

PSYCHOLOGIE GESELLSCHAFT POLITIK
2008

PSYCHISCHE GESUNDHEIT
AM ARBEITSPLATZ IN
DEUTSCHLAND



Berufsverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen



Berufsverband
Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

**Psychologie
Gesellschaft Politik – 2008
PSYCHISCHE GESUNDHEIT
AM ARBEITSPLATZ
IN DEUTSCHLAND**

Herausgeber

Vorstand des
Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen
und Psychologen e.V. (BDP)
Bundesgeschäftsstelle
Glinkastr. 5-7, 10117 Berlin

www.bdp-verband.de

Tel. 030 - 20 91 49 - 0
Fax 030 - 20 91 49 - 66
info@bdp-verband.de

Hauptgeschäftsführer
Dipl.-Psych. Armin Traute

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:
Dipl.-Psych. Carola Brücher-Albers
Präsidentin des BDP
BDP, Glinkastr. 5-7, 10117 Berlin

Hinweis der Redaktion: Im Bericht wird im Interesse der Lesbarkeit überwiegend die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber in jedem Fall die Vertreter beiderlei Geschlechts.

1.	VORWORT	8
	Julia Scharnhorst	
2.	GESUNDHEITLICHE BELASTUNGEN IN DER ARBEITSWELT	8
	Eberhard Ulich	
2.1	Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz	8
2.1.1	Einführung	8
2.1.2	Entwicklungen	9
2.1.3	Ursachen	11
2.1.4.	Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung	12
2.1.5	Führung und Gesundheit	13
2.1.6	Fazit	13
	Cornelia Albani, Gerd Blaser, Michael Geyer, Hendrik Berth, Elmar Brähler, Gabriele Schmutzer, Norbert Grulke, Harald Bailer	
2.2	Psychische Gesundheit und Angst vor Arbeitsplatzverlust	16
2.2.1.	Einleitung	16
2.2.2	Sorgen um den Arbeitsplatz und psychische Belastungen	16
2.2.3	Arbeitsplatzsicherheit, Globalisierung und Shareholder-Value	18
2.2.4	Empfehlungen	19
	Hendrik Berth, Friedrich Balck, Cornelia Albani, Peter Förster, Elmar Brähler, Yve Stöbel-Richter	
2.3	Psychische Gesundheit und Arbeitslosigkeit	21
2.3.1	Einleitung	21
2.3.2	Arbeitslosigkeitserfahrungen	22
2.3.3	Arbeitslosigkeit und körperliche Beschwerden	22
2.3.4	Arbeitslosigkeit und psychische Beschwerden	23
2.3.5	Empfehlungen	24
	Inka Saldecki-Bleck, Sigrid Hopf, Monika Fixemer, Christine Bücken-Gärtner	
2.4	Psychische Gesundheit von Frauen im Arbeitsleben	27
2.4.1	Einleitung: Definition des Arbeitsbegriffs	27
2.4.2	Gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz bei der Berufs- und Erwerbsarbeit	27
2.4.3	Gesundheitliche Belastungen durch Entgrenzung von Erwerbs- und Hausarbeitsplatz	28
2.4.4	Gesundheitliche Belastungen am häuslichen Arbeitsplatz	28
2.4.5	Gute Modellprojekte	29
2.4.6	Empfehlungen	29

	Sirko Kupper, Hermann Paulus, Edda Gottschaldt, Götz Mundle	
2.5.	Psychische Gesundheit in Gesundheitsberufen	31
2.5.1	Epidemiologie	31
2.5.2	Teufelskreis Burnout	32
2.5.3	Behandlungsangebote für Burnout, Depression, Angst oder Abhängigkeitserkrankungen	33
2.5.4	Seelische Gesundheit – Luxus oder Leitbild?	34
2.5.5	Empfehlungen	35
	Helmut Heyse	
2.6	Psychische Gesundheit im Lehrerberuf	37
2.6.1	Datenlage	37
2.6.2	Lehrergesundheit: die Balance von KÖNNEN – WOLLEN – SOLLEN	37
2.6.3	SOLLEN: Anforderungen und Tätigkeiten, Belastungen und Gefährdungen	38
2.6.4	KÖNNEN	42
2.6.5	WOLLEN	43
2.6.6	Empfehlungen	43
3.	KONZEPTE UND MASSNAHMEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG	
	Thomas Rigotti, Gisela Mohr	
3.1.	Moderne Feinde der Gesundheit im Arbeitsleben: Empfehlungen für ein nachhaltiges betriebliches Gesundheitsmanagement	45
3.1.1	Einleitung	45
3.1.2	Arbeitsplatzunsicherheit	45
3.1.3	Flexibilitätsanforderung und –überforderung	46
3.1.4	Gefährdung von Fairness und Verlust von Vertrauen	46
3.1.5	Psychosoziale Belastungen	46
3.1.6	Empfehlungen für eine gesunde Arbeitswelt	47
3.1.7	Fazit	49
	Julia Scharnhorst	
3.2.	Resilienz – neue Arbeitsbedingungen erfordern neue Fähigkeiten	51
3.2.1	Situation heute	51
3.2.2	Potenziale des Resilienzkonzepts	52
3.2.3	Empfehlungen	53
	Manfred Oetting	
3.3.	Stress und Stressbewältigung am Arbeitsplatz	55
3.3.1	Worüber sprechen wir: Definition Stress	55
3.3.2	Warum dieses Thema wichtig ist: Stress, Zivilisationskrankheiten und Kosten	55
3.3.3	Wo liegen die Herausforderungen: Förderliche Bedingungen für die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz	55
3.3.4	Was ist zu tun: Prävention und Bewältigung	58

4.	BEISPIELE GUTER PRAXIS	60
	Gerlinde Wiemann, Viola Middendorf	
4.1	Arbeitsbedingte psychische Traumatisierung: Ein Präventionsprogramm für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG	60
4.1.1	Einleitung	60
4.1.2	Traumatisierungsrisiko für Lokführer	60
4.1.3	Reaktionen auf extreme Belastungssituationen	61
4.1.4	Das Betreuungsprogramm der Deutschen Bahn	62
4.1.5	Die Programmbausteine des Betreuungskonzeptes	62
4.1.6	Fazit und Empfehlungen	63
	Renate Hülsmann	
4.2	Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung	65
4.2.1	Einleitung	65
4.2.2	Krankenhausentwicklung durch Empowerment, Berufsgruppenvielfalt und Projektorganisation	65
4.2.3	Organisationsbedingte und psychosoziale Belastungen von Krankenhausmitarbeitern im SKM	66
4.2.4	Gesundheitliche Belastungen von Mitarbeitern in Krankenhäusern	66
4.2.5	Konzept- und Projektentwicklung betrieblicher Gesundheitsförderung im Stiftungsklinikum Mittelrhein	67
4.2.6	Umfassende Mitarbeiterbefragung zu körperlichen und psychosozialen Arbeitsbelastungen im SKM	68
4.2.7	Die Rolle von Psychologen als Promotor der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus	69
	Helmut Heyse, Frank Kubitzka	
4.3.	Gesunder Arbeitsplatz Schule: Fördermaßnahmen zur Lehrergesundheit	72
4.3.1	Gesundheitsförderung im Lehrerberuf	72
4.3.2	Verhaltensmanagement	72
4.3.3	Verhältnismanagement	72
4.3.4	Erhalt und Wiederherstellung der Dienstfähigkeit	76
4.3.5	Empfehlungen	76
5.	EMPFEHLUNGEN	77
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	82

1. VORWORT

„Schon wieder ein Bericht zur Gesundheit am Arbeitsplatz!“, mag so mancher denken, der den diesjährigen Bericht des Berufsverbandes der Deutschen Psychologinnen und Psychologen zur psychischen Lage der Nation in die Hand nimmt. Reichen denn nicht die jährlichen Berichte der Krankenkassen zur Gesundheit der Erwerbstätigen? Was macht gerade diesen Bericht so wichtig und interessant?

Er beleuchtet das Thema „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ aus den verschiedensten Perspektiven. So wird nicht nur die psychische Gesundheit bzw. die Belastung am Arbeitsplatz untersucht, sondern auch die von Arbeitslosen und Berufstätigen, die sich Sorgen um ihren Arbeitsplatz machen. Wir haben zudem Berichte zusammengetragen, die sich mit den gesundheitlichen Risiken bestimmter Berufsgruppen befassen, und sind der Frage nachgegangen, warum gerade Mitarbeiter im Gesundheitswesen, Lehrer und Lokführer besonders unter beruflichen Belastungen leiden. Im Bericht werden beispielhafte Projekte zur Gesundheitsförderung besonders stark betroffener Berufsgruppen vorgestellt. Es werden Strategien beschrieben, wie jeder Einzelne, aber auch Organisationen und Unternehmen Stress besser bewältigen und sich besser auf die weiteren Umwälzungen im Arbeitsleben vorbereiten können. Resilienz heißt hier der neue Trend.

Zum einen liefert dieser Bericht des BDP damit einen Gesamtüberblick über die psychischen Belastungen und die Krankheitslast in Verbindung mit dem Arbeitsleben. Zum anderen werden bestimmte Bereiche näher betrachtet, Probleme deutlich gemacht und am Ende vom Verband auch Lösungen vorgeschlagen bzw. Empfehlungen formuliert. Die meisten Autoren sind sich einig darin, dass es für Unternehmen und Organisationen viel zu tun gibt bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Bei der Themenplanung sind wir auf eine bedauerliche Lücke gestoßen: Trotz aller gesellschaftlicher Diskussionen um die bessere Integration von Migrantinnen und Migranten gibt es in Deutschland offensichtlich keine Forschung, die sich mit der gesundheitlichen Lage und psychischen Befindlichkeit von Migranten im Arbeitsleben befasst. Die aktuelle Forschung scheint sich mit der Lebenswelt der Migranten nur dann zu beschäftigen, wenn diese den klassischen Vorurteilen entsprechen. Untersuchungen zur Kriminalitätsrate bei jugendlichen Migranten oder zur gesundheitlichen Lage von Flüchtlingen finden sich problemlos. Interessieren wir uns für Migranten etwa nur, solange sie eine Sonderrolle einnehmen, und nicht mehr, wenn sie z. B. in das Arbeitsleben integriert sind? Wir sind gespannt auf kommende wissenschaftliche Untersuchungen dazu!

Einen Gesamtüberblick über die Krankheitsbelastung durch psychische Störungen liefert Prof. Ulich in seinem Text. Er konstatiert einen drastischen Anstieg der psychischen und der Verhaltensstörungen. Sie haben binnen fünf Jahren um 59% zugenommen. Schätzungen zufolge werden die depressiven Verstimmungen bis zum Jahr 2020 nach den Herzerkrankungen an die zweite Stelle der weltweiten Krankheitsbelastungen rücken. Damit wird deutlich, dass sich das Spektrum der sogenannten Zivilisationserkrankungen weiter verändert. Auch bei Rückenschmerzen lassen sich Zusammenhänge zum arbeitsbedingten Stress finden. Ursachen für diese arbeitsbedingten psychischen Belastungen und Störungen finden sich u.a. in der Unternehmenskultur und im Führungsverhalten.

Sehr verbreitet ist inzwischen auch die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes. Sie betrifft inzwischen ca. ein Viertel der Berufstätigen. Diese Angst ist subjektiv stark belastend, auch wenn sie nicht unbedingt eine realistische Einschätzung der tatsächlichen Gefährdung des Arbeitsplatzes widerspiegelt. Sorgen um den Arbeitsplatz gehen mit erheblichen psychischen und körperlichen Belas-

tungen einher. In den Bereichen „chronischer Stress“ und „Mangel an sozialer Anerkennung“ weist die Gruppe der Berufstätigen mit Sorgen um den Arbeitsplatz sogar höhere Werte als tatsächlich Arbeitslose auf! Damit wird deutlich, wie stark die psychischen Belastungen sind, unter denen auch die von Kündigungswellen (noch) nicht selbst Betroffenen leiden.

Gut untersucht sind die negativen Folgen der Arbeitslosigkeit auf die psychische und körperliche Gesundheit. Die Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie zeigen deutlich, dass bei Arbeitslosen fast alle Erkrankungen häufiger auftreten und ihr Sterblichkeitsrisiko fast vierfach höher sein kann. Besonders die Psyche leidet unter dem Arbeitsplatzverlust. Am stärksten belastet sind Männer, jüngere Personen und Langzeitarbeitslose. Das Vorliegen von Interventionsstrategien zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen macht Hoffnung zumindest auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, auch wenn damit die Auslöser nicht behoben werden. Leider nehmen Arbeitslose selbst ihre erhöhte gesundheitliche Belastung nur selten wahr.

Die Beachtung der Geschlechterperspektive und damit eine veränderte Definition der Begriffe „Arbeit“ und „Arbeitsplatz“ wird eingefordert, wenn es um die psychische Gesundheit von Frauen im Arbeitsleben geht. Frauen, so wird im Bericht des BDP konstatiert, sind nach wie vor besonders von der Doppelbelastung betroffen: Sie sind nicht nur erwerbstätig, sondern bewältigen dazu immer noch den größten Teil der Versorgungs- und Familienarbeit, mit entsprechenden besonderen Gesundheitsbelastungen.

Kritisch schaut der BDP in seinem Bericht auf die einseitige Flexibilisierung des Arbeitsmarkts. Stattdessen wird eine Flexibilisierung eingefordert, die zu einer besseren Vereinbarung von Erwerbs- und Familienarbeit führen kann. In einigen Texten wird die psychische Gesundheit von bestimmten Berufsgruppen näher betrachtet. Der Beitrag von Dr. Kupper et al. widmet sich der psychischen Gesundheit in den Gesundheitsberufen. Paradoxerweise herrscht gerade in dieser Gruppe ein erhöhtes Krankheitsrisiko. Burnout, Depression, Suchterkrankungen und Selbstmorde treten überdurchschnittlich häufig auf. Gleichzeitig werden aufgrund des Idealbildes vom „Helfer“ bei den Betroffenen psychische und andere Erkrankungen zu spät behandelt und gehen so nicht selten in chronische Zustände über. Ein hoher Entwicklungsbedarf besteht daher bei der Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen selbst, insbesondere beim Aufbau gesundheitsfördernder Organisationsstrukturen.

Beunruhigend ist auch der Bericht von Dipl.-Psych. Heyse zur psychischen Gesundheit im Lehrerberuf, der doch wegen der angeblich „kurzen Arbeitszeiten“ und „langen Ferien“ in der Öffentlichkeit oft als ein Beruf zum Ausruhen angesehen wird. Die Daten sprechen eine andere Sprache: Überdurchschnittlich oft werden Lehrer vorzeitig pensioniert, gut die Hälfte davon wegen psychischer und Verhaltensstörungen. Die Ursache hierfür sind zum einen die besonderen Anforderungen, die der Lehrerberuf mit sich bringt, z.B. das sehr komplexe und störungsanfällige Tätigkeitsspektrum, das ja nicht nur aus reiner Unterrichtstätigkeit besteht, sondern auch aus Konfliktlösung, Sozialarbeit, Aufsicht, Materialorganisation usw. Hinzu kommen Faktoren wie Lärmbelastung und die Arbeitszeiten. Zum anderen zieht der Beruf des Lehrers auch bestimmte Personen mit hohen idealistischen Ansprüchen an, die im Studium schlecht auf ihre eigentlichen Aufgaben vorbereitet werden und dann ein erhöhtes Risiko für Burnout haben.

Neben der Darstellung von Problemen am Arbeitsplatz fehlt es im Bericht des BDP auch nicht an Beispielen für erfolgreiche Projekte sowie an Empfehlungen für Maßnahmen. Die Folgen und Kosten der aktuellen Gesundheitsbelastungen lassen sich nur mit Hilfe von modernem betrieblichen Gesundheitsmanagement verringern. Dabei gehen die neueren Ansätze weg von der eher personenbezo-

genen, individuellen Gesundheitsförderung, z.B. durch Antistresskurse und Rückenschulen, und betonen eher die Notwendigkeit der Arbeits- und Organisationsgestaltung. Die Umsetzung dieser Empfehlungen könnte nicht nur die Arbeitsbedingungen verbessern, sondern gleichzeitig die Effizienz in den Betrieben erhöhen. Damit wäre sowohl Arbeitgebern als auch den Beschäftigten gedient. Auf eine Rückkehr der „alten Zeiten“ zu hoffen, damit sich die Arbeitsbedingungen wieder verbessern und sich die Belastungen verringern, ist sicherlich illusorisch. Sowohl die Unternehmen und Organisationen als auch die Beschäftigten selbst müssen sich auf weiter andauernden Wandel in der Arbeitswelt einstellen. Dabei werden die Menschen und Organisationen im Vorteil sein, die gut mit Stress und belastenden Ereignissen umgehen können. Manfred Oetting beschreibt in seinem Beitrag, welche Bedingungen in Unternehmen und welche eigenen Ressourcen dazu beitragen können, Stressbelastungen gering zu halten und gut zu bewältigen. Im Kapitel zur „Resilienz“ wird ein neues Konzept vorgestellt, nach dem bestimmte Eigenschaften und Fähigkeiten bei einzelnen Menschen und in Organisationen dabei helfen, mit größeren Krisen gut fertig zu werden. Niemand ist mehr sicher vor größeren Veränderungen in der Arbeitswelt, die häufig auch auf das Privatleben ausstrahlen. So macht eine Präventionsstrategie Sinn, in der Bausteine der Resilienz bewusst gefördert werden.

Die Deutsche Bahn ist bereits aktiv geworden und hat ein Präventionsprogramm entwickelt, mit dem arbeitsbedingten psychischen Traumatisierungen vorgebeugt werden kann. Gerade Mitarbeiter von Verkehrsbetrieben sind einem stark erhöhten Risiko ausgesetzt, in schwere Unfälle verwickelt zu werden, bei denen Menschen getötet oder erheblich verletzt werden. Jeder Lokführer muss im Laufe seines Berufslebens mit durchschnittlich zwei Fällen rechnen! Findet anschließend keine adäquate Betreuung statt, entsteht als Folge oft eine Posttraumatische Belastungsstörung.

Weitere erfolgreiche und beispielhafte Projekte zur Gesundheitsförderung werden in den letzten beiden Beiträgen beschrieben. Hier werden Maßnahmen vorgestellt, mit denen sich die Gesundheit besonders belasteter Berufsgruppen – Mitarbeiter im Krankenhaus und Lehrer – schützen und fördern lässt. Gerade wir Psychologen würden uns freuen, wenn möglichst viele Krankenhäuser, Schulen, Unternehmen und Organisationen die im Bericht des BDP enthaltenen Anregungen aufnehmen und in die Praxis umsetzen!

Für den Vorstand: Dipl.-Psych. Julia Scharnhorst, MPH
Vizepräsidentin 2005-2007

2. GESUNDHEITLICHE BELASTUNGEN IN DER ARBEITSWELT

EBERHARD ULICH

2.1 PSYCHISCHE GESUNDHEIT AM ARBEITSPLATZ

Dieser Überblicksartikel zur Entwicklung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz zeigt, dass Ziele der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz nicht erreicht werden: Während ein Rückgang von Arbeitsunfällen zu beobachten ist, gibt es diesen Trend bei den arbeitsbedingten Erkrankungen nicht. Diese werden auf 30% aller Ausfalltage am Arbeitsplatz geschätzt.

Der Anteil der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ist traditionell am größten, wobei ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist (von 27,6% im Jahr 2001 auf 23,3% im Jahr 2005). Beim Anteil der psychischen und der Verhaltensstörungen hingegen ist ein drastischer Anstieg zu verzeichnen (von 6,6% im Jahr 2001 auf 10,5% im Jahr 2005). Dieser relative Anstieg um 59% kann nicht allein durch gesteigerte Sensibilität bei Ärzten und Arbeitnehmern erklärt werden.

Zusammenhänge zwischen arbeitsbedingtem Stress und Rücken- und Muskelschmerzen sowie depressiven Verstimmungen werden aufgezeigt. Es wird geschätzt, dass bis 2020 die depressiven Verstimmungen nach den Herzerkrankungen an zweiter Stelle der weltweiten Krankheitsbelastung stehen werden.

In der Ursachenanalyse wird u.a. auf Partizipationsmöglichkeiten, Aufgabengestaltung, Führungsverhalten und Unternehmenskultur eingegangen. So erhöht sich das Burnout-Risiko bei fehlenden Partizipationsmöglichkeiten um das 3,5-Fache und bei einem wenig ausgeprägten mitarbeiterorientierten Führungsstil um das 2,5-Fache.

Der für eine zeitgemäße betriebliche Gesundheitspolitik notwendige Wechsel von individuumorientierten hin zu stärker strukturorientierten Maßnahmen wird vorgestellt. (Die Redaktion)

2.1.1 Einführung

Zur Erinnerung: In der so genannten „Ottawa-Charta“ der Weltgesundheitsorganisation wurde der Organisation der Arbeit und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen ein besonderer Stellenwert zugeschrieben.

Auszug aus der Ottawa-Charta der WHO, 1986

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen [...]. Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können [...]. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

Damit wird deutlich, dass die Weltgesundheitsorganisation die in den Arbeits- und Sozialwissenschaften gefundenen Beziehungen zwischen der Qualität des Arbeitslebens und der allgemeinen Lebensqualität in ihre Konzeption von Gesundheit integriert hat.

2.1.2 Entwicklungen

In der Kopenhagen-Konferenz (1991) wurde als WHO-Ziel 25 zur Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung formuliert: „Bis zum Jahr 2000 sollte sich in allen Mitgliedstaaten durch Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen, Einschränkung der arbeitsbedingten Krankheiten und Verletzungen sowie durch die Förderung des Wohlbefindens der arbeitenden Bevölkerung der Gesundheitszustand der Arbeitnehmer verbessert haben.“

Dieses Ziel ist offensichtlich nicht erreicht worden. Zwar haben Arbeitsschutzmaßnahmen und der Wegfall unfallträchtiger Einrichtungen als Folge technologischer Entwicklungen zu einer deutlichen Reduzierung der Ausfallzeiten und -kosten aufgrund arbeitsbedingten Unfallgeschehens beigetragen. Nicht in der angestrebten Weise verbessert hat sich offenbar aber das Bild hinsichtlich der arbeitsbedingten Erkrankungen. Dies lässt sich zunächst an einigen Kostengrößen ablesen. Die Entwicklung von 2001 bis 2005 ist in Tabelle 1 zusammengefasst. Der Anteil arbeitsbedingter Erkrankungen an allen Arbeitsunfähigkeits-Tagen (AU-Tage) wird auf etwa 30 Prozent geschätzt (Kuhn, 2000, S. 103).

Tabelle 1: Krankheits- bzw. unfallbedingte Abwesenheitstage und volkswirtschaftliche Kosten von 2001 bis 2005 in Deutschland (aus Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA] und Mitteilungen der Bundesregierung)

Jahr	abhängig Beschäftigte in Mio.	krankheits- bzw. unfallbedingte Abwesenheitstage in Mio.	durchschnittliche Abwesenheit pro Person in Tagen	Produktionsausfall in Mrd. Euro	Ausfall an Bruttowertschöpfung in Mrd. Euro
2001	34,80	508,00	14,60	45,00	70,75
2002	34,60	491,05	14,20	44,15	69,53
2003	34,10	467,00	13,70	42,50	66,40
2004	34,70	440,10	12,70	40,00	70,00
2005	34,50	420,50	12,20	37,80	66,50

Bei der Analyse der Daten fällt auf, dass die Anzahl der krankheits- bzw. unfallbedingten Abwesenheitstage in diesem Zeitraum deutlich zurückgegangen ist. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Anzahl der Abwesenheitstage pro Abwesenheitsfall im gleichen Zeitraum um 2,4 Tage abgenommen hat.

Tabelle 2 zeigt die Verteilung der geschätzten volkswirtschaftlichen Ausfälle auf Diagnosegruppen für das Jahr 2005. „Da die Schätzung mit stark gerundeten Werten erfolgt, sind Rundungsfehler und Differenzen in der Spaltensummierung teilweise nicht zu vermeiden“ (BAuA 2007, S.1).

Tabelle 2: Produktionsausfall und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen in Deutschland 2005 (aus: BAuA, 2007)

Diagnosegruppen ICD-10	AU-Tage		Produktionsausfall		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
	AU-Tage in Mio.	AU-Tage in %	Mrd. €	Anteil BNE*in %	Mrd. €	Anteil BNE*in %
V Psychische und Verhaltensstörungen	44,1	10,5	4,0	0,2	7,0	0,3
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	26,6	6,3	2,4	0,1	4,2	0,2
X Krankheiten des Atmungssystems	60,9	14,5	5,5	0,2	9,6	0,4
XI Krankheiten des Verdauungssystems	26,0	6,2	2,3	0,1	4,1	0,2
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	97,8	23,3	8,8	0,4	15,5	0,7
XIX Verletzungen, Vergiftungen	53,5	12,7	4,8	0,2	8,5	0,4
Übrige Krankheiten	111,6	26,5	10,0	0,4	17,6	0,8
I-XXI Alle Diagnosegruppen	420,5	100,0	37,8	1,7	66,5	3,0

*BNE = Bruttonationaleinkommen

Die in der Diagnosegruppe „Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ registrierten AU-Tage stehen nach wie vor an der Spitze der Nennungen. Allerdings ist gerade hier auch eine deutliche Abnahme erkennbar: von 140,3 Mio. 2001 (27,6%) über 134,5 Mio. 2002 (27,4%), 116,5 Mio. 2003 (24,9%) und 107,2 Mio. 2004 (24,4%) auf 97,8 Mio. AU-Tage 2005 (23,3%). Der darauf zurückzuführende Produktionsausfall wurde 2005 auf 8,8 Mrd. Euro geschätzt, der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 0,7 Prozent.

Eine weitergehende Analyse zeigt, dass die auf die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ (früher: psychiatrische Störungen) entfallenden Abwesenheitstage im Zeitraum zwischen 2001 und 2005 deutlich zugenommen haben (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Krankheits- bzw. unfallbedingte Abwesenheitstage und volkswirtschaftliche Kosten unter besonderer Berücksichtigung der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ von 2001 bis 2005 in Deutschland (aus Angaben der BAuA und Mitteilungen der Bundesregierung)

Jahr	krankheits- bzw. unfallbedingte Abwesenheitstage (in Mio.)	davon ICD-10-Diagnosegruppe V (in Mio.)	Produktionsausfall in Mrd. Euro*	Ausfall an Bruttowertschöpfung in Mrd. Euro*
2001	508,60	33,60	44,76/2,96	70,75/4,68
2002	491,05	34,37	44,15/3,09	69,53/4,87
2003	467,76	45,54	42,55/4,14	66,39/6,46
2004	440,10	46,30	40,00/4,20	70,00/7,40
2005	420,50	44,10	37,80/4,00	66,50/7,00

*bezogen auf die AU-Tage insgesamt/auf die ICD-10-Diagnosegruppe V

Diese Ergebnisse werfen allerdings auch die Frage auf, ob es sich bei der deutlichen Abnahme der muskuloskelettalen Erkrankungen und der massiven Zunahme der AU-Fälle in der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen“ in relativ kurzer Zeit zumindest teilweise um ein Artefakt besonderer Art handelt: So ist einerseits vorstellbar, dass die Bereitschaft und Fähigkeit, eine psychische Störung als solche zu diagnostizieren, sich bei Ärztinnen und Ärzten verändert hat. Dementsprechend heißt es auch in einem DAK-Report aufgrund einer Expertenbefragung: „Die Mehrheit der Fachleute kommt zu dem Schluss, dass es tatsächlich mehr Fälle gibt. Für wichtig halten sie aber auch, dass psychische Erkrankungen von den Hausärzten häufiger entdeckt bzw. richtig diagnostiziert werden“ (o.V., S. 10). Andererseits könnte sich auch bei Patientinnen und Patienten die Bereitschaft verändert haben, wegen psychischer Probleme eine zuständige Instanz aufzusuchen und eine solche Diagnose zu akzeptieren. Bemerkenswert sind schließlich Ergebnisse des im Jahr 2005 unter Einbezug einer für die EU 27 und vier weitere Länder für die erwerbstätige Bevölkerung repräsentativen Stichprobe durchgeführten vierten „European Work Conditions Survey“ (Eurofound 2007), die zeigen, dass Muskel-Skelett-Beschwerden – musculoskeletal disorders (MSDs) – „related to stress and work overload are increasing“ (European Foundation, 2007, S. 2). Ein Ausschnitt aus den Zusammenhängen zwischen Stress und MSDs ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Rücken- und Muskelschmerzen in Abhängigkeit von berichtetem Stress für 2005 (European Foundation, 2007, S. 59)*

Angaben zu Stress	Rückenschmerzen	Muskelschmerzen
Kein Stress	11,2	9,1
Stress	71,1	68,4
Total	25,6	23,8

*Angaben in %

„In ganz Europa bilden Beschwerden am Muskel-Skelett-System die bei Weitem am häufigsten genannten arbeitsbedingten Erkrankungen, und die Zahl der Belege dafür, dass zwischen Stress und Muskel- und Skelett-Erkrankungen ein enger Zusammenhang besteht, nimmt zu“ (Riso, 2007, S. 4). In sei-

ner knappen Übersicht über „Die aktuelle Lage“ kam Levi (2002) ebenfalls zu Schlussfolgerungen, die deutlich machen, dass die Verbesserung der Gesundheit zu einem der vordringlichen Ziele der Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik werden muss.

Arbeitsbedingter Stress und depressive Verstimmungen (aus: Levi, 2002, S. 11)

„Anhaltender Stress am Arbeitsplatz ist ein wesentlicher Faktor für das Auftreten von depressiven Verstimmungen. Diese Störungen stehen bei der weltweiten Krankheitsbelastung (global disease burden) an vierter Stelle. Bis 2020 rechnet man damit, dass sie nach den ischämischen Herzerkrankungen vor allen anderen Krankheiten auf dem zweiten Platz stehen werden (Weltgesundheitsorganisation, 2001)“

Damit gewinnt auch die von Nefiodow vorgelegte Zukunftsprojektion an Bedeutung. Seine Auseinandersetzung mit den Kondratieffzyklen (Kondratieff, 1926), führt nämlich zu dem Ergebnis, dass der gemeinsame Nenner des sechsten Kondratieff durch „Gesundheit im ganzheitlichen Sinn“ zu kennzeichnen ist. Nach Nefiodow (2000, S. 136), der sich an den von der Weltgesundheitsorganisation formulierten Gesundheitskriterien orientiert, fehlt es für die Weiterentwicklung von Wirtschaft und Gesellschaft „[...] vor allem an psychosozialer Gesundheit. Die größte Wachstumsbarriere am Ende des fünften Kondratieff sind die hohen Kosten der sozialen Entropie [...]“

2.1.3 Ursachen

Hinsichtlich der Ursachen für derartige Entwicklungen hat die deutsche Expertenkommission „Zukunft der betrieblichen Gesundheitspolitik“ auf die zunehmende Verunsicherung als Folge beobachtbarer gesellschaftlicher Entwicklungen hingewiesen.

Zunehmende Unsicherheiten als Folge gesellschaftlicher Veränderungen (aus: Expertenkommission 2004, S. 30)

„Globalisierung und der Strukturwandel in Richtung wissensintensiver Dienstleistungsberufe erhöhen in vielen Fällen den Zeitdruck, die Komplexität der Arbeit und die Verantwortung der Beschäftigten. Das Tempo des sozioökonomischen Wandels hat deutlich zugenommen. Sicherheit und Berechenbarkeit der Markt- und Arbeitsverhältnisse haben zugleich spürbar abgenommen. Die ökonomischen Veränderungen und anhaltenden Restrukturierungsprozesse in den Unternehmen führen häufig zu einer Intensivierung der Arbeit und einer Verstärkung von Unsicherheit, Ängsten, Misstrauen und Hilflosigkeitsgefühlen sowie Angst vor Arbeitslosigkeit unter den Beschäftigten mit möglichen Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit und damit auf die Produktivität der Unternehmen und die Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen.“

Zu den von anderen Autoren genannten Ursachen für psychische Belastungen gehören z.B. flexible Arbeitszeiten ohne Möglichkeit der Mitwirkung an deren Festlegung und daraus resultierend mangelnde Planbarkeit (Frieling et al., 2004) prekäre Arbeitsverhältnisse wie Leiharbeit und Zeitarbeit, mangelnde Wertschätzung und defizitäres Führungsverhalten (Rixgens, 2008). Die gesundheitsrelevante Bedeutung der Unterstützung durch Vorgesetzte wird auch durch die Ergebnisse der vierten „European Working Conditions Survey“ (EWCS; Eurofound, 2007) bestätigt. In diesem Zusammenhang ist das von Siegrist (1996) formulierte Modell beruflicher Gratifikationskrisen von außerordentlicher Bedeutung. In diesem Modell wird angenommen, dass ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und als Gegenwert erhaltener Belohnung zu Stressreaktionen führt. Siegrist (1996a, 1996b, 2002) unterscheidet zwischen situativen (extrinsischen) und personalen (intrinsischen) Verausgabungsquellen. Gratifikationen ergeben sich über die drei „Transmittersysteme“

finanzielle Belohnung, Wertschätzung und berufliche Statuskontrolle durch Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit und ausbildungsadäquate Beschäftigung. Dabei kommt den verschiedenen Merkmalen der „Belohnung“ offensichtlich unterschiedliche Bedeutung zu. Empirisch zeigten sich Zusammenhänge zwischen Gratifikationskrisen und erhöhten Risiken für psychische Störungen, Depressionen, Burnout und Alkoholabhängigkeit. Insbesondere wurde aber auch gefunden, dass Gratifikationskrisen mit einem erhöhten Risiko für Bluthochdruck und koronare Herzkrankheiten verbunden sind (Bosma, Peter, Siegrist & Marmot, 1998; zusammenfassend: Siegrist et al., 1990, 2004). Als Ursachen für Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz werden schließlich immer wieder spezifische Merkmale der Aufgabengestaltung genannt, wie Über- und Unterforderung, vor allem aber fehlender oder eingeschränkter Handlungsspielraum, unzureichende Vollständigkeit der Aufgaben, mangelnde Vielfalt der Anforderungen, geringe Autonomie, fehlende Möglichkeiten der unterstützenden Kooperation, widersprüchliche Aufträge ohne individuelle Lösungsmöglichkeiten (Hacker et al., 2004; Ulich & Wülser, 2005).

2.1.4 Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

Obwohl die Bedeutung der bedingungsbezogenen Interventionen, d.h. der Veränderung der Verhältnisse, insbesondere durch Maßnahmen der Arbeitsgestaltung, neuerdings immer wieder betont wird, liegt der Schwerpunkt betrieblicher Gesundheitsförderungsaktivitäten nach wie vor bei den personbezogenen Interventionen, d.h. bei der Veränderung des Verhaltens. Wenn auch davon auszugehen ist, dass sich Verhaltens- und Verhältnisorientierung zumindest teilweise wechselseitig bedingen, so gilt doch, dass „in der Sachlogik [...] Verhaltensprävention der Verhältnisprävention stets nachgeordnet bleibt“ (Klotter, 1999, S. 43). Damit stellt sich einerseits die Frage nach den äußeren Arbeitsbedingungen, wie z.B. Lärm, Licht und anderen Umgebungseinflüssen. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang indes die Gestaltung der Arbeitsaufgaben. In der Arbeitswissenschaft ist deshalb auch die Rede vom „Primat der Aufgabe“ (Ulich, 2005). Zu den Merkmalen persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung gehören insbesondere (1) Vollständigkeit der Arbeitsaufgabe, (2) Vielfalt der Arbeitsanforderungen, (3) Möglichkeiten der sozialen Interaktion, (4) Autonomie, (5) Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, (6) stressfreie Regulierbarkeit und (7) Sinnhaftigkeit der Tätigkeit (Ulich, 2005). Diese Merkmale der Aufgabengestaltung haben ihren Niederschlag auch in der europäischen Norm zur Aufgabengestaltung bei der Neukonstruktion von Maschinen (DIN EN 614-2) gefunden.

