



# Chancen und Grenzen von Präventions- konzepten im Bereich seelischer Gesundheit

*von Dieter Kleiber, Freie Universität Berlin*

# Überblick

- Was soll denn präveniert werden?  
Zur Epidemiologie psychischer Störungen
  
- Warum Prävention: derzeitige Versorgungsprobleme
  
- Strategien der Prävention psychischer Störungen
  - Grundbegriffe und Strategien primärer Prävention
  - Abschätzung des Nutzens primärer Prävention
  - Fazit

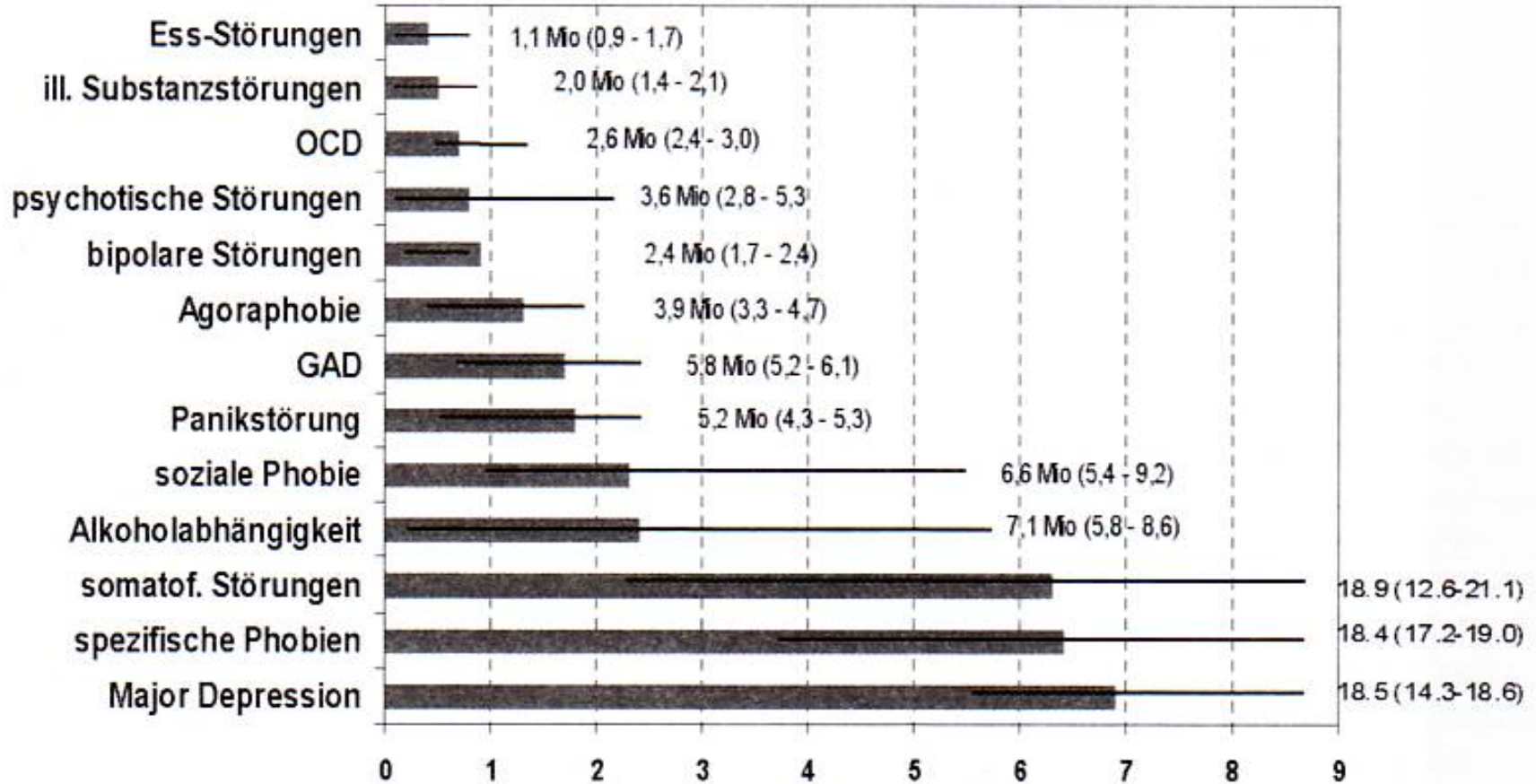
# Prävention u. Gesundheitsförderung

- **Gesundheitsförderung:** Gesunderhaltung durch Ressourcenstärkung
- **Primäre Prävention:** Über eine Reduktion von Risikofaktoren und Risikoverhalten soll eine Senkung der Neuerkrankungsraten (Inzidenz) erreicht werden
- **Sekundäre Prävention:** Früherkennung und Frühbehandlung
- **Tertiäre Prävention:** Reduktion von Folgeschäden; Vermeidung von Chronifizierungen

# Warum Prävention psychischer Störungen?

- **Weil psychische Störungen häufig auftreten:** Jeder Dritte Bundesbürger (32,1%; = 15,6 Mio.) im Alter zwischen 18 und 65 Jahren leidet unter einer behandlungsbedürftigen Störung (12monatsprävalenz).
  - 2/3 davon litten an zumindest zwei Störungen
  - Prävalenz Angsterkrankungen: 15%
  - Prävalenz depressive Störungen: 11,9%
  - Prävalenz somatoformer Störungen: 11% (Schmerzsyndrome und Somatisierung)
- **Weil psychische Störungen mit hohen Kosten verbunden sind**
  - Arbeitsunfähig wegen psychischer Probleme:
    - ohne eine psychische Störung: 0,1-0,2 Tage/Monat
    - mit *Depressionen* 2 Tage/Monat auf (eingeschränkt arbeitsfähig = 7,6 Tage/Monat)
    - bei Angststörungen 1Tag/Monat (4,6 Tage eingeschränkte Arbeitsfähigkeit)
    - bei somatoformen Störungen: 1Tag/Monat (3 Tage eingeschränkte Arbeitsfähigkeit)

