnten, insbesondere schriftliche Befragungen und strukturierte Gruppeninterviews. Bundesregierung, Länder und Unfallversicherungsträger haben sich dazu verpflichtet, der Durchsetzung psychischer Gefährdungsbeurteilungen eine verstärkte Aufmerksamkeit zu schenken. Es gibt im Rahmen der „Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie“ eine verbindliche Leitlinie (GDA 2018). Die Aufsichtspersonen sollen, so die Leitlinie, darauf achten, dass nicht nur Screeningverfahren zum Einsatz kommen, sondern auch vertiefende Verfahren, um den besonderen Belastungen im Detail nachgehen zu können: „Befragungen allein reichen jedoch nicht aus, um die Ursachen zu finden. In Gruppendiskussionen, z. B. im Rahmen von Auswertungsworkshops können mögliche Ursachen für die ermittelten Belastungsschwerpunkte erkannt werden“ (Ebenda, S. 18). Unter dem Merkmalsbereich „soziale Beziehungen“ werden explizit folgende Belastungsfaktoren genannt: „häufige Streitigkeiten und Konflikte“, „soziale Drucksituationen“ und „fehlende soziale Unterstützung“. In der GDA-Empfehlung für die Betriebe sind diese Punkte noch weiter ausgeführt. Unter dem Merkmalsbereich „soziale Beziehungen“ wird neben den schon genannten Beispielen „destruktives Verhalten, Herabwürdigung, Bloßstellen, Beschimpfen, soziale Ausgrenzung, Diskriminierung, Belästigung“ angeführt (Beck 2022, S. 14 ff.). Die Aufsichtspersonen werden in der Leitlinie angehalten, besonderes Augenmerk auf eine korrekte und umfassende Gefährdungsbeurteilung zu legen: „Besonderer Handlungsbedarf des Aufsichtspersonals ergibt sich, wenn Gesetze und Verordnungen nicht eingehalten werden. Ist die Gefährdungsbeurteilung nicht oder nicht angemessen durchgeführt ..., erfolgt – ggf. auch unter Ausschöpfung aller Instrumente des Verwaltungshandelns – eine Nachverfolgung bis ein gesetzeskonformer Zustand erreicht ist. Das Verwaltungshandeln sollte dabei dem üblichen Vorgehen der Aufsicht folgen“ (GDA 2018, S. 13).

Angesichts des Umstandes, dass in vielen Betrieben und oftmals gerade in den besonders belasteten Arbeitsbereichen keine oder nur unzureichende Daten vorliegen, ist es dringend empfehlenswert, dass von Belastungen betroffene Arbeitnehmende selbst „Buch führen“, z.B. in Form von Arbeitstagebüchern. Je mehr Betroffene im Arbeitsbereich solche Aufzeichnungen haben, desto besser können in möglichen Anerkennungsverfahren Belastungswahrnehmungen validiert werden. Auch Zeugenaussagen von Mitarbeitenden aus dem Arbeitsbereich des oder der Betroffenen können sehr hilfreiche Dokumente sein. Auf Arbeitstagebücher, Aufzeichnungen und weitere Dokumente können und sollten die Beratungseinrichtungen von Ländern, Gewerkschaften und Sozialverbänden verstärkt hinweisen. Zugleich ist von den Unfallversicherungsträgern eine Beweislast erleichterung für bestimmte Hoch-Risiko-Berufsgruppen und bestimmte Arbeitsbereiche zu fordern, für die Anhaltspunkte für Extrembelastungen vorliegen. Solche Anhaltspunkte lassen sich umso besser „sichern“, je mehr Daten aus Gefährdungsbeurteilungen und persönlichen Aufzeichnungen vorliegen. Die Auswertung der arbeitsepidemiologischen Studien sollte gezeigt haben: Hohes Stress- und Strain-Erleben am Arbeitsplatz ist zumeist kein Zeichen von persönlicher Schwäche, sondern ein Zeichen von betrieblich-organisationaler Zumutung gegenüber der Arbeitsperson. Diese Aussage gilt umso mehr, je mehr Personen des gleichen Arbeitsbereichs dieses Erleben teilen. An dieser Erkenntnis müssen sich Kausalitätsprüfungen in präventiver und kompensatorischer Absicht orientieren.