Eine Gegenüberstellung möglicher Maßnahmen und Wirkungen personbezogener und bedingungsbezogener Interventionen findet sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Betriebliche Gesundheitsförderung: personbezogene und bedingungsbezogene Interventionen (aus: Ulich, 2005, S. 529)

Betriebliche Gesundheitsförderung		
	Personbezogene Interventionen = verhaltensorientiert	Bedingungsbezogene Interventionen = verhältnisorientiert
bezogen auf	einzelne Personen => individuumsorientiert	Arbeitssysteme und Personengruppen => strukturorientiert
Beispiele für Maßnahmen	Rückenschule, Stressimmunisierungstraining	vollständige Aufgaben, Gruppenarbeit, Arbeitszeitgestaltung
Wirkungsebene	individuelles Verhalten	organisationales, soziales und individuelles Verhalten
personbezogene Effekte	Gesundheit, Leistungsfähigkeit	positives Selbstwertgefühl, Kompetenz, Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit, Internale Kontrolle, Gesundheit, Motivation, Leistungsfähigkeit
wirtschaftliche Effekte	Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten	Verbesserung von Produktivität, Qualität, Flexibilität und Innovationsfähigkeit, geringere Fehlzeiten und Fluktuation
Effektdauer	kurz- bis mittelfristig	mittel- bis langfristig

Am Beispiel der Muskel- und Skeletterkrankungen lässt sich die Bedeutung betrieblicher Arbeitsgestaltung exemplarisch aufzeigen. So konnte Lundberg (1996) zeigen, dass Muskel- und Skeletterkrankungen in Gruppenarbeitsstrukturen mit entsprechender Autonomie weniger häufig auftreten als in arbeitsteiligen Arbeitsstrukturen, in denen die gleichen Produkte bzw. Dienstleistungen zu erstellen sind. Es zeigte sich, dass physiologische Belastungsreaktionen und Selbsteinstufungen der erlebten Ermüdung in den arbeitsteiligen Strukturen während des Schichtverlaufes zunahmten und ihren Gipfel am Ende der Schicht erreichten, während in der flexiblen Gruppenarbeitsstruktur „a moderate and more stable level throughout the shift“ gefunden wurde (Lundberg, 1996). Im Bericht über die vierte EWCS heißt es dazu verallgemeinernd: „[...] greater learning opportunities, and being consulted about changes to organisational and working conditions, are associated with a lower incidence of MSDs.“ Und Melin et al. (1999) fanden in einer Untersuchung von Beschäftigten, die in unterschiedlichen Produktionsstrukturen das gleiche Produkt montierten, bei der Arbeit in teilautonomen Gruppen im Vergleich zur partialisierten Arbeit von Beginn bis Ende der Schicht die günstigeren physiologischen Kennwerte und nach der Schicht die bessere Erholungsfähigkeit. Beispiele wie diese zeigen, dass eine positive Ausprägung der Merkmale (persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung die intendierten Wirkungen tatsächlich erreicht. Dass sie darüber hinaus einen Beitrag dazu leisten, „arbeitsbedingtes Vor-Altern“ (Hacker, 2004) zu vermeiden, wird durch weitere Forschungsergebnisse nahegelegt.

2.1.5 Führung und Gesundheit

Vermerkt wird neuerdings darauf hingewiesen, dass der Umgang mit betrieblicher Gesundheit letztlich eine Frage der Unternehmenskultur sei (z.B. Badura & Hehlmann, 2003; Expertenkommission, 2004). Ein wesentliches Merkmal der Unternehmenskultur ist die Möglichkeit der Partizipation an der Entscheidungsbildung. Eine Reihe von Untersuchungsergebnissen belegt deutliche Zusammenhänge zwischen Möglichkeiten der Partizipation im Arbeitsalltag und Krankenstand bzw. Fehlzeiten. In der IT-Branche konnten Klemens, Wieland und Krajewski (2004) Auswirkungen mangelnder Partizipationsmöglichkeiten, belastenden Sozialklimas und verschiedener Merkmale des Vorgesetztenverhaltens auf Burnout-Indikatoren nachweisen.

Führungsbezogene Risikofaktoren in der IT-Branche (aus: Klemens, Wieland & Krajewski, 2004, S. 5)
„Als hoher Risikofaktor für Burnout auf Seiten der Organisation zeigt sich das Fehlen von Partizipationsmöglichkeiten in der Arbeit. Beschäftigte, die an ihren Arbeitsplätzen nur geringe Möglichkeiten besitzen, sich zu beteiligen und ihre Ideen einzubringen, haben demnach ein 3,5fach erhöhtes Risiko des 'Ausbrennens' als Beschäftigte mit großen Partizipationsmöglichkeiten. Ein belastendes Sozialklima bzw. ein belastendes Vorgesetztenverhalten vergrößert das Risiko um den Faktor 1,8 bzw. 1,5. Ähnlich verhält es sich mit den beiden nächsten Merkmalen: Eine geringe soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten bedeutet ein 2,3fach, ein wenig ausgeprägter mitarbeiterorientierter Führungsstil ein 2,5fach erhöhtes Burnout-Risiko.“

2.1.6 Fazit

Der abschließende Bericht der deutschen Expertenkommission „Die Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“ – an der Vertreterinnen und Vertreter von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden ebenso beteiligt waren wie Wissenschaftler verschiedener Disziplinen – enthält einen Absatz, der die umfassende Bedeutung betrieblichen Gesundheitsmanagements zusammenfasst: „Aktive betriebliche Gesundheitspolitik verbessert die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft durch ihre Nutzen steigernde und Kosten senkende Wirkung. Sie verbessert die Quali-

tät der Arbeit, der Produkte und Dienstleistungen, erhöht die Produktivität, erhält vorhandene Qualifikationen, sichert Beschäftigungsfähigkeit und damit ein ausreichendes Arbeitskräfteangebot, macht Betriebe attraktiv für junge Nachwuchskräfte" (Expertenkommission 2004, S. 41).

Das heißt in der Konsequenz, dass betriebliches Gesundheitsmanagement als Bestandteil des Unternehmensmanagements und wichtiges Element der „Corporate Social Responsibility“ auch in die Unternehmensbewertung einzubeziehen ist. Damit wird die Verantwortung der einzelnen Menschen, durch Lebensstil und Verhalten im Rahmen ihrer Möglichkeiten zum Erhalt und zur Förderung der eigenen Gesundheit – gegebenenfalls auch der der Familie – beizutragen, keineswegs in Frage gestellt. Dass viele auch dazu professioneller Unterstützung bedürfen, steht ebenfalls außer Frage.

Literatur

- Badura, B. & Hehlmann, T.** (Hrsg.). (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer.
- Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung** (Hrsg.). (2004). Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. & Marmot, M.** (1998). Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *American Journal of Public Health*, 88 (1), 68-74.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin** (2007). Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2005. Verfügbar unter http://www.baua.de/nn_5846/sid_002DA686AAA635E17E6E39FAEAFBC528/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/pdf/Kosten-2005.pdf [24.03.2008].
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions** (2007). *Managing musculoskeletal disorders*. Dublin: Eurofound.
- Frieling, E. und Arbeitsgruppe** (2004). Wandel der Arbeitswelt. Handlungsbedarf und Maßnahmen zur Förderung der betrieblichen Gesundheitspolitik. In Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Ergebnisse der Arbeitsgruppen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Hacker, W., Schroda, F., Riemer, S. & Ishig, A.** (2000). Forschungsprojekt Gesundheitsfördernde Arbeitsprozessgestaltung. Projektberichte, Heft 2. Dresden: Institut für Allgemeine Psychologie, Biopsychologie und Methoden der Psychologie der Technischen Universität Dresden.
- Hacker, W.** (2004). Leistungs- und Lernfähigkeiten älterer Menschen. In M. v. Cranach, H.-D. Schneider, R. Winkler & E. Ulich (Hrsg.), *Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle* (S. 163-172). Bern: Haupt.
- Klemens, S., Wieland, R. & Krajewski, J.** (2004). Fähigkeits- und führungsbezogene Risikofaktoren in der IT-Branche. In Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.), *Dokumentation des 50. Arbeitswissenschaftlichen Kongresses vom 24. bis 26. März 2004 in Zürich* (S. 295-300). Dortmund: GfA-Press.
- Klotter, C.** (1999). Historische und aktuelle Entwicklungen der Prävention und Gesundheitsförderung – Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht. In R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen* (S. 23-61). Bern: Huber.
- Kondratieff, N.** (1926). Die langen Wellen der Konjunktur. *Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik*, 56, 573-609.

- Kuhn, K.** (2000). Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheitsmanagement. In U. Brandenburg, T. Nieder & B. Susen (Hrsg.), Gesundheitsmanagement in Unternehmen (S. 95-107). Weinheim: Juventa.
- Lademann, J., Mertesacker, H. & Gebhardt, B.** (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. Psychotherapeutenjournal 2, 123-129.
- Levi, L.** (2002). Würze des Lebens oder Giftrauch des Todes? Magazin Ausgabe 5 – Stress lass nach (S. 11-13). Bilbao: Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.
- Lundberg, U.** (1996). Work, stress and musculoskeletal disorders. In P. Ullsperger, M. Ertel & G. Freude (Hrsg.), Occupational Health and Safety Aspects of Stress at Modern Workplaces. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin, Tagungsbericht 11 (S. 66-78). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag.
- Melin, B., Lundberg, U., Söderlund, J. & Granqvist, M.** (1999). Psychological and physiological stress reactions of male and female assembly workers: A comparison between two different forms of work organization. Journal of Organizational Behavior, 20, 47-61.
- Nefiodow, L.** (2000). Der sechste Kondratieff (4. Aufl.). Sankt Augustin: Rhein-Sieg.
- o.V. (2005). DAK-Gesundheitsreport. Krankenstand sinkt deutlich – Psychische Erkrankungen steigen dramatisch. Basi infoprint 2, 10-12.
- Rixgens, P.** (2008). Neue Herausforderungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Psychische Erkrankungen im Vormarsch (S. 2-8). Gütersloh: Bertelsmann.
- Riso, S.** (2007). Die Auswirkungen des Wandels in der Arbeitswelt auf das wiederholte Auftreten von Muskel- und Skelett-Erkrankungen. Magazine 10 (Magazin der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz), 3-7.
- Siegrist, J.** (1996a). Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J.** (1996b). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1, 27-41.
- Siegrist, J.** (2002). Effort-reward Imbalance at Work and Health. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Hrsg.), Research in Occupational Stress and Well Being, Historical and Current Perspectives on Stress and Health, Vol. 2 (S. 261-291). New York: JAI-Elsevier.
- Siegrist, J. et al.** (Arbeitsgruppe 2). (2004). Gesundheitliche Folgen und Herausforderungen. Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“. Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Ulich, E.** (2005). Arbeitspsychologie (6. Aufl.). Zürich: vdf Hochschulverlag/Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Ulich, E. & Wülser, M.** (2005). Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven (2. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. h. c. Eberhard Ulich
 Institut für Arbeitsforschung und
 Organisationsberatung
 Obere Zäune 14
 CH 8001 Zürich
 eberhard.ulich@iafob.ch

CORNELIA ALBANI, GERD BLASER, MICHAEL GEYER,
NORBERT GRULKE, HARALD BAILER, GABRIELE SCHMUTZER,
HENDRIK BERTH, ELMAR BRÄHLER

2.2 PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ANGST VOR ARBEITSPLATZVERLUST

Anhand einer bevölkerungsrepräsentativen deutschen Stichprobe wurden Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und psychischem Befinden überprüft. Es zeigte sich, dass nicht nur Erwerbslosigkeit, sondern auch Sorgen um den Arbeitsplatz mit erheblichen Belastungen einhergehen: Berufstätige mit Sorgen um den Arbeitsplatz waren deutlich belasteter (mehr chronischer Stress, geringeres körperliches Wohlbefinden, mehr somatoforme Beschwerden, weniger Lebensqualität) als Berufstätige ohne Sorgen um den Arbeitsplatz. Bemerkenswerterweise wiesen Berufstätige mit Sorgen um den Arbeitsplatz u.a. in den Bereichen „chronischer Stress“, „soziale Spannungen“ sowie „Mangel an sozialer Anerkennung“ sogar höhere Werte als Arbeitslose auf.

2.2.1 Einleitung

Neben der Funktion des Gelderwerbs zum selbstständigen Lebensunterhalt beinhaltet Berufstätigkeit in einer um Arbeit zentrierten Gesellschaft vielfältige psychische Funktionen: Sie ermöglicht eine vertraglich vereinbarte, verbindliche und in gesetzten Zeitstrukturen ablaufende Aktivität, die soziale Kontakte und die Verwirklichung gemeinsamer, über individuelle Ansprüche hinausgehender Ziele erlaubt (Kieselbach & Beelmann, 2006). Sie bietet Möglichkeiten zum Erwerb oder zur Anwendung von Fähigkeiten und geht mit einem sozialen Status einher, der Berufsprestige und das zentrale gesellschaftliche Bewertungssystem Geld verbindet. Angesichts der vielfältigen psychischen Funktionen von Erwerbstätigkeit ist es evident und inzwischen auch empirisch belegt, dass Erwerbslosigkeit mit körperlichen und psychischen Gesundheitsrisiken und -störungen und psychosozialen Belastungen verbunden ist (s. dazu auch Berth et al. in diesem Band). Aber nicht nur Erwerbslosigkeit, sondern auch Arbeitsplatzsicherheit bzw. Arbeitsplatzunsicherheit wird als gesundheitliche Ressource bzw. als gesundheitsbeeinträchtigende Belastung diskutiert (Ducki, 1998). Die Whitehall-Studie verdeutlichte in einem zweieinhalbjährigen Beobachtungszeitraum an britischen Regierungsangestellten den Zusammenhang zwischen chronischer Arbeitsplatzunsicherheit und affektiven Störungen (Ferrie, Shipley, Stansfeld & Marmot, 2002). In einer Metaanalyse konnten Sverke, Hellgren und Näswall (2004) zeigen, dass Arbeitsplatzunsicherheit deutlich mit psychischen Beeinträchtigungen einhergeht.

In einer bundesweiten, bevölkerungsrepräsentativen Befragung (N = 2473) sollte anhand von Sekundäranalysen überprüft werden, inwieweit Arbeitsplatzunsicherheit mit psychischen Beschwerden in Zusammenhang steht.

2.2.2 Sorgen um den Arbeitsplatz und psychische Belastungen

Anhand der Frage: „Wie sehr machen Sie sich zurzeit Sorgen wegen Ihres Arbeitsplatzes?“ (Gulke et al., 2006), wurde die Arbeitsplatzunsicherheit Berufstätiger auf einer vierstufigen Skala (1 = überhaupt keine, 2 = eher wenig, 3 = eher viel, 4 = sehr große) erfasst. Diejenigen, die mit „überhaupt keine“ oder „eher wenig“ Sorgen geantwortet hatten, wurden zu einer Gruppe „Ohne Sorgen“, und diejenigen, die mit „eher viel“ oder „sehr große“ Sorgen geantwortet hatten, wurden zu einer Gruppe „Mit Sorgen“ zusammengefasst.

Psychische Belastungen wurden mittels Trierer Inventar zur Erfassung von chronischem Stress (TICS; Schulz, Schlotz & Becker, 2004), Fragebogen zur Erfassung des körperlichen Wohlbefindens (FEW-16;

Kolip & Schmidt, 1999), WHO-5 Wohlbefindens-Index (The WHOQOL Group, 1998), Screening für somatoforme Störungen (SOMS; Rief, Hiller & Heuser, 1997) und EURO-HIS-QOL (Brähler, Mühlhan, Albani & Schmidt, 2007) erhoben.

Anhand der Merkmale „Berufstätigkeit“ (arbeitslos vs. berufstätig) und dem „Ausmaß an Sorgen um den Arbeitsplatz“ (ohne vs. mit Sorgen) wurden die Befragten (Alter 14 bis 60 Jahre) drei Gruppen zugeordnet: Arbeitslose (n = 164), Berufstätige mit Sorgen (n = 280) und Berufstätige ohne Sorgen um den Arbeitsplatz (n = 825).

Um Einflüsse von Alter, Geschlecht und aktuellem Wohnort für den Vergleich dieser drei Gruppen bzgl. psychischer Belastungen und Lebensqualität zu minimieren, wurde eine dreifaktorielle Kovarianzanalyse mit den Faktoren „Arbeitssituation“ (arbeitslos/berufstätig mit Sorgen/berufstätig ohne Sorgen), „Geschlecht“ (männlich/weiblich), „Wohnort“ (Ost-/Westdeutschland) und der Kovariate „Alter“ berechnet. Wir verzichten hier auf die detaillierte Mitteilung der Teststatistiken zu den Varianzanalysen (für eine ausführliche Darstellung s. Albani et al., 2007).

Mit Blick auf den Faktor „Arbeitssituation“ sind bedeutsame Unterschiede bei allen untersuchten Variablen zu konstatieren. Für die Faktoren „Alter“ und „Geschlecht“ ergaben sich deutliche Effekte für Lebensqualität, somatoforme Beschwerden und körperliches Wohlbefinden. Der „Wohnort“ hatte lediglich Einfluss auf die Variable „chronischer Stress“. Des Weiteren zeigten sich Interaktionen zwischen den Faktoren „Arbeitssituation“ und „Geschlecht“ für körperliches Wohlbefinden und Lebensqualität (erfasst mit dem EURO-HIS) und für einige Skalen des Trierer Inventars zur Erfassung von chronischem Stress. Für einige Skalen des Trierer Inventars zur Erfassung von chronischem Stress ergaben sich auch Interaktionen zwischen den Faktoren „Arbeitssituation“ und „Wohnort“.

Tabelle 1: Chronischer Stress (TICS), körperliches Wohlbefinden (FEW-16), Somatoforme Beschwerden (SOMS) und Lebensqualität (EURO-HIS, WHO-5) (Mittelwert, Standardabweichung in den Teilgruppen)

Chronischer Stress	Arbeitslose (n=161-164)	Arbeitende mit Sorgen (n=277-279)	Arbeitende ohne Sorgen (n=821-826)
Arbeitsüberlastung	8,10 (5,84)	13,19 (5,65)	11,58 (5,55)
Soziale Überlastung	6,82 (4,90)	10,11 (4,37)	8,48 (4,72)
Erfolgsdruck	12,38 (6,29)	16,32 (6,15)	13,78 (6,71)
Arbeitsunzufriedenheit	13,08 (6,68)	11,86 (5,44)	9,27 (5,07)
Überforderung	6,37 (4,60)	7,25 (4,27)	5,36 (4,05)
Mangel an sozialer Anerkennung	5,70 (3,57)	6,26 (3,15)	4,69 (2,96)
Soziale Spannungen	6,46 (4,40)	7,89 (4,37)	6,30 (4,25)
Soziale Isolation	9,84 (5,57)	8,20 (4,66)	6,24 (4,47)
Chronische Besorgnis	6,54 (4,04)	6,08 (3,23)	4,37 (2,98)
Screening Chronischer Stress	15,54 (8,56)	17,53 (8,08)	13,47 (7,75)
Körperliches Wohlbefinden FEW-16-Gesamtwert	3,23 (1,01)	3,49 (0,84)	3,79 (0,78)
Somatoforme Beschwerden SOMS-Gesamtwert	58,70 (16,26)	56,26 (14,26)	52,60 (10,65)
Lebensqualität EURO-HIS-Gesamtwert	27,81 (5,12)	30,66 (4,52)	32,82 (4,13)
Lebensqualität WHO-5-Gesamtwert	15,69 (6,25)	17,05 (5,16)	18,96 (3,92)

Bezüglich der „Arbeitssituation“ zeigte sich, dass Arbeitslose das höchste Maß an somatoformen Beschwerden und das niedrigste Maß an Lebensqualität und körperlichem Wohlbefinden angaben (s. Tabelle 1). Berufstätige mit Sorgen um den Arbeitsplatz schilderten weniger somatoforme Beschwerden als Arbeitslose, aber mehr als Berufstätige ohne Sorgen um den Arbeitsplatz. Sie beschrieben mehr körperliches Wohlbefinden und mehr Lebensqualität als Arbeitslose, aber weniger als Berufstätige ohne Sorgen um den Arbeitsplatz.

Für die Skalen des Trierer Inventars zur Erfassung von chronischem Stress zeigte sich ein differenziertes Bild: Die meisten Skalen zeigen die höchste Belastung für die Arbeitenden, die sich große Sorgen um ihren Arbeitsplatz machen. Hiervon abweichend gaben Arbeitslose im Vergleich der drei Gruppen die höchste Arbeitsunzufriedenheit, soziale Isolation und chronische Besorgnis an. Berufstätige mit Sorgen um den Arbeitsplatz schilderten die stärkste Arbeitsüberlastung, soziale Überlastung und Überforderung, den höchsten Erfolgsdruck und Mangel an sozialer Anerkennung sowie die ausgeprägtesten sozialen Spannungen und chronischen Stress (Screening-Skala).

Möglicherweise zeigte sich auch in dieser Erhebung wiederum der protektive Einfluss von Bildung: In der Gruppe der Arbeitslosen war der Anteil von Probanden mit Abitur und abgeschlossenem Studium deutlich niedriger (2,4%) als in den Gruppen der Berufstätigen. In der Gruppe der Berufstätigen mit Sorgen um den Arbeitsplatz war der Anteil der Befragten mit Abitur bzw. abgeschlossenem Studium kleiner (6,1%) als in der Gruppe der Berufstätigen ohne Sorgen (11,5%).

Eine Stärke der vorliegenden Untersuchung liegt in der bevölkerungsrepräsentativen Erhebung. Kritisch anzumerken ist aber, dass es sich nicht um eine Hypothesen prüfende Studie handelte. Deutlich geworden ist allerdings, dass die Besorgtheit um den Arbeitsplatz eine relevante Größe mit Blick auf die betrachteten Variablen psychosozialer Gesundheit darstellt, die gezielter untersucht werden sollte.

Eine weitere Einschränkung ist auch dahin gehend vorzunehmen, dass den Befragten nicht vorgegeben wurde, was unter „Sorgen wegen ihres Arbeitsplatzes“ im Einzelnen zu verstehen war: Neben der Angst vor Arbeitsplatzverlust könnte z.B. auch die Angst vor höheren Arbeitsanforderungen, Leistungsdruck oder Mobbing eine Rolle spielen. Allerdings scheint noch keine Übereinstimmung darin zu bestehen, was unter Arbeitsplatzsicherheit zu verstehen ist: Mohr und De Witte (2004) identifizierten 65 verschiedene Messinstrumente zur Erfassung von Arbeitsplatzsicherheit. Inwieweit diese Sorgen „realistisch“ sind oder Ausdruck möglicherweise unangemessen starker Besorgnis, ließ sich in der vorliegenden Untersuchung nicht überprüfen, ist aber auch nur begrenzt relevant, da für psychische Belastungen das subjektiv erlebte Ausmaß und die subjektive Bedeutung von Situationen, Zuständen, Erfahrungen ausschlaggebend ist. Des Weiteren sollte in zukünftigen Studien überprüft werden, inwieweit die von den Befragten geschilderten Sorgen um den Arbeitsplatz auch mit objektivierbaren Parametern für eine erhöhte Stressbelastung einhergehen.

2.2.3 Arbeitsplatzsicherheit, Globalisierung und Shareholder-Value

„Werden wir zu Einzelkämpfern oder Jobnomaden in fluiden Netzwerkstrukturen, die eigenverantwortlich und außerhalb stabiler Organisations- und Sozialstrukturen von einem Projekt und von einer Lebenswelt zur anderen wechseln? [...] Oder machen globalisierte und unbeständige Märkte, radikale Marktökonomie und wachsende Flexibilitätsanforderungen Balancen von Arbeit und Privatleben, von Sicherheit und Flexibilität ('Flexicurity' von An- und Entspannung eher unwahrscheinlich?“ (Sennett, 1998) Ist der Mensch überhaupt für die Zunahme an „Dynamizität“ (Kombination aus Dynamik als Zustandsveränderung und Komplexität als Eigenschaft von Systemen) „gebaut“?, fragt Kastner (2006, S. 440). Kastner merkt an, dass neue Arbeitsformen in der Informations- und Dienstleistungsgesellschaft zwar mehr Freiheiten und selbstständigeres Arbeiten erlauben, aber auch zu mehr prekären Erverbsverhältnissen, forcierter Selbstausbeutung und höheren Verlusten sozialer Beziehungen führen. Der Mensch als „soziales, emotionales Lauftier“ brauche Planbarkeit, Geborgenheit und soziale Unterstützung und Bewegung, um langfristig überleben zu können (Kastner, 2006). In diesem Sinn ist Arbeitsplatzsicherheit ein hohes und schützenswertes Gut.

Pfeffer (1998) untersuchte Organisationsmerkmale derjenigen US-amerikanischen Unternehmen, die, bezogen auf den Shareholder-Value, langfristig am erfolgreichsten wirtschafteten, und ermittelte, dass diese Unternehmen durch folgende Merkmale gekennzeichnet waren: Arbeitsplatzsicherheit, gezielte und sorgfältige Personaleinstellungspolitik, dezentrale Entscheidungen und verstärkte Teamarbeit als grundlegendes Prinzip der Organisationsentwicklung, vergleichsweise hohe, leistungsorientierte Bezahlung, systematische und extensive Schulung, Abbau von Statusunterschieden und -barrieren zwischen den innerbetrieblichen Positionsgruppen, offene Informationspolitik, v.a. bezüglich der Betriebsergebnisse.

2.2.4 Empfehlungen

Besorgtheit um den Arbeitsplatz stand in deutlichem Zusammenhang mit mehr chronischem Stress, geringerem körperlichen Wohlbefinden, mehr somatoformen Beschwerden, weniger Lebensqualität und scheint eine relevante Größe mit Blick auf Variablen psychosozialer Gesundheit darzustellen, die gezielter untersucht werden sollte.

Gesellschaftspolitisch wäre angesichts der gezeigten Befunde Arbeitsplatzsicherheit für Beschäftigte zu fordern, zumindest aber Maßnahmen, die die Angst vor Erwerbslosigkeit reduzieren. Mohr (im Druck) sieht den präventiven Ansatzpunkt beim Thema Erwerbslosigkeit in der betrieblichen Präventionsarbeit.

Bei unvermeidbaren Entlassungen besteht Primärprävention darin, im Rahmen von Outplacement-Programmen Hilfen für den Übergang in ein neues Beschäftigungsverhältnis anzubieten, um so das gesundheitsabträgliche Stadium der Erwerbslosigkeit zu vermeiden (Kieselbach & Beelmann, 2005). Kieselbach und Beelmann (2006) fordern „sozialen Geleitschutz in der beruflichen Transition“, insbesondere bei vulnerablen Gruppen.

Solche Primärprävention ist auch deshalb umso dringender geboten, als Interventionen zur Minderung gesundheitlicher Folgen von Erwerbslosigkeit zwar v.a. dann erfolgreich sind, wenn Elemente von Beschäftigung, Qualifizierung und Sozialbetreuung in engem Bezug zur industriellen Realität integriert werden, die psychosoziale Stabilisierung sich aber oft nur während der Maßnahme feststellen lässt, bei einem späteren Verbleib in der Erwerbslosigkeit aber oft wieder verloren geht. Demgegenüber führt Wiederbeschäftigung, insbesondere wenn sie stabil ist, zu drastischen psychosozialen Belastungsverringerungen (Kieselbach & Beelmann, 2006).

Literatur

Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Grulke, N., Bailer, H., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2007).

Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzbedrohung und psychische Gesundheit. *Psychosozial*, 30, 55-72.

Berth, H., Balck, F., Albani, C., Förster, P., Stöbel-Richter, Y. & Brähler, E. (im Druck).

Psychische Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In BDP-Gesundheitsbericht.

Brähler, E., Mühlhan, H., Albani, C. & Schmidt, S.

(2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualitäts-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53, 83-96.

Ducki, A. (1998). Ressourcen, Belastungen, Gesundheit. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 145-153). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A. & Marmot, M. G. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health. The Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 450-454.

Grukke, N., Bailer, H., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Brähler, E. & Albani, C. (2006). Worrying about one's job, family, financial situation and health results of a population-representative study. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 3, 1-11.

Kastner, M. (2006). Prävention in der Arbeitswelt. *Psychotherapeut*, 51, 440-451.

Kieselbach, T. & Beelmann, G. (2005). Unternehmensverantwortung bei Entlassungen: berufliche Transitionsberatung zur Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2005*: Schwerpunktthema: Arbeitsplatzsicherheit und Gesundheit Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft (S. 185-204). Berlin: Springer.

Kieselbach, T. & Beelmann, G. (2006). Psychosoziale Risiken von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. Effekte und Prävention. *Psychotherapeut*, 51, 451-459.

Kolip, P. & Schmidt, B. (1999). Der Fragebogen zur Erfassung körperlichen Wohlbefindens. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7, 77-87.

Mohr, G. (im Druck). Erwerbslosigkeit. In U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Band Arbeitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Mohr, G. & De Witte, H. (2004). Review of the literature in job insecurity. Paper presented at the 3rd International Expert Conference on Unemployment and Health: Bremen, Germany, 22.-23. September 2004.

Pfeffer, J. (1998). *The human equation: building profits by putting people first*. Boston: Harvard Business School Publishing.

Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *SOMS - Das Screening für Somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen*. Bern: Huber.

Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Sennett, R. (1998). *Der flexible Mensch*. Berlin: Berliner Verlagsunion.

Sverke, M., Hellgern, J., Näswall, K., Chirumbolo, A., De Witte, H. & Goslinga, S. (2004). *Job insecurity and Union membership*. New York: Lang.

The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. Cornelia Albani, Dr. Dipl.-Psych. Gerd Blaser, Prof. Dr. Michael Geyer

Universitätsklinikum Leipzig
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Sammelweisstraße 10
04103 Leipzig
cornelia.albani@medizin.uni-leipzig.de

Dr. Hendrik Berth

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Fetscherstr. 74
01307 Dresden
berth@inhaltsanalyse.de

Prof. Dr. Elmar Brähler, Gabriele Schmutzer

Universität Leipzig
Selbstständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Soziologie
Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de,
Gabriele.Schmutzer@medizin.uni-leipzig.de

PD Dr. Dr. Norbert Grukke, Dr. Dipl.-Psych. Harald Bailer

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Frauensteige 14a
89075 Ulm
norbert.grukke@uni-ulm.de,
harald.bailer@uni-ulm.de

HENDRIK BERTH, FRIEDRICH BALCK, CORNELIA ALBANI,
PETER FÖRSTER, YVE STÖBEL-RICHTER, ELMAR BRÄHLER

2.3 PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ARBEITSLOSIGKEIT

Massenarbeitslosigkeit ist seit Jahrzehnten gesellschaftliche Realität. Die negativen Gesundheitsfolgen können als gut untersucht gelten. So treten z.B. bei Arbeitslosen fast alle Erkrankungen häufiger auf, und das Sterblichkeitsrisiko ist bei Personen mit zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit 3,8-fach höher. Illustriert durch Beispiele aus der Sächsischen Längsschnittstudie, einer seit 1987 laufenden Untersuchung, werden die körperlichen und psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit im Überblick skizziert. Es zeigt sich, dass vor allem die Psyche unter einem Arbeitsplatzverlust leidet. Männer, jüngere Personen und Langzeitarbeitslose sind stärker betroffen. Mittlerweile gibt es wirksame Interventionsstrategien zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen, die jedoch auch einigen Einschränkungen unterliegen. Beispielsweise nehmen Arbeitlose ihre erhöhten gesundheitlichen Belastungen und Risiken oft überhaupt nur sehr mangelhaft wahr, was spezialisierte und zielgruppenspezifische Interventionen notwendig macht.

2.3.1 Einleitung

Arbeitslosigkeit gehört seit mehr als 100 Jahren zu den in der Psychologie und den Sozialwissenschaften am häufigsten untersuchten gesellschaftlichen Phänomenen. Als Klassiker dieser Forschungstradition gilt die Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel, 1933). Unter den zahlreichen, mittels eines multimethodalen Designs erhobenen Befunden dieser Untersuchung ist hervorzuheben, dass Arbeitslosigkeitsfolgen subjektiv deutlich unterschiedlich erlebt werden. Die Autoren unterschieden vier Typen des Umgangs mit Arbeitslosigkeit: die Ungebrochenen (16%), die Resignierten (48%), die Verzweifelten (11%) und die Apathischen (25%).

In Deutschland erfuhr die (psychologische) Arbeitslosigkeitsforschung Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts durch die Folgen der Wiedervereinigung einen erneuten Aufschwung (vgl. z.B. Kieselbach & Voigt, 1994). Die Umstrukturierung der Wirtschaft der ehemaligen DDR führte zu einem massiven Abbau von Arbeitsplätzen. Die daraus resultierenden deutlich höheren Arbeitslosenzahlen in Ostdeutschland im Vergleich zu Westdeutschland sind, trotz massiver Anstrengungen der Politik, immer noch gesellschaftliche Realität. So wies die Statistik der Bundesagentur für Arbeit im Januar 2008 eine Arbeitslosenquote von 14,9% für die neuen und 7,1% für die alten Bundesländer aus (Quote gesamt: 8,7%).

Im letzten Jahr führte der wirtschaftliche Aufschwung zu einer deutlichen Abnahme der Arbeitslosigkeit in Deutschland. Es kann dennoch davon ausgegangen werden, dass Massenarbeitslosigkeit weiterhin Bestand haben wird. Zudem entwickelt sich der Arbeitsmarkt weiterhin in Richtung bildungsintensiver, anspruchsvoller Dienstleistungstätigkeiten, ein sogenanntes „Normalarbeitsverhältnis“ wird nicht mehr die Regel sein (Allmendinger & Ebner, 2006).

Die aus den zahlreichen Untersuchungen bekannten Folgen von Arbeitslosigkeit werden nachfolgend anhand von Daten der Sächsischen Längsschnittstudie illustriert. Diese Studie (vgl. Berth, Förster, Brähler & Stöbel-Richter, 2007; <http://www.wiedervereinigung.de/sls/>) wurde bereits 1987 in der DDR begonnen. Eine Stichprobe (ursprünglich N = 1.281, nach der dritten Erhebung 1989: N = 587) seinerzeit 14-jähriger Schüler wurde repräsentativ für den DDR-Geburtsjahrgang 1973 ausgewählt und wird seitdem jährlich zu verschiedenen Schwerpunkten befragt.

2.3.2 Arbeitslosigkeitserfahrungen

Die 383 Teilnehmer an der 21. Welle der Sächsischen Längsschnittstudie im Jahr 2007 waren im mittleren Alter von 34,2 Jahren, mit nur einer geringen Streuung (SD 0,46), da in der Ersterhebung 1987 alle die 8. Klassenstufe besuchten (altershomogene Stichprobe). Davon waren N = 207 (54,2%) weiblich. Die meisten der Befragten haben inzwischen ihre berufliche Ausbildung absolviert, nur N = 9 (2,4%) haben keine abgeschlossene Berufsausbildung. Mehr als 85% leben mit einem Partner/in zusammen, 45,1% sind verheiratet. 67,2% haben Kinder. Abbildung 1 zeigt die Arbeitslosigkeitserfahrungen von 1996 bis 2007.

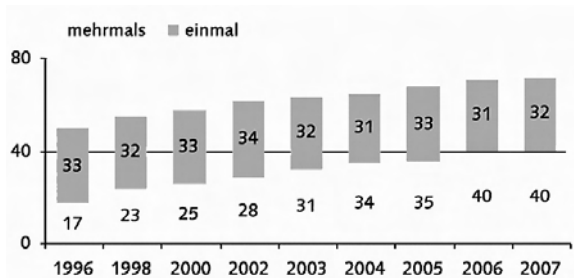


Abbildung 1: Anteile der Personen mit ein- bzw. mehrmaliger Arbeitslosigkeit 1996 bis 2007 (%)

Bereits 1996 – die Teilnehmer waren 23 Jahre alt und Fragen nach der Arbeitslosigkeit wurden erstmalig gestellt – waren 50% betroffen. Bis zum Jahr 2007 waren über 70% einmal oder mehrfach arbeitslos. Die mittlere Dauer der insgesamt erlebten Arbeitslosigkeit betrug 17,3 Monate. Deutliche Unterschiede gibt es zwischen Männern (MW 13,5 Monate) und Frauen (MW 20,7 Monate).

2.3.3 Arbeitslosigkeit und körperliche Beschwerden

Körperliche Gesundheit und Arbeitslosigkeit sind, verglichen mit den psychischen Folgen, relativ wenig untersucht (Jin, Shah & Svoboda, 1995). Ursache dafür könnte sein, dass Daten von entsprechenden Leistungsträgern – etwa Krankenkassen – erforderlich sind, die oft nicht oder nur schwer für Forschungsfragen zugänglich sind.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Grobe & Schwartz, 2003) zeigte anhand von Daten der Gmünder Ersatzkasse, dass fast alle Erkrankungen bei arbeitslosen Männern und Frauen häufiger sind. Relativ gering waren die Unterschiede bei Krebsneubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, der Harn- und Geschlechtsorgane und des Bewegungsapparates. Bei Infektionskrankheiten, Krankheiten des Stoffwechsel und des Verdauungssystems, Verletzungen/Vergiftungen, vor allem aber bei psychischen und Verhaltensstörungen gab es deutlich mehr Krankenhausaufenthalte (Tage) bei den Arbeitslosen.

Im telefonischen Bundesgesundheitsurvey 2003 (Lange & Lampert, 2005) ergaben sich für langzeitarbeitslose Männer (mehr als zwölf Monate arbeitslos) höhere Risiken für chronische Bronchitis, Rückenschmerzen, Schwindel, Bluthochdruck und Depressionen. Bei kurzzeitarbeitslosen Frauen (weniger als zwölf Monate arbeitslos) waren die relativen Risiken für Asthma bronchiale, Rückenschmerzen, erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck, Schwindel und Depressionen signifikant gesteigert.

Eine höhere Belastung mit körperlichen Beschwerden durch Arbeitslosigkeit zeigt sich auch in den Daten der Sächsischen Längsschnittstudie (Abbildung 2). Hierzu wurde der G-Score, eine Eigenentwicklung, die die Häufigkeit von Magenschmerzen, Herzbeschwerden, Nervosität und Schlaflosigkeit erfragt, mit den Arbeitslosigkeitserfahrungen in Beziehung gesetzt. Vor allem mehrfach arbeitslose Personen gaben mehr körperliche Beschwerden an.

