

Klinische Methoden der Arbeitsplatzanalyse im psychotherapeutischen Kontext

Manfred Zielke

Baltic Bay Clinical Consulting, Mönkeberg

Kurzfassung

Die klinischen Aspekte spezifischer Anforderungen am Arbeitsplatz, von leistungsbeeinträchtigenden Bedingungen, von nicht kompensierbaren Belastungen und nicht erfolgreichen Bewältigungsversuchen spielen in der Psychotherapie von erwerbstätigen Patienten bislang lediglich eine nachgeordnete Rolle. Je mehr jedoch das Erwerbsleben und vor allem Veränderungen der strukturellen Rahmenbedingungen gewerblicher Arbeit und veränderte Leistungsanforderungen und Anpassungserfordernisse in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen gesehen werden, wird offensichtlich, dass die Klinische Psychologie und Psychotherapie bislang kein Methodeninventar entwickelt hat, auf dessen Basis eine spezifische Klärung von Arbeitsanforderungen und des individuellen Umgangs mit diesen Anforderungen geleistet werden kann, die für die jeweilige Krankheitsentwicklung von Belang sind.

In diesem Beitrag werden Methoden und Explorationsanleitungen vorgestellt, mit denen solche klinischen Arbeitsplatzanalysen entwickelt werden können, aus denen jeweils spezifische Veränderungsziele für den einzelnen Patienten abgeleitet und Fertigkeiten zu deren Erreichung trainiert werden können.

Schlüsselwörter

Arbeitsplatzanalyse, Ambulante und stationäre Psychotherapie, Psychische Erkrankungen

1 Die Rolle des Arbeits- und Leistungsverhaltens in der Psychotherapie

Die Lebensgestaltung und das soziale Ansehen sind in einer Erwerbsgesellschaft weitgehend davon abhängig, ob der Einzelne aufgrund körperlicher, geistiger und psychischer Befähigung einerseits und aufgrund von Ausbildung und beruflicher Qualifizierung andererseits die Chance hat, einen Ausbildungsplatz zu besetzen oder nicht. Dies gilt sowohl in Zeiten der Vollbeschäftigung und ganz besonders in solchen Entwicklungen der Volkswirtschaft mit einem hohen Arbeitslosenanteil und einer weitgehenden Gefährdung der Arbeitsplatzsicherheit.

Bei den aktiv Erwerbstätigen gewinnt der Umgang mit Belastungen und Stressoren im Erwerbsleben eine stetig wachsende Aufmerksamkeit in der Arbeitswissenschaft und in der Arbeits- und Organisationspsycholo-

gie. Querschnittsuntersuchungen lassen eine deutliche Zunahme von Stresssymptomen erkennen, die vor allem aus einem wachsenden Qualifikationsdruck, aus der Verrichtung von Anforderungen bei der Einführung neuer Informationstechnologien, aus der Flexibilisierung von Arbeitsstrukturen und aus der Bedrohung durch Arbeitslosigkeit erwachsen. Gleichwohl dominieren in der sozialmedizinischen Literatur und in den sozialmedizinischen Beurteilungskriterien immer noch physikalische Stressoren und Belastungsfaktoren.

In der stationären Psychotherapie und in der medizinischen Rehabilitation psychosomatischer Erkrankungen beginnt sich dank der Verbreitung verhaltensmedizinischer Konzepte ein Bedeutungs- und Wertewandel hinsichtlich arbeits- und leistungsbezogener Fragestellungen zu vollziehen. Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass in nicht wenigen Therapiekonzepten stationärer Psychotherapie und in dem ihnen zu-

grundlegenden Krankheitsbegriff die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit immer noch eine nachgeordnete Rolle spielt. Als wir uns 1987 unter dem Kongressthema „Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit“ (Zielke, 1988) offensiv mit der Thematik auseinandersetzten, empfanden viele nicht verhaltenstherapeutische KollegInnen diese Schwerpunktsetzung in psychotherapeutischen Strategien einerseits für das Selbstverständnis der Psychotherapie als äußerst bedrohlich und waren andererseits der Auffassung, die Verhaltensmedizin würde sich lediglich ein modernistisches Image verpassen, um eine größere Akzeptanz in der Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Keine Therapietheorie kann es sich bei dem gegenwärtigen Stand der Entwicklung sozialpsychologischer Theorien zur Entwicklung und Stabilisierung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen mehr leisten, die soziale Bedingtheit psychischer Erkrankungen mit den begleitenden Kontroll- und Labelingprozessen aus ihrem Theoriengebäude auszuschließen. Bei der Umsetzung dieser Konzepte z.B. bei der Definition des „krankhaften“ Verhaltens, der Festlegung des konkreten, zu verändernden Verhaltens (Zielbegriffe) und der Operationalisierung der Therapieschritte geht die praktische Berücksichtigung der sozialen Verhaltensdeterminanten häufig verloren und man rekurriert häufig genug auf die kognitive Repräsentation der sozialen und situativen Verhaltensparameter beim Patienten.