# Psychische Störungen in der EU (12monatsprävalenz und geschätzte Anzahl Betroffener)



European Brain Council – Cost of Disorders of the Brain in Europe

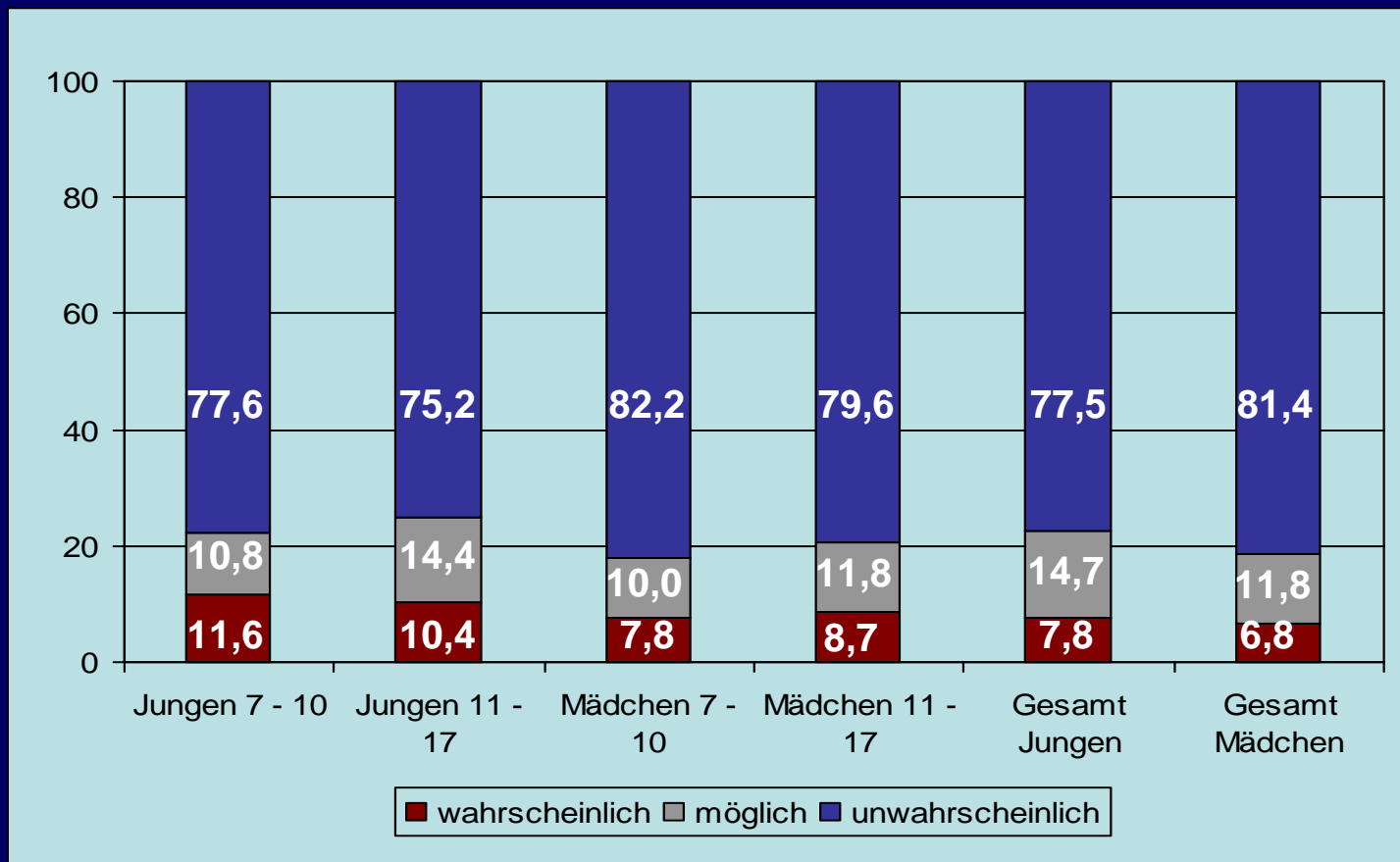
# Warum Prävention psychischer Störungen (pS)?

- Weil **pS** das Risiko für Folgeerkrankungen erhöhen: Komorbiditätsrate > 50%
- Weil **pS** Entwicklungsverläufe negativ beeinflussen : Die Mehrzahl der psychischen Störungen manifestiert sich bereits in der Kindheit und der Adoleszenz
- weil **pS** negative Langzeiteffekte in vielen Bereichen des Lebens haben (schulische u. akademische Erfolge; berufliche Karrieren; Partnerschaft und Familienleben; subjektives Wohlbefinden und Leidensdruck; körperliche Erkrankungen)
- Weil **pS** oft früh beginnen: Entwicklungspsychopathologische Perspektive: Suche nach häufig Verlaufsmustern: früh auftretende Angststörungen → somatoforme Störungen → Sucht und depressive Erkrankungen

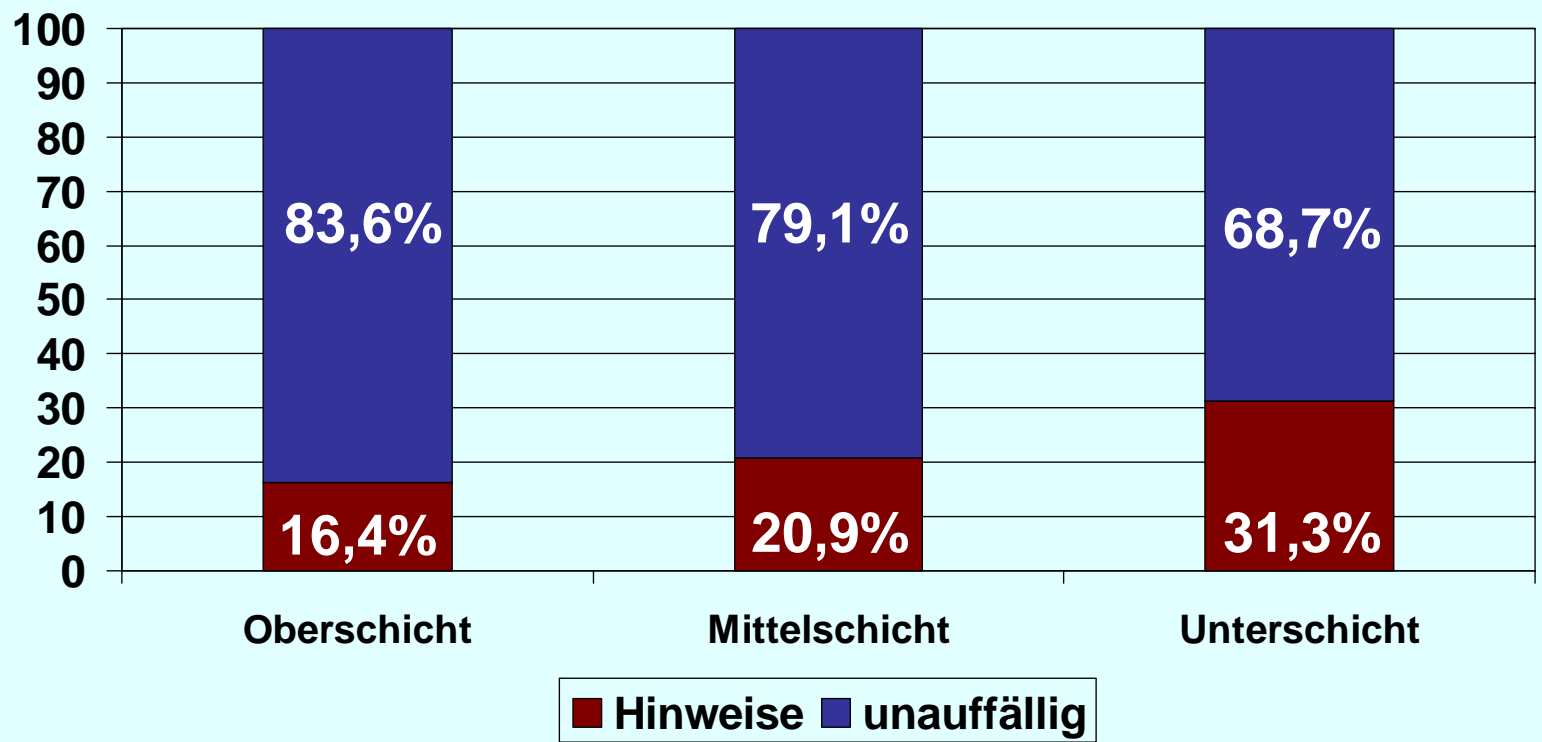
# Jedes 4te bis 5te Kind ist psychisch auffällig. (Bella Studie)