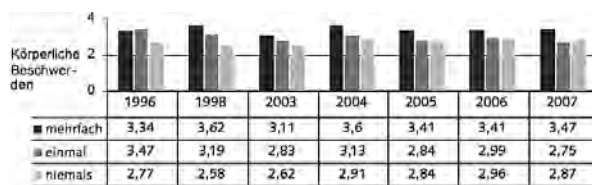


Abbildung 2: Arbeitslosigkeitserfahrungen und körperliche Beschwerden 1996 bis 2007 (G-Score, MW)

in Anspruch nehmen (Virtanen, Kivimäki, Vahtera & Koskenvuo, 2006; Ahs & Westerling, 2006). Einige Untersuchungen (Grobe & Schwartz, 2003; Grobe, 2006) konnten zeigen, dass sich Arbeitslosigkeit (auch bei Adjustierung von Vorerkrankungen, Geschlechts- und Alterseffekten usw.) auf die Sterblichkeit auswirkt: Das Mortalitätsrisiko ist bei Personen mit zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit um den Faktor 3,8 erhöht.

Gesundheitliche Risikofaktoren wie etwa Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum sind bei Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen oft stärker ausgeprägt (vgl. z.B. Bormann, 2006). Studien belegen, dass Arbeitslose für sich jedoch kaum gesundheitliche Risiken sehen und so tatsächlich weniger Angebote (etwa Arztbesuche)

2.3.4 Arbeitslosigkeit und psychische Beschwerden

Metaanalysen (Murphy & Athanasou, 1999) haben gezeigt, dass die psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit oftmals deutlicher sind als die somatischen. Neuere deutsche Bücher zum Thema konzentrieren sich daher auch zumeist auf die psychologischen Aspekte (Zempel, Bacher & Moser, 2001; Kastner, Hagemann & Kliesch, 2005; Holleder & Brand, 2006). Übereinstimmend kommen die vorliegenden Metaanalysen und Überblicksarbeiten zum Thema „Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit“ zum Ergebnis: Arbeitslosigkeit reduziert deutlich das psychische Befinden (z.B. Murphy & Athanasou, 1999; Feather, 1990; Udris, 2005; McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki, 2005; Kieselbach, Winefield, Boyd & Anderson, 2006, oder Winefield, 2002). Dies betrifft nahezu alle Bereiche der menschlichen Psyche u.a.:

- psychische Beschwerden/Störungen (Angst, Depression, somatoforme Störungen ...),
- allgemeines emotionales Wohlbefinden,
- Lebenszufriedenheit, Lebensqualität,
- Persönlichkeit,
- Selbstwertgefühl, Selbstkonzept, Selbstwirksamkeit,
- Selbstmanagement und Lebensgestaltung,
- familiäre Beziehungen und Kohäsion oder
- Alkohol- und Drogenkonsum usw.

Abbildung 3 zeigt den globalen psychischen Distress der Teilnehmer der Sächsischen Längsschnittstudie in Abhängigkeit von den Arbeitslosigkeitserfahrungen. Das Distressniveau wurde mittels des Screeninginstruments D-Score erhoben, das u.a. ängstliche und depressive Symptome erfasst (vgl. Berth, Förster, Stöbel-Richter, Balck & Brähler, 2006). Deutlich erkennbar ist, dass Arbeitslosigkeit mit mehr psychischen Belastungen einhergeht, insbesondere bei mehrfach arbeitslosen Personen.

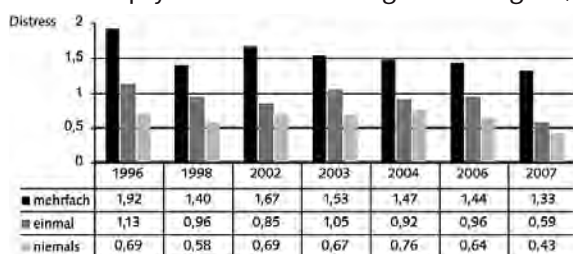


Abbildung 3: Arbeitslosigkeitserfahrungen und psychische Belastung 1996 bis 2007 (D-Score, MW)

Die Wirkung von Arbeitslosigkeit auf die Psyche variiert in Abhängigkeit von verschiedenen Merkmalen. Metaanalysen (Moser & Paul, 2001; Paul, Hassel & Moser, 2006) konnten zeigen, dass Männer, jüngere Personen, Personen mit niedrigerem sozialen und/oder beruflichen Status und Langzeitarbeitslose mehr unter den Folgen von Arbeitslosigkeit leiden. Diese Folgen werden ihrerseits allerdings auch durch Persönlichkeitsmerkmale wie etwa Selbst-

wirksamkeit (z.B. Berth, Förster, Balck, Brähler & Stöbel-Richter, 2005) oder Coping-Strategien (z.B. Christensen, Schmidt, Kriegbaum, Hougaard & Holstein, 2006) beeinflusst.

Diskutiert wird, wie nun genau Gesundheit und Arbeitslosigkeit in Zusammenhang stehen. Die Kausalitätshypothese besagt, dass der Eintritt von Arbeitslosigkeit kausal zu den genannten negativen psychischen und körperlichen Folgen führt. Die Selektionshypothese hingegen postuliert, dass Arbeitslosigkeit als Folge eines schlechteren psychischen oder somatischen Befindens eintritt. Für beide Hypothesen fanden sich in Studien Belege. Für die Kausalitätshypothese etwa bei Lange und Lampert (2005), für die Selektionshypothese z. B. bei Kivimäki, Elovainio, Kokko, Pulkkinen, Kortteinen und Tuomikoski (2003) oder Berth et al. (2006). In den meisten Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass beide Hypothesen als Erklärungsmuster herangezogen werden können.

2.3.5 Empfehlungen

Der Wiedereintritt ins Berufsleben nach einer Phase der Arbeitslosigkeit ist die wirksamste Methode, um das psychische Befinden entscheidend zu verbessern. Es gibt jedoch Belege aus Längsschnittstudien dafür, dass sich die negativen Folgen eines erlebten Arbeitsplatzverlustes nie ganz zurückbilden (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2004). Daher gewinnen Interventionsstrategien mit dem Ziel, die Gesundheit Arbeitsloser zu erhalten oder zu verbessern, mehr und mehr an Bedeutung.

In Deutschland werden zahlreiche Bemühungen unternommen, um die Gesundheit von Arbeitslosen zu fördern. Darunter finden sich sehr umfassende und ambitionierte Projekte, wie etwa „Amiga“ in Brandenburg (von Braunmühl & Toumi, 2006). Besonderes Augenmerk verdient die wachsende Gruppe der Langzeitarbeitslosen, auch hierfür gibt es mittlerweile spezifische Interventionen (für einen Überblick vgl. Mohr & Otto, 2005). So konnten etwa Richter und Nitsche (2002) in ihrer Studie zeigen, dass gemeinnützige Beschäftigung eine – zumindest kurzzeitige – gesundheitsfördernde Wirkung hat und eine Hilfe beim Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt darstellen kann. Als ein niederschwelliges, kurzzeitiges und damit auch kostengünstiges Projekt hat sich das Programm „BKK Job-Fit“ erwiesen, für das auch erste Wirksamkeitsbelege existieren (Hanewinkel, Wewel, Stephan, Isensee & Wiborg, 2006).

Ein Problem ist, dass Arbeitslose oft für sich selbst keine Notwendigkeit sehen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen (vgl. Kirschner & Elkeles, 2006). Daher müssen entsprechende Angebote einer Reihe von Anforderungen genügen, um die Zielgruppe anzusprechen und wirksam sein zu können (vgl. Berth, Balck & Stöbel-Richter, 2007). Dazu gehört u.a. dass diese Angebote niederschwellig und Teile eines Maßnahmenbündels sein müssen, das zuallererst auf eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt zielt und spezifisch auf den Betroffenen (etwa Alter, Geschlecht, Dauer der Arbeitslosigkeit), dessen individuelle Fähigkeiten (etwa Bildungsgrad, Beruf), aber auch auf dessen Defizite ausgerichtet ist. Eine notwendige und grundlegende Interventionsstrategie zur Minderung der Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit muss es sein, den Bedarf angemessen an die Betroffenen selbst zu kommunizieren, da sie ihn selbst nicht wahrhaben können bzw. wollen.

Kritisiert wurde, dass die Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit von der Politik und den Entscheidungsträgern nicht ausreichend wahrgenommen werden (z.B. Hammarstrom & Janlert, 2005). Arbeitslosigkeit sollte in Zeiten sich wandelnder Märkte und sich ändernder Berufsbiografien, hoher Mobilität und Flexibilität eher als ein (vorübergehender) Normalzustand angesehen werden, der Bestandteil jeder Berufsbiografie sein kann. In diese Richtung muss sich auch der Umgang mit Arbeitslosigkeit verändern, zum einen hin zu einer gesellschaftlichen Akzeptanz, weg von einer Stigmatisierung und zum anderen in der Entwicklung von speziellen, auch von den Betroffenen akzeptierten Maßnahmen der Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung.

Literatur

- Ahs, A. M. & Westerling, R.** (2006). Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy*, 78, 178-193.
- Allmendinger, J. & Ebner, C.** (2006). Arbeitsmarkt und demografischer Wandel. Die Zukunft der Beschäftigung in Deutschland. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 50, 227-239.
- Berth, H., Balck, F. & Stöbel-Richter, Y.** (2007). Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Public Health. In T. von Lengerke (Hrsg.), *Public Health-Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten* (S. 148-159). Weinheim: Juventa.
- Berth, H., Förster, P. & Brähler, E.** (2005). Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Lebenszufriedenheit. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen in den neuen Bundesländern. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50, 1-9.
- Berth, H., Förster, P., Balck, F., Brähler, E. & Stöbel-Richter, Y.** (2005). Arbeitslosigkeit, Selbstwirksamkeitserwartung, Beschwerdeerleben. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 328-341.
- Berth, H., Förster, P., Balck, F., Brähler, E. & Stöbel-Richter, Y.** (2007). Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit. Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie. *psychosozial*, 109, 73-83.
- Berth, H., Förster, P., Brähler, E. & Stöbel-Richter, Y.** (2007). Einheitslust und Einheitsfrust. Junge Ostdeutsche auf dem Weg vom DDR- zum Bundesbürger. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Berth, H., Förster, P., Stöbel-Richter, Y., Balck, F. & Brähler, E.** (2006). Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15, 111-116.
- Bormann, C.** (2006). Gesundheitliche Konsequenzen von Arbeitslosigkeit in den alten und neuen Ländern in der Gender-Perspektive. In A. Holleederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 85-96). Bern: Huber.
- Christensen, U., Schmidt, L., Kriegbaum, M., Hougaard, C.O. & Holstein, B. E.** (2006). Coping with unemployment: Does educational attainment make any difference? *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 363-370.
- Feather, N. T.** (1990). *The psychological impact of unemployment*. New York: Springer.
- Grobe, T. G. & Schwartz, F. W.** (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In Robert Koch Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Grobe, T.G. (2006). Sterben Arbeitslose früher? In A. Holleederer & H. Brand (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit (S. 75-84). Bern: Huber.**
- Hammarstrom, A. & Janlert, U. (2005). An agenda for unemployment research: a challenge for public health. *International Journal of Health Services*, 35, 765-777.
- Hanewinkel, R., Wewel, M., Stephan, C., Isensee, B. & Wiborg, G.** (2006). Motivierende Gesprächsführung mit Arbeitslosen. Akzeptanz und Ergebnisse einer Beratung zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. *Das Gesundheitswesen*, 68, 240-249.
- Holleederer, A. & Brand, H. (Hrsg.)**. (2006). *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F. & Zeisel, H. (1933). *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziodemographischer Versuch über die Wirkung langandauernder Arbeitslosigkeit*. Leipzig: Hirzel.
- Jin, R. L., Shah, C. P. & Svoboda, T. J.** (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 529-540.
- Kastner, M., Hagemann, T. & Kliesch, G. (Hrsg.)**. (2005). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung*. Lengerich: Pabst.
- Kieselbach, T. & Voigt, P. (Hrsg.)**. (1994). *Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Kieselbach, T., Winefield, A. H., Boyd, C. & Anderson, S. (Hrsg.)**. (2006). *Unemployment and Health. International and interdisciplinary perspectives*. Bowen Hills: Australian Academic Press.
- Kirschner, W. & Elkeles, T.** (2006). Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarf. In A. Holleederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 97-112). Bern: Huber.

Kivimäki, M., Elovainio, M., Kokko, K., Pulkkinen, L., Kortteinen, M. & Tuomikoski, H. (2003).

Hostility, unemployment and health status: testing three theoretical models. *Social Science & Medicine*, 56, 2139-2152.

Lange, C. & Lampert, T. (2005). Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Bundesgesundheitsblatt*, 48, 1256-1264.

Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychological Science*, 15, 8-13.

McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R. & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76.

Mohr, G. & Otto, K. (2005). Langzeitarbeitslosigkeit: Welche Interventionen machen aus psychologischer Sicht Sinn? *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3, 45-56.

Moser, K. & Paul, K. (2001). Arbeitslosigkeit und seelische Gesundheit. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33, 431-442.

Murphy, G. C. & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99.

Paul, K. I., Hassel, A. & Moser, K. (2006). Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In A. Holleederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 35-52). Bern: Huber.

Richter, P. & Nitsche, I. (2002). Langzeiterwerbslosigkeit und Gesundheit – Stabilisierende Effekte durch Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 52, 194-199.

Udris, I. (2005). Die Kosten der Erwerbslosigkeit – gesundheitlich, psychisch, sozial, gesellschaftlich. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3, 13-29.

Virtanen, P., Kivimäki, M., Vahtera, J. & Koskenvuo, M. (2006). Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services? *BMC health services research*, 6, 123.

von Braunmühl, C. & Toumi, I. (2006). Arbeitsförderung mit integriertem Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt in Brandenburg (AmigA). In A. Holleederer & H. Brand (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit* (S. 215-224). Bern: Huber.

Winefield, A. H. (2002). The psychology of unemployment. In C. v. Hofsten & L. Baeckman (Hrsg.), *Psychology at the turn of the millennium*, vol. 2: Social, developmental, and clinical perspectives (S. 393-408). Florence: Taylor & Frances.

Zempel, J., Bacher, J. & Moser, K. (Hrsg.). (2001). *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*. Opladen: Leske + Budrich.

Korrespondenzadressen

Dr. Hendrik Berth, Prof. Dr. Friedrich Balck
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Fetscherstr. 74
01307 Dresden
berth@inhaltsanalyse.de,
friedrich.balck@uniklinikum-dresden.de

Prof. Dr. Cornelia Albani
Universitätsklinikum Leipzig
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und
Psychosomatische Medizin
Sammelweisstraße 10
04103 Leipzig
cornelia.albani@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. Peter Förster
Forschungsstelle Sozialanalysen
Schweizerbogen 11
04289 Leipzig
prof.foerster@gmx.de

Prof. Dr. Elmar Brähler,
Jun.-Prof. Dr. Yve Stöbel-Richter
Universität Leipzig
Selbstständige Abteilung für Medizinische
Psychologie und Soziologie
Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de,
yve.stoebel-richter@medizin.uni-leipzig.de

INKA SALDECKI-BLECK, SIGRID HOPF, MONIKA FIXEMER,
CHRISTINE BÜCKER-GÄRTNER

2.4 PSYCHISCHE GESUNDHEIT VON FRAUEN IM ARBEITSLEBEN

Der vorliegende Artikel betont die Notwendigkeit eines erweiterten Begriffs von Arbeit und Arbeitsplatz, um der Fragestellung nach psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz gerecht zu werden. Die Autorinnen verdeutlichen, dass bei der Thematisierung dieser Problematik die Geschlechterperspektive zu beachten ist. Die klassische Doppelbelastung von Frauen durch Familien- und Erwerbsarbeit und die damit verbundenen Gesundheitsbelastungen werden aufgezeigt. Eine einseitige Flexibilisierung des Arbeitsmarkt wird kritisiert, da die damit verbundenen stressinduzierten Gesundheitskosten zu hoch sind und Modelle angedacht werden müssen, die Flexibilität im Sinne von Vereinbarkeit der Erwerbsarbeit mit Familienarbeit sowie familienfreundlichen Arbeitgebern auch in die andere Richtung sicherstellen.

2.4.1 Einleitung: Definition des Arbeitsbegriffs

Die Berichte zur menschlichen Entwicklung an die UNO haben gezeigt, dass Frauen weltweit 60 bis 80% aller Arbeit einschließlich unbezahlter Familienarbeit leisten, etwa 10% aller Einkommen beziehen und 1% Anteil an allem Besitz haben (Sadik, 1994). Diese Zahlen regen dazu an, den Begriff „Arbeit“ sorgfältig in verschiedenen gebräuchlichen Bedeutungen zu betrachten: Im allgemeinen Sprachgebrauch steht „Arbeit“ ausschließlich für „bezahlte Arbeit“, wodurch die unbezahlten, gleichwohl (über-)lebensnotwendigen Arbeiten, die fast überall auf der Welt von Frauen geleistet werden, aus dem Bewusstsein verschwinden bzw. unreflektiert zur Freizeit gerechnet werden. Um diesem Phänomen entgegenzuwirken, gilt es, einerseits den Arbeitsbegriff, der klassischerweise nur die Erwerbs- und Berufsarbeit meint, um die Familienarbeit (inklusive Beziehungs-, Erziehungs-, Haus- und Sorgearbeit) zu erweitern (Bücker-Gärtner & Hopf, 2000) und andererseits die verschiedenen Arbeitsformen und die damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen geschlechterdifferenziert zu betrachten (Babitsch, 2006). Dabei bezeichnet „gender“ das Geschlecht als gesellschaftlich bedingten, sozialen Sachverhalt und umschließt als Begriff u.a. die Selbstwahrnehmung von Männern und Frauen und davon abgeleitet ihr gesellschaftliches (Rollen-)Verhalten (Meyers Großes Taschenlexikon, 2003).

2.4.2 Gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz bei der Berufs- und Erwerbsarbeit

Zunehmend sparen Firmen Kosten ein, indem sie Personal entlassen. Das führt zu steigender Arbeitsbelastung bei der verbleibenden Belegschaft, da weniger Menschen unter mehr Druck dieselbe Arbeitsmenge verrichten müssen (Arbeitsverdichtung). Als Folge steigt die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage aus psychischen Gründen, und Burnout-Syndrome werden häufiger. Es wird darum gekämpft, einen Arbeitsplatz zu bekommen oder ihn zu behalten. Das Klima in der Firma und unter den Kolleginnen und Kollegen verschärft sich. Gegenseitige Intrigen und Mobbing nehmen zu. Empirisch nachgewiesen ist, dass Mobbingtäter überdurchschnittlich häufig Männer in Vorgesetztenpositionen sind, die durch ihre betriebliche Machtposition sehr oft viel Nutzen von Mobbing haben. In den Studien wurden ferner als Ursachen Inkompetenz, Feindseligkeit und Konkurrenz nachgewiesen (Schwickerath et al., 2004; Neuberger, 1999). Weitere Sonderbelastungen für Frauen sind die oftmals schlechtere Bezahlung bei gleicher Arbeit sowie der erschwerte Wiedereinstieg in den Beruf (meist von Frauen nach der Elternzeit). Dieser geschieht, wenn überhaupt, mit erheblichen finanziellen Verlusten. Auch, weil Firmen das Teilzeitgesetz oft

unterlaufen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001). Kaum eine Frau kann ihre Karriere finanziell dort fortsetzen, wo sie nach der Geburt ihres ersten Kindes aufgehört hat. Dies führt zu Frustrationen und oft immer noch zu dauerhafter finanzieller Schlechterstellung, besonders in Berufen mit ohnehin niedriger Bezahlung (Bücker-Gärtner & Hopf, 2000; Helfmann & Schulze, 2000).

2.4.3 Gesundheitliche Belastungen durch Entgrenzung von Erwerbs- und Hausarbeitsplatz

In den letzten Jahren erleben wir eine zunehmende Entgrenzung von Erwerbs- und Hausarbeit dadurch, dass Dienstleistungen, die früher von Unternehmen erbracht wurden, heute auf den Menschen im Privatbereich abgewälzt werden, um Kosten zu sparen (z.B. das Ausfüllen von Banküberweisungen). Auch zunehmende Automation führt dazu, dass der Mensch im häuslichen Bereich mit der Handhabung von Maschinen und Geräten nicht nur ent-, sondern auch belastet wird. Immer häufiger gibt es Arbeitsplätze, bei denen das Personal nach Bedarf kurzfristig angefordert wird. Dies bedeutet einen massiven Eingriff in das häusliche Leben für alle Familienmitglieder und große Planungsunsicherheit. Auch die von der Wirtschaft geforderte Mobilität führt zu erheblichen Belastungen des Privatlebens und damit des häuslichen Arbeitsplatzes. Berufsbedingte Trennungen von Partnern führen zu psychischen Belastungen, ungleicher Verteilung der Familienarbeit sowie zu vermehrter Erziehungsleistung und Zuwendung zu den Kindern, damit sie die Veränderungen verkraften, bzw. positiv nutzen können. Die Zunahme flexibler Arbeitszeiten, erhöhte Wochenarbeitszeiten, unfreiwillige Überstunden und die Verdichtung der Erwerbsarbeit lassen kaum noch Zeit und Kraft für ein Privatleben zu Hause und führen zu einer Selbstausschöpfung.

2.4.4 Gesundheitliche Belastungen am häuslichen Arbeitsplatz

Obwohl in einem reinen Erwachsenenhaushalt die Notwendigkeiten häuslicher Grundversorgung für alle gleichermaßen gegeben sind, fühlen sich meist Frauen verstärkt dafür zuständig. Und wenn für die erschöpfenden monoton wiederkehrenden Arbeiten Unterstützung gesucht wird, sind es wiederum meist Frauen, die für niedriges Entgelt Haushaltshilfe leisten.

In einem Haushalt mit Kindern bzw. Pflegebedürftigen sieht es meist so aus, dass die erwerbstätigen Eltern (bzw. Alleinerziehende) erschöpft und entspannungsbedürftig nach Hause kommen, um unter Druck die anstehenden häuslichen Arbeiten zu leisten. Als unmittelbare Folge bleibt wenig Zeit und Muße für Kinder bzw. Pflegebedürftige, für die Zubereitung gesunder Mahlzeiten, für partnerschaftliche Gespräche und sensiblen Umgang mit unmittelbaren Anforderungen (wie z.B. einem schreienden Baby).

Die Zahl der Ehescheidungen nimmt zu. Es gibt immer mehr Alleinerziehende. Dabei entstehen auch zusätzliche Belastungen durch Ex-Beziehungs-Stalking, wobei 81% der weiblichen Opfer schon während der Beziehung physische Gewalt erlitten. Sowie so sind 85% der Opfer beim Stalking Frauen (Wondrak et al., 2006; Voß et al., 2006; Tjaden, 1997, 1998).

Finanzielle Einschränkungen erhöhen den häuslichen Druck. Bei getrennt lebenden Eltern ist die Lebensführung in zwei Haushalten teurer. Finanzielle und steuerliche Abhängigkeiten bestehen weiter. Die meisten unterhaltspflichtigen Männer zahlen kaum Unterhalt. Frauen verlieren immer noch bei der Geburt des ersten Kindes oft ihren Erwerbsarbeitsplatz. Das Recht auf Teilzeitarbeit wird oft umgangen, und die Kinderbetreuungsmöglichkeiten sind immer noch unzureichend. Haushalte Alleinerziehender geraten in finanzielle Not. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Einkommen. (Psychische) Erkrankungen nehmen zu. Überlastungen von Frauen durch Erziehungs- und Hausarbeit können zu psychischen Erkrankungen führen (z.B. Angst- und Pani-

kattacken, Depressivität, Sucht). Schlecht ausgebildete Frauen suchen Sicherheit in Heirat und Kindern. Sie sehen keine Chancen für sich in einer sich verschärfenden Erwerbsarbeitswelt. In traditionellen Ehen (Mann ist berufstätig, Frau arbeitet im häuslichen Bereich) entsteht ein wirtschaftliches Ungleichgewicht, sodass Macht ausgespielt werden kann. Berufsausbildungen von Frauen werden kaum genutzt, was zu Frustrationen führen kann. Oft reicht ein Einkommen für den Lebensunterhalt nicht mehr aus. Die zunehmende zeitliche Befristung von Arbeitsverträgen führt zu Unsicherheiten in der Familien- und der Haushaltsplanung: Wenn ein Partner erwerbslos wird, kann der andere, nichterwerbstätige nicht aushelfen.

2.4.5 Gute Modellprojekte

In der Erwerbsarbeit können u.a. regelmäßige Teambesprechungen und professionelles Konfliktmanagement an allen Arbeitsplätzen die Gesundheit fördern.

In den Niederlanden müssen Arbeitgeber bis zu zwei Jahre Krankengeld zahlen. Folglich kümmern sich Betriebe verstärkt um gesundheitsverträgliche Arbeitsbedingungen.

2.4.6 Empfehlungen

Um die Gesundheit von Frauen in der Erwerbs- und Familienarbeit zu verbessern, müssen gerechte Erwerbsbedingungen hergestellt und zugleich der Wert der Familienarbeit für die Gesamtgesellschaft anerkannt werden.

Verlässliche Vertrauensbeziehungen in der frühen Kindheit sind grundlegend für spätere soziale Kompetenzen, Leistungsfähigkeit, Lebenszufriedenheit und Konfliktfähigkeit (Ahnert, 2008; Becker-Stoll, 2008; Grossmann & Grossmann, 2006). Die Politik kann den Menschen diese Entwicklungsaufgaben nicht abnehmen, aber sie kann Rahmenbedingungen fördern, um diese zu erleichtern. Damit ist vielen Leiden und Folgekosten vorgebeugt.

Es sollte normal werden, dass Frauen und Männer finanziell auf eigenen Füßen stehen und persönlichen Freiraum haben. Ebenso normal sollten berufliche (Teil-)Auszeiten zur Wahrnehmung von Familien- und anderen gesellschaftlichen Aufgaben sein, mit dem Angebot professioneller Begleitung für den Wiedereinstieg.

Zu fordern sind deshalb:

1. Menschenwürdige Mindestlöhne und gleicher Lohn für gleiche Arbeit für beide Geschlechter. Finanzielle Regelungen (Tarife, Steuern, Unterhalt, Rente) müssen deshalb auf implizite Rollenzuschreibungen überprüft werden. Dazu gehört auch die Rentenabsicherung für gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften.

2. Die Erwerbsarbeit muss Gesundheitserhaltung als zentrales Moment berücksichtigen und in gesundheitsfördernder Weise organisiert werden. Das Teilzeit- und das Gleichstellungsgesetz müssen konsequent umgesetzt werden.

3. Familienergänzende Kinderbetreuung muss noch stärker nach neuesten Ergebnissen der entwicklungs- und sozialpsychologischen Forschung ausgerichtet werden (adäquater Personalschlüssel, Bezahlung, Ausbildung und Supervision).

4. Zur Förderung der Berufschancen beim Berufseinstieg und beim Wiedereinstieg nach der Elternzeit sollten Coaching-Angebote für Frauen und Stressbewältigungstrainings für beide Elternteile vorgehalten werden.

5. In der Gesundheitsforschung und Versorgungspraxis muss noch mehr auf Geschlechterunterschiede geachtet werden.

Literatur

- Ahnert, L.** (im Druck). Bindungsentwicklung im Spannungsfeld von Familie und öffentlicher Betreuung. Internationales und interdisziplinäres Symposium der Theodor- Hellbrügge- Stiftung 1. und 2.12.07: Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft – Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Babitsch, B.** (2005). Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Huber.
- Becker-Stoll, F.** (im Druck). Von der Eltern-Kind-Bindung zur Erzieher-Kind-Beziehung. In Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft - Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bücker-Gärtner, C. & Hopf, S.** (2000). Arbeit und Gender aus psychologischer Sicht. Zeitschrift für Politische Psychologie, 8 (2+3), 123-124.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.).** (2001). Teilzeit – alles, was Recht ist (Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge). Verfügbar unter http://www.bmas.de/coremedia/generator/1426/property=pdf/teilzeit__alles__was__recht__ist.pdf [25.03.2008]
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E.** (2006). Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Helfmann, B. & Schulze, F.** (2000). Arbeitszeitverkürzung: Auswirkungen auf die 24-Stunden-Belastung von Frauen und die ihrer männlichen Haushaltspartner. Zeitschrift für Politische Psychologie, 8 (2+3), 249-260.
- Leymann, H. (Hrsg.).** (1995). Der neue Mobbing-Bericht. Reinbek: Rowohlt.
- Meyers Lexikonverlag** (Hrsg.). (2003). Meyers Grosses Taschenlexikon. Mannheim: Brockhaus.
- Neuberger, O.** (1999). Mobbing – Übel mitspielen in Organisationen. München: Rainer Hampp Verlag.
- Sadik, N.** (1994). Weltbevölkerungsbericht 1994 – Entscheidungsfreiheit und Verantwortung. Bonn: UNO-Verlag.
- Schwickerath, J., Carls, W., Zielke, M. & Hackhausen, W.** (2004). Mobbing am Arbeitsplatz. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Tjaden, P. & Thoennes, N.** (1998). Stalking in America: findings from the National Violence against Women Survey. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Tjaden, P. & Thoennes, N.** (1997). Stalking in America: findings from the National Violence against Women Study. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Voß, H.-G., Hoffmann, J. & Wondrak, I.** (2006). Belästigung – Bedrohung – Gefährdung: Stalking aus Sicht des Stalkers. In J. Hoffmann & H.-G. Voß (Hrsg.), Psychologie des Stalking. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Wondrak, I., Meinhardt, B., Hoffmann, J. & Voß, H.-G.** (2006). Opfer von Stalking-Ergebnisse der Darmstädter Stalkingstudie. In J. Hoffmann & H.-G. Voß (Hrsg.), Psychologie des Stalking. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Inka Saldecki-Bleck

Finkenweg 22
53859 Niederkassel-Ranzel
inka.saldecki-bleck@t-online.de

Dr. Dipl.-Psych. Sigrid Hopf

Begonienstraße 10
80939 München

Dipl.-Psych. Monika Fixemer

Bahnhofstr. 8
66111 Saarbrücken
monika.fixemer@t-online.de

Dipl.-Psych. Christine Bücker-Gärtner

Gleichstellungsbeauftragte der
Fachhochschule Flensburg
Kanzleistr. 91-93
24943 Flensburg
christine.buecker-gaertner@fh-flensburg.de

SIRKO KUPPER, HERMANN PAULUS,
EDDA GOTTSCHALDT, GÖTZ MUNDLE

2.5 PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN GESUNDHEITSBERUFEN

Der vorliegende Artikel macht deutlich, dass gerade im Gesundheitswesen ein erhöhtes Krankheitsrisiko für Mitarbeiter vorherrscht. Erhöhte Raten bei Berufsausstieg, Burnout, Depression, Suchterkrankungen sowie Suiziden veranschaulichen die Problematik, dass betriebliche Gesundheitsförderung nach wie vor zu sehr auf dem individuellen statt auf dem organisatorischen Level ansetzt. Gerade da professionelle Helfer im Gesundheitssystem häufig einem überhöhten Idealbild folgen, das sie zusätzlich unter Druck setzt, werden psychische und andere Erkrankungen zu spät behandelt und chronisch. Verschiedene Interventionen und Behandlungsmaßnahmen mit hohen Erfolgsraten für Betroffene werden vorgestellt. Es wird klar, dass Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen ihrer Vorbildfunktion nicht gerecht wird, da von der üblichen Intervention im Krankheitsfall bis hin zur präventiven und begleitenden Gesundheitsförderung Entwicklungsbedarf besteht.

2.5.1 Epidemiologie

Psychische Störungen gehören weltweit zu den häufigsten Krankheitsbildern und sind heute in Deutschland die häufigste Ursache für Berufsunfähigkeit. Über ein Viertel der Bevölkerung erkrankt pro Jahr an einer psychischen Störung, über 50% der EU Bürger einmal im Leben (Wittchen, 2005). Trotz insgesamt sinkender Krankenstände haben die Krankschreibungen und Berentungen aufgrund psychischer Störungen in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen (Lademann et al., 2006).

Über psychische Störungen von Psychologen und Psychotherapeuten gibt es bisher nur wenige Studien, die allerdings auf mindestens genauso hohe Prävalenzraten wie in der Allgemeinbevölkerung hinweisen. Wenngleich bis zu 80% aller Psychotherapeuten mit ihrem Beruf zufrieden sind (Willutzki et al., 1997; Reimer, 2005), scheint das Burnout-Risiko für Psychologen und Psychotherapeuten erheblich zu sein (Abramovitz, 2005). Bis zu 50% der Psychotherapeuten erkranken an Depressionen, bis zu 80% haben schwere persönliche Probleme infolge Beziehungsschwierigkeiten, und die Suizidraten sind auf das Drei- bis Fünffache erhöht (Reimer et al., 2005; Braun et al., 2007). In einer Online-Studie zeigten sich unabhängig von Geschlecht, Alter, Berufsgruppe und Berufserfahrung ein Drittel der Therapeuten sekundär traumatisiert (Daniels, 2007).

Allgemeine Untersuchungen über die psychische Gesundheit von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, insbesondere von Ärzten, zeigen, dass mindestens 20% der Ärzte an einem Burnout-Syndrom leiden und bis zu 10% der Ärzte an einer substanzbezogenen Störung erkranken (Mundle et al., 2007). Die Suizidraten von Medizinerinnen sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bis zu dreifach erhöht, bei Medizinerinnen bis zu fünffach (Silvermann, 2000).

Häufig führen psychische Probleme bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen zum Berufsfeldwechsel. Cherniss (1995) zeigte, dass Helfer sich nach zwölf Jahren aufgrund des Ausbrennens in der berufeigenen Tätigkeit in Bereiche begaben, in denen sie weniger mit Patienten zu tun hatten. Ein Therapeut wird zum Beispiel Managementberater, ein Pflegedienstleiter geht in die Krankenhausorganisation (Jaeggi, 2003). Die europäische NEXT-Studie (Büscher, Hasselhorn & Tackenberg, 2004) über den Berufsausstieg von Pflegekräften zeigte, dass ein Fünftel der in der Pflege Beschäftigten ihren Beruf verlassen. Gründe hierfür liegen in fehlender Personalentwicklung und fehlender Vereinbarkeit mit einem erfüllten Privatleben.

Hintergrund der hohen Prävalenzraten von psychischen Störungen bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen und Psychotherapeuten ist neben den zunehmenden Belastungen durch die Veränderungen des Gesundheitswesens häufig ein zu hohes Idealbild. Der Beruf wird von den Ausübenden auch heute noch als Berufung mit hohem Anspruch an sich selbst gesehen. Jaeggi (2003) berichtet von einer Untersuchung an 2000 Psychotherapeuten, die die Merkmale Warmherzigkeit, Beziehungsfähigkeit, Empathie, Reife, Ausgeglichenheit, Kreativität sowie soziale Kompetenz bei sich im beruflichen und privaten Kontext sehen. Die Beziehungsfähigkeit und die Reife, Beziehungen dauerhaft kompromissvoll und einigermaßen harmonisierend zu gestalten, stellen grundsätzlich wichtige Voraussetzungen für den Beruf des Psychotherapeuten dar.

Im Gegensatz zu den hohen Erwartungen an den eigenen Berufsstand und das eigene Selbstverständnis bleibt für Psychotherapeuten und Mitarbeiter im Gesundheitswesen aufgrund der anstrengenden und einnehmenden Arbeit kaum noch Zeit für Aufmerksamkeit, Offenheit und Interesse gegenüber der Familie und den Kindern übrig (Sonnenmoser, 2005). Psychotherapeuten sind bei der häuslichen Konflikt- und Problembewältigung nicht so professionell wie im Beruf. Statt dem Anspruch der Gesellschaft gerecht zu werden, „Beziehungsexperten“ mit „makellosem Familienleben“ zu sein, findet sich bei Psychotherapeuten eine höhere Scheidungsrate als in der Normalbevölkerung (Reich, 2005). Andererseits leben 91,3% der ärztlichen und 84% der psychologischen Psychotherapeuten in einer festen Partnerschaft (Reimer, Jurkat, Vetter & Raskin, 2005).

Aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse ist davon auszugehen, dass Mitarbeiter im Gesundheitswesen ein erhöhtes Risiko haben, selbst zu erkranken. Daher müssen sie sich der Frage stellen, wie die eigene seelische Gesundheit erhalten oder wiederhergestellt werden kann. Die adäquate Bewältigung der zunehmenden Belastungen durch das Gesundheitswesen und die eigenen Ansprüche an sich selbst stellt eine doppelte Herausforderung für jeden Einzelnen dar. Ihre Bewältigung macht für die Mitarbeiter des Gesundheitswesens nicht nur eine berufliche Kompetenzentwicklung notwendig, sondern stellt zur Erhaltung der eigenen psychischen Gesundheit insbesondere auch eine persönliche Herausforderung dar. Gelingt es nicht, ein kreatives Gleichgewicht herzustellen, so können aus anfänglich unspezifischen Stresssymptomen spezifische Krankheitsbilder wie Burnout, Depression, Angst oder Abhängigkeitserkrankungen entstehen.