Literaturliste

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.

Ählin, J. et al. (2018): Job demands, control and social support as predictors of trajectories of depressive symptoms. In: Journal of Affective Disorders, 235, 535-543.

Beck, D. (2022): Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung. Empfehlungen zur Umsetzung in der betrieblichen Praxis. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Berlin: GDA/BAUA.

Benkert, O. (2005): Stressdepression. Die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann. München: Beck.

Bolm-Audorff, U. et al. (2019): Zusammenhang zwischen beruflichen Traumata, posttraumatischer Belastungsstörung und Depression – eine Beurteilung von systematischen Reviews. Psychiatrische Praxis, 46, 184-190.

Brandenburg, S. (2024): Berufskrankheiten. In: Schönberger, A. et al. (Hg.): Arbeitsunfall und Berufskrankheit. 10. Völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Erich Schmidt, S. 73-128.

BSG (Bundessozialgericht) (2023): Urteil zum PTBS eines Rettungssanitäters v. 22.06.2023, AZ B 2 U 11/20 R.

Clays, E. et al. (2007). Job stress and depression symptoms in middle-aged workers – prospective results from the Belstress study. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 33, 252-259.

Clumeck, N. et al. (2009). Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: results from the Belstress I prospective study. Journal of Epidemiology and Community Health, 63, 286-292.

Connel, R.W. (2005): Masculinities. Second Edition. Berkley: University of California Press.

Cothureau, C. et al. (2004): Professional and medical outcomes for French train drivers after “person under train” accidents: three year follow up Study. Occupational and Environmental Medicine, 61, 488-494.

Davidson, J.E. et al. (2020): A Longitudinal Analysis of Nurse Suicide in the United States (2005-2016) with Recommendations for Action. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 17, 6–15.

Eichenberg, C. / Senf, W. (2020): Einführung in die Klinische Psychosomatik. München: Ernst Reinhardt.

Fong, T.C.T. et al. (2022): Temporal relationships among role stress, staff burnout, and residents’ behavioral problems: A 2-year longitudinal study in child care homes in Hong Kong. PLoS One, 17, e0270467.

Forchert, M. (2024): Posttraumatische Belastungsstörung eines Rettungssanitäters als „Wie-Berufskrankheit“. DGUV-Forum, 9, 19-21.

GDA (Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie) (2018): Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Berlin: GDA/BAUA.

Han, S. et al. (2021): Working hours are closely associated with depressive mood and suicidal ideation in Korean adults: a nationwide cross-sectional study. Nature, Scientific Reports, 11, 23102.

Hien, W. et al. (2007): Ein neuer Anfang war’s am Ende nicht. Zehn Jahre Vulkan-Pleite: Was ist aus den Menschen geworden? Hamburg: VSA.

Hoell, A. et al. (2023): Work-related posttraumatic stress disorder in paramedics in comparison to data from the general population of working age. A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Public Health, 11, 1151248.

Juvani, A. et al. (2018): Clustering of job strain, effort-reward-imbalance, and organizational injustice and the risk of work disability: a cohort study. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 44, 485-495.

Käufel, M.M. (2011): Langfristige psychische Belastungsfolgen bei U-Bahnzugführern aus dem Münchner Raum nach traumatisierenden Personenunfällen. Dissertation. München: Universitätsbibliothek.

Karasek, R.A. / Theorell, T. (1990): Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books.

Kersten, M. et al. (2025): Gleicher Job, gleiche Arbeitsbedingungen? Eine Querschnittsstudie zur Untersuchung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Arbeitssituation von Beschäftigten in der ambulanten und stationären Jugendhilfe. In: Nienhaus, A. (Hg.): RiRe – Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Band 4. Landsberg am Lech: ecomed, S. 244-271.

Kivimäki, M. et al. (2003): Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. Occupational and Environmental Medicine, 60, 779-783.

Krantz, G. / Ostergren, P.O. (2004): Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age. International Journal of Behavioral Medicine, 11, 18-26.

Kyron, M.J. et al. (2022): Mental health and wellbeing of Australian Police and Emergency Services Employees. Archives of Environment and Occupational Medicine, 77, 282-292.