## Neue Morbidität:

- Verschiebung von den akuten zu den chronischen Erkrankungen
- Verschiebung von den somatischen zu den psychischen Störungen



# Die Bella-Studie: Psychische Auffälligkeit nach sozio- ökonomischem Status



**Verstärkte primäre Prävention  
ist auch sinnvoll, weil es  
Probleme in der Versorgung  
psychisch Kranker gibt**

# Versorgungsproblem

## Die Mehrzahl bleibt unbehandelt

(Wittchen, 2000)

### Unbehandelte Fälle

(Wittchen, 2000)

	Alter: 14-17 N = 3021 %	Alter: 18-64 N = 7124 %
Alle Diagnosen	83,0	63,6
Drogenabhängigkeit	84,0	71,0
Affektive Störungen	68,7	49,9
Angsstörungen	79,6	56,4
Somatoforme Störungen	76,9	59,5
Andere (z.B. PTSD)	81,4	63,6

# Nur ein Teil kleiner der Behandelten bekommt eine adäquate Behandlung

- Mit offenbar nur geringen Unterschieden zwischen den Ländern zeigt sich, dass offenbar *nur jeder Vierte (25%)*, bei dem eine psychische Störung mit Behandlungswert vorliegt irgendeine und ein noch geringerer Anteil (10%) eine adäquate Behandlung bekommt.
- Auch heute noch vergehen weiterhin zumeist viele, oftmals Jahrzehnte, bevor eine erste Behandlung eingeleitet wird. Ausnahmen sind Psychosen, schwere Formen der Depression u. komplexe komorbide Muster.

# Psychische Störungen haben oftmals chronische Verläufe

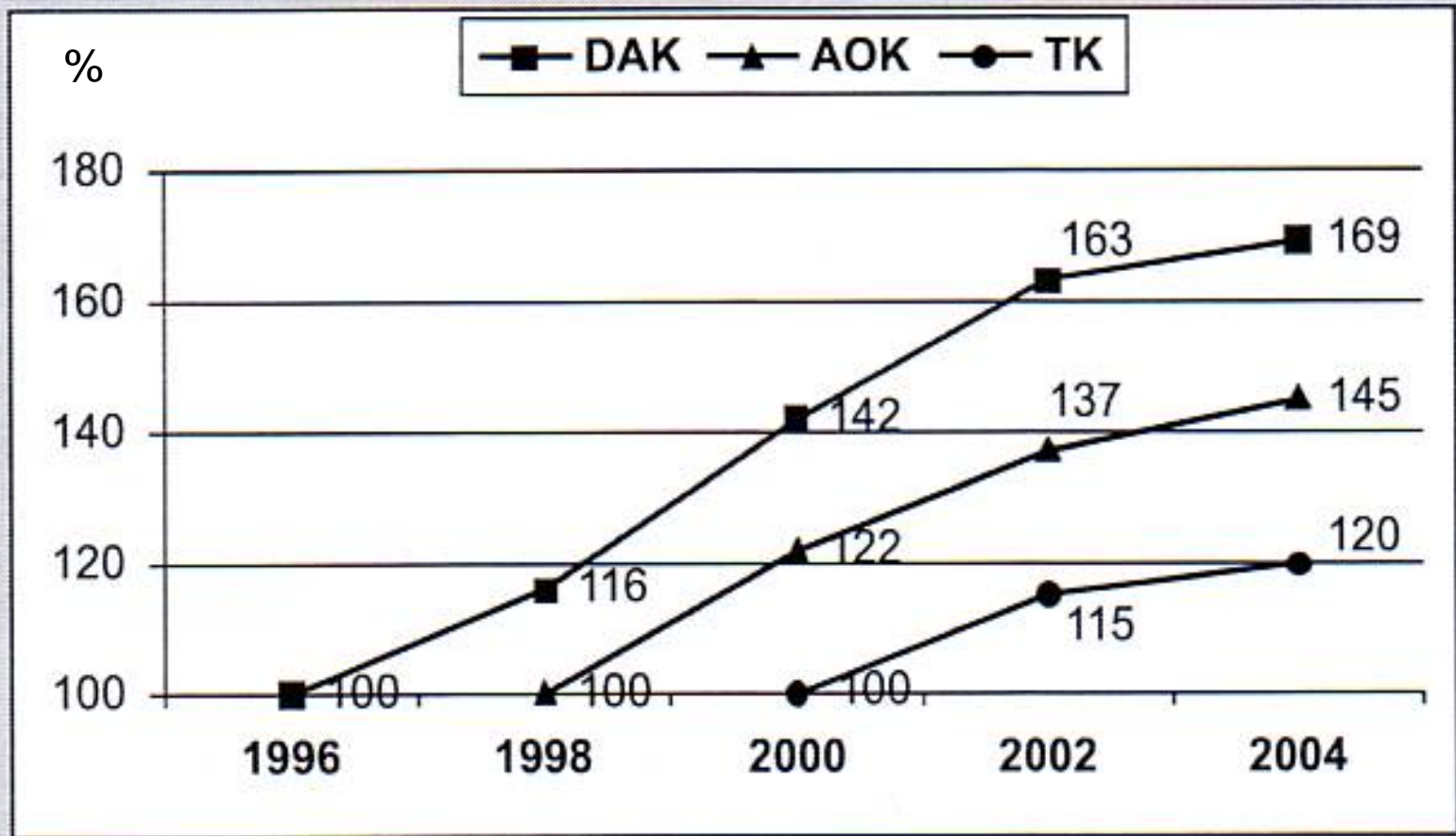
- Untersuchung einer repräsentativen Zufallsstichprobe erwachsener BürgerInnen Mannheims (N=600);  $t_1$ - $t_3$  1979-90).
- Die Fallrate *stieg* zwischen  $t_1$  und  $t_3$  von 21,6% auf 26,2%
- 65,4% der Stichprobe blieben stabil gesund  
13% erkrankten neu in den 11Jahren  
8,3% verbesserten ihre psychische Gesundheit  
13,3% blieben unverändert behandlungsbedürftig