2.5.2 Teufelskreis Burnout

Das Burnout-Syndrom wurde 1974 von Herbert Freudenberger, einem amerikanischen Psychoanalytiker, als ein Zustand der emotionalen und körperlichen Erschöpfung beschrieben. Freudenberger untersuchte damals ehrenamtliche Mitarbeiter des Gesundheitswesens, meist in therapeutischen Wohngemeinschaften, Frauenhäusern und Kriseninterventionszentren. Gerade bei zuvor sehr engagierten Mitarbeitern fand er Veränderungen im Verhalten und Erleben wie emotionale Gleichgültigkeit und allgemeine Erschöpfung, Resignation, Desinteresse oder Zynismus gegenüber Patienten, Schlaf- und Verdauungsstörungen, vermehrter Alkohol- oder Drogenkonsum. Für diese sehr facettenreichen Zustandsbilder, die alle im direkten Zusammenhang mit einer beruflichen Überforderung standen, prägte er den Begriff „Burnout“. Heute verstehen wir Burnout als eine individuelle Reaktion auf berufliche Überforderungen vor dem Hintergrund der individuellen Lebens- und Lerngeschichte (Maslach, 1982; Burisch, 2005). Das Marktforschungsinstitut EMNID berichtete, dass jeder vierte deutsche Erwerbstätige unter Burnout leide. Auch die WHO beschreibt Burnout als das Ergebnis einer ungünstigen Stressbewältigung und klassifiziert das Beschwerdebild als „Probleme, verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ (Erschöpfungssyndrom, ICD 10 Z73.0; WHO, 1991).

2.5.3 Behandlungsangebote für Burnout, Depression, Angst oder Abhängigkeitserkrankungen

Bevor ein Psychologe oder Psychotherapeut wegen einer psychischen Störung Hilfe aufsucht, müssen Schamgefühle, Angst vor Stigmatisierung und dem Verlust der beruflichen Existenz überwunden werden. Diese inneren Hürden erschweren eine Hilfe in einem frühen Stadium der Störung. Viele begeben sich nicht aus eigenem Antrieb, sondern erst durch die Intervention besorgter Kollegen oder Angehöriger in Behandlung. Die Konsequenz ist, dass die Krankheitsbilder in ihrem Verlauf und ihrer Schwere sowie in den negativen Auswirkungen auf den Therapeuten und dessen Familie weit fortgeschritten sind, bevor professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird.

Bei der Erstellung von therapeutischen Konzepten gilt es daher, neben den typischen diagnosespezifischen Maßnahmen offene und vertrauliche Hilfsangebote vorzuhalten, bei denen betroffene Therapeuten möglichst frühzeitig Informationen über Behandlungsmöglichkeiten erhalten und konkrete Therapieschritte inklusive Finanzierung und Vertretung organisiert und koordiniert werden können. Bei Klienten aus Gesundheitsberufen und insbesondere bei Therapeuten besteht zu Beginn der Behandlung die zentrale therapeutische Aufgabe darin, sie zu motivieren, selbst die Patientenrolle anzunehmen. Dies ist für die meisten Betroffenen ein ebenso schwieriger Schritt wie auch für die behandelnden Psychologen oder Psychotherapeuten. Auch Letztere müssen lernen, ihre Psychotherapeuten-Patienten wie andere Patienten zu behandeln (Mundle et al., 2007, Mundle & Gottschaldt 2008).

Gelingt dies, können die typischen Behandlungselemente einer ambulanten oder stationären Psychotherapie wie Einzel- und Gruppentherapie, themenzentrierte Indikationstherapien zu den einzelnen Aspekten von spezifischen psychischen Störungen, z.B. Depressions- oder Angstgruppen, sowie die sogenannten „nonverbalen“ Verfahren wie Körper-, Gestaltungs- oder Beschäftigungstherapie durchgeführt werden. Die Einbeziehung der Angehörigen gehört heute ebenfalls zum Standardprogramm. Die Behandlungsdauer beträgt je nach Behandlungseinrichtung und Schwere des Krankheitsbildes zwischen sechs und 16 Wochen.

Hilfreich für eine rasche und erfolgreiche Hilfe sind spezialisierte Behandlungsangebote, wie sie von den Ärztekammern seit vielen Jahren für abhängige Ärzte angeboten werden. Ein modellartiges Behandlungsangebot für betroffene Ärzte ist das Interventionsprogramm der Hamburger Ärztekammer, das auf Initiative von Privatdozent Dr. Klaus-Heinrich Damm, damals Geschäftsführender Arzt der Hamburger Ärztekammer, und Prof. Dr. Matthias Gottschaldt, selbst betroffener alkoholabhängiger Arzt und Gründer der Oberbergkliniken, vor etwa 15 Jahren entwickelt wurde (Beelmann, 2007). Im Mittelpunkt des Programms steht das Prinzip „Hilfe statt Strafe“. Neben vertraulichen Erstgesprächen vermittelt die Hamburger Ärztekammer abhängige Ärzte in entsprechende stationäre Behandlungseinrichtungen und organisiert sowie koordiniert die ambulante Nachsorge. Die Ärztekammer versteht sich dabei nicht vorrangig als berufsaufsichtsführende Institution, sondern versucht, der Fürsorgepflicht für ihre Mitglieder folgend, im Interesse der Betroffenen und damit auch der Patienten Hilfestellung zu leisten.

Ein spezifisches Behandlungsangebot für Mitarbeiter des Gesundheitswesens, insbesondere für Ärzte und Psychotherapeuten, bieten die Oberbergkliniken in Berlin-Brandenburg, im Schwarzwald und im Weserbergland (www.oberbergkliniken.de) (Gottschaldt, 1997). Im Rahmen des intensiven und individuellen Behandlungskonzeptes mit täglichen Einzel- und Gruppengesprächen ist es möglich, auf die spezifischen Bedürfnisse und Hemmschwellen von Ärzten und Therapeuten, gerade zu Beginn einer Therapie, einzugehen. Der erkrankte Psychologe oder Psychotherapeut

muss lernen, seine professionelle Rolle abzulegen und Hilfe anzunehmen. Der praktizierende Therapeut muss souverän in seiner professionellen Rolle handeln und mit möglichen Selbstzweifeln, die durch die betroffenen Kollegen ausgelöst werden, adäquat umgehen können.

Behandlungsprogramme, die spezifisch auf die Bedürfnisse von Psychologen und Psychotherapeuten eingehen, wie z.B. das stationäre Behandlungsangebot der Oberbergkliniken oder das Interventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg, welches primär auf Ärzte und ärztliche Psychotherapeuten fokussiert ist, weisen gute Erfolge auf. Einjahreskatamnesen zeigen Erfolgsraten von teilweise über 90% (Mundle & Gottschaldt, 2007, 2008). Es wird deutlich, wie wichtig der Ausbau von spezialisierten Behandlungskonzepten ist, die auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter des Gesundheitswesens eingehen, um eine dauerhafte Gesundung der Erkrankten zu erreichen und damit ihre Berufsfähigkeit zu sichern.

Die Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt (www.deutsche-suchtstiftung.de) setzt sich aktiv mit dieser Fragestellung auseinander (Mundle, 2007). Die von der Stiftung gegründete Expertenrunde „Seelische Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten“ widmet sich aktiv diesen Fragestellungen und hat am 6.12.2007 in Berlin das Symposium „Gesundheitswesen ohne Seele?“ veranstaltet. Die Geschäftsführerin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, Birgit Heinrich, hat auf diesem Symposium erste Ansätze für ein Interventionskonzept für betroffene psychologische Psychotherapeuten skizziert. Grundgedanke ist, betroffenen Therapeuten frühzeitig Hilfe anzubieten, um einer Chronifizierung einer möglichen Erkrankung vorzubeugen.

2.5.4 Seelische Gesundheit – Luxus oder Leitbild?

Die Mehrheit der Mitarbeiter des Gesundheitswesens verbringt die meiste Zeit ihres Lebens an ihrem Arbeitsplatz. Gerade bei Psychotherapeuten kann die Arbeit ein Ort der persönlichen Entfaltung und Selbstverwirklichung sein. Überforderungen oder Niederlagen am Arbeitsplatz können dementsprechend den Selbstwert massiv erschüttern und zu schweren persönlichen Krisen führen. Die Bewältigung dieser sehr unterschiedlichen Herausforderungen erfordert ein kreatives Gleichgewicht zwischen Arbeit und Privatleben bzw. zwischen äußeren und inneren Werten (Unger & Kleinschmidt, 2006).

Berufliche Spannungsfelder bieten jedoch auch die Chance, den Umgang mit Anforderungen am Arbeitsplatz und im Privatleben zu erlernen und sein eigenes seelisches Gleichgewicht aktiv zu gestalten. Wichtige Faktoren für die seelische Gesundheit sind eine körperliche Fitness, eine psychische „Wellness“ und eine seelisch-geistige Werteorientierung. Für die körperliche Fitness ist die Achtsamkeit gegenüber einfachen körperlichen Grundbedürfnissen wie z.B. regelmäßige Pausen, Mahl- und Erholungszeiten oder regelmäßiger Sport Grundvoraussetzung. Die psychische „Wellness“ erfordert eine Achtsamkeit gegenüber der eigenen Persönlichkeit. Gelingt es, die eigenen Leistungspotenziale und Grenzen wahrzunehmen und zu akzeptieren, so können die Erwartungen an die eigenen Möglichkeiten realistisch angepasst werden. Neben einer rationalen erfordert dies eine emotionale Kompetenz, die die Wahrnehmung von eigenen Stärken und Schwächen und die Akzeptanz von Scheitern und Misserfolgen ermöglicht. Berufliches Scheitern und berufliche Misserfolge sind eine Chance, wenn es gelingt, sich mit den damit verbundenen Gefühlen von Schuld und Scham auseinanderzusetzen und sich von dem Mythos, unverwundbar zu sein, zu lösen. Alltägliche Möglichkeiten zur emotionalen Entspannung und zur Stärkung der psychischen „Wellness“ sind Hobbys wie z.B. das Spielen eines Musikinstrumentes, der Besuch eines Konzertes oder kreative Tätigkeiten wie Malen oder Tanzen.

Die seelisch-geistige Orientierung erfordert eine aktive und bewusste Innenschau. Statt gegen seine eigene Natur anzukämpfen, sollte jeder auf seine „innere Stimme“ und seinen „inneren Rhythmus“ hören, um aus den eigenen Quellen Kraft ziehen zu können. Gerade Krisen ermöglichen eine Weiterentwicklung der Gesamtpersönlichkeit, wenn es gelingt, eine innere Neubewertung und Neuorientierung vorzunehmen. Ein achtsames Wahrnehmen und eine achtsame Berücksichtigung der eigenen und beruflichen Anforderungen können zu einem erfüllten Miteinander von Beruf und Freizeit und so zur eigenen seelischen Gesundheit beitragen. Gelingt dies, so wird aus einer Erschöpfungsspirale eine Gesundheitsspirale (Segal et al., 2002; Siegrist, 2002; Sprenger, 2005; Kabat Zinn, 2006; Unger & Kleinschmidt, 2006). Seelische Gesundheit entsteht, wenn jeder Einzelne lernt, seine eigenen Ressourcen optimal zu erkennen und zu entfalten. Die äußeren und inneren Herausforderungen im Beruf sind immer eine Chance für persönliches Wachstum, wenngleich in diesem Spannungsfeld eine vollständige Deckung der Interessen zwischen Arbeitnehmer und Gesundheitswesen kaum möglich ist. Notwendig ist ein kreatives Miteinander der unterschiedlichsten beruflichen und privaten Interessen.

2.5.5 Empfehlungen

Betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen erfüllt eine wichtige Vorbildfunktion, verdeutlicht die Fürsorgepflicht der Arbeitgeber und ist nicht nur wegen des erhöhten Erkrankungsrisikos der Mitarbeiter im Gesundheitswesen eine Notwendigkeit.

Bei einem Anteil von 20% Berufsaussteigern und den geschilderten krank machenden überhöhten Ansprüchen, die Mitarbeiter im Gesundheitswesen an sich stellen, wird es umso deutlicher, dass Veränderungen der Systemstrukturen durch kontinuierliche Organisations- und Personalentwicklung vonnöten sind, um das Thema Gesundheitsförderung von der individuellen Ebene des einzelnen Mitarbeiters auf eine verpflichtete Organisationsebene zu bringen.

Gerade Krankenkassen sind hier in die gesellschaftliche und politische Verantwortung zu nehmen, da sie als Auftraggeber im Gesundheitswesen für finanziellen Druck mit unmittelbaren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz der bei ihnen Versicherten sorgen. Dieses Paradoxon macht deutlich, dass Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen ohne verpflichtende organisatorische Gesundheitsförderung undenkbar sein sollten, da sie dem dringend notwendigen Modellcharakter für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz völlig zuwider laufen.

Literatur

Abramovitz, M. (2005). The largely untold story of welfare reform and the human services. *Social Work*, 50 (2), 175-186.

Beelmann, K. (2007). Interventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg. Soforthilfe für suchtkranke Ärzte. *MMW – Fortschritte der Medizin*, 149 (27-28), 32-33.

Braun, M., Freudenmann, R. W., Schönfeldt-Lecuona

C. & Beschoner P. (2007). Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei Ärzten. Ein Überblick zur derzeitigen Datenlage in Deutschland. *Psychoneuroendocrinology*, 33 (1), 19-22.

Burisch, M. (2005). Das Burnout Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin: Springer.

Büscher, A., Hasselhorn, H.-M. & Tackenberg, P. (2004). NEXT – Nurses early exit study – Eine Studie zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf in Europa. *Hospital*, 6 (1), 39-41.

Cherniss, C. (1995). Beyond Burnout. Helping Teachers, Nurses, Therapists and Lawyers Recover from Stress and Disillusionment. New York: Routledge.

Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft,*

Psychologische Medizin (ZPPM), 3.

Dilling et al. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD10 V (F). Bern, Göttingen: Huber.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.

Gottschaldt, M. (1997). Alkohol und Medikamente: Wege aus der Abhängigkeit. Stuttgart: Trias.

Jaeggi, E. (2003). Und wer therapiert die Therapeuten? (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Jurkat, H. B. & Reimer, C. (2001). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, 1745-1750.

Jurkat H. B., Vollmert C. & Reimer C. (2003). Konflikterleben von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 213-231.

Kabat Zinn, J. (2007). Im Alltag Ruhe finden. Frankfurt: Fischer.

Lademann, J., Mertesacker, H. & Gebhardt, B. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 123-129.

Maslach, C. (1982). *Burnout – the Cost of Caring*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Mundle, G. (2007). Ärztesundheit: Eine zentrale Aufgabe der Deutschen Suchtstiftung Matthias Gottschaldt. *Psychoneuro*, 33 (1+2), 3.

Mundle, G., Banger, M., Mugele, B., Stetter, F., Soyka, M., Veltrup, C. & Schmidt, L. G. (2001). AWMF-Behandlungsleitlinie: Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht*, 49, 147-167.

Mundle, G. & Gottschaldt, E. (2007). Hilfsangebote für suchtkranke Ärzte – spezifische Behandlungsmaßnahmen ermöglichen eine erfolgreiche Behandlung. *Psychoneuro*, 33 (1+2), 13 –18.

Mundle, G. & Gottschaldt, E. (2008). Abhängigkeitserkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 133, 17-20.

Mundle, G., Jurkat, H. B., Reimer, C., Beelmann, K., Kaufmann, M. & Cimander, K. F. (2007). Suchttherapie bei abhängigen Ärzten: Strategie der Prävention und Therapie. *Psychotherapeut*, 52 (4), 273-279.

Reich, G. (2005). Psychotherapeuten und ihre Familien. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren unmöglichen Beruf* (S. 164-172). Stuttgart: Schattauer Verlag.

Reimer, C., Jurkat, H. B., Vetter, A. & Raskin, K. (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Eine Vergleichsuntersuchung. *Psychotherapeut*, 50 (2), 107-114.

Reimer, C., Trinkaus, S. & Jurkat, H. B. (2005). Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten – eine Übersicht. *Psychiatrische Praxis*, 32 (8), 381-385.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.

Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. In P. Perrewe & D. Ganster (Hrsg.), *Research in occupational stress and well being: historical and current perspectives on stress and health* (S. 261-291). New York: Elsevier.

Silverman, M. (2000). Physicians and suicide. In L. S. Goldman, M. Myers & L. J. Dickstein (Hrsg.), *The Handbook of Physician Health: Essential Guide to Understanding the Health Care Needs of Physicians* (S. 95-117). Chicago: American Medical Association.

Sonnenmoser, M. (2005). Psychotherapeuten – privat: „Daheim nichts als abschalten“. *Deutsches Ärzteblatt*, 10. August 2005, S. 356.

Sprenger, B. (2005). Im Kern getroffen. Attacken auf Selbstwertgefühl und wie wir unsere Balance wiederfinden. München: Kösel.

Willutzki, U., Ambühl, H., Cierpka, M., Meyerberg, J., Orlinsky, D. und das SPR Collaborative Research Network (1997). Zufrieden oder ausgebrannt: Die berufliche Moral von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In P. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf* (S. 207-222). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Unger, H. P. & Kleinschmidt, C. (2006). *Bevor der Job krank macht*. München: Kösel.

Wittchen, H. U. (2005). Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Vortrag auf dem 1. Deutscher Präventionskongress Dresden 2005.

Korrespondenzadresse

Dr. Sirko Kupper

Oberbergklinik Weserbergland

Brede 29

32699 Extertal-Laßbruch

Sirko.kupper@oberbergkliniken.de

2.6 PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM LEHRERBERUF

Der Beitrag gibt einen detaillierten Überblick zu den Arbeitsbedingungen von Lehrern und deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Bei Ruhestandsversetzungen von Lehrern liegt mit 24% (Durchschnitt aller Beamtengruppen: 21%) eine überdurchschnittliche Quote vorzeitiger Pensionierung wegen Dienstunfähigkeit vor, davon 52% psychische und Verhaltensstörungen. Der Arbeitsplatz „Schule“ ist charakterisiert durch fehlende Arbeits- und Anforderungsanalysen, was die Standardisierung von Arbeitsbedingungen und die Eignungsbeurteilung bei Lehramtskandidaten erheblich erschwert.

2.6.1 Datenlage

An den 49.400 schulischen Einrichtungen in Deutschland arbeiten für 12,9 Mio. Schülerinnen und Schüler 840.000 Lehrkräfte (Vollzeit 491.000/Teilzeit 349.000), davon rund 508.000 Lehrerinnen. 49,5% der Lehrerschaft sind älter als 50 und 8% älter als 60 Jahre (Statistisches Bundesamt, Fachserie 11).

Während in den alten Bundesländern Lehrkräfte im Regelfall den Beamtenstatus besitzen, sind die Lehrerinnen und Lehrer in den neuen Bundesländern meist Angestellte.

Im Jahre 2006 wurden bundesweit 18.313 beamtete Lehrkräfte mit durchschnittlich 62,4 Jahren in den Ruhestand entlassen, das sind 13% mehr als 2005 (durchschnittliches Renteneintrittsalter 2005: 63,2 Jahre). 75% der Lehrkräfte erreichten die Altersgrenze (63 bis 65 Jahre) und 4.388 Lehrkräfte, d.h. 24%, wurden aus gesundheitlichen Gründen mit durchschnittlich 57 Jahren vorzeitig pensioniert. In allen Beamtengruppen wurden 21% der Ruhestandsversetzungen wegen Dienstunfähigkeit ausgesprochen, im Vollzugsdienst 21% und in den sonstigen öffentlichen Bereichen 17%.

Die Unterschiede zwischen den Ländern sind erheblich: So erfolgten z.B. in Rheinland-Pfalz 2006 19,2% der Ruhestandsversetzungen aller Beamten wegen Dienstunfähigkeit; bei Lehrkräften 17,7%, im Polizei- und Vollzugsdienst 41%. Die bisherige Spitzenreiterposition der Lehrkräfte ist Vergangenheit – nicht zuletzt wegen der Altersteilzeit. (http://www.fm.rlp.de/Verwaltung/fr_Verwaltung.htm).

Es gibt zudem große Unterschiede zwischen den Schularten: Bei insgesamt 13% Ruhestandsversetzungen wegen Dienstunfähigkeit stellten in Rheinland-Pfalz 2007 z.B. die Lehrkräfte an Grund- und Hauptschulen 42% der Frühpensionierungen, obwohl ihr Anteil an der Lehrerschaft nur 36% beträgt, während an Gymnasien zwar 22% der Lehrkräfte tätig sind, aber nur 12% aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig pensioniert werden mussten.

2.6.2 Lehrer*gesundheits:

Die Balance von KÖNNEN – WOLLEN – SOLLEN

Der Grad der psychischen Gesundheit im Zusammenhang mit dem Beruf wird hier als Resultante aus KÖNNEN – WOLLEN – SOLLEN verstanden (Heyse 2007). Dabei steht KÖNNEN für die individuellen Ressourcen, die persönlichen und beruflichen Kompetenzen sowie für Gelingensaspekte in Anbetracht der jeweiligen Situation. SOLLEN umfasst die Arbeitssituation mit ihren Aufgaben, Anforderungen und Belastungen, während die Leistungsmotivation, die beruflichen und privaten Zielsetzungen und das persönliche Anspruchsniveau an die Qualität eigener Arbeit und Lebensführung mit WOLLEN bezeichnet werden. Im Verhältnis dieser Faktoren zueinander sind Risiken auszumachen, z.B. Über- und Unterforderung, Selbstaussbeutung und Selbstverwöhnung, Überidentifikation und innere Kündigung.



2.6.3 SOLLEN: Anforderungen und Tätigkeiten, Belastungen und Gefährdungen

Aufgaben

Für den Lehrerberuf existiert keine verbindliche Arbeitsanalyse, mit der die Aufgaben und Tätigkeiten, ihre psychischen, physischen und sozialen Umfeld- bzw. Ausführungsbedingungen sowie die Organisationsmerkmale in den verschiedenen Schularten identifiziert werden könnten. Aussagen über den Arbeitsplatz müssen daher auf andere Quellen zurückgreifen, vor allem auf den Bildungs- und Erziehungsauftrag, wie er in den Schulgesetzen der Länder formuliert ist, oder die Aufgabenbeschreibung der Kultusministerkonferenz (KMK 2000).

Was der sehr allgemein formulierte Bildungs- und Erziehungsauftrag konkret bedeutet, wie er erfüllt werden kann und welche Kompetenzen und Bedingungen nötig sind, um diese Ziele zu erreichen, ist der „Übersetzung“ in tägliches unterrichtliches und erzieherisches Handeln anheim gestellt; Lehrpläne geben dafür eine Orientierung. Lehrkräfte, Eltern, Schüler, Wirtschaft, Schulaufsicht und andere lesen den Bildungs- und Erziehungsauftrag durchaus verschieden und widersprüchlich, was ein hohes (Ziel-)Konfliktpotenzial enthält.

Anforderungen und Tätigkeiten

Der Bildungs- und Erziehungsauftrag umfasst eine Vielzahl von Tätigkeiten, die jeweils außerordentlich komplex sind und situativ, nach dem Alter der Schülerinnen und Schüler und auf die jeweilige Schulart bezogen, modifiziert werden müssen: Auswahl von Unterrichtsstoff, Planung des Unterrichtsverlaufes bzw. einer -reihe, Unterricht durchführen, jederzeit justiziables Prüfen, Korrigieren und Bewerten, fördern, fordern, Kritik üben, ermutigen, trösten, beraten (Eltern, Schüler), mitwirken bei der Schul- und Organisationsentwicklung (Konferenzen, Projekte, Arbeitsgruppen, Delegation usw.), innerschulische Kooperation und Zusammenarbeit mit externen Diensten (z.B. Erziehungsberatung, Berufsberatung, Schulpsychologie), Elternabende vorbereiten und leiten, Klassenleitung, Erledigung von Verwaltungsaufgaben, Betriebspraktika vorbereiten und begleiten, Klassenfahrten und Auslandsaufenthalte organisieren und die Kinder und Jugendlichen vor Ort betreuen, aktualisieren des Fach, Methoden- und Erziehungswissens u.v.a.

Mittelbar und unmittelbar vermitteln Lehrerinnen und Lehrer Werte, Haltungen und soziale Kompetenzen. Sie sollen Streitigkeiten schlichten, bei Konflikten zwischen Schülern vermitteln und Lebenshilfe geben. Viele Schülerinnen und Schüler bringen Probleme und Defizite im Sozialverhalten mit, die aufgefangen und ausgeglichen werden sollen. Daneben sollen sie gesellschaftliche Probleme erzieherisch angehen, z.B. Gewalt, Sucht, Medienkonsum, Ausländerfeindlichkeit und Ähnliches. Hinzu kommt ein stetiger Strom bildungspolitischer Reforminitiativen, der kontinuierliches Lehren und Lernen erschwert und eine äußerst flexible Handhabung der inhaltlichen und pädagogischen Arbeit verlangt. Dem Bildungs- und Erziehungsauftrag fehlen darüber hinaus objektivierbare Maßstäbe, wann er als erfüllt gelten kann; er ist nach „oben offen“ – allerdings auch „nach unten“. Bei vielen engagierten Lehrkräften führt dies zu unrealistischen beruflichen Zielsetzungen mit der Tendenz zur Überforderung bis hin zur Selbstausschöpfung. Leider prägen aber die eher auf Schonung bedachten Lehrkräfte die öffentliche Meinung über den Lehrerberuf.

Unterricht

Unterrichten erfordert eine mehrstündige, kaum unterbrochene, simultane, dreifache Aufmerksamkeitssplaltung: Die Vermittlung von fachlichen Inhalten an Klassen mit bis zu 30 und mehr Schülern mit unterschiedlichen Verhaltensstandards, Interessen, Ethnien und Sprachen, unterschiedlicher Leistungsfähigkeit und Lernmotivation muss verknüpft werden mit dem erzieherischen (oft disziplinarischen) und fachlichen Bemühen (Fördern und Fordern!) um den Einzelnen bei gleichzeitiger Beachtung der Gruppendynamik der Klasse – und das über sechs und mehr Unterrichtsstunden in verschiedenen Klassen. Hinzu kommt die Notwendigkeit, sich nahezu jede Unterrichtsstunde auf eine andere Klasse und ein anderes Fach neu zu orientieren. Nicht zu wissen, was sie erwartet, aber sofort auf Arbeits- und Beziehungsstörungen reagieren zu müssen, bedeutet insbesondere für schülerorientierte Lehrkräfte eine ständige physische und psychische Herausforderung mit Anspannung und Stress in der Unterrichtszeit. Die Pausen zwischen den Stunden werden meist durch Klassenraum- oder Gebäudewechsel, kollegiale Absprachen, Hof- und Pausenaufsicht, Schüler- oder Elterngespräche, Materialorganisation u.Ä. zweckentfremdet und sind kaum erholsam.

Arbeitsplatz Schule

Trotz dieses komplexen und störungsanfälligen Tätigkeitsspektrums lassen sich aus arbeitsmedizinischer Sicht auch gesundheitsdienliche Merkmale des Arbeitsplatzes benennen, z.B.:

- Sinnhaftigkeit des Berufs
- weitgehende inhaltliche und methodische Entscheidungsspielräume für Unterricht
- Anforderungsvielfalt; Variabilität in der Arbeit
- teilweise flexible Zeitgestaltung
- soziale Interaktion; Gelegenheit zu Kommunikation und Kooperation
- Möglichkeit zur eigenen Weiterentwicklung der Qualifikationen ...

Diese Merkmale machen es aber gleichzeitig auch schwierig, die Lehrertätigkeit zu standardisieren.

Belastungen und Gefährdungen

Im Lehrerberuf ist wie in jedem abhängigen Beschäftigungsverhältnis eine Reihe von Erschwernissen, Hindernissen und Belastungen auszumachen: Konflikte mit Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten, schlechte Arbeitsorganisation, Bürokratie, mangelnde Kooperation, bedrückendes Betriebsklima u.a.m. Da diese berufsunspezifischen Belastungsfaktoren vielfältig dokumentiert sind, sollen sie hier nicht erneut diskutiert werden.

Daneben lassen sich jedoch auch Belastungen beschreiben, die für den Arbeitsplatz und die Arbeitssituation „Schule“ typisch sind – auch wenn sie in anderen Berufen ebenfalls vorkommen mögen.

Psychische Belastungen

Lehrkräfte sind in besonderem Maße psychischen Belastungen ausgesetzt. In einer Totalerhebung der Dienstunfähigkeitsuntersuchungen von Beamten in Bayern in den Jahren 1996-1999 wurde von Weber u.a. (2004) ein Morbiditätsspektrum dienstunfähiger Lehrkräfte (n = 5.548) berechnet. Demnach wurden 52% nach F-ICD 10 (Psyche/Verhalten) frühpensioniert, davon 36% wegen reaktiver/rezidivierender Depression (F32/33). 17% konnten wegen Muskel- und Skeletterkrankungen und 10% wegen Herz-Kreislauf-Problemen ihren Beruf nicht weiter ausüben.

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Die umfangreichen Untersuchungen der Universität Potsdam (Schaarschmidt, 2004) zu arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern zeigen zwei gesundheitlich gefährdete Risikogruppen: Die eine ist gekennzeichnet durch hohe Verausgabungsbereitschaft und Selbstüberforderung bei geringer Distanzierungsfähigkeit zu beruflichen Problemen (Muster „A“), die andere durch Unzufriedenheit und Resignationstendenzen im Sinne von Burnout (Muster „B“). Ca. 60% der Lehrerschaft gehören diesen beiden Mustern zu etwa gleichen Teilen an. Das ist mehr als bei anderen Berufen, mehr sogar als bei Ärzten und Polizisten, wobei Lehrerinnen in allen Schularten die Lehrer hinsichtlich der Verausgabungsbereitschaft noch „übertreffen“. Da diese Verteilung ansatzweise bereits in Studienseminaren zu beobachten ist, scheint es ein Merkmal der vorberuflichen Sozialisierung zu sein, das durch die Berufserfahrung eher noch verstärkt wird.

Lehrerinnen und Lehrer, die den Freizeitwert ihres Berufes in den Vordergrund ihres Erlebens stellen und berufliches Engagement allenfalls im unbedingt notwendigen Umfang einbringen (Muster „S“), liegen – mit Unterschieden zwischen den Schularten – bei knapp 23%. Allerdings scheint überwiegend diese Minderheit das öffentliche Ansehen der Lehrerschaft zu prägen. Sie haben in der Regel wenig berufsbezogene Probleme mit der Gesundheit, es sei denn, ihre Einstellung resultiert aus Frustration und Verbitterung und hat nicht zu Muster „B“ geführt.

Nur 17% der Lehrkräfte gehören dem Muster „G“ an, d.h., sie können berufliches Engagement und Regeneration gesundheitsdienlich ausbalancieren, indem sie Grenzen ziehen, sich realistische Ziele setzen und mit ihren Kräften ausgewogen umgehen.

Schülerverhalten

Untersuchungen zu Belastungsfaktoren bei im aktiven Dienst befindlichen Lehrkräften zeigen immer wieder in den vorderen Rängen die Kombination aus (1) Lern- und Verhaltensproblemen bei Schülerinnen und Schülern, (2) der Höhe der Unterrichtsverpflichtung und (3) der Klassengröße. Dabei ist die wichtigste Einflussgröße das Sozialverhalten der Kinder und Jugendlichen sowie deren Lern- und Leistungsmotivation. Schüler, die nicht lernen wollen oder durch ihr Verhalten Lehren und Lernen erschweren bzw. unmöglich machen, stellen für die Lehrkräfte einen hochgradig belastenden Widerstandsfaktor dar.

Der Bildungs- und Erziehungsprozess ist auf Gegenseitigkeit angelegt: Lehren auf der Lehrerseite setzt auf der Schülerseite Mitarbeit und aktive Bereitschaft zum Lernen voraus. Die Selbstwirksamkeit von Lehrerinnen und Lehrern ist jedoch von der Mitwirkung der Schüler (und deren Eltern) abhängig. Schüler und Eltern stehen dem Bildungs- und Erziehungsgeschehen nicht immer aufgeschlossen und konstruktiv gegenüber; das birgt ein hohes Konflikt- und Störungsrisiko auf der Arbeits- und Beziehungsebene. Zudem sollen Lehrerinnen und Lehrer widersprüchliche Forderungen miteinander vereinen, z.B. Förderung und Selektion, Notengebung und „Gerechtigkeit“, pädagogische Kreativität und verwaltungsrechtliche Vergleichbarkeit. Auch ist Lehrerinnen und Lehrern eine Erziehungspflicht auferlegt, die oftmals gegen elterliche Interesse wahrgenommen werden muss. Hier entzündeten sich vielfach Auseinandersetzungen mit Eltern über die „richtige“ Pädagogik oder Unterrichtsmethode – auch aus der Sorge der Eltern bereits in der Grundschule, ihr Kind könnte nicht bis zum Abitur kommen.

Das Lern- und Sozialverhalten der Schüler ist seinerseits nicht unabhängig von den fachlichen (methodischen, pädagogischen) und sozialen Kompetenzen („guter Unterricht“) sowie dem Engagement der jeweiligen Lehrkraft. Uninteressanter, über- oder unterfordernder Unterricht, Geringschätzung der Schülerinnen und Schüler und dergleichen fördert Konflikte, Disziplinstörungen, Lernprobleme. Insofern besteht hier auch eine Interdependenz zwischen Unterrichts- und Erziehungsqualität und Unterrichtsbelastung.

Arbeitsbedingungen

Dem gesellschaftlichen Bildungs- und Erziehungsauftrag stehen nicht zuverlässig die erforderlichen Rahmenbedingungen für seine Erfüllung gegenüber. Dies beginnt bei der erwähnten gesellschaftlichen und medialen Geringschätzung, die sich nicht zuletzt in verbalen, emotionalen und nicht selten auch physischen Verletzungen der Lehrerpersönlichkeit durch Schüler und Eltern fortsetzt. Das Instrumentarium jedoch, Verhaltensproblemen, Provokationen, Demütigungen, Disziplinstörungen, physischer und psychischer Gewalt oder ethnischen Konflikten zu begegnen, ist stark eingeschränkt. Auch die Arbeitsbedingungen mit ihren materiellen (z.B. mangelhafte Ausstattung oder geringe Aufstiegsmöglichkeiten in Grund-, Haupt-, Real- und Sonderschulen), sozialen (z.B. Qualifikation der Führungskräfte) und organisatorischen Variablen (z.B. Lehrereinsatz, Verwaltungsaufgaben ohne Fachkräfte, Zeitverdichtung am Morgen) können zur physischen und psychischen Belastung werden. Die Besonderheit des Lehrerberufs bringt es mit sich, dass er nicht notwendigerweise auf Kooperation angelegt ist. Dies fördert Einzelkämpfertum mit den Konsequenzen von Doppelarbeit, mangelnden Absprachen oder Vereinbarungen und geringer gegenseitiger Unterstützung im Kollegium (z.B. bei Disziplinproblemen oder in Bezug auf Unterrichtsmaterialien).

In eigenen Untersuchungen (Heyse u.a.) in den Jahren 2001-2003 wurden erstmals wegen Dienstunfähigkeit vorzeitig pensionierte Lehrkräfte (FP) und Alterspensionäre (AP) darüber befragt, wie sie ihre Dienstzeit erlebt haben. Probleme mit Führungskräften und Kollegen stehen als Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz ganz oben – für die Frühpensionierten noch mehr als für die Alterspensionierten. Besonders bemerkenswert ist, dass Vorgesetzte gleichauf mit Schülern in der Belastungsskala rangieren. Vor allem werden mangelnde Transparenz von Regelungen (FP 46%; AP 40%), ungerechtfertigte Vorwürfe (FP 40%; AP 36%), fehlende Informationen (FP 41%; AP 35%) sowie Konflikte im Kollegium (FP 40%; AP 34%) gleichermaßen als belastend angesehen. Signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen gibt es bei Vertretungseinsatz (FP 43%; AP 24%¹), mangelndem Rückhalt durch die Schulleitung (FP 37%; AP 25%²) und unabgesprochenen Entscheidungen der Schulleitung (FP 36%; AP 31%²). Mobbing spielt nur bei den Frühpensionären eine wesentliche Rolle (FP 23%; AP 9%¹).