Lay, J. / Kaifie, A. (2025): Health Effects of Person-Under-Train Incidents on Train Drivers—A Systematic Review. Healthcare, 13, 13030248.

LSG (Landessozialgericht) Berlin-Brandenburg (2024): Urteil zu einem PTBS als Unfallfolge eines Bahnbediensteten, Urteil vom 04.07.2024 – L 3 U 24/20.

Lee, H.E. et al. (2020): Association of long working hours with accidents and suicide mortality in Korea. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 46, 480-487.

Lee, H.E. et al. (2021): Increased risk of suicide after occupational injury in Korea. Occupational and Environmental Medicine, 78, 43-45.

Lindner, R. et al. (2003): Diagnostik der Suizidalität. Deutsches Ärzteblatt, 100, 1004-1007.

Malinauskienė, V. et al. (2009): Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. Medicina (Kaunas), 45, 910-917.

Matthews, T.A. et al. (2021): Associations of job strain and family strain with risk of major depressive episode: A prospective cohort study in U.S. working men and women. *Journal of Psychosomatic Research* 147, 110541.

May, T. et al. (2024): Depression und damit assoziierte Faktoren bei Rettungskräften in Deutschland. *Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Umweltmedizin*, 59, 120-128.

Mehrtens, G. (2024): Psyche, Schädel-Hirn-Verletzung und Nervensystem. In: Schönberger, A. et al. (Hg.): *Arbeitsunfall und Berufskrankheit*. 10. Völlig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Erich Schmidt, S. 195-290.

Melnyk, B.M. et al. (2025): Burnout, Mental Health, and Workplace Characteristics: Contributors and Protective Factors Associated With Suicidal Ideation in High-Risk Nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 22, e70042.

Morawa, E. et al. (2021): Psychosocial burden and working conditions during the COVID-19 pandemic in Germany: The VOICE survey among 3678 health care workers in hospitals. *Journal of Psychosomatic Research*, 144, 110415.

Negt, P. (2023): Eine systematische Übersicht und Meta-Analyse zum Zusammenhang von destruktiver Führung und der psychischen Gesundheit Beschäftigter. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 77, 390-409.

Pecha, S. et al. (2004): Prävalenz ausgewählter Erkrankungen bei prähospitalen Rettungskräften in Deutschland. *Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Umweltmedizin*, 59, 524-532.

Richter, G. (2000): *Psychische Belastung und Beanspruchung. Stress, psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung*. Dritte überarbeitete Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Rugulies, R. et al. (2006). Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 163, 877-887.

Rugulies, R. et al. (2017): Effort–reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 43, 294-306.

Seidler, A. et al. (2022): Psychosoziale berufliche Belastungen und psychische Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt, 119, 709-715.

Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1, 27-41.

Sobstad, J.H. et al. (2021): Predictors of turnover intention among Norwegian nurses. A cohort study. Health Care Management Review, 46, 367-374.

Stansfeld, S. et al. (2008). Psychosocial work characteristics and anxiety and depressive disorders in midlife: the effects of prior psychological distress. Occupational and Environmental Medicine, 65, 634-642.

Thoma, J. et al. (2017): 12- Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3), RKI Berlin.

Virtanen, P. et al. (2003). Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. International Journal of Epidemiology, 32, 1015-1021.

Wang, J. et al. (2012): Population-based longitudinal study on work environmental factors and the risk of major depressive disorder. American Journal of Epidemiology, 176, 52-59.

Danksagung

Für die kritische Durchsicht des Textes und wichtige Hinweise möchte ich Rudi Arendt und Gudrun Funk danken.

Autorenangaben

Wolfgang Hien, promovierter Arbeits- und Gesundheitswissenschaftler, langjähriger Lehrbeauftragter der Universität Bremen, Leiter des Forschungsbüros für Arbeit, Gesundheit und Biographie, Autor zahlreicher Publikationen, zuletzt: „Die Arbeit des Körpers – eine kritische Arbeitsgeschichte von der Hochindustrialisierung in Deutschland und Österreich bis zur neoliberalen Gegenwart“ (Zweite Auflage, Mandelbaum, Wien 2022). Kontakt: kontakt@wolfgang-hien.de