# Hohe und steigende Behandlungskosten für psychische Störungen

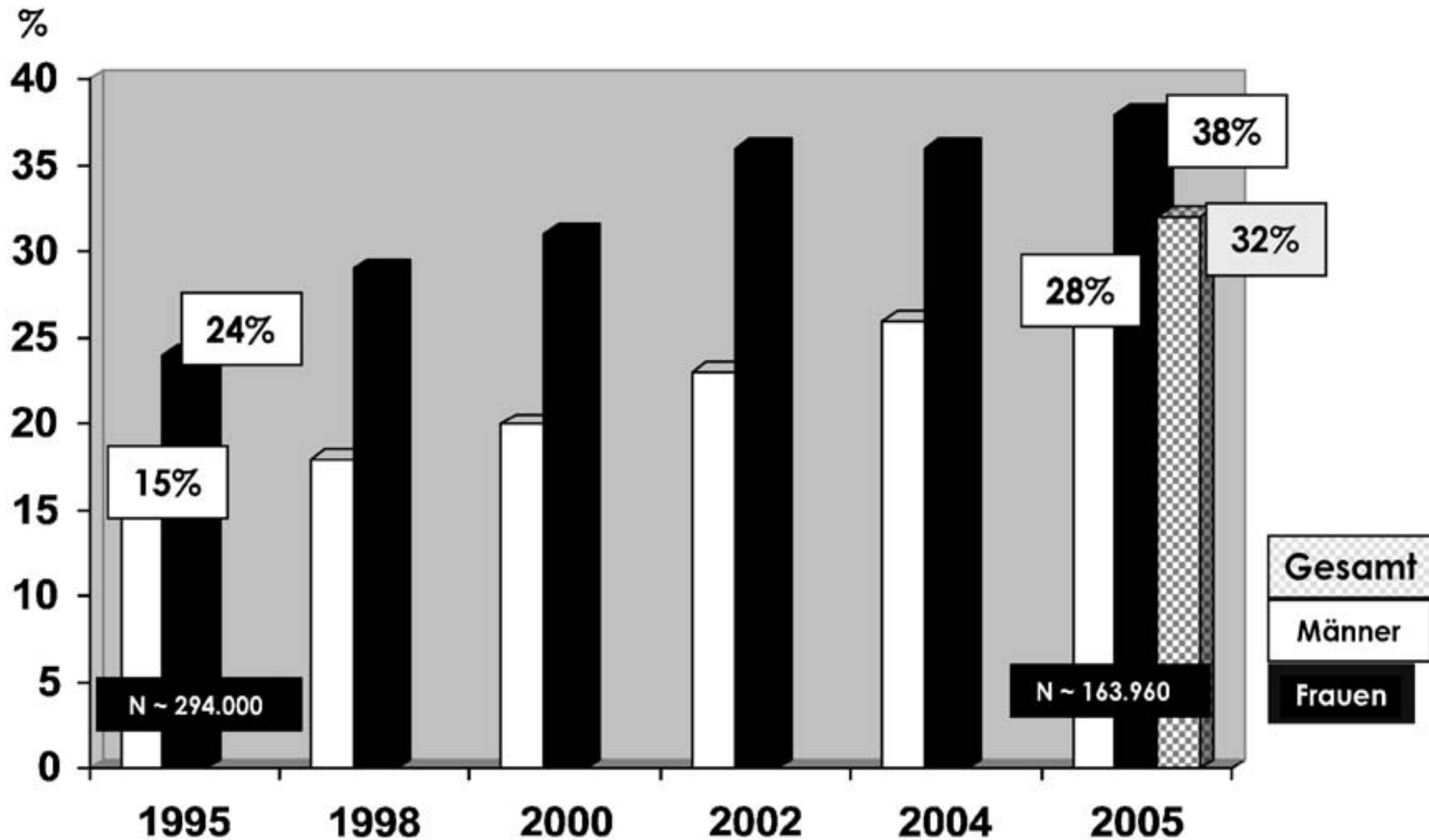
(Lademann, Mertesacker u. Gebhardt, 2006)

- Direkte Kosten für Behandlungen von psychischen und Verhaltensstörungen: 22,4 Mrd. (= 10% der Gesamtausgaben für Gesundheit) Quelle: Statistisches Bundesamt 2002
- Die steigenden Ausgaben für die Behandlung psychischer Störungen führten zu AU-Berichten über 18-65jährige verschiedener Krankenkassen: AOK, Barmer, BKK, DAK IKK und TK
- Sie zeigen, dass die Anteile der AU-tage je nach Krankenkasse zwischen 5,9% und 13% aller AU-tage schwanken und dass psychische Störungen an Rang 3 bzw. 4 aller Ursachen für Arbeitsunfähigkeit stehen (nach Muskel und Skeletterkrankungen, Verletzungen und Krankheiten des Atmungssystems).