Lärm

Der Belastungsfaktor „Lärm“ tritt nicht zuletzt aufgrund der Untersuchungen der Universität Oldenburg in letzter Zeit deutlicher ins Bewusstsein (Huber, 2002). In Räumen, in den vorwiegend geistig gearbeitet wird, darf nach der Arbeitsstättenverordnung ein Hintergrund-Schallpegel von maximal 55 dB(A) bestehen, wenn Sprechen/Zuhören vorherrscht nur 35 dB(A). Für akustisch verständliches Sprechen muss die Pegeldifferenz zwischen Sprache und Störgeräuschen 10-15 dB(A) betragen; wenn es für die Hörer eine Fremdsprache ist, werden 15-20 dB(A) Differenz empfohlen. Da ein Sprechpegel von 60 dB(A) als noch angenehm empfunden wird, folgt daraus, dass in Klassenräumen (mit Schülern) der Grund-Geräuschpegel bei maximal 40-50 dB(A) liegen sollte. Messungen insbesondere in Grundschulen ergeben jedoch regelmäßig Werte von 60-70 dB(A) Hintergrundgeräusch. Das müssen Sprecher übertönen, um sich verständlich zu machen, was zahlreich zu Stimmerkrankungen führt. Scheuch hat 1989 in der DDR bei 11.747 Lehrkräften 11,9% Stimmerkrankungen festgestellt (Scheuch, 2005). Noch höher ist die Lärmbelastung in Sporthallen (80-100 dB(A) Hintergrundgeräusch). Für die Ver-

¹ Diese Unterschiede sind sehr signifikant, d.h. zu mehr als 99% nicht durch Zufall zu erklären;

² Diese Unterschiede sind signifikant, d.h. zu mehr als 95% nicht durch Zufall zu erklären.

stehbarkeit von Sprache kommt zusätzlich dem sogenannten „Nachhall“ eine zentrale Bedeutung zu. Die Nachhallzeit soll laut DIN 18041 in Klassenräumen (mit Schülern) 0,55 Sekunden betragen. Tatsächlich beträgt sie in normalen Klassenräumen bis zu zwei Sekunden. Bei einer Nachhallzeit von bereits 1,2 Sekunden sinkt die Sprachverständlichkeit für normal Hörende auf 77%. Noch weniger verstehen Schüler, die der jeweiligen Sprache nicht ganz mächtig sind und verstandene Bruchstücke nicht sinnvoll ergänzen können. In den Baurichtlinien für Schulen sind besondere Lärmschutzmaßnahmen nicht enthalten.

Körperliche Belastungen

Prinzipiell verzeichnet der Lehrerberuf keine speziellen körperlichen Belastungen. Ausnahme bestehen für Lehrkräfte an Sonderschulen für körperlich und geistig beeinträchtigte Kinder und Jugendliche in Bezug auf Hebe- und Tragearbeit.

Arbeitszeit

Hier gibt es die meisten Fehlannahmen über den Lehrerberuf. Das nur durch die Unterrichtsverpflichtung fest definierte Zeitvolumen verführt Dienstherren dazu, im Vergleich zur 40-Stunden-Woche Zeitressourcen zu unterstellen und sie mit weiteren Aufgaben zu füllen. Die 40-Stunden-Woche wird für Lehrkräfte offiziell in der Regel auf 46,57 Zeitstunden umgerechnet. Alle repräsentativen Untersuchungen zur Arbeitszeit von Lehrkräften seit 1970 liegen – z.T. weit – über diesem Wert; die letzte von Mummert et al. (1999) in NRW kommt auf 47,3 Zeitstunden (Schönwälder, 2001). Sie fragt allerdings nur die tatsächlich aufgewendete Zeit ab, nicht aber, ob diese Zeit für die eigentlich wünschenswerte Qualität der Arbeit ausreicht.

Neue Aufgabenzuweisungen werden i.d.R. weder mit einer Unterrichtsreduktion verbunden, noch wird geklärt, welche Aufgaben wegfallen oder welche zusätzlichen personellen Ressourcen verfügbar gemacht werden können (z.B. durch externe Dienstleister, Beschäftigung dienstfähiger, aber unterrichtsunfähiger Lehrkräfte usw.). In der Lehrtätigkeit besteht wenig Spielraum für Automation; daher hat die Vermehrung der Aufgaben Grenzen, wenn man qualitätvolle Ergebnisse erwartet.

Auch die Aufteilung der Arbeitszeit stellt für viele Lehrkräfte einen Belastungsfaktor dar (Wegener et al., 2001). Die fest strukturierte Zeit in der Schule mit gedrängter Kommunikation und dichten sozialen Beziehungsanforderungen wird ergänzt durch einen flexibel gestaltbaren Zeitanteil, der überwiegend am häuslichen Arbeitsplatz stattfindet. Die Selbstorganisation der Arbeitszeit zu Hause verlangt angesichts des „nach oben offenen“ pädagogischen Auftrages ohne sichtbares Erledigungsmerkmal – von Korrekturen und dergleichen abgesehen – ein diszipliniertes Arbeits- und Zeitmanagement. Hier kommen auch persönliche Arbeitsstile zum Tragen, etwa in der Verteilung der Arbeitszeit auf sieben Tage, was Möglichkeiten einer wirksamen Erholung durchaus einschränkt. Mit dem Gefühl des „Nicht-fertig-Seins“ werden viele engagierte Lehrerinnen und Lehrer nicht fertig.

Die durch äußere Zeichen wie „Dienstschluss“ nicht begrenzte Arbeitszeit bringt es allerdings auch mit sich, dass dienstliche Verpflichtungen außerhalb der Unterrichtszeit, wie z. B. Konferenzen und Elterngespräche, vielfach als „Übergriff“ auf die Freizeit erlebt werden. Welche Wirkung diesbezüglich die Ganztagschule haben wird, bleibt abzuwarten.

2.6.4 KÖNNEN

Allenthalben wird beklagt, dass Lehrerinnen und Lehrer nicht hinreichend auf die pädagogischen Aufgaben ihres Berufs vorbereitet werden. Ohne Arbeitsanalyse aber kann kein Anforderungsprofil mit den psychischen und psychophysischen Eignungsvoraussetzungen für eine erfolgreiche berufliche Tätigkeit und für Arbeitszufriedenheit beschrieben werden. Daher wird die Ausbildung in den Bundesländern und von den Hochschulen unterschiedlich gehandhabt. Die Kultusministerkonferenz hat zwar

elf notwendige Kompetenzen für die Bereiche Unterrichten, Erziehen, Beurteilen und Innovieren formuliert, die zu einer Vereinheitlichung der Ausbildung wenigstens in den Bildungs- und Erziehungswissenschaften führen sollen (KMK, 2004). Allerdings enthalten auch sie keine psychologischen Personmerkmale, wie emotionale Stabilität, Kommunikationsfähigkeit, Freude an der Arbeit mit jungen Menschen usw. Dringend notwendig wären eine arbeitswissenschaftliche Arbeits- und Anforderungsanalyse sowie eine Beschreibung der Mindestanforderung in den jeweiligen Schularten (siehe Landauer Empfehlungen zur Lehrergesundheit).

2.6.5 WOLLEN

Wie viele Menschen den Lehrerberuf aus idealistischen Gründen wählen, ist nicht bekannt. Henecka & Lipowsky (2004) geben an, dass 42% aus pädagogischen Motiven Lehrer werden. Anhand der Musterzugehörigkeiten im AVEM (s.o.) lässt sich schließen, dass ein hoher Prozentsatz sehr hohe Ziele verfolgt und ein sehr hohes persönliches Anspruchsniveau besitzt (Muster „A“ und „G“) oder aber bereits resigniert hat (Muster „B“). Zu dem Phänomen, das gemeinhin mit Burnout bezeichnet wird, kommt es u.a., wenn unrealistisch hohe Ziele trotz ständiger Misserfolge unkorrigiert beibehalten werden. Wer langfristig erheblich mehr erreichen will, als mit seinen Ressourcen und unter den situativen Umständen möglich ist, legt die Basis für Selbstüberforderung und Berufsverdruss.

2.6.6 Empfehlungen

Der Erhalt und die Förderung, ggf. Wiederherstellung von Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit von Lehrkräften und Schulleitungen ist ein schwieriger Balanceakt, bei dem individuelle Verantwortung und betriebliche Gesundheitsförderung ausgewogen zusammenspielen müssen. Notwendige Instrumente wären eine grundlegende Arbeitsanalyse, die auch eine Eignungsdiagnostik für Lehramtskandidaten ermöglichen würde. Für weitere Empfehlungen sei auf den Beitrag von Heyse und Kubitzka im selben Band verwiesen.

Literatur

- Heyse, H.** (2007). Lehrergesundheit - eine individuelle und kollegiale Aufgabe. In: Fleischer, Grewe, Jötten, Seifried, Sieland (Hrsg.): Handbuch Schulpsychologie. Psychologie für die Schule. Kohlhammer.
- Heyse, H., Krampen, G., Schui, G. & Vedder, M.** (2004). Berufliche Belastungen und Belastungsreaktionen früh- versus alterspensionierter Lehrkräfte in der Retrospektive. Report Psychologie, 6, 372-379.
- Huber, L., Kahlert, J. & Klatte, M. (Hrsg.)**. (2002). Die akustisch gestaltete Schule – Auf der Suche nach dem guten Ton. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kultusministerkonferenz.** (2000). Gemeinsame Erklärung des Präsidenten der KMK und der Vorsitzenden der Bildungs- und Lehrergewerkschaften sowie ihrer Spitzenorganisationen. Beschluss der KMK vom 5.10.2000: Aufgaben von Lehrerinnen und Lehrern heute – Fachleute für das Lernen. Verfügbar unter http://www.kmk.org/doc/beschl/Aufgaben_Lehrer.pdf [25.03.2008].
- Projekt Lehrergesundheit Rheinland-Pfalz.** (2004). Landauer Empfehlungen zur Lehrergesundheit: Lehrergesundheit fördert Qualität von Schule. Ergebnis einer bundesweiten Expertentagung 2004 zur Lehrergesundheit im Projekt Lehrergesundheit Rheinland-Pfalz. Verfügbar unter <http://www.bdponline.de/intern/report/2005/02/40.shtml> [25.03.2008]. www.lehrergesundheit.bildung-rp.de
- Arbeitsstab Aufgabenkritik beim Finanzministerium Nordrhein-Westfalen unter Beteiligung von Mummert & Partner** (1999). Untersuchungen zur Ermittlung, Bewertung und Bemessung der Arbeitszeit der Lehrerinnen und Lehrer im Land Nordrhein-Westfalen., Band I und II. O. O.
- Schaarschmidt, U.** (Hrsg.), (2004). Halbtagsjobber? Weinheim: Beltz-Verlag.
- Scheuch, K.** (2005). Lehrer – ein Risikoberuf? Tagungsvortrag aus dem Verbundprojekt „Lange Lehren“. Verfügbar unter http://www.tu-dresden.de/medlefo/dateien/vortrag_scheuch_20050504.pdf [24.03.2008].
- Schönwälder, H.-G.** (2001). Die Arbeitslast der Lehrerinnen und Lehrer. Ausmaß, Art und Zumutbarkeit – empirische Befunde und ihre Bedeutung für die Qualität von Schule. Essen: Neue deutsche Schule.
- Wegener, R., Ladendorf, B., Mindt-Prüfert, S. & Poschadel, B.** (2001). Psychomenteale Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf, Ergebnisse einer Fragebogenerhebung. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, 6, 248-259.
- Weber A., Weltle, D. & Lederer, P.** (2004). Frühinvalidität im Lehrerberuf: Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte. Deutsches Ärzteblatt, 101, 850–859.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Helmut Heyse
Albert-Schweitzer-Str. 7
54329 Konz
he-heyse@t-online.de

3. KONZEPTE UND MASSNAHMEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

THOMAS RIGOTTI, GISELA MOHR

3.1 MODERNE FEINDE DER GESUNDHEIT IM ARBEITSLEBEN: EMPFEHLUNGEN FÜR EIN NACHHALTIGES BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

Andauernde Veränderungen in der Arbeitswelt und die drastische Zunahme psychischer Erkrankungen unter den Arbeitsunfähigkeitsfällen werden in Zusammenhang gebracht. Die Folgen und Kosten der ebenso „modernisierten“ Gesundheitsbelastungen werden aufgezeigt und die Notwendigkeit eines modernen betrieblichen Gesundheitsmanagements daraus abgeleitet. Dabei wird deutlich, dass prospektive Arbeits- und Organisationsgestaltung sowie systemisch-partizipative Ansätze nötig sind, um den steigenden psychischen Arbeitsanforderungen gerecht zu werden. Die vielseitigen konkreten Empfehlungen dienen nicht nur der Verbesserung von Arbeitsbedingungen, sondern als direkte Folge der Steigerung von Effizienz und Innovation in zeitgemäßen Betrieben.

3.1.1 Einleitung

„In zehn oder fünfzehn Jahren wird man erst erkennen, daß die Zahlen der Unfälle und der körperlichen, durch Gase, Staubteile, Dünste und Feuchtigkeitseinwirkungen hervorgerufenen Berufskrankheiten durch nervöse und mentale Erkrankungen und Leiden abgelöst sein und in ihren Ausmaßen vielleicht die bisher bekannten übertreffen werden.“ (Mayer-Daxlanden, 1930, S. 551).

Neuere Zahlen zeigen eindrucklich, wie sehr diese Einschätzung sich bestätigt hat: Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen haben zwischen 1994 und 2004 um 70% zugenommen (Vetter, Küsgens & Bonkass, 2006). Auch bei zahlreichen eher somatischen Krankheitsbildern geht man inzwischen von einer Mitverursachung durch psychischen Stress (am Arbeitsplatz) aus, so z.B. bei einer Verschlechterung der Immunabwehr und dadurch bedingte Erkrankungen oder bei muskulären Verspannungsreaktionen als Begünstigung für Rückenschmerzen, Gastritis, Anpassungsstörungen, Zahnkrankheiten usw. (Techniker Krankenkasse, 2007).

Waren es 1930 jedoch vor allem Mängel in der Gestaltung der Arbeitsumgebung und eine rasch fortschreitende Arbeitsteilung, die zu monotonen Teiltätigkeiten führten, ist heutzutage eine gegenteilige Entwicklung zu beobachten: Arbeitsaufgaben werden zunehmend komplexer. Zwar sind schwere körperliche Arbeit, die Gefährdung durch Gefahrstoffe sowie besondere Belastungen durch Nacht- und Schichtarbeit keinesfalls ausgestorben und klassische Stressorenkonzepte behalten ihre Gültigkeit, strukturelle, technologische und soziodemografische Veränderungen lassen jedoch soziale Bedingungen der Arbeitsorganisation als gesundheitsrelevante Größen vermehrt in den Vordergrund rücken. Diese „modernen Feinde“ der Gesundheit sowie sich daraus ableitende Empfehlungen haben wir im Folgenden zusammengetragen.

3.1.2 Arbeitsplatzunsicherheit

In den letzten drei Jahrzehnten sind in den westlichen Industrieländern Werkschließungen und Massenentlassungen zur alltäglichen Nachricht geworden. Die Wahrscheinlichkeit des Arbeitgeber-, aber auch des Berufswechsels, unterbrochen durch Zeiten der Erwerbslosigkeit, innerhalb der Erwerbsbio-

grafie hat sich nach einer aktuellen Studie des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung drastisch erhöht (Dundler & Müller, 2006). Spätestens seit den Marienthal-Studien sind die negativen Auswirkungen von Erwerbslosigkeit auf das psychische Befinden sowie auf gesundheitsgefährdendes Verhalten bekannt. Aber bereits die Antizipation eines möglichen Verlustes des Arbeitsplatzes, die Arbeitsplatzunsicherheit, stellt einen bedeutenden Stressor dar, der nachweislich zu Beanspruchungsfolgen führen kann (z.B. De Witte, 1999; Sverke, Hellgren & Näswall, 2002). Cascio (2002) konnte auf der Grundlage der Analyse von 311 Firmen eindrücklich zeigen, dass Entlassungen keineswegs per se den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens sichern. Es zeigte sich in der Studie, dass jene Unternehmen, die auf Qualifikation und Personalentwicklung setzten, ihre Marktposition langfristig verbessern konnten und im Durchschnitt eine höhere Produktivität und damit auch steigende Profite aufwiesen, im Vergleich zu Unternehmen, die Beschäftigte entlassen haben, um kurzfristig Kosten zu sparen.

3.1.3 Flexibilitätsanforderung und -überforderung

Organisationale Umstrukturierungen gehören in vielen Bereichen schon fast zum Tagesgeschäft. Viele Unternehmen setzen dabei vermehrt auf den Einsatz befristet Beschäftigter sowie auf Zeitarbeiterinnen und Zeitarbeiter. Die ständige Anpassung an neue Strukturen, Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzte und neue Aufgabenbereiche fordert eine andauernde (auch psychische) Anpassungsleistung. Die Befristung eines Arbeitsplatzes muss zwar nicht per se zu einem schlechteren Befinden führen. Hier spielt neben den konkreten Tätigkeitsmerkmalen auch die erlebte Freiwilligkeit und Kontrolle der Situation eine erhebliche Rolle. Allerdings resultieren durch zunehmende Flexibilisierung nicht nur Konsequenzen für die direkt Betroffenen, sondern auch verdeckte Kosten für Festangestellte, die sich vor allem in einer Intensivierung der Arbeit manifestieren (für eine aktuelle Übersicht siehe De Cuyper et al., 2008). Neben zunehmendem Leistungs- und Zeitdruck stellen die Notwendigkeit lebenslangen Lernens sowie die gesteigerte Verantwortung für die berufliche Laufbahn, bei einer angespannten Arbeitsmarktlage, gesundheitsrelevante Belastungen dar.

3.1.4 Gefährdung von Fairness und Verlust von Vertrauen

Die anhaltende öffentliche Diskussion über Managergehälter oder die von Gewerkschaften ausgetragenen Arbeitskämpfe um Lohnerhöhungen zeigen, wie wichtig die wahrgenommene Fairness, mit der Ressourcen verteilt und Veränderungsprozesse durchgesetzt werden und das tägliche Miteinander für die Beschäftigten sind. So verwundert es auch nicht, dass Fairness einen deutlichen Zusammenhang zum Gesundheitsstatus zeigt. Elovainio, Leini-Arjas, Vahtera und Kivimäki (2006) berichteten den beeindruckenden Befund, dass ein hohes Fairnesserleben, bezogen auf die Arbeit, in einer Stichprobe von 804 Industriearbeiter das Risiko eines kardiovaskulären Todes um 45% verringerte. Fairness ist nicht zuletzt auch die Grundlage für gegenseitiges Vertrauen – die wohl wichtigste Basis jeder (Arbeits-) Beziehung und das soziale Kapital eines Unternehmens: Vertrauen ermöglicht kooperatives Verhalten, fördert die Bildung adaptiver organisationaler Formen (z.B. Netzwerkbeziehungen), vereinfacht das schnelle Aufstellen von Ad-hoc-Arbeitsgruppen, reduziert Konflikte bzw. ermöglicht den effektiven Umgang mit Krisen und Störungen. Vertrauen verringert somit Transaktionskosten und unterstützt die Leistungsbereitschaft und erfolgreiche Aufgabenbewältigung (vgl. Rigotti & Mohr, 2006).

3.1.5 Psychosoziale Belastungen

Die Entwicklung hin zu einer Dienstleistungsgesellschaft prägt das Anforderungsprofil an die Beschäftigten. Emotionale Arbeit als psychische Regulationsanforderung gewinnt dabei an Bedeutung.¹ Insbesondere in den Humandienstleistungsberufen (aber nicht nur dort) stellt darüber hinaus man-

¹ *Emotionsarbeit ist die bezahlte Arbeit, bei der ein Management der eigenen Gefühle notwendig ist, um nach außen hin in Mimik, Stimme und Gestik ein bestimmtes Gefühl zum Ausdruck zu bringen, unabhängig davon, ob dies mit den inneren Empfindungen übereinstimmt oder nicht (vgl. Hochschild, 1990).*

gelnde Wertschätzung einen bedeutenden Stressor dar. Ein einflussreiches Paradigma entwickelte hierzu Siegrist (1996) mit dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen (effort-reward-imbalance model). In diesem Modell stehen die arbeitsbedingten Anforderungen, die aus extrinsischen Bedingungen (Anforderungen) und intrinsischer Leistungsmotivation resultieren, den Belohnungen in Form von Anerkennung, Status, Karrieremöglichkeiten, Entlohnung, aber auch Arbeitssicherheit gegenüber. Wird subjektiv ein Ungleichgewicht erlebt, entspricht also die Belohnungsseite nicht der Anforderungsseite, so kommt es zu einer Gratifikationskrise. Das Modell ist empirisch gut untersucht. Bei Beschäftigten, die ihre Situation als Gratifikationskrise erlebten, wurde beispielsweise ein fast sechsfach höheres Risiko der Entwicklung depressiver Symptome gefunden (Larisch et al., 2003), aber auch deutliche Zusammenhänge zu Emotionaler Erschöpfung, zu psychosomatischen Beschwerden sowie zu koronaren Herzerkrankungen sind belegt (De Jonge, Bosma, Peter & Siegrist, 2000).

3.1.6 Empfehlungen für eine gesunde Arbeitswelt

(1) Bildung/Qualifikation

Aufgrund der Abnahme einfacher industrieller Tätigkeiten hat im Durchschnitt die Komplexität psychischer Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt zugenommen. Dies wäre eigentlich zu begrüßen, wäre nicht gleichzeitig der Zeit- und Leistungsdruck gestiegen und der Handlungsspielraum gesunken. Gesamtgesellschaftlich werden aufgrund des soziodemografischen Wandels für die nächsten Jahrzehnte eine Entspannung des Arbeitsmarktes und ein Rückgang der Unterbeschäftigung prognostiziert. „Dies gilt allerdings nur, wenn der künftige Arbeitskräftebedarf nicht nur quantitativ, sondern auch qualifikatorisch gedeckt werden kann. Ansonsten droht Massenarbeitslosigkeit bei gleichzeitigem Fachkräftemangel“ (Schnur & Zicka, 2007). Insofern kann Bildung als die wichtigste primäre gesundheitsbezogene Prävention verstanden werden.

(2) Aufhebung einer einseitigen Orientierung auf Veränderung der Person

Allein schon aufgrund der Gefahr der Entstehung oder Förderung einer Sichtweise, die Stress und damit verbundene gesundheitliche Auswirkungen von Arbeit als rein personseitiges Phänomen fasst, ist der ausschließlichen Betonung individuumbezogener Stresspräventions- und Stressbewältigungsmaßnahmen nicht zuzustimmen. Es sind systemisch-partizipative Ansätze, die als Interventionsziel und -methode Verhältnis- wie auch Verhaltensprävention einschließen, welche den größten Nutzen versprechen (vgl. Bamberg & Busch, 2006).

Ein Beispiel eines anzustrebenden ganzheitlichen Präventions- und Interventionsansatzes ist das partizipative Konzept des „Gesundheitszirkels“ (z.B. Westermayer & Bähr, 1994). Ein Gesundheitszirkel ist eine betriebliche Projektgruppe in der Mitarbeiter und evtl. (Berliner vs. Düsseldorfer Modell) auch andere relevante Betriebsparteien Arbeitsgestaltungsmaßnahmen gemeinsam diskutieren und entwickeln. Gesundheitszirkel vereinen somit verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen, da sie neben der konkreten Verbesserung von Arbeitsbedingungen zugleich auch Mitbestimmung ermöglichen sowie gesundheitsrelevante individuelle Ressourcen und Fähigkeiten, wie das Erleben von Selbstwirksamkeit und soziale Kompetenzen, stärken.

(3) Gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung

Ähnlich wie das individuelle Gesundheitsverhalten scheint organisationales (Veränderungs-) Handeln oft erst durch einen bestehenden Leidensdruck ausgelöst zu werden. Viele der gesundheitsbezogenen Maßnahmen in der Praxis haben einen vorwiegend korrektiven Charakter. Meistens sind es hohe Fehlzeiten, die Organisationen dazu veranlassen, über Maßnahmen nachzudenken.

² wobei oft psychische Faktoren keine Berücksichtigung finden (vgl. Ahlers & Brussig, 2005).

Zu den verbreitetsten Instrumenten in Deutschland gehören daher Arbeitsunfähigkeitsanalysen und Gesundheitsberichte der Betriebskrankenkassen, Gefährdungsanalysen² sowie Rückkehrgespräche mit Mitarbeitern über den Umgang mit Fehlzeiten (Ulich & Wülser, 2004).

Anzustreben sind vor allem prospektive Arbeitsgestaltungsmaßnahmen (Ulich, 2001), also die Berücksichtigung von Arbeits- und Gesundheitsschutzaspekten bereits bei der Planung von Arbeitssystemen, da hier ein günstiges Verhältnis von hoher Generalisierbarkeit und geringen Kosten der Maßnahmen zu verzeichnen ist (Richter, 2002). Ausführbarkeit, Schädigungslosigkeit und Zumutbarkeit sind lediglich Minimalanforderungen einer humanen Arbeitsgestaltung. Darüber hinaus wird Persönlichkeitsförderlichkeit als wichtiges Ziel benannt. Gelingt es, diese Gestaltungsmerkmale in Teamarbeit zu verwirklichen, dann dürfte dies wohl als die *Via regia* guter Arbeitsgestaltung bezeichnet werden. Die positiven Auswirkungen interdisziplinärer Teamarbeit, wenn sie mit Entscheidungs- und Handlungsspielräumen ausgestattet ist, reichen von Innovationszuwachs über Effizienzsteigerung bis hin zu einer Senkung der Mortalitätsrate der Patienten in einem Krankenhaus (West et al., 2002)!

(4) Evidenzbasiertes Gesundheitsmanagement

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist mehr, als nach dem Gießkannenprinzip isolierte Maßnahmen durchzuführen, wie etwa Stressmanagementtrainings (ohne etwa den Transfer in den täglichen Arbeitsalltag einzuschließen). Nachhaltiges und erfolgreiches Gesundheitsmanagement beginnt mit einer Problemanalyse. Bei der Auswahl von geeigneten Maßnahmen sind dann nach Ducki (1998) folgende Aspekte zu berücksichtigen: Größe und Branchenzugehörigkeit des Unternehmens, technologischer Entwicklungsstand des Unternehmens, Struktur der Arbeitstätigkeiten, bereits vorhandene betriebliche Strukturen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, betriebsspezifische Risikofaktoren und Ressourcen. Aus den gewonnenen Analyseergebnissen sollten dann Maßnahmen abgeleitet werden. In dieser Phase unterstützt eine ausführliche Dokumentation die spätere Evaluation der Maßnahmen. In allen Phasen garantieren Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten aller Beteiligten und Betroffenen, dass Interventionen von verschiedenen Arbeitsgruppen mitgetragen und auch wahrgenommen werden. Einen bedeutenden Beitrag zur Institutionalisierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements könnte eine Professionalisierung leisten.

(5) Qualifikation für das betriebliche Gesundheitsmanagement

Für ein nachhaltiges und professionell gesteuertes betriebliches Gesundheitsmanagement wäre auch über die Etablierung einer anerkannten Qualifikation zum/r betrieblichen/r Gesundheitsmanager/in und deren gesetzliche Verankerung innerhalb der bestehenden Gesetze und Verordnungen (z.B. Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz, Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherer im SGB) zu diskutieren. Die komplexen Wechselwirkungen zwischen Organisationsstrukturen, Arbeits- und Tätigkeitsbedingungen sowie individuellen Voraussetzungen, die es zu beachten gilt, verlangen dabei nach einem umfassenden Curriculum.

(6) Anerkennung psychischer Anforderungen als Arbeitsleistungen

Psychosoziale und psychische Anforderungen der Arbeit sollten anerkannte Bestandteile eines Anforderungsprofils werden und beispielsweise in die Lohngestaltung einfließen (für erste Ansätze siehe z.B. Tarifvertrag zum Entgeltrahmenabkommen der Metallindustrie). Dies würde die Wertschätzung psychosozialer Arbeitsanforderungen erhöhen.

(7) Anerkennungen psychischer Beanspruchungsfolgen als Berufskrankheiten

Der in den letzten drei Jahrzehnten fortgeschrittene Stand in der arbeitspsychologischen Stressforschung bietet ausreichend Grundlagen, um Empfehlungen für die Erweiterung der Anerkennung auch

von psychischen Erkrankungen als berufsbedingt auszusprechen, wie zum Beispiel psychischer Beanspruchungsfolgen (z.B. Burnout). Dies – in Verbindung mit der Berücksichtigung psychischer Anforderungen bei der Lohnfindung – würde zu einer besseren Wertschätzung der Leistungen führen und zudem helfen, individuelle Schuldzuschreibungen zu vermindern, und letztlich auch die Dringlichkeit der Prävention psychosozialer Belastungen unterstreichen.

3.1.7 Fazit

Bei insgesamt rückläufigen Arbeitsunfähigkeitstagen treten psychische und Verhaltensstörungen als Diagnosegruppen zunehmend in den Vordergrund. Geschuldet ist diese Entwicklung vor allem einem ständigen Veränderungsdruck in einer flexiblen Arbeitswelt, mit all seinen Begleiterscheinungen sowie der relativen Zunahme psychischer (im Vergleich zu physischen) Belastungen durch eine Expansion des Dienstleistungsbereichs. Auf Grundlage dieser „modernen Feinde“ der Gesundheit im Arbeitsleben haben wir Empfehlungen formuliert, die zum einen auf eine bessere Anerkennung psychischer Anforderungen zielen, zum anderen den Vorteil primärer Prävention gegenüber korrektiven Interventionen betonen.

Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten zahlen sich dabei gleich in dreifacher Hinsicht aus: Sie erhöhen individuelles Wohlbefinden, haben positive Effekte auf die organisationale Performance und senken volkswirtschaftliche Folgekosten.

Literatur

Ahlers, E. & Brussig, M. (2005).

Gefährdungsbeurteilungen in der betrieblichen Praxis. WSI-Mitteilungen 9, 517-523.

Bamberg, E. & Busch, C. (2006). Stressbezogene Interventionen in der Arbeitswelt. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 50, 215-226.

Cascio, W. F. (2002). Responsible restructuring. Creative and profitable alternatives to layoffs. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

De Cuyper, N., De Jong, J., De Witte, H., Isaksson, K., Rigotti, T. & Schalk, R. (in press). Literature review of theory and research on the psychological impact of temporary employment: Towards a conceptual model. International Journal of Management Reviews.

De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R. & Siegrist, J.

(2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large scale cross-sectional study. Social Science and Medicine, 50, 1317-1327.

De Witte, H. (1999). Job insecurity and psychological well-being: Review of the literature and exploration of some unresolved issues. European Journal of Work and Organizational Psychology, 8, 155-177.

Ducki, A. (1998). Allgemeine Prozessmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (S. 135-143). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Dundler, A. & Müller, D. (2006). Ein Leben ohne Arbeitslosigkeit – nur noch Fiktion? IAB Kurzbericht, 27, 2006.

- Elovainio, M., Leino-Arjas, P., Vahtera, J. & Kivimäki, M.** (2006). Justice at work and cardiovascular mortality: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 271-274.
- Hochschild, A. R.** (1990). Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt: Campus.
- Larisch, M., Joksimovic, L., Knesebeck, O. v. d., Starke, D., & Siegrist, J.** (2003). Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Symptome. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53, 223-228.
- Mayer-Daxlanden, H.** (1930). Der Einfluß der Fließarbeit auf die Gesundheit des amerikanischen Arbeiters. *Deutsche Krankenkasse*, 17, Spalte 551 ff.
- Richter, P.** (2002). Belastung und Belastungsbewältigung in der modernen Arbeitswelt. Flexibilisierung und Intensivierung der Arbeit – Konsequenzen für einen Wandel der psychischen Belastungen. In J. Schumacher, K. Reschke & H. Schröder (Hrsg.), *Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung* (S. 44-65). Frankfurt a. M.: Verlag für Akademische Schriften.
- Rigotti, T. & Mohr, G.** (2006). Trau Schau Wem? Vertrauen in die Organisation als salutogenetischer Katalysator. *Wirtschaftspsychologie*, 22 (2/3), 22-29.
- Schnur, P. & Zicka, G.** (2007). Arbeitskräftebedarf bis 2025. Grenzen der Expansion. IAB Kurzbericht, 26.
- Siegrist, J.** (1996). Adverse Health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Sverke, M., Hellgren, J., & Näswall, K.** (2002). No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7, 242-264.
- Techniker Krankenkasse** (2007). Gesundheitsreport 2007. Verfügbar unter https://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/b01__bestellungen__downloads/z99__downloads__bilder/pdf/gesundheitsreport__2007,property=Data.pdf [24.03.2008].
- Ulich, E. & Wülser, M.** (2004). Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Wiesbaden: Gabler.
- Ulich, E.** (2001). *Arbeitspsychologie* (5., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Zürich: vdf Hochschulverlag, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Vetter, C., Küsgens, I. & Bonkass, F.** (2006). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2004. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2005* (S. 243-458). Berlin: Springer.
- West, M. A., Borrill, C., Dawson, J., Scully, J., Carter, N., Anelay, S., Patterson, M. & Waring, J.** (2002). The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals. *International Journal of Human Resource Management*, 13, 1299-1310.
- Westermayer, G. & Bähr, B. (Hrsg.)**. (1994). *Betriebliche Gesundheitszirkel*. Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzadressen

Dipl.-Psych. Thomas Rigotti

Universität Leipzig
 Institut für Psychologie II,
 Arbeits- und Organisationspsychologie
 Seeburgstr. 14-20
 04103 Leipzig
 rigotti@uni-leipzig.de

Prof. Dr. Gisela Mohr

Universität Leipzig
 Institut für Psychologie II,
 Arbeits- und Organisationspsychologie
 Seeburgstr. 14-20
 04103 Leipzig
 mohr@uni-leipzig.de

3.2 RESILIENZ – NEUE ARBEITSBEDINGUNGEN ERFORDERN NEUE FÄHIGKEITEN

Der rasante Anstieg der psychischen Belastungen durch Arbeit und damit verbundener Arbeitsausfalltage wird dargestellt und in Zusammenhang gebracht mit dem Strukturwandel in der Arbeitswelt, gekennzeichnet u.a. durch Arbeitsplatzunsicherheit, alternde Erwerbsbevölkerung, Arbeitszeitintensivierung und veränderte emotionale Anforderungen der Dienstleistungsgesellschaft. Diese Strukturveränderungen erfordern eine Erweiterung des Stressbewältigungskonzepts, die durch das Resilienzkonzept erreicht wird. Resilienz ist eine Bündelung von protektiven Fähigkeiten, die bei Mitarbeitern trainiert werden können und so auch die Chance eines Unternehmens erhöhen, in einer globalisierten Welt bestehen zu können.

3.2.1 Situation heute

In ihrem neuesten Bericht erklärt die Europäische Beobachtungsstelle für berufsbedingte Risiken (2008), dass Stress das am zweithäufigsten genannte arbeitsbedingte Gesundheitsproblem in Europa ist. 2005 waren 20% der europäischen Arbeitnehmer davon betroffen. Rund 60% aller Fehlzeiten sind auf psychosoziale Risiken zurückzuführen. Die Beobachtungsstelle geht davon aus, dass die Zahl der Betroffenen weiter zunehmen wird. Damit ist berufsbedingter Stress eine der größten Herausforderungen für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit in Europa. Die neuen Risiken in der Arbeitswelt erhöhen bei den Erwerbstätigen das Stressniveau und können eine erhebliche Beeinträchtigung der psychischen und physischen Gesundheit zur Folge haben. Für das Jahr 2002 werden die jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten im Zusammenhang mit arbeitsbedingtem Stress in der Europäischen Union auf 20 Mrd. Euro geschätzt.

Nach den Beobachtungen der Experten gibt es sowohl neue als auch bekannte, aber zunehmende Risiken in der Arbeitswelt. Diese neuen Belastungen sind häufig die Folge von technischen und organisatorischen Veränderungen. Es lassen sich fünf Bereiche von Belastungen unterscheiden:

1. Neue Formen von (unsicheren) Arbeitsverträgen und Arbeitsplatzunsicherheit
2. Alternde Erwerbsbevölkerung
3. Intensivierung der Arbeit mit langen Arbeitszeiten und einer Informationsflut durch die neuen Kommunikationstechnologien
4. Hohe emotionale Anforderungen bei der Arbeit, z.B. im Gesundheitswesen und in der Dienstleistungsbranche
5. Unzureichende Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Dass diese Dauerbelastungen im Moment besorgniserregende Konsequenzen haben, zeigen auch die Gesundheitsberichte der Krankenkassen. Jeder dritte Mitarbeiter leidet stark unter Hektik, Zeit- und Termindruck. Jeder Vierte erlebt das Arbeitstempo und den Leistungsdruck als sehr belastend. Im Laufe eines Jahres erleiden 27% der EU-Bevölkerung mindestens eine psychische Erkrankung. Viele Krankenkassen verzeichnen starke Anstiege bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer Störungen, z.B. berichtet der DAK-Gesundheitsreport 2005 (Kordt, 2005) über eine Zunahme von fast 70% in den Jahren 1997 bis 2004.