# Drastische Anstiege der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen (Krankenkassendaten)



# Drastische Anstiege der Frühinvalidität wegen psychischer Erkrankungen



[VDR/DRV- Statistik - Rentenzugänge]

# Vermutete Ursachen für die dokumentierten höheren Fallzahlen

- Frühere und bessere Aufdeckung von Fällen
  - Bessere Inanspruchnahme (nach Wittchen u. Jacobi erhalten jedoch nur 10% eine adäquate Behandlung)
- 
- Belastungen durch Wegfall sozialer Strukturen
  - Steigende Arbeitslosigkeit
  - Wachsende Zahl unsicherer Arbeitsverhältnisse
  - Zunahme von Arbeitsbelastungen
  - Zeitdruck, Über- u. Unterforderung
  - Mangelnde Anerkennung in der Erwerbsarbeit

# Konsequenzen: Prävention stärken!

(Green Paper der European Commission, 2005)

- Prävention seelischer Erkrankungen
- Förderung der seelischen Gesundheit der Bevölkerung
- Verbesserte Früherkennung insbes. bei Hausärzten (vgl. Sachverständigenrat 2000)
- Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien für die Behandlung psychischer Störungen
- Stärkung der Krisenintervention
- Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Störungen; Maßnahmen gegen Stigmatisierung
- Beschreitung innovativer Wege bei Versorgung u.- Wiedereingliederung psychisch Kranker
- Entwicklung eines Systems von Information, Forschung und Wissen über psychische Gesundheit auf EU-Ebene

# Ansatzpunkte für Primärprävention

## Stressoren-Ressourcen-Modell von Gesundheit & Krankheit

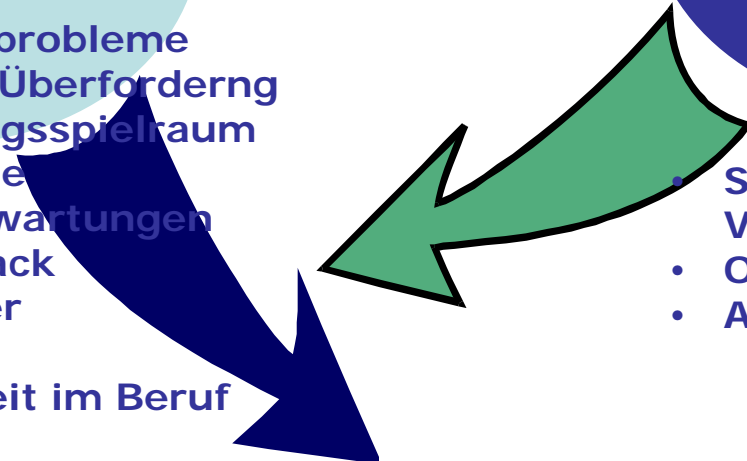
- Verdichtung der Arbeit (Zeit, Menge)
- Ungerechtigkeit
- Negative Gratifikationsbilanz



- Rollenkonflikte/-probleme
- psychophysische Überforderung
- Geringer Handlungsspielraum
- Fehlende Kontrolle
- Unrealistische Erwartungen
- Mangel an Feedback
- Mangel an sozialer Unterstützung
- Erfolgsunsicherheit im Beruf
- Daily hassles



- Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte u Kollegen
- Optimismus
- Aktives Coping u.v.m.



Health  
Gesundheit

Disease  
Krankheit

Arbeitsengagement

Burnout

# Determinanten psychischer Gesundheit

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Zugang zu Drogen und Alkohol	Empowerment
Umsiedlung	Integration ethnischer Minderheiten
Isolation und Entfremdung	Positive interpersonelle Interaktionen
Mangel an Erziehung, Transport, Wohnung	Soziale Partizipation
Nachbarschaftsdesorganisation	Soziale Verantwortung und Toleranz
Peer-Ablehnung	Soziale Dienste
Schlechte soziale Bedingungen	Soziale Unterstützung und Gemeinschaftsnetze
Schlechte Ernährung	
Armut	
Rassenungerechtigkeit und Rassendiskriminierung	
Soziale Nachteile	
Urbanisierung	
Gewalt und Straftaten	
Krieg	
Stress am Arbeitsplatz	
Arbeitslosigkeit	

**Quelle:** WHO: Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options, Summary Report, Geneva 2004, S. 21

# Weitere personale Bewältigungs- bzw. Gesundheitsressourcen

Zuversicht und Optimismus

Internale Kontrollüberzeugung

Selbstvertrauen (self-efficacy)

Selbstwertgefühl

Stabiles Selbstsystem und emotionale Stabilität

Unbekümmerte ruhige Selbsteinschätzung

Interpersonales Vertrauen

Commitment

Herausforderung

Selbstaufmerksamkeit

Aktives Bewältigungsverhalten

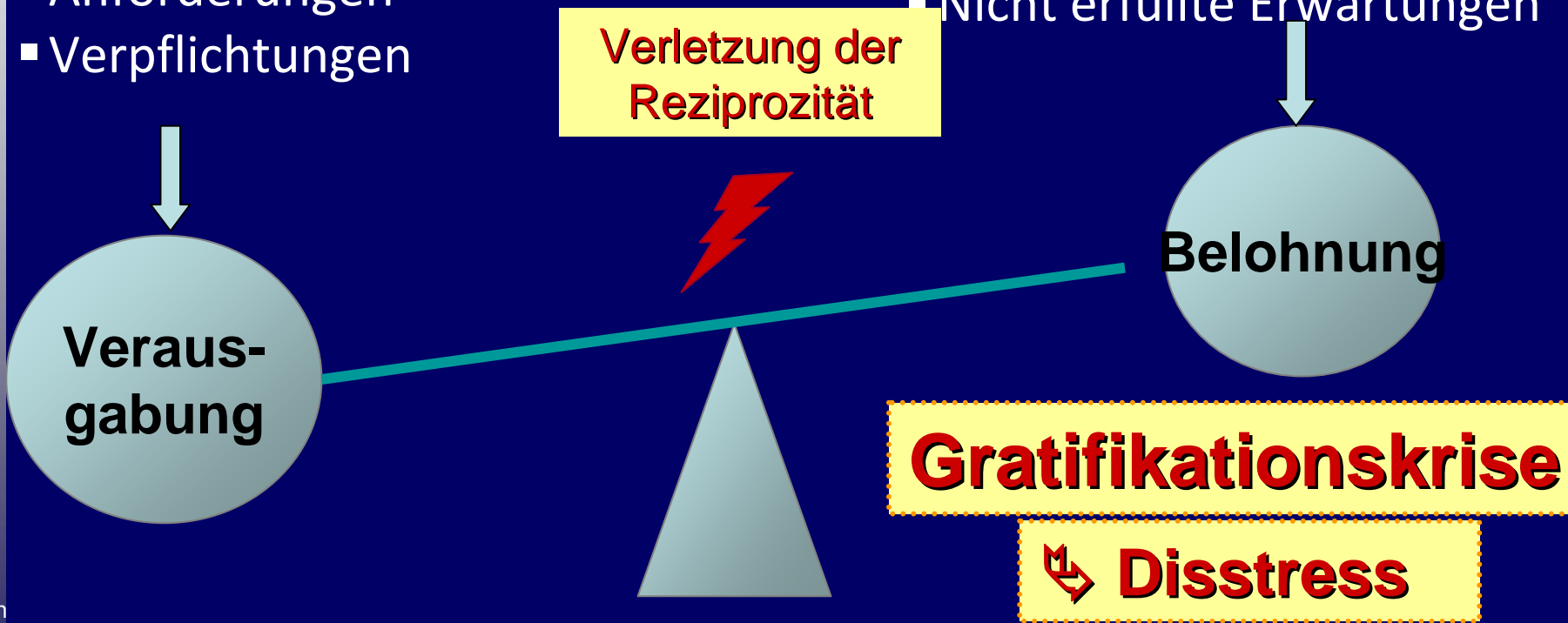
Tendenz zur abschwächenden Bewertung von Problemen

Bevorzugung „reifer“ gegenüber „unreifer“ Abwehrformen

# Modell der (beruflichen) Gratifikationskrise

- Zu wenig Lohn, Gehalt
- Geringe Wertschätzung
- Fehlende Aufstiegsmöglichkeiten u. Arbeitsplatzsicherheit
- Nicht erfüllte Erwartungen

- Anforderungen
- Verpflichtungen



# Gibt es Merkmale praktikabler u. effizienter Programme?

- Stärkung von (Lebens-)Kompetenzen
- Entwicklungsförderung
- Förderung salutogener Lebensbedingungen

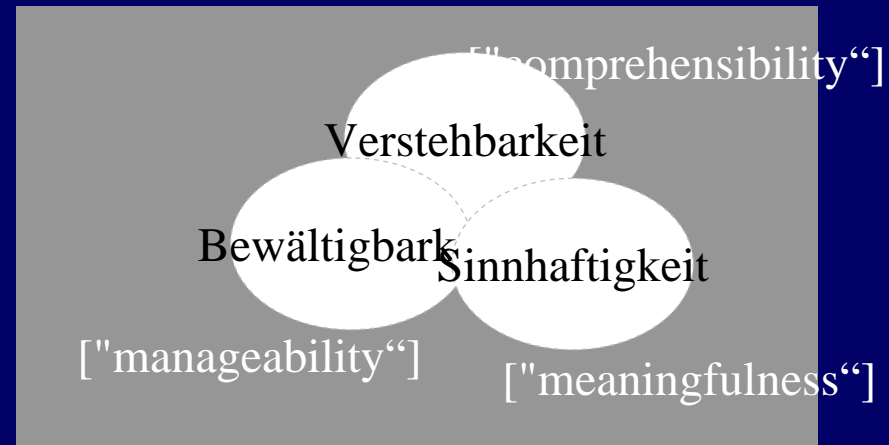
# Ein Klassiker: Das Perry Preschool Program

- 1962 von **David Weikert** gestartet
- Ziel Förderung sozial benachteiligter 3-4jähriger Kinder, über 2 Jahre von insgesamt vier Lehrern mit 5 Sitzungen pro Woche betreut wurden (Gruppengröße: 25 Kinder)
- Vorgehen: Kompetenzförderung (Initiative, Planungs-, Entscheidungs- u. Problemlösefertigkeiten stärken); Einübung von Schlüsselfertigkeiten; Einbezug von Eltern.
- Vergleich Interventionsgruppe mit Kontrollgruppe als Jugendliche 19 Jahre alt waren
- Ergebnisse: Überlegenheit der Interventionsgruppe hinsichtlich Lese- u. Schreibfertigkeiten, Erfolg im Erwerbsleben, schulischer Abschlüsse, sozialer Anpassung und Einbindung
- Das Muster war auch noch nach 40 Jahren stabil!!
- Den Kosten des Programms standen wesentlich größere Einsparungen bei Sonderschülern, Gefängnisaufenthalten, Sozialhilfezahlungen etc. entgegen!

# Was sind salutogene Bedingungen, die Heranwachsende zur produktiven Lebensbewältigung benötigen?

- 35% (West) und 42% (Ost) Jugendliche sehen ihre Zukunft düster; nur 21% fühlen sich auf die Zukunft gut vorbereitet (13. Shell Jugendstudie).
- Ziel: Die Ressourcen von Jugendlichen so stärken, dass sie ihre persönliche Identitätspassung finden.

- 1. Lebenskohärenz
- 2. Boundary management
- 3. Soziale Ressourcen  
Peers; fam. Netze
- 4. materielle Ressourcen
- 5. Anerkennungskulturen
- 6. interkulturelle Kompetenzen



Antonovsky

(Keupp, 2005)

- *Universelle Prävention* richtet sich an alle Mitglieder einer fest umrissenen Gemeinschaft, wie die Gesamtbevölkerung eines Landes, eines Kantons, einer Gemeinde, eines Betriebes oder einer Schulklasse.
- *Selektive Prävention* richtet sich an Teilgruppen bzw. Kontexte, die aufgrund plausibler Gründe (z. B. erhöhtes Risiko für spätere Suchtprobleme) für eine Intervention ausgewählt werden, z. B. Kinder drogenkranker Eltern, Jugendliche mit abgebrochener Berufslehre, Jugendheime oder Stadtquartiere mit hoher Kriminalität.
- *Indizierte Prävention* schließlich richtet sich an Individuen mit erkanntem Risiko.

# Verhaltens- und Verhältnisprävention

Zielebene	Risiken reduzieren	Ressourcen aufbauen
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung gesundheitsriskanter Lebensweisen</li> <li>• Verzicht auf risikoreiches Bewältigungsverhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahl gesundheitsfördernder Lebensweisen</li> <li>• Erlernen gesundheitsgerechter Bewältigungsformen</li> </ul>
Verhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verringerung gesundheitsschädigender Umwelteinflüsse</li> <li>• Abbau sozialer Konflikte und Belastungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffung einer gesunden Lebens und Arbeitsumwelt</li> <li>• Aufbau gesundheitsfördernder Institutionen und sozialer Netzwerke</li> </ul>

# Metaanalyse von Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention von emotionalen u. Verhaltensstörungen (Durlak u. Wells, 1997)

- Untersuchung von 188 Programmen, die sich an unter 18jährige wenden
- Programme, entweder die soziale Umwelt der Kinder (Eltern, KindergärtnerInnen) beeinflussen(1), Kindern Kompetenzen vermitteln (Training) oder Kinder in vulnerablen Phasen begleiten (selektive Prävention)
- Durlak u. Wells beschreiben die Programme als wirksam sowohl im Bereich der Problemreduktion als auch im Bereich der Kompetenzerhöhung – besonders bei 2-7jährigen

# Untersuchung international erfolgreicher Interventionen der Prävention

(Inst. f. Gesundheitsökonomie (Lauterbach, 2007))