Die beschriebenen Entwicklungen sind noch nicht an ihrem Endpunkt angelangt. Ein „Warten auf bessere und ruhigere Zeiten“ ist weder für den einzelnen Menschen noch für die Unternehmen und Organisationen eine Lösung. Wie die ansteigenden Zahlen von psychischen Störungen zeigen, grei-

fen auch die üblichen Bewältigungsmöglichkeiten oft nicht mehr. Da sich die Arbeitsbedingungen ohne gegensteuernde Maßnahmen nicht zum Besseren ändern werden, gilt es zu überlegen, wie sich die Bewältigungsfähigkeiten von Individuen und Organisationen stärken lassen, um dem andauernden Wandel besser gewachsen zu sein. Die in vielen Firmen mittlerweile gut etablierten Programme zur Stressbewältigung reichen dazu nicht mehr aus. Sie sind auf die Bewältigung des täglichen Arbeitsstresses ausgerichtet, nicht aber auf tief greifende Verunsicherungen, wie sie z.B. durch Angst vor dem Arbeitsplatzverlust entstehen, oder auf die immer geringer werdende Möglichkeit, im Privatleben Ausgleich und Kraft zu finden. Es geht nicht mehr nur darum, mit aktuellen Stressoren im Arbeitsalltag fertig zu werden, sondern auch darum, längerfristigen Bedrohungen und Belastungen standzuhalten.

3.2.2 Potenziale des Resilienzkonzepts

In diesem Zusammenhang wird das Konzept der „Resilienz“ interessant. Die Fähigkeit, widerstandsfähig gegenüber äußeren Belastungen und Krisensituationen zu sein und sie ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen, wird in der Psychologie als „Resilienz“ bezeichnet. Der Begriff stammt ursprünglich aus der Physik (ähnlich wie auch der Begriff „Stress“) und bezeichnet in der Werkstoffkunde die Fähigkeit eines Werkstoffes, sich verformen zu lassen und dennoch in die ursprüngliche Form zurückzufinden. Der resiliente Mensch gleicht also einem Stehaufmännchen, das sich immer wieder aufrichtet, auch wenn es umgestoßen wird. Damit ist der Begriff „Resilienz“ auch weiter gefasst, als der Begriff „Stressmanagement.“

Die Eigenschaft „Resilienz“ ist wahrscheinlich zu einem Teil genetisch mitbestimmt, lässt sich aber auch in allen Lebensphasen erlernen und gezielt trainieren. Viele Menschen verfügen bereits über eine breite Palette von Fähigkeiten und Eigenschaften, die zusammen die Resilienz ausmachen. Es gibt nicht nur einen Weg, um die eigene Resilienz weiterzuentwickeln. Eine ganze Bandbreite von Verhaltensweisen, Gedanken und Aktivitäten steht für die eigene Widerstandsfähigkeit zur Verfügung. In unterschiedlichen Situationen können ganz unterschiedliche Bewältigungsstrategien gefragt sein. Da sind diejenigen im Vorteil, die auf eine Fülle von verschiedenen Verhaltensweisen und Einstellungen zurückgreifen können. Psychologische Faktoren bestimmen, wie eine Person Belastungen erlebt und ob sie in schwierigen Lebenssituationen eher resigniert oder diese aktiv bewältigt. Bisherige Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Menschen mit einer höheren Resilienz weniger körperliche Beschwerden haben und sich auch schneller wieder erholen. Es zeigt sich bei Menschen mit ausgeprägter Resilienz auch eine stärkere Lebenszufriedenheit.

Als Ergebnis des „Project Resilience“ (1990) in Washington werden sieben „Säulen der Resilienz“ beschrieben:

1. **Einsicht suchen:** Suchfragen stellen und ehrliche Antworten geben.
2. **Unabhängigkeit:** das Recht auf sichere Grenzen zwischen sich und anderen.
3. **Beziehungen:** enge und erfüllende Beziehungen suchen und aufrechterhalten.
4. **Initiative:** Probleme aktiv anpacken.
5. **Kreativität:** Frustration oder Schmerz künstlerisch ausdrücken.
6. **Humor:** das Komische im Tragischen finden, über sich selbst lachen.
7. **Moral:** Wissen, was gut und schlecht ist, der Wille, für diesen Glauben auch Risiken einzugehen.

Noch hat die Resilienzforschung ihren Schwerpunkt in der Pädagogik und untersucht die Bedingungen, die Kinder für ein psychisch gesundes und stabiles Heranwachsen brauchen. Zunehmend interessiert sich auch die Persönlichkeits- und Entwicklungspsychologie für dieses Thema. Aus den

USA kommen dazu Ansätze, den Resilienzbezug nicht nur auf Individuen anzuwenden, sondern auch auf Teams, Organisationen und ganze Unternehmen. Ein System ist resilient, wenn es seine Funktionen angesichts äußerer oder innerer Wandels aufrechterhält oder wenn es sie im Notfall auf erträgliche und allmähliche Weise einschränkt, sagen Allenby & Fink (2005) von der Arizona State University in den USA. Dort ist auch die Umsetzung der Resilienzforschung in praktische Projekte bereits viel weiter fortgeschritten als in Deutschland. Entsprechende Programme sind in den USA im Erziehungs- und Schulwesen weit verbreitet und haben inzwischen auch Eingang in die Unternehmen gefunden. Verfügen die Betriebe über ein großes Maß an Resilienz, wird es ihnen nach einer Krise rascher wieder gelingen, in eine stabile Situation zurückzufinden. Das Institut des Zukunftsforschers Matthias Horx (2005) sagt voraus, dass Resilienz einer der Zukunftstrends der nächsten Jahre sein wird.

Resiliente Organisationen verfügen über folgende Eigenschaften, die sie in die Lage versetzen, mit plötzlichen Änderungen oder dauerhaftem Wandel besser umzugehen:

- Sie haben Mitarbeiter, Teams und Führungskräfte, die fähig sind, die Realität zu akzeptieren und anzupacken. Das Überleben der Organisation wird trainiert, schon bevor es kritisch wird.
- Sie sind als Organisation fähig, Bedeutung im Leben zu finden. Das Wertesystem resilienter Organisationen dient als Halt in schwierigen Situationen.
- Sie sind fähig, zu improvisieren und alle Ressourcen zur Problembewältigung einzusetzen.

Nicht nur Individuen, sondern auch Organisationen sind in der Lage, ihre Resilienz zu verbessern. Dazu gehört einmal die bestmögliche Vorbereitung auf vorhersehbare kritische Veränderungen und Ereignisse, andererseits aber auch die bewusste Entwicklung der o.g. Eigenschaften bei den Mitarbeitern und Führungskräften.

3.2.3 Empfehlungen

Die Politik, insbesondere die Arbeits- und Gesundheitspolitik, hat die Aufgabe, Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung möglichst gering zu halten. Dazu gehört auch die Minimierung psychischer und physischer Erkrankungen, die durch die Arbeitswelt ausgelöst werden. Dies betrifft nicht nur die Menschen, die im Arbeitsprozess stehen, sondern auch diejenigen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben.

Den Psychologen kommt die immer wichtigere Rolle zu, psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu diagnostizieren, z.B. im Rahmen von Gefährdungsbeurteilungen der psychomentalen Belastungen, wie sie ja bereits gesetzlich vorgesehen sind. Diese Belastungen sollten möglichst gering gehalten oder sogar reduziert werden. Psychologen haben ebenfalls eine wichtige Aufgabe bei der Behandlung von psychischen Störungen, die durch die Arbeitswelt verursacht werden, z.B. Ängste, Depressionen, Burnout.

Noch sinnvoller ist allerdings ein präventives Vorgehen, das auch versucht, die Menschen in die Lage zu versetzen, mit den absehbar stärker werdenden Belastungen besser fertig zu werden. Dazu gehören neben klassischen Maßnahmen wie der Stressbewältigung auch Interventionen, die die Resilienz des Einzelnen und der Unternehmen fördern können.

Resilienz stellt einen Protektivfaktor und eine Gesundheitskompetenz dar, die angesichts der steigenden und sich ändernden Belastungen durch die Arbeitswelt einen zunehmenden Wert gewinnen werden. Die amerikanische Psychologenschaft ist hier bereits aktiv geworden und stellt Informationsmaterial zum Thema „Resilienz“ zur Verfügung.

Literatur

- Allenby, B. & Fink, J.** (2005). Toward Inherently Secure and Resilient Societies. *Science* 12, Vol. 309, 1034-1036.
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz** (2008). Factsheet 74 - Expertenbefragung zu neu auftretenden psychosozialen Risiken für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit. Verfügbar unter http://osha.europa.eu/publications/factsheets/74/?set_language=de [25.03.2008].
- Horx, M.** (2005). *Der Selfness-Trend – Was kommt nach Wellness?* Kelkheim: Zukunftsinstitut.
- Kordt, M. (Hrsg.)**. (2005). *DAK Gesundheitsreport 2005*. Verfügbar unter <http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/38A5A5A6BBF15309C1256FE0005578E2> [24.03.2008].
- Project Resilience.** (1990). *Vocabulary of Strengths: The seven Resiliencies*. Verfügbar unter <http://projectresilience.com/framesconcepts.htm> [24.03.2008].
- Rampe, M.** (2005). *Der R-Faktor – Das Geheimnis unserer inneren Stärke*. München: Knauer Verlag.

Hintergrundliteratur

- American Psychological Association** (2004). *The Road to Resilience*. Verfügbar unter http://www.apahelpcenter.org/dl/the_road_to_resilience.pdf [02.07.2007].
- Eichenberg, C.** (2006). *Bausteine der Psychotherapie: „Salutogenese und Resilienz“*. Verfügbar unter <http://www.christianeeichenberg.de/Salutogenese%20und%20Resilienz.ppt> [24.03.2008]
- Harvard Business School Press.** (2003). *Harvard Business Review on Building Personal and Organizational Resilience*. Boston: Harvard Business School Publishing Corporation.
- Leppert, K. et al.** (2005). Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 365–369.
- Scharnhorst, J.** (2007). Biegen statt brechen – Resilienz erhöht den Widerstand gegenüber Belastungen. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 3, 57-60.
- Schumacher, J. et al.** (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16–39.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Julia Scharnhorst, MPH
Leitung des Fachbereichs Gesundheitspsychologie
und Vorstandsmitglied der Sektion Gesundheits-,
Umwelt- und Schriftpsychologie im BDP

Health Professional Plus
Am Redder 11
22880 Wedel
info@h-p-plus.de

3.3 STRESS UND STRESSBEWÄLTIGUNG AM ARBEITSPLATZ

Die Ursachen und Kosten von Stress werden dargestellt und Empfehlungen zur Integration gesundheitsfördernder psychologischer Maßnahmen in eine moderne Betriebsstruktur ausgesprochen. Es wird deutlich, dass auch bei größtem Kostendruck Organisationsentwicklung möglich ist und diese psychische Gesundheit am Arbeitsplatz und somit auch den unternehmerischen Erfolg sichert.

3.3.1 Worüber sprechen wir: Definition „Stress“

Stress ist nach Selye (1971) die unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Form von Belastung. Im Zuge des Wandels der Arbeitsinhalte weg vom Einsatz der Körperkraft hin zu geistig-konzentrativer Tätigkeit besteht diese Belastung im Beruf heute vorwiegend in Form psychischer Belastung. So ist denn auch überhöhte und/oder chronische psychische Überlastung seit etlichen Jahren die häufigste Ursache von Fehlzeiten und Berufsunfähigkeit.

3.3.2 Warum dieses Thema wichtig ist: Stress, Zivilisationskrankheiten und Kosten

Beinahe jede der weit verbreiteten Zivilisationskrankheiten wird mit chronischem Stress in Verbindung gebracht (Bauer, 2006; Kopp & Rethelyi, 2004; McEwen & Lasley, 2002; McEwen & Seeman, 1999; Segerstrom & Miller, 2004). Insbesondere Herz-Kreislauf-Probleme, Beschwerden im Magen-Darm-Trakt, Bluthochdruck, Diabetes, Depression, Schlafstörungen und nicht zuletzt Abhängigkeit von Wirkstoffen sind – oft im Zusammenhang mit falscher Ernährung und Bewegungsmangel – die langfristigen Folgen von Stress. Die Zahl der Berufsunfähigkeitsfälle wegen psychischer Beschwerden ist von 1997 bis 2004 um rund 70 Prozent gestiegen (DAK Gesundheitsreport 2005). Sowohl die Kosten für Unternehmen als auch die für Krankenkassen sind immens. Stress-Folgeerscheinungen schlagen heute als beträchtlicher volkswirtschaftlicher Schaden zu Buche.

3.3.3 Wo liegen die Herausforderungen: Förderliche Bedingungen für die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

Sinn im eigenen Tun

Menschen wollen Sinn in ihrem Tun sehen. Sie sind zu für sie selbst unvorstellbaren Handlungen fähig, wenn sie nur deren Sinn sehen. Die Geschichte ist voller Beispiele, in denen Menschen ohne Zwang größte Opfer bringen oder gegen ihre erklärten Prinzipien verstoßen oder größten Einsatz leisten ohne Entgelt, weil sie einen Sinn darin sehen. Die sicherlich extremste Form ist sicherlich das Selbstmordattentat.

Tätigkeiten, für deren Sinn der oder die Betreffende keine Erklärung hat, wirken sich hingegen auf Dauer psychisch belastend aus. Es entsteht unter diesen Bedingungen sogar oft eine Neigung, selbst sinngenerierend aktiv zu werden. So korreliert z.B. Religiosität u.a. deshalb negativ mit Morbidität und Mortalität, weil sie vielfältige Möglichkeiten der Sinnfindung bietet.

Leider haben wir in unseren Betrieben wenig Tradition in der Sinnstiftung: Ist es für viele Organisationen schon ungewöhnlich, dass Ziele überhaupt sachgerecht formuliert werden, so ist es in weiten Bereichen erst recht unüblich, den Zweck eines Arbeitsauftrages zu kommunizieren. Dabei

ist die Kenntnis des Zwecks für den Auftragnehmer in vielen Fällen schon allein deshalb wichtig, weil er im Rahmen der Ausführung der Arbeit vielfältige Entscheidungen treffen muss, die oft allein aus dem Zweck, d.h. dem Sinn der Arbeit, ableitbar sind. Unternehmen, in denen die große Bedeutung der Sinnkommunikation für die Motivation und die Identität der Mitarbeiter verstanden wurde, legen denn auch größten Wert darauf, dass über alle Hierarchieebenen, Einheiten und Netzstrukturen hinweg stringent aufeinander abgestimmte und kommunizierte Ziel-Kaskaden für jeden Mitarbeiter jeder Ebene nachvollziehbar machen, weshalb seine Arbeit von größter Bedeutung für das Unternehmen ist. Die Zeitinvestition in der Klärung der Kategorien „Zweck – Ziel – Maßnahme“ für jeden Mitarbeiter lohnt sich vom Standpunkt gesundheitlicher Fürsorge dann besonders, wenn der Mitarbeiter eindeutige Entscheidungsbefugnis in der Frage bekommt, wie das Ziel erreicht wird – sogenannte „process ownership“. Hier wird der Handlungsspielraum des Mitarbeiters festgelegt (siehe Abschnitt „Kontrollüberzeugung“).

Es ist also im Rahmen einer klaren Ordnung der Pflichten und Befugnisse leicht möglich, einen Beitrag zu psychohygienisch guten Voraussetzungen zur Vermeidung unnötiger psychischer Belastung und Stress beim Mitarbeiter zu schaffen – und das ohne pekuniären Aufwand.

Kontrollüberzeugung

Kontrollüberzeugung (locus of control; Rotter, 1966) bezeichnet das Erleben eines subjektiv ausreichenden persönlichen Handlungsspielraumes, d.h. der „Kontrolle“ über das eigene Handeln, wie z.B. die Möglichkeit zum Treffen eigenständiger Entscheidungen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit oder zur Gestaltung des eigenen Arbeitsplatzes. Auch stellt sich dabei die Frage, ob Mitarbeiter durch enge Vorschriften oder soziale Kontrolle übermäßig eingeengt werden.

Arbeitgeber bzw. Vorgesetzte haften für ihre Mitarbeiter und schränken schon deshalb deren Handlungsspielraum ein. Darüber hinaus versuchen sie, zur Vermeidung von Verschwendung ein Höchstmaß an Koordination aller Aktionen in der Organisation zu erreichen – was den Freiraum des Einzelnen wiederum weiter einschränkt. Negativbeispiele von ausgeschöpftem Handlungsspielraum reichen von der 50-Milliarden-Spekulation eines Mitarbeiters in der Société Générale bis zum verkehrgefährdenden Zuhängen eines LKW-Führerhauses mit Fähnchen und Maskottchen aller Art und machen deutlich, dass es schwierig ist, eine Grenze zu ziehen.

Zunächst gilt selbstredend das betriebliche Interesse als Begrenzung des Handlungsspielraumes der Mitarbeiter: Sobald wichtige Felder wie z.B. Image beim Kunden, Termineinhaltung, Erträge, Sicherheit, Qualität, Produktivität u.a. berührt sind, sollte es keine Freiräume, sondern ein Höchstmaß an Koordination geben.

Diese Grenzen sind gewöhnlich ohne besondere Belastung oder Einschränkung durchsetzbar, wenn die Mitarbeiter das Gefühl haben, dass sie zur betreffenden Thematik gehört und verstanden wurden. Wo immer es möglich ist, sollten die Mitarbeiter beratend in die Entscheidungsvorbereitung einbezogen werden. Dabei muss die Entscheidung keineswegs so getroffen werden, wie die Mitarbeiter sie treffen würden. Allein die Möglichkeit der Mitarbeiter, eigene Sichtweisen, antizipierte Schwierigkeiten, Sonderbedarfe, eigene Ideen und Lösungsmöglichkeiten vorzubringen, vermittelt ihnen das wichtige Gefühl, Einfluss auf die eigenen Geschicke genommen zu haben. Jedoch sollten bereits getroffene Entscheidungen auf keinen Fall nachträglich zur vermeintlich demokratischen Abstimmung gestellt werden.

Eigene Ressourcen

Unter den eigenen Ressourcen zählt die Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977) zu den wichtigsten Faktoren der Resistenz gegen Erkrankungen durch psychische Überlastung. Damit ist die Überzeugung gemeint, die gewöhnlichen Probleme des Lebens eigenständig lösen zu können – im Gegensatz zu der Selbstwahrnehmung als „Opfer unlösbarer Schwie-

rigkeiten". Zwar ist diese Einstellung in hohem Maße abhängig von Einflüssen, denen der Mitarbeiter weit vor dem Eintritt in den Beruf ausgesetzt war. Allerdings ist hier gerade durch berufliche Erfahrungen erhebliche Verbesserung möglich. Es kommt dabei auf geschicktes Fordern und Fördern durch Vorgesetzte in Verbindung mit Wertschätzung an. Dabei sollte auch auf einen unterstützenden Umgang der Kollegen mit dem Mitarbeiter geachtet werden werden.

Eine weitere bedeutsame Größe ist hier die Bildung und Ausbildung des Mitarbeiters. Betriebe sollten die Mitarbeiter bei jeder Form beruflicher Qualifizierung – auch initiativ – unterstützen. Man besinne sich auf die bewährte Regel, wonach Personalentwicklung zu den wichtigsten Aufgaben einer Führungskraft gehört. Die Anwendung von Fertigkeiten ist eine Voraussetzung für Erfolgserlebnisse. Erfolgserlebnisse stärken das Selbstbewusstsein und die Identifizierung mit der Aufgabe. Das wiederum verbessert die Widerstandsfähigkeit gegen Stress und mindert das Krankheitsrisiko.

Externe Ressourcen

„Ziele sportlich, Mittel verweigert“ ist ein verbreitetes Leiden von Mitarbeitern in Zeiten der rigorosen Kostensenkungszwänge von Organisationen. Viele geraten dadurch erheblich unter Druck. Sie sehen sich gezwungen, über ein vertretbares Maß hinaus irgendwo in dem magischen Dreieck „Qualität – Zeit – Kosten“ aus ihrer Sicht nicht verantwortbare Abstriche zu machen. Wenn z.B. eine qualitätsbewusste Krankenschwester aus der Herzchirurgie wegen persönlicher Umstände in die Altenpflege wechselt und dort morgens die Hämatome der Bewohner registriert, die durch unausgebildete Billigkräfte beigebracht wurden, nach langer Suche ein leeres Sauerstoffgerät vorfindet, von der Vorgesetzten abgewimmelt wird und aufgrund der Zielblockade depressiv wird, dann haben wir es mit einer stressbedingten und kostenträchtigen Erkrankung zu tun.

Sicherlich sind die Mittel in jeder Organisation begrenzt. Es müssen aber mit den Mitarbeitern vertretbare Regelungen bezüglich der Mittelzuweisung getroffen werden, um sie nicht mit unlösbaren Problemen alleinzulassen, für die sie später die Konsequenzen tragen müssen.

Sozialer Rückhalt

Der soziale Rückhalt gehört zu den wichtigsten protektiven Faktoren, die gegen Krankheit durch Stress schützen. Leider wird seine Bedeutung von vielen Menschen unterschätzt, denn sie gehen eher fahrlässig mit ihren sozialen Beziehungen um. Wenn man viele Kollegen hat, so bedeutet das eben noch lange nicht, dass man durch sie auch sozialen Rückhalt erfährt. Erst wenn Vertrauen und Nähe entstehen, finden wir diese Stärkung unserer Resilienz, d.h. unserer Widerstandsfähigkeit gegen psychisch bedingte Stress-Folgekrankheiten (Oetting, 2006). Deshalb haben soziale Events und die Bildung von Freizeitgruppen in der Organisation eine wichtige Funktion für die Prävention psychisch bedingter Fehlzeiten. Bewährt haben sich auch Team-Workshops mit gegenseitigem Feedback und gemeinsamer expliziter Festlegung von Umgangsregeln. Die gemeinsame Formulierung eines Leitbildes kann den sozialen Rückhalt stärken. Wichtig sind dabei Folgemaßnahmen, in denen die Mitarbeiter immer wieder selbst kontrollieren, inwieweit sie die eigenen Verabredungen eingehalten haben.

Wahrnehmungsmuster

Eine Stressreaktion entsteht nur, wenn Wahrnehmungen oder Gedanken als belastend bewertet werden (Lazarus & Folkman, 1984) Etwas plakativ formuliert: „Es gibt nichts, was Stress macht, Stress entsteht erst im Kopf.“ Das gilt natürlich nicht immer – besonders bei physikalisch-chemischen Reizungen –, aber für die häufigsten psychischen Belastungen, die krank machen können. Zudem gibt es in der Öffentlichkeit immer noch eine Reihe von historisch bedingten Vorurteilen über psychische Zusammenhänge, die immer wieder zu Stressreaktionen führen. Als

Beispiel sei nur an die unterschiedlichen Formen der Zuwendungsbeschaffung, den Glauben an eine reine Vernunft oder auch an Selbstlosigkeit als Motiv erinnert. Folglich kommt der Beschäftigung mit eigenen stressverschärfenden Wahrnehmungsmustern bzw. Bewertungen großes Gewicht bei der Prävention gegen stressbedingte Krankheiten zu. Ein ausführliches Selbstlernprogramm, das auch gerne von Gesundheitsorganisationen eingesetzt wird, findet sich bei Oetting (2006).

3.3.4 Was ist zu tun: Prävention und Bewältigung

1. Aktiv auf die Mitarbeiter zugehen

Dazu ist ein systematisches Programm notwendig, das ein verbindliches Frühwarnsystem beinhaltet, welches bei allen Mitarbeitern mittels akzeptierter Mitarbeiterbefragung und Fitness-Prüfung Indikatoren misst.

Anwender dieses System sind Betriebsärzte, -psychologen oder evtl. ein Stress-Ombudsmann. Als Experten müssen sie schon frühzeitig in die Entwicklung des Systems eingebunden werden. Sie unterliegen der Schweigepflicht, geben einen anonymisierten Bericht und beraten Betroffene.

2. Prozess der kontinuierlichen Verbesserung der strukturellen Arbeitsbedingungen initiieren

Oft liegen die Ursachen hoher psychischer Belastung der Mitarbeiter weniger in psychischen Problemen, sondern mehr in strukturellen Bedingungen. Hier kann z.B. durch Arbeiten mit einer stringenten Ziel-Kaskade (Zweck – Ziel – Mittel), der konsequenten Trennung von Prozess- und Projektorganisation sowie verbesserter Selbstorganisation für gesündere Arbeitsbedingungen gesorgt werden.

3. Normative Veränderungen einführen

Durch Gesundheitsmanagement in den Bereichen Bewegung (z.B. Fahrrad-Ergometer mit Fitness-Messung oder systematische Pausenaktivitäten mit Animation), Ernährung (z.B. Beratung durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung) und Entspannung (Kurzentspannung im Büro, Spaziergänge, Abwechslung) können Verhaltensnormen neu definiert und kommuniziert werden. Nicht zuletzt regelmäßig angebotene Sprechstunden der begleitenden Ärzte und Psychologen erhöhen die Nachhaltigkeit und Wirkung des Gesundheitsmanagements.

4. Führen Sie Performance-Workshops für kritische Einheiten/Teams durch

Sie machen u.a. die Quellen seelischer Erkrankungen frühzeitig sichtbar und wirken effektiv entgegen. Individuelle und/oder kollektive Probleme und Beziehungsstörungen werden sichtbar, kommunizierbar und damit in vielen Fällen behebbar.

5. Mobbing gezielt verhindern

Mobbing führt häufig zu schwersten seelischen Störungen bis hin zum Suizid. Deshalb ist Mobbing sehr ernst zu nehmen und mit Methoden der Personal- und Organisationsentwicklung durch einen Experten bestmöglich zu eliminieren.

Literatur

- Bandura, A.** (1977). Self-efficacy. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bauer, J.** (2006). *Das Gedächtnis des Körpers* (8. Aufl.). München: Piper-Verlag.
- Kordt, M.** (Hrsg.). (2005). *DAK Gesundheitsreport 2005*. Hamburg.
- Kopp, M. S. & Rethelyi, J.** (2004). Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality – the Central-Eastern European health paradox. *Brain Research Bulletin*, 62, 351-367.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S.** (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lipton, B. H.**, (2007). *Intelligente Zellen* (3. Aufl.). Burgrain: Koha-Verlag.
- McEwen, B. & Lasley, E. N.** (2002). *The End of Stress As We Know It*. Washington: National Academies Press.
- McEwen, B. S. & Seeman, T.** (1999). Protective and Damaging Effects of Mediators of Stress: Elaborating and Testing the Concepts of Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 30-47.
- Oetting, M.** (2006). *Falle Stress*. Hamburg: Windmühle-Verlag.
- Rotter, J. B.** (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, (1, Whole No. 609), 1-28.
- Segerstrom, S. C. & Miller, G. E.** (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130 (4), 601-630.
- Selye, H.** (1971). *Hormones and resistance*. Berlin; New York: Springer-Verlag.

Korrespondenzadresse

Dr. Dipl.-Psych. Manfred Oetting
Oelixdorfer Str. 89
D-25524 Itzehoe bei Hamburg
manfred.oetting@oetting-mcg.de

4. BEISPIELE GUTER PRAXIS

GERLINDE WIEMANN, VIOLA MIDDENDORF

4.1 **ARBEITSBEDINGTE PSYCHISCHE TRAUMATISIERUNG: EIN PRÄVENTIONSPROGRAMM FÜR MITARBEITER DER DEUTSCHEN BAHN AG**

Durch den hohen Stellenwert der Sicherheit in der heutigen (Arbeits-)Welt sind Unfälle selten geworden. Dennoch kann es gerade im Berufsleben immer wieder zu Ausnahmesituationen kommen, die psychisch wie physisch extrem belastend sind. So sind beispielsweise Mitarbeiter von Verkehrsunternehmen einem hohen Risiko ausgesetzt, in Unfälle verwickelt zu werden, in denen Menschen getötet oder erheblich verletzt werden können. Auch in anderen Branchen, wie z.B. Banken, besteht ein erhöhtes berufsspezifisches Risiko der psychischen Traumatisierung durch gewalttätige Übergriffe. Je nach Vorfall sind oft nicht nur Mitarbeiter, sondern auch weitere Personenkreise, wie z.B. Kunden, betroffen.

Untersuchungen haben gezeigt, dass sich nach einer nicht adäquaten Betreuung nach einem Unfall, Großschadensfall oder Überfall bei ca. 30% der Betroffenen eine Posttraumatische Belastungsstörung ausbilden kann, die nach dem Ereignis die Bewältigung des Alltags stark einschränkt.¹ Eine schwerwiegende Folge ist die vorübergehende oder, im schlimmsten Fall, dauerhafte Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit. Am Beispiel der Deutschen Bahn AG und ihrem Programm zur Betreuung psychisch traumatisierter Mitarbeiter wird sowohl die Notwendigkeit einer schnellen Betreuung aufgezeigt als auch die Wichtigkeit einer gut abgestimmten interdisziplinären Zusammenarbeit der beteiligten Schnittstellen innerhalb des Unternehmens bzw. mit den fachspezifischen Funktionen außerhalb des Unternehmens. Da die Gruppe der Lokführer (Triebfahrzeugführer) die größte Zielgruppe des Präventionsprogramms darstellt, wird im Weiteren vor allem auf diese Berufsgruppe Bezug genommen.

4.1.1 Einleitung

Schwere Verkehrsunfälle gehören zu den häufigsten traumatischen Erlebnissen in Deutschland. Im Jahr 2006 ereigneten sich über 2,2 Millionen Unfälle mit annähernd 300.000 Verletzten und ca. 5000 Toten². Damit ist für jeden das Risiko gegeben, irgendwann mit einem solchen Ereignis konfrontiert zu sein. Die Verarbeitung dieser Erfahrung ist deshalb so schwierig, weil sie die normalen Anpassungsstrategien des Menschen überfordert. Anders als gewöhnliches Unglück bedeuten traumatische Ereignisse in der Regel eine Bedrohung für das Leben oder die körperliche Unversehrtheit, eine Konfrontation mit Gewalt, Schmerzen, Verletzungen und Tod. Diese Erfahrung von Hilflosigkeit und Angst stellt eine Belastung dar, die die Folgesymptome verständlich macht.

4.1.2 Traumatisierungsrisiko für Lokführer

Für Triebfahrzeugführer ergibt sich ein erhöhtes Risiko, in Ausübung ihres Berufs ein psychisches Trauma zu erleiden. Dieses Risiko besteht insbesondere in der Möglichkeit, an einem Unfall beteiligt zu sein. Besonders häufig treten Suizidunfälle auf.

Butollo (1997) beschreibt das Überfahren von Selbstmördern als eine besondere Art der Traumati-

¹ Beispielsweise entwickelt nach einer Studie von Frommberger et al. (1997) eine bedeutende Minderheit von verletzten Patienten gravierende psychopathologische Symptome nach einem Verkehrsunfall. Nach den Studienergebnissen ist das bei ca. einem Drittel der Patienten der Fall. Sie zeigen Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen oder phobisches Vermeidungsverhalten sowie organische Psychosyndrome.

² Quelle: Statistisches Bundesamt, aktualisiert 07/2007.

sierung für die Triebfahrzeugführer, da hier die Rolle des „Täters“ und des „Opfers“ durcheinandergeraten: Der Lokführer fühlt sich aktiv verantwortlich, hat aber in aller Regel keine Chance, den bevorstehenden Unfall mit einer Person, die sich im Gleis befindet (meistens Suizidenten), oder einem Fahrzeug auf einem Bahnübergang zu vermeiden, da der Bremsweg auch bei sofortigem Einleiten einer Schnellbremsung zu lang ist, um die Lok noch rechtzeitig zum Stehen zu bringen und so den Unfall zu verhindern. Derjenige aber, der den Unfall in erster Linie verursacht, stirbt oder wird schwer verletzt, ist also „Täter“ und „Opfer“ zugleich.

Es entstehen besondere Belastungen durch

- Hilflosigkeit aufgrund extrem langer Bremswege
- mindestens 90% der Suizidversuche mit tödlichem Ausgang
- Verletzungen häufig stark entstellend
- Verunsicherung durch Ermittlungen der Staatsanwaltschaft
- manchmal Vorwürfe oder Drohungen von Angehörigen
- z.T. sensationslüsterne Darstellung in den Medien.

Im Netz der Deutschen Bahn AG ereignen sich ca. zwei bis drei Unfälle mit Personenschaden bzw. Suizide im Gleisbereich pro Tag. Statistisch ergibt sich daraus, dass jeder Lokführer durchschnittlich mit zwei Vorfällen im Berufsleben rechnen muss. Zwar wird nicht jeder Lokführer im Laufe seiner Berufslaufbahn mit Unfällen konfrontiert, aber es gibt z.T. erhebliche Häufungen auf bestimmten Streckenabschnitten und auch bei einigen Beschäftigten.

4.1.3 Reaktionen auf extreme Belastungssituationen

Die psychische Reaktion auf ein Trauma ist in mehrere Phasen gegliedert. Die Betroffenen haben in diesen Phasen unterschiedliche Bedürfnisse. Das Programm der Deutschen Bahn AG berücksichtigt dies und hat die jeweiligen Interventionen darauf abgestimmt.

Nach belastenden Ereignissen können Personen folgende Stadien durchlaufen:

(1) psychischer Schock bzw. akute Belastungsreaktion

Starke seelische Erschütterung, ausgelöst durch ein plötzlich hereinbrechendes, belastendes Ereignis wie z.B. einen Unfall oder einen Überfall. Die Reaktionen in dieser Phase sind uneinheitlich und wechselnd. Häufig kommt es unmittelbar nach dem Trauma zu einer Reduktion der Fähigkeiten in allen psychischen Funktionen. Wahrnehmung, Gedächtnis, motorische Funktionen können deutlich geschwächt sein. Dies ist meist mit körperlichen Begleiterscheinungen verbunden und hält Minuten bis, in Ausnahmefällen, Tage an.

(2) Krise bzw. Einwirkungsphase

Ist gekennzeichnet durch erhöhte Anspannung, Aufregung, Nervosität, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Irritation, Aggressivität, Depressivität. Dieser Zustand ist als eine normale Reaktion auf ein „unnormales“ Ereignis anzusehen. Eine Krisenreaktion kann mehrere Tage bis Wochen andauern. In der Regel setzt danach eine Erholung ein.

(3) Posttraumatische Belastungsstörung

Ist eine behandlungsbedürftige, von der Weltgesundheitsorganisation anerkannte Krankheit. Diese ist gekennzeichnet durch

a. Wiedererleben des belastenden Ereignisses,

dabei treten innere Bilder sehr lebendig auf und lösen dieselben Gefühle wie in der Situation aus, z.B. panikartige Zustände.

b. Vermeiden von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können. Ebenfalls auftreten können Amnesien, Interessenverlust, Gefühlsabstumpfungen etc.

c. Erhöhtes Erregungsniveau, begleitet von Übererregbarkeit. Die Aufmerksamkeit richtet sich vor allem auf Anzeichen für das erneute Auftreten der erlebten Katastrophe. Weitere Folge-symptome sind Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme und Reizbarkeit.

Wird eine Person während der Krisenphase nicht adäquat betreut, bleibt die Erholungsphase aus, und es besteht ein erhöhtes Risiko für die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Halten die Beschwerden über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen unverändert an und es ist keine Verbesserung zu spüren, besteht die Gefahr, dass sich eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt.

4.1.4 Das Betreuungsprogramm der Deutschen Bahn

Ein systematisches Betreuungskonzept gibt es bei der Deutschen Bahn AG bereits seit 1994. Es wurde im Rahmen eines Einigungsstellenbeschlusses mit der Personalvertretung zunächst für die Gruppe der Triebfahrzeugführer etabliert. In einer Konzernrichtlinie („Traumatisierende Ereignisse bewältigen“)³, die im Jahr 2002 in einer ersten Version verfasst wurde, wurde die Unternehmerpflicht und Fürsorgepflicht gegenüber den Beschäftigten konkretisiert, um die Erhaltung ihrer Gesundheit durch die Gewährleistung einer schnellen und zielgerichteten Betreuung zu ermöglichen. Alle Bausteine des Konzeptes wurden verbindlich für die Konzernunternehmen definiert.

Es hat sich als günstig erwiesen, wenn die „Psychische Erste Hilfe“ von speziell ausgebildeten Angehörigen des Unternehmens geleistet wird. Dies vermittelt das positive Gefühl, dass das eigene Unternehmen sich auch in schwierigen Situationen um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmert. Die gegenteilige Wahrnehmung stellt oft eine zusätzliche Traumatisierung dar und wirkt sich negativ auf Befindlichkeit und zukünftige Motivation aus („meine Firma lässt mich in einer solchen Situation allein“)⁴. Zusätzlich ist bei einer kollegialen Erstbetreuung die Angebotsschwelle so niedrig gelegt, dass es den Betroffenen leichterfällt, darauf einzugehen. Weiterhin hat das Unternehmen die Möglichkeit, sie bei der Auswahl geeigneter psychologischer Betreuung zu unterstützen.

Da sich die Betroffenen direkt nach dem traumatisierenden Ereignis in der Regel noch in einem Schockzustand befinden, sollte sofortige Betreuung im Sinne der „Psychischen Ersten Hilfe“ nach Lasogga und Gasch (2006) durch speziell ausgebildete Personen stattfinden (niedrigschwellige Laienhilfe). Die eigentliche psychologische Betreuung setzt erst in den darauffolgenden Tagen ein, wenn die Betroffenen wieder aufnahmebereit sind und über erste Symptome und Bewältigungsstrategien berichten können. Damit folgt das Vorgehen bei der Deutschen Bahn AG auch der Vermutung, dass psychologische Interventionen direkt nach dem Trauma nur wenig wirksam scheinen (Meyer & Steil, 1998).