- Einigkeit über eine Notwendigkeit der Prävention
- Literaturreview u. -analyse (USA, Kanada, Australien, Neuseeland, GB, Frankreich, Niederlande, Skand. Länder, Österreich, Schweiz)
- Riesige Datenmenge 12400 zum Rauchen 5000 zu Depressionen
- Zielbereich I: Bewegung (40), Depression (18 univ. Prävention in Schulen), Ernährung (24 in Schulen), Rauchen (34 bei Schwangeren);  
Zielbereich II: Entwicklung Kriterienkatalog

## Ergebnisse:

- Große Heterogenität bzgl. Studiendesigns und Qualität der Interventionen
- Interventionszahl hoch; Mit hohem Qualitätsanspruch: sehr geringe Zahl
- Kein Zusammenhang zwischen Studienqualität und Effekten

# Ergebnisse

- Bewegung: multistrategisch u. partizipativ angelegte Präventionsvorhaben durchaus effektiv!
- Einfache Plakataktionen z.B. in Betrieben bringen nichts
- Brauchbare Evaluationen liegen vor allem für den Bereich Angst/ Depression/: LISA (Leichtigkeit im sozialen Alltag); Friends und das Programm „Resourceful adolescent program“ (RAP) mit nachgewiesener guter Effektivität.
- Ernährung u. Bewegung: Wirksam vor allem die Ernährungskomponente; vor allem, wenn Eltern einbezogen werden konnten
- Rauchen: Tendenz, multimodale Strategien sind zu bevorzugen

# Wirksamkeit von Präventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen

- In den letzten Jahren deutliche Anstiege der Präventionsforschung
- Die Ergebnisse von 23 quantitativen Überblicksarbeiten und Metaanalysen zeigen:  
Drei Bereiche waren besonders häufig Gegenstand integrativer Arbeiten:
  1. Prävention dissozialer Verhaltensweisen wie Aggression, Gewalt und Kriminalität;
  2. Prävention von Suchtproblemen/Substanzmißbrauch, sowie
  3. Projekte zur allgemeinen Entwicklungsförderung (Kompetenzförderungsprogramme);

seltener waren Präv. von Scheidungsfolgen bzw. Verhinderung von Misshandlung u. sex. Mißbrauch oder Prävention von teenage Schwangerschaften.

- Die Analysen zeigen, dass psychosoziale Präventionsmassnahmen weit überwiegend positive, z.T. beträchtliche Wirkungen aufweisen ( $d=0.34$  für universelle und selektive bis  $0.50$  für indizierte Prävention). Präventionsmaßnahmen führen somit zu durchschnittlichen Verbesserungen von etwa einem Drittel bis einer halben Standardabweichung; bzw. zu einer Besserungsrate von 15-25%.

Quelle: Beelmann, 2006

## Beispiel I: The Children of Kauai (Hawaii)

- Langzeitstudie: Untersuchung von Kindern von der Schwangerschaft bis zum 40en Lebensjahr
- Von den 2jährigen, die vier und mehr psychosoziale Risikofaktoren aufwiesen entwickelten 2/3 psychische und soziale Probleme.
- Aus präventiver Sicht war besonders interessant, welche Besonderheiten die Kinder aufwiesen, die trotz widriger Umstände gesund blieben. Es war ein aktives u. robustes Temperament, Bindung an Elternersatzpersonen, externe Unterstützung durch Schule, Jugendgruppe oder Kirche

# Beispiel: Papilio



- **Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen zur Senkung der Inzidenz von Aggression, Gewalt und Substanzmissbrauch**
- Multimodal: Richtet sich an drei-sechsjährige an Eltern und an Kindergärtnerinnen

Maßnahmen des Programms orientieren sich an Vorbildern

- Sozialen Fertigkeitstrainings
- Training emotionaler Kompetenz
- Massnahmen auf der Basis von Modelllernen
- Sozialen Fertigungs- u. Kompetenztrainings
- Behavioralen Verhaltenstrainings

# Papilio Ergebnisse

- **PAPILIO steigert das prosoziale Verhalten von Kindergartenkindern deutlich**
- **PAPILIO verringert erste Verhaltensauffälligkeiten**
- **PAPILIO führt zur Senkung relationaler Aggressionen**
- **Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsprobleme nehmen im unterschied zur Kontrollgruppe ab**

# Kosten-Nutzen-Verhältnis primärpräventiver Programme

- *Mihalopoulos C, Sanders MR, Turner KM, Murphy-Brennan M, Carter R. (2007) haben das elternzentrierte Programm Triple P (positive parenting Program), die auf die Verbesserung des Erziehungsverhaltens von Eltern ausgerichtet ist bzgl. des Nutzens untersucht.*
- Es zeigte sich dass die Intervention kostenneutral durchgeführt werden kann, wenn eine Senkung der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten um 7% erreicht würde: Erreicht wurde eine Senkung um 37% !
- Noch wirksamer sind solche Programme, wenn sie im Rahmen indizierter Prävention eingesetzt werden.

# Wirksame Präventionsprogramme für Erwachsene in der Bundesrepublik Deutschland

- Identifiziert wurden 20 Programme die sich an Erwachsene wenden; davon 8x Stressbewältigung, 5x gesundheitliches Risikoverhalten (Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung, Übergewicht); 4x sozial u. kommunikative Kompetenz; 3x Erziehungskompetenz.
- Seit 2001 sieben Programmneuentwicklungen
- Gute meth. Standards bei Wirksamkeitsprüfung
- Zumeist Varianten indizierter Prävention
- Erfolgsraten bei 25%
- **Public Health Impact:** Rekrutierungsrate x Effektivitätsrate  
Unter diesem Gesichtspunkt zeigt sich, dass der Idee „je mehr, desto besser“ bei Präventionsprogrammen unter Kosten-Effektivitätsgesichtspunkten keinesfalls automatisch zugestimmt werden sollte.

## Evidenz für einen Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Ergebnisse eines Literaturreview)

- Mehrkomponenten-Programme mit verhältnispräventiven Komponenten können das Gesundheitsverhalten Erwerbstätiger positiv beeinflussen
- Gesundheitszirkel können einen erhebliche Beitrag zu ergonomischen, technischen und organisatorischen Verbesserungen im Betrieb leisten (Aust u. Ducki, 2004)
- partizipative Maßnahmen: Mit Ausnahme einer Arbeit berichten alle Studien einen positiven Einfluss auf relevante Gesundheitsindikatoren (körperliche Beschwerden, Absentismus).
- Wirksamkeit arbeitsweltbezogener Prävention von psychischen Erkrankungen: Stressinterventionen können wirksam sein, vor allem wenn sie sich nicht nur auf das Verhalten Einzelner konzentrieren, sondern organisationale Ursachen (Managementstil, Betriebsklima) mit einbeziehen.
- kognitiv-verhaltenstherapeutische Massnahmen waren besonders erfolgreich.
- Massnahmen auf der organisationalen Ebene waren seltener, hatten aber positive(re) Effekte (geringerer Absentismus). Ideal: Kombination aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen.

# Ökonomischer Nutzen der (betrieblichen) Gesundheitsförderung

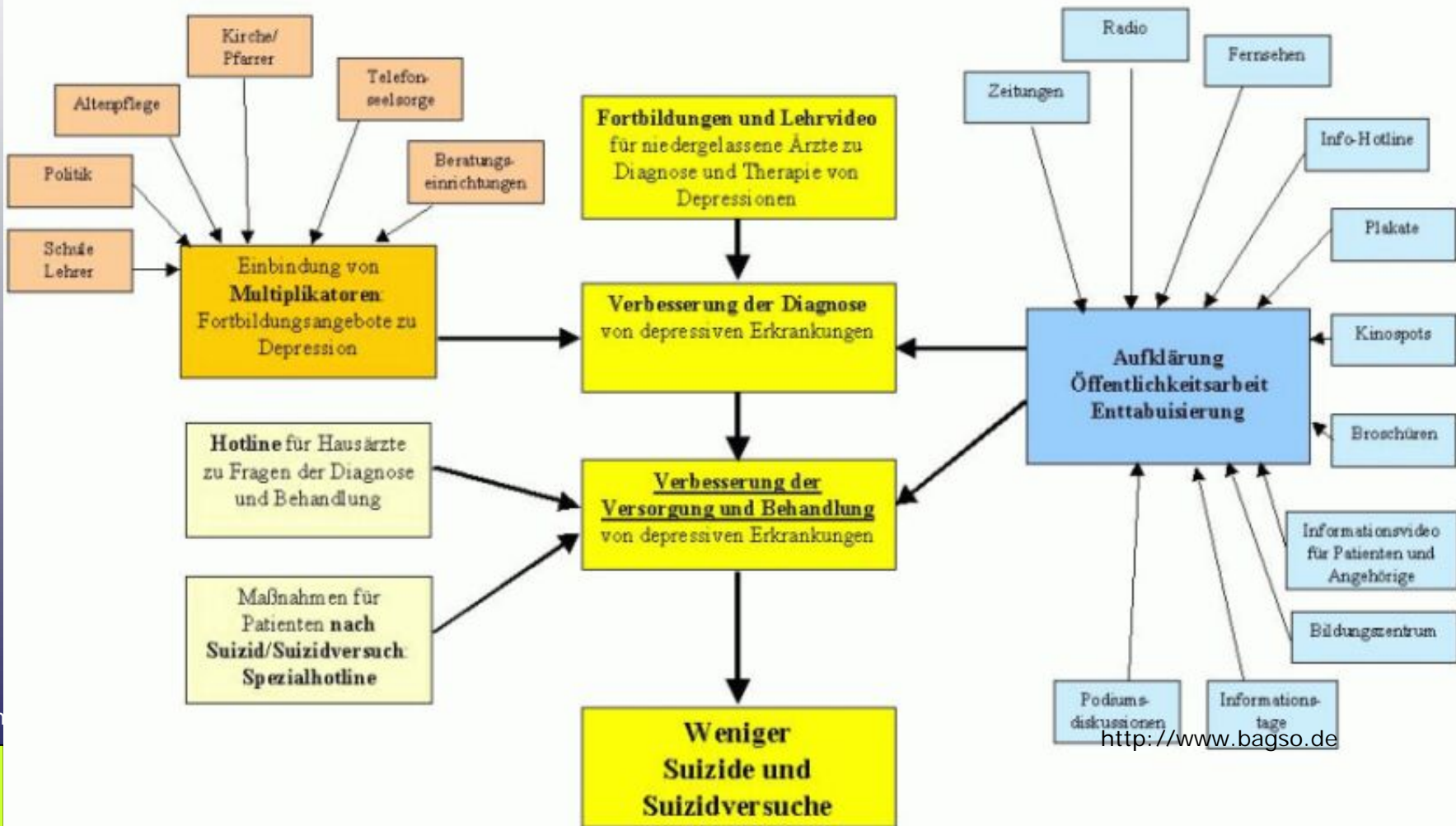
- Return of Investment (ROI): Verdeutlicht wieviel Einheiten pro investiertem Dollar/Euro das Unternehmen zurückerhält.
- Bezogen auf Krankheitskosten geht man von einem ROI zwischen 1:2,3 bis 1 : 5,9 aus
- Bezogen auf Fehlzeiten liegt der erzielbare ROI zwischen 1:2,5 und 1:10
- Auch Maßnahmen zur Raucherentwöhnung und zur Alkoholprävention haben sich als kosteneffektiv in Bezug auf die Fehlzeitenproblematik herausgestellt.

# Fazit und Zusammenfassung

1. Epidemiologie, Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie begründen den dringenden Bedarf verstärkter Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich psychischer Störungen.
2. Diese sollte vor allem Jugendliche, aber auch Erwachsene als Zielgruppen auswählen, sollte sozial-kompensatorisch, geschlechtersensibel sein und in Settings wie Kindergärten, Schule, Betrieb etc. lebensnah realisiert werden.
3. Dafür sind International (WHO), EU-weit (Grünbuch) und national Rahmenbedingungen zu schaffen (Präventionsgesetz; Leitfaden Prävention der GK) bzw. die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu verbessern.

# Depression und Suizid im Alter – Was tun ?

## Nürnberger Bündnis gegen Depression - Bausteine



# Depression und Suizid im Alter – Was tun ?

## Nürnberger Bündnis gegen Depression - Bausteine



### „Nürnberger Bündnis gegen Depression“

Nach 2-jähriger Intervention hatten sich suizidale Handlungen um 24 % reduziert  
 Bei Personen ab 60 Jahren betrug der Rückgang 25 % (Männer 30 %, Frauen 20 %)



<http://www.bagso.de>

# Vermutete Ursachen für die dokumentierten höheren Fallzahlen

- Frühere und bessere Aufdeckung von Fällen
  - Bessere Inanspruchnahme (nach Wittchen u. Jacobi erhalten jedoch nur 10% eine adäquate Behandlung)
- 
- Belastungen durch Wegfall sozialer Strukturen
  - Steigende Arbeitslosigkeit
  - Wachsende Zahl unsicherer Arbeitsverhältnisse
  - Zunahme von Arbeitsbelastungen
  - Zeitdruck, Über- u. Unterforderung
  - Mangelnde Anerkennung in der Erwerbsarbeit