4.1.5 Die Programmbausteine des Betreuungskonzeptes

Für die psychische Bewältigung solcher Vorfälle und damit auch für die Verringerung von Ausfallzeiten sind abgestimmte präventive Maßnahmen und Interventionen (Trainings im Bereich der Prävention, Betreuung nach dem Ereignis sowie beim Wiedereinsatz) dringend notwendig.

Die Maßnahmen im Einzelnen gliedern sich wie folgt auf:

Präventive Maßnahmen:

- Psychologische Schulungen im Rahmen des Betreuungskonzeptes

Für Beschäftigte des Unternehmens, die Psychische Erste Hilfe leisten sollen, z.B. Notfallmanager bzw. Notdienste (Mitarbeiter, die im Rahmen ihrer Aufgaben an die Unfallstelle fahren), erfolgen

³ Konzernrichtlinie 161.0003 der Deutschen Bahn AG in der aktualisierten Fassung vom 01.04.2004.

⁴ Beispielsweise zeigt die Studie von Denis (2004) mit 104 U-Bahn-Fahrern, die einen Unfall mit Personenschaden erlebt hatten, dass die Mehrheit der betroffenen Zugfahrer sich mehr konkrete institutionelle Unterstützung nach dem Unfall gewünscht hätte.

regelmäßige Schulungen. Kollegiale Erstbetreuer (Vertrauenspersonen) werden geschult und regelmäßig fortgebildet.

Weitere Personen, beispielsweise Führungskräften, die nach dem Ereignis Kontakt zu den betroffenen Mitarbeitern haben, werden für die Erfordernisse beim Umgang mit traumatisierten Personen sensibilisiert.

- Vorbereitung von Risikogruppen

Für Mitarbeiter von häufig betroffenen Gruppen (z.B. Lokführer) sind Schulungen im Rahmen der Aus- und Fortbildung vorgesehen im Sinne einer präventiven „Stressimpfung“.

Außerdem wurde eine Selbsthilfebroschüre „Psychisch belastende Ereignisse bewältigen“ (2005) in Zusammenarbeit mit der zuständigen Unfallkasse herausgegeben.

Psychische Erste Hilfe:

- Durch Erstbetreuer entweder am Unfallort bzw. fernmündlich durch Mitarbeiter von Leitstellen zur Überbrückung unvermeidbarer Wartezeiten. Ziel ist es, dem Betroffenen zu vermitteln, dass er in dieser Ausnahmesituation nicht alleingelassen wird. Dadurch soll in der ersten Phase (Schock) eine Unterstützung gegeben und Sicherheit vermittelt werden.

- Durch Vertrauensleute. Dies sind für die Erstbetreuung geschulte Personen (Laien Helfer), die dem Betroffenen in der Zeit nach dem Vorfall helfen, mit dem Geschehen fertig zu werden. Diese Personen können Kollegen, Betriebsräte, aber auch Führungskräfte (z.B. Teamleiter) sein. Sie unterstützen und helfen in der Phase der Verarbeitung des Ereignisses.

Folgemaßnahmen:

Eine kontinuierliche Weiterbetreuung ist durch die personalführende Stelle sicherzustellen. Diese Unterstützung durch das unmittelbare berufliche Umfeld ist ein wesentlicher Faktor in der Bewältigung belastender Ereignisse.

Für die fachkompetente Weiterbetreuung stehen die Betriebsärzte, Psychologen und Sozialberater der Deutschen Bahn AG bzw. der dbgs GesundheitsService GmbH zur Verfügung.

- Der Betriebsarzt

ist zur Klärung der Arbeitsfähigkeit einzuschalten.

- Der Psychologe

sollte einbezogen werden, wenn der Zustand des Betroffenen von der Führungskraft, dem kollegialen Erstbetreuer oder dem Betriebsarzt in den ersten Tagen nach dem Ereignis als entsprechend unterstützungsbedürftig beurteilt wird oder nach zehn Tagen keine Besserung eingetreten ist. Die psychologische Betreuung erfolgt in Form von Auffang-/ Beratungsgesprächen mit den Schwerpunkten Entlastung und Stabilisierung, Diagnostik, Bearbeitung des Erlebnisses und Unterstützung bei der Bewältigung. Sollte eine längerfristige Intervention notwendig sein, spricht der Psychologe eine entsprechende Empfehlung aus. Therapeutische Maßnahmen werden grundsätzlich außerhalb des Unternehmens bei externen Fachkräften durchgeführt und dienen der Therapie einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

- Der Sozialberater

kann bei Bedarf in die Betreuung mit einbezogen werden, insbesondere im Zusammenhang mit lebenspraktischen Fragestellungen bzw. spezifischen Folgeproblemen.

4.1.6 Fazit und Empfehlungen

Eine regionale bahninterne Studie mit Lokführern (Meiser, 2000) hat gezeigt, dass sich die Ausfalltage nach Unfällen bei optimaler und frühzeitig einsetzender Betreuung von durchschnittlich 22,9% auf 13,8% reduzieren. Der Anteil der Mitarbeiter, die länger als vier Wochen erkranken und damit vermutlich eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, konnte bei zielgerichteter Betreuung von 31,8% auf 9,7% gesenkt werden.

Es bleibt allerdings eine Herausforderung, die frühzeitige Betreuung am Unfallort ausreichend zu gewährleisten. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit externen Hilfskräften erforderlich. Im Jahr 2007/2008 wird eine breit angelegte bundesweite Evaluationsstudie im Unternehmen durchgeführt, bei der Effekte der Betreuungsleistungen und Verbesserungsmöglichkeiten im Rahmen der Betreuung systematisch erhoben und ausgewertet werden.

Aus den bisherigen Erfahrungen ergeben sich folgende Empfehlungen:

Umfassende Betreuungskonzepte sind für Unternehmen mit erhöhten Risiken für berufsbedingte Traumatisierungen eine sinnvolle Präventionsmaßnahme.

Betreuungskonzepte sollten im Rahmen von betrieblichen Richtlinien geregelt werden. Diese Konzepte sollten für alle Phasen einer Traumatisierung Handlungsempfehlungen enthalten und eine kontinuierliche Betreuung sicherstellen (Betreuung unmittelbar nach dem Ereignis, Betreuung in der Folgezeit durch kollegiale Erstbetreuer und Beratung durch Experten möglichst innerhalb des Unternehmens, um die Schwelle für das Hilfsangebot niedrig zu halten, bei Bedarf frühzeitige Vermittlung in traumatherapeutische Angebote).

Eine frühzeitige Betreuung ist unter der Einbeziehung von unmittelbaren Vorgesetzten und kollegialen Erstbetreuern effektiv zu realisieren, wenn diese entsprechend psychologisch geschult werden und regelmäßige Fortbildungen erhalten.

Literatur

- Butollo, W. (1997).** Traumatherapie. München: CIP-Medien.
- Denis, D. (2004).** Die Angst fährt immer mit. Heidelberg: Asanger Verlag.
- Deutsche Bahn AG in Kooperation mit der Eisenbahn-Unfallkrankenkasse (Hrsg.) (2005).** „Psychisch belastende Ereignisse bewältigen“. Eine Informationsbroschüre. O. O.
- Frommberger, U., Stieglitz, R.-D., Nyberg, E. & Berger, M. (1997).** Die psychischen Folgen von Verkehrsunfällen. Epidemiologie, Symptomatik und Therapie. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie; 2, 45-51
- Lasogga, F. & Gasch, B. (2006).** Psychische Erste Hilfe bei Unfällen (4. überarbeitete Aufl.). Edewecht: Stumpf und Kossendey.
- Meiser, M. (2000).** Vortrag auf dem UIMC-Kongress 12.-15.09.2000. Kongressband, 13-18
- Meyer, C. & Steil, R. (1998).** Die Posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen. Der Unfallchirurg, 101, 878-893.

Korrespondenzadresse

**Dipl.-Psych. Gerlinde Wiemann,
Dipl.-Psych. Viola Middendorf**
dbgs GesundheitsService GmbH
Vahrenwalder Str. 4
30165 Hannover
Gerlinde.Wiemann@dbgs.eu
Viola.Middendorf@dbgs.eu

4.2 EINFÜHRUNG BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN EINEM KRANKENHAUS DER MAXIMALVERSORGUNG

Im vorliegenden Beitrag werden die (nicht nur durch den andauernden Strukturwandel) erhöhten Gesundheitsbelastungen der Mitarbeiter im Krankenhaus dargestellt sowie eine Vielzahl von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung, um diesen Belastungen zu begegnen. Dabei wird deutlich, dass dazu eine koordinierte hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Verständigung und Beteiligung notwendig ist. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen, Multiplikatoreffekte durch Führungskräfte-Coaching, die Einführung eines betriebsübergreifenden Gesundheitstages, eines Bewegungsprogramms sowie von Raucherberatung werden vorgestellt und diskutiert.

4.2.1 Einleitung

Das Krankenhaus ist ein Kernsetting für Gesundheitsförderung, da diese in die Organisationskultur integriert werden kann und für Patienten, Mitarbeiter und die Region im Versorgungsnetzwerk ein kompetentes und positives Modell mit hoher Glaubwürdigkeit darstellt (Naidoo & Wills, 2003, S. 308 ff.). Seit den frühen 90er Jahren wurden zahlreiche empirische Untersuchungen mit quantitativen und qualitativen Methoden durchgeführt, die Rahmenbedingungen, Arbeitsstrukturen und Folgen der Technologisierung auf Krankenhäuser und medizinische Systeme auch hinsichtlich psychosozialer Belastungsfaktoren beleuchtet haben (Müller, 2000, S. 126 ff.). Diese zeigen steigende Arbeitsanforderungen, Veränderungen von Handlungsspielräumen, Rollenunklarheiten, mangelnde soziale Unterstützung, Stress, persönliche Vulnerabilität, Konflikte mit Kollegen und Führungskräften, neben körperlichen Beschwerden, als mögliche Belastungsfaktoren im Arbeitsalltag. Krankenhäuser müssen als Systeme befähigt werden, mit den sich schnell wandelnden hohen Anforderungen im Gesundheitswesen und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit fertig zu werden, ohne dass dieses auf Kosten ihrer Mitarbeiter geht. Betriebliche Gesundheitsförderung kann dazu beitragen, diesen Kulturwandel in Krankenhäusern zu begleiten und die hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Verständigung durch Partizipation nachhaltig zu verbessern (Müller, 2000, S. 240 ff.). Das im folgenden beschriebene Praxisbeispiel stammt aus einem Krankenhaus der Maximalversorgung mit drei Standorten in Rheinland-Pfalz und mit einem Patientenaufkommen in 2007 von 21.600 stationären und 50.000 ambulanten Patienten.

4.2.2 Krankenhausentwicklung durch Empowerment, Berufsgruppenvielfalt und Projektorganisation

Im Stiftungsklinikum Mittelrhein (SKM) mit seinen drei Standorten in Koblenz, Boppard und Nastätten und den assoziierten Einrichtungen arbeiten aktuell 132 Ärzte, 753 Pflegekräfte, 263 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Funktionsdiensten, medizinisch-technischen Abteilungen und 336 in Küche, Technik, Reinigungsdiensten, Sterilisation, Wäschedienst und Verwaltungen sowie aktuell 70 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der ausgegliederten Therapiepraxis.

Das Krankenhaus war 1996 eines der ersten Gesundheitszentren in Deutschland, ist seit 1999 Mitglied im deutschen und europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser, erhielt 2005 das Bronze-Zertifikat durch das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser, ist seit 2002 regelmäßig durch Mitarbeiter im Deutschen Netz Betriebliche Gesundheitsförderung vertreten und hat 2007 als erste Klinik in Deutschland den Unternehmenspreis „Gesundheit Europa“ der Kampagne „move-europe“ des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) er-

halten. Diese nachhaltige Entwicklung der Gesundheitsförderung wird aktiv von Mitarbeitern aller Berufsgruppen getragen. Im Arbeitskreis Gesundheit engagieren sich Führungskräfte für die Mitarbeitergesundheit. Er ist das Steuerungsorgan für die betriebliche Gesundheitsförderung und die Umsetzung der Rauchfrei-Politik im SKM. In ihm sind der Vorsitzende der Mitarbeitervertretung, die Personalleitung und die Pflegedirektorin (als Prozesseignerin der Gesundheitsförderung) vertreten. Der Betriebsarzt, die Stations- und Abteilungsleitungen sind feste Mitglieder. Koordiniert und begleitet werden die Arbeitsgruppen, Projekte, Maßnahmen, Konzeptentwicklungen, Befragungen und die Evaluation der Maßnahmen durch die Psychologin des Hauses. Die Arbeitskreismitglieder beteiligen sich auch an den Aktivitäten der unterschiedlichen regionalen und überregionalen Netzwerke.

4.2.3 Organisationsbedingte und psychosoziale Belastungen von Krankenhausmitarbeitern im SKM

Das Personal in Krankenhäusern ist seit mehr als zehn Jahren einem permanenten Strukturwandel durch Gesundheitsreformen ausgesetzt. Berufsrollen und Belastungen verändern sich permanent, die eindeutige Zuordnung von Patienten zu einzelnen Kliniken wird durch ein abteilungsübergreifendes Fallmanagement und Entgeltberechnungssystem überformt. Krankenhäuser fusionieren, wechseln ihren Träger und ihre traditionellen Leitbilder. Die Verkürzungen der Verweildauer stellen hohe Ansprüche an das Pflegepersonal. Für psychosoziale Zuwendungen und Handreichungen über die Grundpflege hinaus fehlt meistens die Zeit. Die Anspruchshaltung der Patienten, insbesondere der älteren und ihrer Angehörigen, haben sich diesem Wandel in keiner Weise angepasst. Rollenkonflikte zwischen den Berufsgruppen, Wertekonflikte innerhalb des Berufsstandes der Pflege und eine konfliktbelastete Kommunikation erzeugen tägliche Reibungsverluste. Der psychosoziale Stress durch hohe Arbeitsbelastungen, ständige Unterbrechungen, Zeitmangel, zunehmende personelle Bindung für Dokumentationsaufgaben, mehr und kränkere Patienten in kürzerer Zeit bei sinkendem Personalschlüssel erfordern zunehmend unterstützende, ressourcenorientierte, gesundheitsfördernde Programme, die eine Breitenwirkung über einzelne Berufsgruppen hinweg erzielen sollen. Im DAK-BGW Gesundheitsreport gaben 38% der Mitarbeiter im Pflegebereich an, „sehr oft“ unter Zeitdruck zu arbeiten, und 29% klagten darüber, Pausen nicht einhalten zu können. Über häufige Unterbrechungen klagten 28% (DAK-BGW-Gesundheitsreport, 2005). Zusätzliche belastende Faktoren sind Einschränkungen der Handlungsspielräume hinsichtlich sozialer Indikationen. Sowohl für Pflegende als auch für die Ärzte werden die Entscheidungsmöglichkeiten immer mehr von den Entgeltsystemen und Vorgaben aus dem Qualitätsmanagement begrenzt. Neu sind die sich jüngst im SKM über verschiedene Indikatoren abzeichnenden Erkenntnisse über psychosoziale Belastungen auch bei den Ärzten, insbesondere in den schneidenden Disziplinen. Ebenfalls relativ neu sind die Ansprüche an die verschiedenen Berufsgruppen aus den ganzheitlichen Behandlungsansätzen, die interdisziplinäre Teamkonferenzen und Fallbesprechungen erforderlich machen, wobei entsprechende Strukturen im System aber häufig nicht bereitgestellt sind. Die Unvereinbarkeit zwischen Notfällen, Operationen, der Ambulanzversorgung und der Einhaltung fester Termine für Teams belasten die Mediziner aus einigen Kliniken im SKM besonders stark.

4.2.4 Gesundheitliche Belastungen von Mitarbeitern in Krankenhäusern

Am besten untersucht wurden die Belastungen bei stationärem Pflegepersonal durch die DAK-BGW-Gesundheitsreporte 1999 und 2004 (DAK-BGW-Gesundheitsreport, 2005). Danach sind 40% der über 2000 an der Befragung Beteiligten hohen körperlichen Arbeitsbelastungen durch Heben, Tragen und Rumpfbeugung ausgesetzt. Gegenüber der Untersuchung von 1999 schätzen die Pfl-

gekräfte in der Befragung 2004 ihre Mitsprachemöglichkeiten als deutlich schlechter ein. Auch die innerbetriebliche Kooperation wird von zwei Dritteln als deutlich schlechter eingeschätzt. Bei den körperlichen Beschwerden dominieren die Kreuz- und Rückenschmerzen. Gegenüber der Normalbevölkerung ist im Ergebnis des DAK-BGW-Gesundheitsreportes 2005 die hohe Zahl der Krankheitsausfalltage durch Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen im Pflegebereich auffällig. Während auf die Normalbevölkerung 282,4 Arbeitsunfähigkeitstage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen entfallen, sind dies bei den Pflegenden im DAK-BGW-Report 363,5 Tage, im SKM Koblenz waren dies laut Gesundheitsbericht 2004 der Barmer Ersatzkasse (BEK, 2005) deutlich ein Drittel mehr Krankentage als im DAK-BGW-Report. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der BEK-Versicherten im SKM Koblenz 2004 bei knapp 20% der Beschäftigten lag. Für die Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen liegt der Anteil der gesamten DAK-Versicherten bei 111 Tagen, in der stationären Krankenpflege bei 132,5 Tagen und in der Referenzuntersuchung im SKM bei mehr als doppelt so vielen Krankheitstagen. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass 2003/2004, begleitet durch tief greifende Struktur- und Organisationsveränderungen, aus dem Gesundheitszentrum Evangelisches Stift in Koblenz, dem Gesundheitszentrum Heilig Geist in Boppard und dem Paulinenstift in Nastätten das Verbundkrankenhaus Stiftungsklinikum Mittelrhein wurde. Kliniken der Standorte wurden zusammengelegt, unterschiedliche regionale Krankenhauskulturen mussten sich aufeinander einstellen und sich aneinander anpassen. Dieser Anpassungsprozess dauert bis heute an und erzeugt durch eine temporeiche Innovation auch heute noch für alle Mitarbeiter der Standorte eine erhebliche Belastung.

4.2.5 Konzept- und Projektentwicklung betrieblicher Gesundheitsförderung im SKM

Seit 2003 ist das Stiftungsklinikum Mittelrhein aktiv in betrieblicher Gesundheitsförderung. Mit der ersten Maßnahme „Gesundheit stiften“ ließen sich mehr als 70 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus allen Tätigkeitsbereichen in einem vierwöchigen Training in Schmerz- und Stressbewältigung, Entspannung und Kommunikation schulen. Vor Beginn und nach Abschluss der Interventionen wurde mit standardisierten Fragebögen zur Lebensqualität (SF36), zu körperlichen (FBL), seelischen und zu Problemen der Stressbelastung (EBF) evaluiert. Eine gleichwertig zusammengesetzte Kontrollgruppe von mehr als 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurde zusätzlich befragt. Im Unterschied zwischen Trainingsteilnehmern und Kontrollgruppe konnte eine deutliche Verbesserung bei den Teilnehmern erreicht und die gefühlte Belastung gesenkt werden. Im Gegensatz dazu stand eine deutliche Verschlechterung der körperlichen Rollenfunktion, das heißt, die Mitarbeiter sind überzeugt, weniger zu schaffen, als dies normalerweise in ihrem Arbeitsalltag für sie üblich ist. Das heißt, wenn die Belastung sinkt, empfinden die Mitarbeiter auch ein Absinken ihrer Leistungsfähigkeit. Bei der Kontrollgruppe wird deutlich, dass bereits schon die reine Teilnahme an einer Befragung und das Wissen um laufende Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung die gefühlte Belastung senken können. Hier wird die Ventilfunktion einer solchen Fragebogenaktion deutlich. Signifikant höher ist die berufliche Belastung bei den befragten Mitarbeitern aus der Pflege im Vergleich zu allen anderen befragten Berufsgruppen.

Seit 1999 ist Coaching für Führungskräfte, Mitarbeiter und ehrenamtliche Helfer ein feststehendes Angebot. Seitdem wurden den Mitarbeitern Fortbildungen in kollegialer Beratung, Kommunikation und Konfliktmanagement angeboten. 2003 gründete sich der Arbeitskreis Gesundheit unter dem Leitmotto „Führungskräfte als Anwälte für die Mitarbeitergesundheit“. Es fanden Aktionen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für das Reinigungsteam und die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer der Evangelischen Krankenhaushilfe statt. Im September 2004 wurde der „Gesundheitstag von Mitarbeitern für Mitarbeiter“ ein großer Erfolg. Es nahmen ca. 350 Mitarbeiter teil.

Von diesen nahmen 125 an einer abschließenden Befragung teil. Auf die Frage: „Möchten Sie nach der Teilnahme am Gesundheitstag etwas an Ihrem Verhalten ändern?“, wollten 70% der Befragten mehr Bewegung, Sport und Rückengymnastik, 20% gaben an, sich „bewusster ernähren“ zu wollen, und 10% waren bereit, mit dem Rauchen aufzuhören. 97,5% der Mitarbeiter sprachen sich damals für eine jährliche Wiederholung des Gesundheitstages aus. Im Juni 2005 wurde das SKM Mitglied im Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser, im August erhielt es das Bronze-Zertifikat. Mittlerweile sind acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Raucherentwöhnung qualifiziert, und acht weitere Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen wurden zu Raucherberatern ausgebildet, hierbei auch einige ehrenamtliche Helferinnen. Die Nachfrage bei den Mitarbeitern der drei Standorte ist weiterhin steigend. Das Rauchfrei-Konzept im SKM basiert auf einem Kommunikationskonzept, das bisher ohne Verbote auskommt. 2006 hat sich auch im SKM Boppard eine eigene Rauchfrei-AG gegründet, die die Rauchfrei-Politik dort sehr engagiert und aktiv umsetzt. Alle Mitarbeiter erhalten im SKM kostenlos Raucherberatung. 2008 wird das SKM auch wesentliche Anteile des Krankenhausgeländes zur rauchfreien Zone erklären. Ende 2005 wurde der BEK-Gesundheitsreport (BEK, 2005) für das SKM Gesundheitszentrum Evangelisches Stift Koblenz veröffentlicht. Muskuloskeletale Erkrankungen waren, bezogen auf die Anzahl der Krankheitstage, im SKM Koblenz der Spitzenreiter neben Verhaltens- und psychischen Störungen. Nach der Präsentation der Ergebnisse im Februar 2006 wurde im Arbeitskreis Gesundheit beschlossen, weitere Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung auf Bewegung und Rückengesundheit und den Umgang mit psychosozialen Belastungsfaktoren sowie das Nichtrauchen zu richten. Auch für Krankenrückkehrgespräche wurde ein gesundheitsförderungsorientiertes, neues Konstrukt eingeführt. Von einem wiederholtem Gesundheitstag im Mai 2006 musste aufgrund von Reorganisationsmaßnahmen und der Entwicklung klinischer Pfade Abstand genommen werden. Stattdessen soll als nächstes Projekt betrieblicher Gesundheitsförderung ein Bewegungsprogramm für die Mitarbeiter vor Ort in ihre Arbeitsbereiche getragen werden und mit Hilfe von Multiplikatorenschulungen dort nachhaltig als „Bewegte Pause“ umgesetzt werden. Bereits bei den Befragungen der Mitarbeiter zum rauchfreien Krankenhaus war deutlich geworden, dass der Pausenbegriff im SKM neu mit Inhalt gefüllt werden muss. So haben viele nicht rauchende Mitarbeiter, insbesondere aus der Pflege, immer wieder darauf hingewiesen, dass sie sich durch die Rauchpausen der Kollegen benachteiligt fühlen. Es wurden folgende Gesundheitsziele für das neue Projekt formuliert:

- Einführung einer „Bewegten Pause“ im gesamten Stiftungsklinikum
- Veränderung der Pausenkultur durch gelebte gute Praxis in Pilot- und Vorbildbereichen
- Steigerung der Mitarbeitermotivation für gesunde Bewegung am Arbeitsplatz
- Abbau von Barrieren gegen aktive Bewegung am Arbeitsplatz
- Leitungen werden für das Erkennen körperlicher und psychosozialer Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz sensibilisiert und geschult
- Unterstützungsangebote für Mitarbeiter bei psychosozialen Belastungen werden durch Ansprechpartner vermittelt
- Sitzungen über 1,5 Std. beinhalten grundsätzlich eine bewegte Pause
- Endziel: Das ganze Krankenhaus ist mit Spaß in aktiver Bewegung

4.2.6 Umfassende Mitarbeiterbefragung zu körperlichen und psychosozialen Arbeitsbelastungen im SKM

Vor der Planung und Umsetzung weiterer Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung sollte laut Beschluss des Arbeitskreises Gesundheit eine umfassende Mitarbeiterbefragung zu körperlichen und psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz durchgeführt werden, die auf der Führungsebene zunächst auf Widerstände stieß. Als Grundlage für den eingesetzten Fragebogen diente schließlich

der an der Universität Freiburg von Nübling et al. 2005 evaluierte Fragebogen COPSOQ in der Kurzform, der allerdings nicht vollständig übernommen wurde, da er vom Arbeitskreis Gesundheit als zu umfangreich beurteilt wurde. So wurden aus der Skala „Quantitative Anforderungen“ zwei Items, aus der Skala „Emotionale Anforderungen“ zwei Items, „Work privacy conflict“ drei Items, „Entscheidungsspielraum“ zwei Items, „Commitment“ zwei Items, „Rollenkonflikte“ zwei Items, „Rollenklarheit“ zwei Items, „Führungsqualität“ drei Items, „Soziale Unterstützung“ zwei Items, „Mobbing“ ein Item, „Burnout“ vier Items, „Stresssymptome“ ein Item ausgewählt. Zusätzlich wurden körperliche Beschwerden wie Schulter-Nacken-Schmerzen, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit und Schwindel abgefragt. Ebenso wurden die präferierten Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung erfragt. In der letzten Frage wurde der Informationsgrad über die Rauchfrei-Politik, die Einstellung zu der Wirkung auf die Aufhörbereitschaft und der Grad der Unterstützung der Rauchfrei-Politik abgefragt. Die Befragung wurde zunächst in drei Pilotbereichen nacheinander durchgeführt. Darunter waren die Intensivstation, die Verwaltung und die ausgegliederte Therapiepraxis. Anschließend wurden die gesamte Pflege und alle Ärzte befragt, daran anschließend Altenheime, Reinigungsdienst und Küche, die Krankenpflegeschule und sämtliche restlichen Teilbereiche aller Standorte. Die Befragung wird voraussichtlich Ende Januar 2008 vollständig abgeschlossen sein.

4.2.7 Die Rolle von Psychologen als Promotor der betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Psychologen bringen aus ihrer Ausbildung wichtige Grundlagen für die Auswahl, methodische Planung, das Design und die Umsetzung und Begleitung von Projekten und Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung mit. Sie sollten allerdings einige Toleranz hinsichtlich des Einsatzes von Evaluations- und Messmethoden mitbringen. Die Anerkennung wissenschaftlicher Verfahren innerhalb von Mitarbeiterbefragungen stößt nicht immer auf die Unterstützung der Mitglieder in den Arbeitskreisen und den Managementebenen. Hier sind schnelle Ergebnisse häufig wichtiger als die Güte der Messinstrumente. Als Insider in einem Krankenhaus erkennen Psychologen psychosoziale Arbeitsbelastungen und psychische Erkrankungen auch im Kontext professionell. Sie sind sicher in der Beurteilung von Messverfahren sowie in deren Anwendung und Auswertung. In der Einzelfallberatung können sie bei Krisen intervenieren, Mitarbeiter coachen, Gruppen leiten und schulen. Sie können Führungskräfte trainieren und so ihr Wissen multiplizieren. Eine enge Zusammenarbeit in Arbeits- und Gesundheitspsychologie mit den Betriebsärzten bietet sich an. Zukünftig wird der Bedarf an diesen psychologischen Leistungen in den Kliniken nicht nur in der Gesundheitsförderung, sondern auch in der Personalentwicklung noch weiter zunehmen. Die Entwicklung, gesundheitsfördernde Zielrichtungen und Werthaltungen bereits in den Grundwerten eines Unternehmens festzulegen und in Unternehmensgrundsätzen und Führungsgrundsätzen zu verankern, ist in den Krankenhäusern der von der WHO anerkannten gesundheitsfördernden Netzwerke in Deutschland längst auf dem Weg (Groene, 2006, S. 33 ff.).

Literatur

- Antonovsky, A.** (1997). Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Badura, B., Litsch, M. & Vetter, C. (Hrsg.).** (2001). Fehlzeitenreport 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement. Berlin: Springer.
- Badura, B., Müller, B. & Münch, E.** (1997). Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Weinheim und München: Juventa.
- Baric, L. & Conrad, G.** (1999). Gesundheitsförderung in Settings (S. 79-89). Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Barmer Ersatzkasse (BEK)** (2005). Gesundheitsreport für Evang. Stift. St. Martin. Arbeitsunfähigkeitsdaten 2004. Koblenz: BEK.
- Bellabarba, J. & Schnappauf, D. (Hrsg.).** (1996). Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Göttingen. Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bellwinkel, M., Chruscz, D. & Schumann, J.** (1998). Neue Wege der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Eine integrierte Analyse von Sozialversicherungs- und Betriebsdaten. In BKK-Bundesverband (Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Band 1. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H.** (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In BZgA (Hrsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Köln: BzGA.
- Benien, K.** (2004). Schwierige Gespräche führen. Modelle für Beratungs-, Kritik- und Konfliktgespräche im Berufsalltag. Hamburg: Reinbeck.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege & DAK-Zentrale (Hrsg.).** (2005). DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege. Hamburg: DAK.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege & DAK-Zentrale (Hrsg.).** (2003). Krankenpflegereport 2000. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der BRD. Berlin: DAK.
- BMG (Hrsg.).** (2001). Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 137). Baden-Baden: BMG.
- Borg, I.** (2000). Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Brand, E.** (2001). Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In E. Brand (Hrsg.), Handbuch zur EFQM Einführung. Neuwied und Kriftel: Luchterhand.
- Demmer, H.** (1995). Betriebliche Gesundheitsförderung – von der Idee zur Tat. In BKK BV (Hrsg.), Europäische Serie zur Gesundheitsförderung, Nr. 4, WHO-Europa, Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Wuppertal: Ley & Wiegand.
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. mit Unterstützung durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und der Gmündner Ersatzkasse GEK (Hrsg.).** (1999). Wege zum gesundheitsfördernden Krankenhaus. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Grahmann, R. & Gutwetter, A.** (1996). Konflikte im Krankenhaus. Göttingen: Hans Huber.
- Groene, O. (Hrsg.).** (2006). Einführung von Gesundheitsförderung in Krankenhäuser: Handbuch und Selbstbewertungsformulare (S. 33ff.). World

Health Organisation.

Hasselhorn, H. M., Müller, H. B., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (2003).

NEXT-Studie - ausgewählte Kapitel. In M. H. Hasselhorn, H. B. Müller & P. Tackenberg (Hrsg.), Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Working Life Research Report 7, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Hoefert, H.-W. (Hrsg.). (1997). Führung und Management im Krankenhaus. Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.

Hofmann, F. (Hrsg.). (1994). Arbeitsbedingte Belastungen des Pflegepersonals. Landsberg/Lech: ecomed-Verlag.

Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.). (1998). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim-München: Juventa.

Müller, B. (2000). Arbeitsbedingungen und Belastungen im Krankenhaus. In U. Teske & B. Witte (Hrsg.). Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, Band 1 (S. 109-161). Hamburg: VSA Verlag.

Müller, B. (2000). In Hans-Böckler Stiftung (Hrsg.) Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement (S. 200-254). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Naidoo, J. & Wills, J. (2003). In BZgA (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitsförderung (S. 308ff.). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2003). Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Fb 1058). Bremerhaven: NW-Verlag.

Pelikan, J. M., Demmer, H. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (1993). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. München: Juventa.

Pfaff, H. (2002). Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie. Gutachten für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung. Unveröffentlichtes Manuskript. Abt. Med. Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln.

Robert-Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2007). Gesundheit in Deutschland. Verfügbar unter http://www.rki.de/nn_204568/DE/Content/GBE/

Gesundheitsberichterstattung/GesInDtd/gesundheitsbericht.html 1998 [25.03.2008].

Schuler, H. (Hrsg.). (2001). Lehrbuch der Personalpsychologie (S. 565ff.). Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Renate Hülsmann

Psychologische Psychotherapeutin
Personalentwicklung, Gesundheitsförderung
Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH
Johannes-Müller-Str. 7
56068 Koblenz
RHuelsmann@stiftungsklinikum.de

4.3. GESUNDER ARBEITSPLATZ „SCHULE“: GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM LEHRERBERUF

Fördermaßnahmen zur Lehrergesundheit werden vorgestellt. Dabei wird zwischen individuellem Verhaltensmanagement und systemischem Verhältnismanagement differenziert und auch auf fehlende Rehabilitationsmaßnahmen bei Bedrohung der Dienstfähigkeit hingewiesen. Vor allem der Schulleitung kommt die Aufgabe zu, Schulentwicklung voranzutreiben und so mit dem Kollegium zusammen gesundheitsförderliche Organisationsstrukturen zu erarbeiten.

4.3.1 Gesundheitsförderung im Lehrerberuf

Maßnahmen zur Lehrergesundheit können auf der Personenseite (Verhaltensmanagement) und an der Arbeitssituation (Verhältnismanagement) ansetzen. Beide Ansatzpunkte stehen in einer sich ergänzenden Beziehung: Potenziell entlastende, gesundheitsförderliche Änderungen der Verhältnisse zeigen erst dann ihre volle Wirkung, wenn die Menschen ihr Verhalten entsprechend modifizieren.

4.3.2 Verhaltensmanagement

Um den beruflichen Anforderungen und Belastungen standzuhalten und die Balance zwischen dem eigenen Können, dem beruflichen Sollen und dem persönlichen Wollen zu bewahren bzw. zu erreichen, sind eigenverantwortliche individuelle Bemühungen erforderlich.

Dazu zählen u.a.

- eine den eigenen Kräften und den situativen Möglichkeiten angemessene Ziel- und Anspruchsniveausetzung, die vor Selbstüberforderung und Burnout schützen kann
- der Erwerb und die ständige Weiterentwicklung der fachlichen, methodischen, sozialen und personalen Kompetenzen
- gesundheitsdienliche Strategien zur Bewältigung von Stress und Belastungen
- regelmäßige Selbstevaluation; Suche nach Beratung und Supervision
- eine ausgewogene Balance von Engagement, Erholung und Reflexion der eigenen Arbeit

Der Lehrer alleine kann dies nicht leisten, auch der Dienstherr muss in die Pflicht genommen werden und Möglichkeiten zur Fortbildung, Supervision und Beratung einräumen.

4.3.3 Verhältnismanagement

Wie in anderen Berufen gelten auch für Lehrer die Faktoren, die Gesundheit, Berufszufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden positiv beeinflussen. Dazu zählen nach Rosenbrock (2006) neben den im Beitrag von Heyse in diesem Band erwähnten Positivmerkmalen des Lehrerarbeitsplatzes u.a.

- ein Klima von Respekt und gegenseitiger Unterstützung
- Transparenz der betrieblichen Zusammenhänge
- angemessene Anforderungen an Routine, Kreativität und Motorik
- vorhersehbare und als gerecht empfundene materielle und immaterielle Anreize
- ein technisch sicherer und nach ergonomischen Erkenntnissen gestalteter Arbeitsplatz
- Verwertung gesundheitsrelevanter Daten für die Optimierung des Arbeitsplatzes.

Für eine nachhaltige Gesundheitsförderung vor Ort sollte das Arbeits- und Gesundheitsmanagement in die Programmatik der Schulentwicklung integriert und nicht als notfalls auch verzichtbare

„Luxusangelegenheit“ ausgegliedert werden. Ziel muss eine Schule sein, die hohe Qualitätsstandards mit dem Bemühen verbindet, die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit von Lehrenden und Lernenden zu erhalten und zu fördern.

Ein didaktisch und methodisch fundierter, zum Lernen anregender Unterricht, Kooperation mit Eltern, soziale Unterstützung im Kollegium, wertschätzender Führungsstil und Umgangston, gepflegte Klassenzimmer, interkulturelle Bildung, ein gemeinsames Schulethos – dies alles sind Elemente, die zur Reduzierung von Belastungen sowie zum Erhalt und zur Förderung von Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit notwendig sind und von der Einzelschule realisiert werden können.

Hier kommt der Schulleitung eine besondere Rolle in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu. Der gesunde Arbeitsplatz des Lehrers ist ein Thema, dem sich Schulleiter nicht entziehen können. Denn ihr Handeln oder Nicht-Handeln hat wesentliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Kollegen. Erst allmählich wächst das Bewusstsein, dass Schule ein Arbeitsplatz ist, der auch unter Arbeitsschutzbedingungen und gesundheitlichen Gesichtspunkten betrachtet werden muss.

Bereitstellung ausreichender Schreibtischarbeitsplätze

Vermehrt werden derzeit Ganztagschulen eingerichtet, und auch in Gymnasien wird immer häufiger auch am Nachmittag unterrichtet. Dadurch verlängert sich der Anteil der Arbeitszeit, den Lehrkräfte in der Schule verbringen, ohne dass für die außerunterrichtliche Zeit angemessene Arbeitsplätze und Aufenthaltsräume bereitstehen. In den Raumprogrammen für Schulen kommen Arbeitsplätze, die über den normalerweise zustehenden 50-cm²-Tischanteil im Lehrerzimmer und den Platz vor dem Kaffeeautomaten hinausgehen, nicht vor. Ein normal ausgestatteter Schreibtischarbeitsplatz wäre allerdings das gute Recht jedes Lehrers. Besonders wenn die Schule zunehmend ganztägiger Arbeitsort wird, müssen Unterrichtsvorbereitungen und Korrekturen auch in der Schule erledigt werden können. Sonst schieben sie sich in den Abend und in das Wochenende, und die notwendige Erholungszeit geht dadurch verloren. Der Hinweis, dass in der Schule Räume temporär leer stehen und als Arbeitsplätze genutzt werden können, erklärt den Lehrer zum „Büronomaden“, der für seine Arbeit nur das braucht, was er mit sich tragen kann.

Ein Schulleiter kann zwar diese Arbeitsplätze nicht einrichten, er kann und muss sie aber vom Sachaufwandsträger fordern.

Sorgsame Planung und Verteilung der Arbeitslast

In der Industrie ist das Modell der „atmenden Fabrik“ eine Vision, um mit den wechselnden Produktionsanforderungen passgenau zurechtzukommen: Wenn die Nachfrage groß ist, wird mehr gearbeitet. Ist die Nachfrage geringer, wird weniger gearbeitet. In der Schule ist diese Vision insofern Realität, als dass besonders in den Korrekturfächern Arbeit am Abend und am Wochenende selbstverständlich ist. Anders lässt sich das Pensum zeitlich nicht bewältigen. Allerdings findet kein Arbeitszeitausgleich statt, obwohl die Grundbelastung durch den täglichen Unterricht und dessen Vor- und Nachbereitung bestehen bleibt. Diese saisonalen Schwankungen in der Arbeitszeit verlangen vom Schulleiter einen sorgsamen und überlegten Umgang mit der Arbeitslast der Kollegen.

Über den Schreibtisch eines Schulleiters geht eine Unzahl an Aufforderungen, an Projekten, Wettbewerben und Aktionen teilzunehmen. Obwohl alle für sich genommen sinnvoll sind, blockieren sie in der Masse aber die eigentliche Arbeit der Schule. Dies macht eine sorgfältige Selektion, Planung und Verteilung dieser zusätzlichen Arbeitslast durch die Schulleitung so notwendig.

Effektive Gestaltung von Konferenzen

Ein Faktor, den der Schulleiter beeinflussen kann, sind Konferenzen und Besprechungen. Konferenzen sind unabdingbar zur Koordinierung der schulischen Arbeit. Zum Teil sind sie auch recht-

lich vorgeschrieben. Sie sind für die Beteiligten aber nur dann zufriedenstellend, wenn sie, gut vorbereitet und effizient geleitet, nur die Themen behandeln, die der gegenseitigen Abstimmung bedürfen, und in angemessener Zeit zu einem effektiven Ergebnis führen. Was schriftlich mitgeteilt werden kann, sollte in geschriebener Form vorliegen. Z.B. kann durch Wochenpläne über die laufenden Aktivitäten in der Schule informiert werden. Als entlastend hat es sich erwiesen, alle Fachkonferenzen am letzten Ferientag und in den ersten zwei Schultagen abzuhalten, da am Schuljahresanfang noch keine Korrekturen anfallen.

Reduktion des Aufwands für Leistungserhebungen

Ein weiterer Zeitfaktor, den der Schulleiter in Zusammenarbeit mit den Fachschaften beeinflussen kann, sind die schriftlichen Leistungserhebungen. Eine Klassenarbeit sollte aussagekräftige, trennscharfe Ergebnisse bringen. Doch es muss gefragt werden, ob zu diesem Zweck jeder Lehrer jede Arbeit selbst konzipieren muss und ob eine Klassenarbeit eine Länge haben muss, die über das notwendige Maß der Notenerhebung hinausgeht und damit zu einem erhöhten Korrekturaufwand führt. Die gute Gestaltung des Unterrichts ist die Hauptaufgabe von Lehrkräften. Die Lernfortschrittsüberprüfung darf nur eine Nebenaufgabe sein, die zwar wesentlich und wichtig ist, aber besonders in den Korrekturfächern nicht zum zeitlichen Hauptbelastungsfaktor mutieren darf. Besonders wenn sich der Nachmittagsunterricht vermehrt, sollten, die Korrektur erleichternde Leistungsmessungen, wie Multiple-Choice-Verfahren, eingesetzt werden.

Optimierung von Stundenplänen

Solange es nicht ausreichende Lehrerarbeitsplätze und Erholungsräume in der Schule gibt, sollten die Stundenpläne von Lehrern möglichst wenige Springstunden haben. Für Teilzeitkräfte sollte mindestens ein Tag frei gehalten werden. Bei der Stundenplangestaltung müssen zwar die Bedürfnisse der Schüler berücksichtigt werden, das kann aber nicht heißen, dass die Bedürfnisse der Lehrer vernachlässigt werden.

Doppelstunden und Epochenunterricht für einstündige Fächer können eine Option sein, mehr Konzentration und Ruhe in den Unterricht zu bringen. Dieses Prinzip wird aber nicht von jedem Kollegen als vorteilhaft angesehen.

Optimierung von Vertretungsstunden

Zum normalen Unterrichtsdeputat kommen die Vertretungsstunden, die eine Mehrbelastung sind. Die Vorgaben für eine sinnvolle und ökonomische Gestaltung der Vertretungsstunden sind eine wesentliche Aufgabe der Schulleitung. Zusammen mit den Fachschaften muss dafür gesorgt werden, dass Material für eigenverantwortliches Lernen (EVA) im Lehrerzimmer vorhanden ist, das schnell für Vertretungsstunden eingesetzt werden kann. Als sehr nützlich hat sich neben einer Bücherkiste für die einzelnen Jahrgangsstufen auch die „bewegte Vertretungsstunde“ erwiesen. Dafür liegt ein Set von Sportgeräten bereit, mit denen die Schüler auf einen Hartplatz oder den Pausenhof gehen können.

Der Wunsch, alle ausfallenden Stunden vertreten zu lassen, ist nachvollziehbar. Aus Gründen der Fürsorgepflicht muss ein Schulleiter bei einer dadurch entstehenden unzumutbaren Arbeitszeiterhöhung diesen Wunsch jedoch sorgsam abwägen.

Förderung von Solidarität und Zusammenarbeit

Schule ist zwar als Gebäude in Stein materialisiert und braucht materielle und organisatorische Voraussetzungen, aber wesentlich ist Schule durch die Art der Beziehungen definiert, die in ihr stattfinden – zwischen Lehrkräften, Schülern, Schulleitung und Eltern und jeweils auch untereinander. Die Art dieser Beziehungen kann gesundheitsfördernd oder -schädlich sein (Unterbrink, 2008).

Eine Möglichkeit, das Störungsrisiko für dieses komplexe Beziehungsgeflecht zu verringern, besteht darin, Regeln und Rituale zu vereinbaren, wie miteinander (auch im Krisenfall) umgegangen wird. Wenn z.B. Lehrer in diesem Sinn solidarisch zusammenarbeiten, muss die Forderung von Selbstverständlichkeiten wie Pünktlichkeit, Einhalten von Gesprächsregeln, Mitbringen der Unterrichtsmaterialien oder der höfliche Umgang miteinander nicht zum täglichen Einzelkampf werden. Vergleichbares gilt für die Bearbeitung von Sachproblemen und personenbezogenen Konflikten im Kollegium und mit der Schulleitung.

Ein Kollegium kann durch Anregung und unter Leitung der Schulleitung ein Bündel von einfachen Regeln, einen Minimalkonsens oder Verhaltenskodex formulieren und Sanktionen bei Verstößen vereinbaren. Dies erfordert von allen gegenseitige Unterstützung, konsequentes Reagieren und gewissen Organisationsaufwand, entspannt aber insbesondere die Unterrichtssituation für Schüler und Lehrer. Damit Schule ein gesunder Arbeitsplatz wird, braucht man auch die Eltern als die originären und wesentlichen Erzieher ihrer Kinder. Flankierend zu den Schulregeln, müssen die Eltern informiert werden, damit sie das Erziehungskonzept der Schule verstehen und auch Unterstützung in ihrer Erziehungsarbeit von Seiten der Schule erhalten.

Förderung von Supervision und Intervision

Lehrer arbeiten den Großteil ihrer Arbeitszeit, ohne Kollegen bei ihrer Arbeit zu sehen oder von Kollegen bei ihrer Arbeit gesehen zu werden, es sein denn, sie werden von Vorgesetzten beurteilt. Sie haben während ihres Studiums und ihres Referendariats für sich Vorstellungen von gutem Unterricht entwickelt, haben aber nach dem 2. Staatsexamen plötzlich keine Möglichkeit mehr, ihren eigenen Unterricht mit dem Unterricht anderer Kollegen zu vergleichen. Damit entfällt auch die Chance, sich selbst realistisch einzuschätzen und sich dadurch zu verändern. Dies führt dazu, dass man im Laufe der Jahre zwar Routine entwickelt und durch Erfahrung lernt, mit welchen Strategien und Verhaltensweisen man selbst im Unterricht erfolgreich ist, aber in den wenigsten Fällen konkret von der Erfahrung anderer profitieren kann.

Rückmeldungen über den eigenen Unterricht zu erhalten, ist ein wesentliches Moment, um eine realistische Sicht der eigenen Fähigkeiten zu erhalten. Dies kann geschehen durch ein anonymes Feedback der Schüler, durch Videoaufzeichnungen des eigenen Unterrichts oder durch Unterrichtsbesuche von Kollegen, denen man vertraut. Institutionalisierte, professionelle Rückmeldung in Form von Supervision ist eine Notwendigkeit, die es aber in größerem Umfang zur Zeit nicht gibt. Die kollegiale Beratung in Form von Intervision bietet sich als eine weitere Möglichkeit an, Rückmeldungen über das eigene Verhalten zu bekommen und auftauchende Probleme zu besprechen. Der Schulleiter sollte die Bildung von solchen Gruppen unterstützen, indem er dafür sorgt, dass ein Schulpsychologe die Gruppe bei ihren ersten Schritten begleitet oder dauernd betreut.

Wertschätzung durch die Schulleitung

Wesentlich für die Gesundheit eines Menschen ist es, dass er sich als Person wertgeschätzt fühlt. Wertschätzung und Unterstützung vom Schulleiter zu erfahren, ist ein wesentliches Moment für das Wohlbefinden der Kollegen in der Schule. Diese Wertschätzung realisiert sich im alltäglichen Umgang und in der Sensibilität für die Bedürfnisse der Kollegen. Sie muss sich aber auch darin äußern, dass bei Vorwürfen von Schülern oder Eltern den Kollegen der Rückhalt des Schulleiters sicher ist, was nicht heißt, dass vorhandene Fehler intern nicht deutlich angesprochen werden. Wertschätzung heißt auch, dass man sich in dem beschränkten Rahmen, der Schulen möglich ist, um die Personalentwicklung kümmert. Wertschätzung besteht auch darin, dass Kolleginnen und Kollegen, Schulleiter, Schüler und Eltern Selbstverständlichkeiten des sozialen Umgangs auch bei Konflikten und Kritik einhalten. Dieses Klima zu initiieren und mitzugestalten, ist eine der wesentlichen Aufgaben eines Schulleiters im Sinne einer gelingenden Salutogenese.

4.3.4 Erhalt und Wiederherstellung der Dienstfähigkeit

Wenn denn trotz aller Bemühungen die Dienstfähigkeit von Lehrerinnen und Lehrern in Gefahr ist, kommt ein weiteres Problem ins Spiel: Das Beamtenwesen kennt keine Rehabilitation bei Bedrohung der Dienstfähigkeit im Sinne der Berufsgenossenschaften und der Sozialversicherung. Zwischen dienstfähig und dienstunfähig gibt es lediglich die Teildienstfähigkeit mit reduzierter Arbeitszeit. Hilfreich wäre es, wenn medizinische Dienste, ambulante und stationäre Behandlungs- und Beratungseinrichtungen sowie Schulbehörden stärker zusammenarbeiten und z.B. eine Infrastruktur für Prävention, Rehabilitation, Nachsorge und Berufsrückkehr aufbauen würden. Wünschenswert wären strukturelle Regelungen für gesundheitlich beeinträchtigte Lehrkräfte, um eine frühzeitige individuelle Gesundheitsvorsorge zu unterstützen, z.B. Versetzung wegen unüberbrückbarer Spannungen im Kollegium oder mit der Schulleitung, Beurlaubung ohne Dienstbezüge aus gesundheitlichen Gründen oder ein Sabbathalbjahr zur Regeneration, vorübergehende Entlastung von Unterrichtsverpflichtungen und verstärkter außerunterrichtlicher Einsatz in der Schule, Zuarbeit für Kolleginnen und Kollegen.

4.3.5 Empfehlungen

Erhalt und Förderung, ggf. Wiederherstellung von Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit von Lehrkräften und Schulleitungen sollte als gemeinsame Aufgabe des Einzelnen und des Dienstherren und seiner Vertreter verstanden werden. Dabei wird jedoch deutlich, dass Schule vor allem einen hohen Bedarf an Organisationsentwicklung hat, um die vorgestellten Missstände beseitigen und gesundheitsförderliche Maßnahmen in den Betriebsablauf integrieren zu können. Gerade die Schulleitung nimmt eine Schlüsselrolle ein und muss durch professionelle Führungskräftebildungen und Supervision für die notwendige Führungs- und Gestaltungsverantwortung gestärkt werden.

Literatur

Rosenbrock, R. (2006). Gegenwärtige und künftige Herausforderungen für eine gesunde Arbeitswelt. Vortrag auf der 2. Konferenz des Deutschen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) am 28. März 2006 in Bonn. Verfügbar unter: www.dnbgf.de/fileadmin/texte/rosenbrock.pdf [25.3.1008].

Unterbrink, T. (im Druck). Stärken der Beziehungskompetenz durch Lehrercoachinggruppen nach dem Freiburger Modell. In *Schulverwaltung spezial* 2/2008. Lehrergesundheit. Verlag Wolters Kluwer.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Helmut Heyse
Albert-Schweitzer-Str. 7
54329 Konz
he-heyse@t-online.de

5. EMPFEHLUNGEN

Grundsätzliche Empfehlungen

Das schon 1991 gesteckte Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen muss intensiver und erfolgreicher verfolgt werden. Dabei muss stärker auf die Analyse und Gestaltung psychisch gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze geachtet werden und nicht nur auf die Reduzierung von körperlichen Arbeitsunfällen.

Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sollten nicht ausschließlich als Mittel zur Senkung von durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Kosten verstanden werden. Vielmehr erhöhen strukturorientierte Gesundheitsfördermaßnahmen die Motivation, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Mitarbeiter und führen so zu verbesserter Flexibilität, Arbeitsqualität und Produktivität.

Betriebliche Gesundheitsförderung benötigt Instrumente der Organisationsentwicklung, da Strukturen geschaffen werden müssen, in denen Aufgabengestaltung, Autonomie, Handlungsspielraum, Anforderungsvielfalt, Unterstützung durch Vorgesetzte und Sozialklima berücksichtigt, gestaltet und kontinuierlich evaluiert werden können.

Die hier auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse gegebenen Handlungsempfehlungen sind in Grundzügen zwar schon in gesetzliche Regelungen (z.B. ins Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz und in den Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherer innerhalb des SGB) eingeflossen, in Verwaltung und Wirtschaft aber noch nicht im erforderlichen Umfang umgesetzt. So enthalten beispielsweise die Paragraphen 4 und 15 des Arbeitsschutzgesetzes Aufgaben zur Gesundheitsförderung im Betrieb. Der Gesetzgeber fordert die Priorisierung anderer Schutzmaßnahmen gegenüber lediglich individuellen. Er unterstreicht die Verantwortung von Führungskräften, aber auch von jedem Mitarbeiter, für die Gesundheit der anderen Kolleginnen und Kollegen mit Sorge zu tragen.

Die folgenden Empfehlungen dienen insofern auch der Schließung der Kluft zwischen dem gesetzlichen Anspruch und der betrieblichen Wirklichkeit, indem sie dazu verhelfen, die eher allgemein gehaltenen Aufgabenstellungen mit Leben zu füllen.

Empfehlungen für eine gesunde Arbeitswelt

Bildung und Gesundheit stehen in einem engen wechselseitigen Verhältnis zueinander. Angesichts hoher Komplexität der psychischen Anforderungen im Arbeitsleben sowie steigendem Zeit- und Leistungsdruck bei gleichzeitig geringer werdenden Handlungsspielräumen stellt Bildung die zentrale primärpräventive Ressource für Gesundheitserhaltung und Vermeidung von Arbeitslosigkeit dar.

Allein schon aufgrund der Gefahr der Entstehung oder Förderung einer Sichtweise, die Stress und damit verbundene gesundheitliche Auswirkungen von Arbeit als rein personseitiges Phänomen fasst, ist der ausschließlichen Betonung individuumbezogener Stresspräventions- und Stressbewältigungsmaßnahmen nicht zuzustimmen.

Systemisch-partizipative Ansätze wie z.B. Gesundheitszirkel, die als Interventionsziel und -methode sowohl Verhältnis- als auch Verhaltensprävention einschließen, sind im Vergleich zu lediglich individuumbezogenen Stresspräventions- und Stressbewältigungsmaßnahmen von größerem Nutzen. Eine Ablösung der korrektiven Perspektive durch prospektive Arbeitsgestaltungsmaßnahmen ist erforderlich. Ein günstiges Verhältnis von hoher Generalisierbarkeit und geringen Kosten ist durch die Berücksichtigung von Arbeits- und Gesundheitsschutzaspekten bereits bei der Planung von Arbeitssystemen zu erreichen.

Ausführbarkeit, Schädigungslosigkeit und Zumutbarkeit sind Minimalanforderungen an die Arbeitsgestaltung, die durch das Ziel „Persönlichkeitsförderlichkeit“ ergänzt werden müssen.

Die positiven Auswirkungen (Innovationszuwachs, Effizienzsteigerung ...) interdisziplinärer Teamarbeit, wenn sie mit Entscheidungs- und Handlungsspielräumen ausgestattet ist, sind als betriebliche Ressource zu nutzen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist mehr, als nach dem Gießkannenprinzip isolierte Maßnahmen, wie etwa Stressmanagementtrainings, durchzuführen, ohne den Transfer in den täglichen Arbeitsalltag einzuschließen. Nachhaltiges und erfolgreiches Gesundheitsmanagement erfordert ein strukturiertes Vorgehen mit Problemanalyse, Auswahl geeigneter Maßnahmen, Dokumentation, Integration und Partizipation der Mitarbeiter im Prozess und schließlich Evaluation der Effekte mit Überlegungen zur Weiterentwicklung des betrieblichen Konzepts.

Für ein nachhaltiges und professionell gesteuertes betriebliches Gesundheitsmanagement wäre auch über die Etablierung einer anerkannten Qualifikation zum/r betrieblichen/r Gesundheitsmanager/in und deren gesetzliche Verankerung innerhalb der bestehenden Gesetze und Verordnungen (z.B. Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz, Präventionsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherer im SGB) zu diskutieren. Die komplexen Wechselwirkungen zwischen Organisationsstrukturen, Arbeits- und Tätigkeitsbedingungen sowie individuellen Voraussetzungen, die es zu beachten gilt, verlangen dabei nach einem umfassenden Curriculum. Psychosoziale und psychische Anforderungen der Arbeit sollten anerkannte Bestandteile eines Anforderungsprofils werden und beispielsweise in die Lohngestaltung einfließen. Erweiterte Empfehlungen zur Anerkennung von psychischen Erkrankungen als berufsbedingt erhöhen die Wertschätzung der Leistungen, mindern Schuldzuschreibungen und verdeutlichen die Dringlichkeit der Prävention psychosozialer Belastungen maßgeblich.

Angst vor Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit

Gesellschaftspolitisch wäre angesichts der gezeigten Befunde Arbeitsplatzsicherheit für Beschäftigte erforderlich, zumindest aber Maßnahmen zur Reduktion der Angst vor Erwerbslosigkeit. Ein zentraler präventiver Ansatzpunkt beim Thema Erwerbslosigkeit liegt in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Bei unvermeidbaren Entlassungen besteht Primärprävention darin, im Rahmen von Outplacement-Programmen Hilfen für den Übergang in ein neues Beschäftigungsverhältnis anzubieten, um so das gesundheitsabträgliche Stadium der Erwerbslosigkeit zu vermeiden. Ein psychologischer und sozialer Geleitschutz in der beruflichen Transition ist insbesondere bei vulnerablen Gruppen erforderlich. Primärprävention ist auch deshalb dringend geboten, weil Wiederbeschäftigung, insbesondere wenn sie stabil ist, zu drastischen psychosozialen Belastungsverringerungen führt, während Interventionen zur Minderung gesundheitlicher Folgen von Erwerbslosigkeit vorübergehend erfolgreich sind, aber die Effekte bei einem späteren Verbleib in der Erwerbslosigkeit häufig wieder verloren gehen.

Die negativen Folgen eines erlebten Arbeitsplatzverlustes bilden sich nie ganz zurück. Daher gewinnen Interventionsstrategien mit dem Ziel, die Gesundheit Arbeitsloser zu erhalten oder zu verbessern, mehr und mehr an Bedeutung und müssen weiter ausgebaut werden.

Besonderes Augenmerk verdienen die wachsende Gruppe der Langzeitarbeitslosen und Ansätze, die entsprechend dem persönlichen Bedarf und Potenzial zugeschnitten und zugleich niedrigschwellig sind. Angebote müssen Teil eines Maßnahmenbündels sein, das auf eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt zielt und spezifisch auf den Betroffenen, seine Fähigkeiten und Defizite ausgerichtet ist. Die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit müssen von Politik und Entscheidungsträgern stärker berücksichtigt werden. Arbeitslosigkeit ist in Zeiten sich wandelnder Märkte und sich ändernder Berufsbiografien, hoher Mobilität und Flexibilität eher als ein vorübergehender Normalzustand anzusehen, der Bestandteil jeder Berufsbiografie ist.

Der Umgang mit Arbeitslosigkeit muss sich von der Stigmatisierung zur gesellschaftlichen Akzeptanz verändern und durch Maßnahmen der Arbeitsmarktintegration und der Gesundheitsförderung, die von den Betroffenen akzeptiert werden, flankiert werden.

Arbeit und Gesundheit von Frauen

Zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen in der Erwerbs- und Familienarbeit müssen gerechte Erwerbsbedingungen hergestellt werden, zugleich muss der Wert der Familienarbeit für die Gesamtgesellschaft anerkannt werden.

Verlässliche Vertrauensbeziehungen in der frühen Kindheit sind grundlegend für spätere soziale Kompetenzen, Leistungsfähigkeit, Lebenszufriedenheit und Konfliktfähigkeit. Die Politik kann den Menschen diese Entwicklungsaufgaben nicht abnehmen, aber sie kann Rahmenbedingungen fördern, um diese zu erleichtern. Damit ist vielen Leiden und Folgekosten vorgebeugt.

Finanzielle Regelungen (Tarife, Steuern, Unterhalt, Rente) müssen auf implizite Rollenzuschreibungen überprüft werden. Dazu gehören gleicher Lohn für gleiche Arbeit für beide Geschlechter und die Rentenabsicherung für gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften. Teilzeit- und Gleichstellungsgesetz müssen konsequent umgesetzt werden.

Familienergänzende Kinderbetreuung muss entsprechend den zeitlichen und persönlichen Erfordernissen der Eltern zugeschnitten und an neuesten Ergebnissen der entwicklungs- und sozialpsychologischen Forschung ausgerichtet werden. Zur Förderung der Berufschancen beim Berufseinstieg und beim Wiedereinstieg nach der Elternzeit sollten Coaching-Angebote für Frauen und Stressbewältigungstrainings für beide Elternteile vorgehalten werden. In der Gesundheitsforschung und Versorgungspraxis muss mehr auf Geschlechterunterschiede geachtet werden.

Gesundheit in Gesundheitsberufen

Betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen erfüllt eine wichtige Vorbildfunktion, verdeutlicht die Fürsorgepflicht der Arbeitgeber und ist nicht nur wegen des erhöhten Erkrankungsrisikos der Mitarbeiter im Gesundheitswesen eine Notwendigkeit.

In Verbindung mit krank machenden überhöhten Ansprüchen der Mitarbeiter im Gesundheitswesen an sich selbst verweist der hohe Anteil von 20% Berufsaussteigern deutlich auf die Notwendigkeit kontinuierlicher Organisations- und Personalentwicklung. Gesundheitsförderung ist von der individuellen Ebene des einzelnen Mitarbeiters auf eine programmatisch verpflichtete Organisationsebene zu heben. Krankenkassen tragen gesellschaftliche und politische Verantwortung für die psychische Gesundheit ihrer Versicherten, insbesondere an den Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen, da sie als Auftraggeber in der Gesundheitsversorgung vertragliche Rahmenbedingungen mit unmittelbaren Auswirkungen auf Arbeitsprozesse und Gesundheit mitgestalten.

Gesundheitsfördernde Zielrichtungen und Werthaltungen sind in den Grundwerten vieler Unternehmen im Gesundheitswesen festzulegen und in Führungsgrundsätzen zu verankern. Eine nachhaltige und effektive Strategie zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus macht die koordinierte, kontinuierliche, hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Verständigung und Beteiligung der Mitarbeiter erforderlich. Die enge Zusammenarbeit von Psychologen und Betriebsärzten und die Unterstützung durch das Management ist wesentlich für die kontinuierliche Entwicklung einer gesundheitsfördernden Organisationsstruktur und -kultur.

Die prospektive Erfassung von Gesundheitsbelastungen und Mitarbeiterzufriedenheit muss frühere Strategien der retrospektiven Erfassung des Krankenstandes und des Umgangs mit hoher Fluktuation und hohen Fehlzeiten ablösen.

Gesundheit im Lehrerberuf

Der Erhalt und die Förderung, ggf. Wiederherstellung von Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit von Lehrkräften und Schulleitungen ist ein schwieriger Balanceakt, bei dem individuelle Verantwortung und betriebliche Gesundheitsförderung ausgewogen zusammenspielen müssen. Die damit verbundenen Herausforderungen sind als Gemeinschaftsaufgabe von Dienstherren und Einzelnen zu verstehen. Dabei ist es offensichtlich, dass die Schule vor allem einen hohen Bedarf an

Organisationsentwicklung hat, um die vorhandenen Missstände beseitigen und gesundheitsförderliche Maßnahmen in den Betriebsablauf integrieren zu können. Notwendige Instrumente dafür bilden Maßnahmen der Schul-, Organisations- und Personalentwicklung, Supervision für Lehrkräfte sowie eine grundlegende Arbeitsanalyse, die eine hochwertige Eignungsbeurteilung für Lehramtskandidaten ermöglicht und damit Über- wie Unterforderungen verringert. Insbesondere die Position der Schulleitung nimmt eine Schlüsselrolle ein und muss durch professionelle Führungskräftebildungen und Supervision für die notwendige Führungs- und Gestaltungsverantwortung gestärkt werden.

Empfehlungen zur Gesundheit von Lokführern

Gesundheitliche und ökonomische Folgen von Unfällen, messbar z.B. am Anteil an Posttraumatischen Belastungsstörungen und der Zahl von Ausfalltagen, müssen, soweit möglich, reduziert werden. Umfassende Betreuungskonzepte sind für Unternehmen mit erhöhten Risiken für berufsbedingte Traumatisierungen eine wichtige und sinnvolle Präventionsmaßnahme.

Betreuungskonzepte sollten im Rahmen von betrieblichen Richtlinien geregelt werden. Diese Konzepte sollten für alle Phasen einer Traumatisierung Handlungsempfehlungen enthalten und eine kontinuierliche Betreuung sicherstellen, also sowohl unmittelbar nach dem Ereignis als auch in der Folgezeit und bei Bedarf frühzeitige Vermittlung in Traumatherapie. Eine enge Zusammenarbeit mit externen Hilfskräften ist erforderlich.

Eine frühzeitige Betreuung ist unter der Einbeziehung von unmittelbaren Vorgesetzten und kollegialen Erstbetreuern effektiv zu realisieren, wenn diese entsprechend psychologisch geschult werden und regelmäßige Fortbildungen erhalten.

Resilienz und Umgang mit Stress

Die Politik, insbesondere die Arbeits- und Gesundheitspolitik, hat die Aufgabe, Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung möglichst gering zu halten. Dazu gehört auch die Minimierung psychischer und physischer Belastungen bzw. Erkrankungen, die durch die Arbeitswelt ausgelöst werden. Dies betrifft nicht nur die Menschen, die im Arbeitsprozess stehen, sondern auch diejenigen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben.

Den Psychologen kommt die immer wichtigere Rolle zu, psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu diagnostizieren, z.B. im Rahmen von Gefährdungsbeurteilungen der psychosozialen Belastungen, wie sie ja bereits gesetzlich vorgesehen sind. Diese Belastungen sollten möglichst gering gehalten oder sogar reduziert werden. Psychologen haben ebenfalls eine wichtige Aufgabe bei der Bewältigung von Belastungen und Behandlung von psychischen Störungen, die durch die Arbeitswelt verursacht werden, z.B. Ängste, Depressionen, Burnout.

Noch sinnvoller ist allerdings ein präventives Vorgehen, das auch versucht, die Menschen in die Lage zu versetzen, mit den absehbar stärker werdenden Belastungen besser fertig zu werden. Dazu gehören neben klassischen Maßnahmen wie der Stressbewältigung auch Interventionen zur Förderung der Resilienz der Unternehmen und des Einzelnen. Resilienz stellt einen Protektivfaktor und eine Gesundheitskompetenz dar, die angesichts der steigenden und sich ändernden Belastungen durch die Arbeitswelt einen zunehmenden Wert gewinnen werden. Bewältigung und Prävention von Stress können durch aktives Zugehen auf die Mitarbeiter erreicht werden. Dazu ist ein systematisches Programm mit verbindlichem Frühwarnsystem notwendig, welches bei allen Mitarbeitern mittels akzeptierter Mitarbeiterbefragung und Fitnessprüfung Indikatoren misst.

Anwender dieses System sind Betriebsärzte, -psychologen oder evtl. ein Stress-Ombudsmann. Als Experten müssen sie schon frühzeitig in die Entwicklung des Systems eingebunden werden. Sie unterliegen der Schweigepflicht, geben einen anonymisierten Bericht und beraten Betroffene.

Oft liegen Ursachen hoher psychischer Belastung der Mitarbeiter in den strukturellen Bedingun-

gen. Diesen muss durch einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung der strukturellen Arbeitsbedingungen entgegengewirkt werden. Durch Arbeiten mit einer stringenten Ziel-Kaskade (Zweck – Ziel – Mittel), die konsequente Trennung von Prozess- und Projektorganisation sowie eine verbesserte Selbstorganisation wird für gesündere Arbeitsbedingungen gesorgt.

Durch Gesundheitsmanagement in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung werden Verhaltensnormen neu definiert und kommuniziert. Nicht zuletzt regelmäßig angebotene Sprechstunden der begleitenden Ärzte und Psychologen erhöhen die Nachhaltigkeit und Wirkung des Gesundheitsmanagements.

Performance-Workshops für kritische Einheiten/Teams machen die Quellen psychischer Belastungen und Erkrankungen frühzeitig sichtbar und wirken effektiv entgegen. Individuelle und/oder kollektive Probleme und Beziehungsstörungen werden sichtbar, kommunizierbar und damit in vielen Fällen behebbar. Mobbing ist sehr ernst zu nehmen und auch mit Methoden der Personal- und Organisationsentwicklung durch einen Experten bestmöglich zu eliminieren.

VERZEICHNIS DER AUTORINNEN UND AUTOREN

Prof. Dr. Cornelia Albani

Universitätsklinikum Leipzig
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
und Psychosomatische Medizin
Simmelweisstraße 10
04103 Leipzig
cornelia.albani@medizin.uni-leipzig.de

Dr. Dipl.-Psych. Harald Bailer

Universitätsklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Frauensteige 14a
89075 Ulm
harald.bailer@uni-ulm.de

Prof. Dr. Friedrich Balck

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Fetscherstr. 74
01307 Dresden
friedrich.balck@uniklinikum-dresden.de

Dr. Hendrik Berth

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Fetscherstr. 74
01307 Dresden
berth@inhaltsanalyse.de

Dr. Dipl.-Psych. Gerd Blaser

Universitätsklinikum Leipzig
Klinik und Poliklinik für
Psychotherapie und
Psychosomatische Medizin
Simmelweisstraße 10
04103 Leipzig

Prof. Dr. Elmar Brähler

Universität Leipzig
Selbstständige Abteilung für
Medizinische Psychologie
und Soziologie
Philipp-Rosenthal-Str. 55,
04103 Leipzig
elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de

Dipl.-Psych. Christine Bücker-Gärtner

Gleichstellungsbeauftragte der
Fachhochschule Flensburg,
Kanzleistr. 91-93
24943 Flensburg
christine.buecker-gaertner@fh-flensburg.de

Dipl.-Psych. Monika Fixemer

Bahnhofstr. 8
66111 Saarbrücken
monika.fixemer@t-online.de

Prof. Dr. Peter Förster

Forschungsstelle Sozialanalysen
Schweizerbogen 11
04289 Leipzig
prof.foerster@gmx.de

Prof. Dr. Michael Geyer

Universitätsklinikum Leipzig
Klinik und Poliklinik für
Psychotherapie und
Psychosomatische Medizin
Simmelweisstraße 10
04103 Leipzig

PD Dr. Dr. Norbert Grulke

Universitätsklinik für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Frauensteige 14a
89075 Ulm
norbert.grulke@uni-ulm.de

Dipl.-Psych. Helmut Heyse

Albert-Schweitzer-Str. 7
54329 Konz
he-heyse@t-online.de

Dipl.-Psych. Dr. Sigrid Hopf

Begonienstraße 10
80939 München

Dipl.-Psych. Renate Hülsmann
Psychologische Psychotherapeutin
Personalentwicklung,
Gesundheitsförderung
Stiftungsklinikum Mittelrhein GmbH
Johannes-Müller-Str. 7
56068 Koblenz
RHuelsmann@stiftungsklinikum.de

Dr. Sirko Kupper
Oberbergklinik Weserbergland
Brede 29
32699 Extertal-Laßbruch
Sirko.kupper@oberbergkliniken.de

**Dipl.-Psych.
Viola Middendorf**
dbgs GesundheitsService GmbH
Vahrenwalder Str. 4
30165 Hannover
Viola.Middendorf@dbgs.eu

Prof. Dr. Gisela Mohr
Universität Leipzig
Institut für Psychologie II,
Arbeits- und
Organisationspsychologie
Seeburgstr. 14-20, 04103 Leipzig
mohr@uni-leipzig.de

Dr. Dipl.-Psych. Manfred Oetting
Oelixdorfer Str. 89
D-25524 Itzehoe bei Hamburg
manfred.oetting@oetting-mcg.de

Dipl.-Psych. Thomas Rigotti
Universität Leipzig
Institut für Psychologie II,
Arbeits- und
Organisationspsychologie
Seeburgstr. 14-20, 04103 Leipzig
rigotti@uni-leipzig.de

Dipl.-Psych. Inka Saldecki-Bleck
Finkenweg 22
53859 Niederkassel-Ranzel
inka.saldecki-bleck@t-online.de

Dipl.-Psych. Julia Scharnhorst
Health Professional Plus
Am Redder 11
22880 Wedel
info@h-p-plus.de

Dipl.-Psych. Gabriele Schmutzer
Universität Leipzig
Selbstständige Abteilung
für Medizinische Psychologie
und Soziologie
Philipp-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
Gabriele.Schmutzer@medizin.uni-leipzig.de

**Jun.-Prof. Dr.
Yve Stöbel-Richter**
Universität Leipzig
Selbstständige Abteilung für
Medizinische Psychologie
und Soziologie, Philipp-
Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig
yve.stoebel-richter@medizin.
uni-leipzig.de

**Prof. Dr. Dr. h. c.
Eberhard Ulich**
Institut für Arbeitsforschung und
Organisationsberatung
Obere Zäune 14
CH 8001 Zürich
eberhard.ulich@iafob.ch

**Dipl.-Psych.
Gerlinde Wiemann**
dbgs GesundheitsService GmbH
Vahrenwalder Str. 4
30165 Hannover
Gerlinde.Wiemann@dbgs.eu