Diese Überlegungen und Auffassungen hierzu sollen an einem Fallbeispiel dargestellt werden. Dazu erfolgt ein Auszug aus dem Behandlungsbericht einer psychotherapeutischen Praxis an den Hausarzt eines Patienten:

Der Patient (43 Jahre, männlich) ist seit 11 Monaten krankgeschrieben und befindet sich seit 7 Monaten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung.

Auszug aus dem psychotherapeutischen Bericht:

„Die Auflockerung der verhärteten Strukturen des Patienten gestaltet sich schwierig, die Entwicklung der Introspektionsfähigkeit erfordert sehr viel Geduld. Der Patient hat nicht gelernt sich selber zu fühlen und zu empfinden, hat aber eine äußerst sensible Wahrnehmung dessen, was andere von ihm erwarten.

Die Verhaltensweisen des Patienten sind somit weitgehend fremdgesteuert, der Patient

weiß nicht, wo andere aufhören und er anfängt, er kann keine Grenze zwischen sich und anderen ziehen, infolgedessen eigene Forderungen nicht anmelden und unangemessene Forderungen seiner Umwelt nicht zurückweisen. So lässt der Patient sich klaglos von seinen Kindern, seiner Frau und seinem Arbeitgeber überfordern, Dinge, die andere Menschen traurig oder ärgerlich machen würden, übergeht der Patient, er nimmt sich, wie der Volksmund so schön sagt, Dinge zu Herzen, ohne dass er in der Lage ist, seinem Herzen Luft zu machen.

Schwerpunkt der psychotherapeutischen Arbeit ist zunächst einmal die Entwicklung von Autonomie in der Abgrenzung gegenüber anderen Menschen. Diese Arbeit bleibt notwendigerweise theoretisch, da in dem äußeren Lebensvollzug des Patienten es entweder nur harte Arbeit gibt, wobei der Patient sich bemüht hat, allen Anforderungen, die an ihn gestellt werden, gerecht zu werden, was notwendigerweise Umgebung und Vorgesetzte dazu verführt, den Patienten auszubeuten, oder auf der anderen Seite, dass der Patient überhaupt nichts tut, wie jetzt zur Zeit und darunter leidet, nutzlos zu sein, aber auch dieses Leiden nicht ausspricht, sondern es wieder sich stumm zu Herzen nimmt.

Unter den gegebenen Umständen sehe ich eine Möglichkeit die Autonomiefähigkeiten des Patienten zu stärken, wenn es eine Möglichkeit gäbe, ihn bedingt arbeitsfähig zu schreiben, mit dem Ziel, dass der Patient selber bestimmt, wann er auf der Arbeit erscheint, und auch selber bestimmt, wann er die Arbeit wieder verlässt. Es wäre unbedingt notwendig, dass er ein eigenes Maß an Leistungsfähigkeit herausfindet.

Wenn es eine Möglichkeit medizinischerseits gäbe, eine bedingte Arbeitsfähigkeit festzustellen, würde ich Sie bitten, davon Gebrauch zu machen.“

(Ende des Auszugs)

Stellungnahme des Vertrauensarztes:

„Eine Reintegration in den Arbeitsprozess mit anfänglich stundenweiser Beschäftigung wird vom Arbeitgeber abgelehnt“.

Es geht bei diesem Auszug aus dem Behandlungsbericht nicht darum, die theoretische oder klinische Angemessenheit dieser Schilderung zu hinterfragen oder zu kritisieren. Vielmehr stellt sich die Frage, welches Modell der Leistungsfähigkeit dieser Sichtweite zugrunde liegt und ob es nicht notwendig

ist, eine Auffassung zu entwickeln, welche die externe soziale Realität und deren Bewältigung bzw. Nicht-Bewältigung in die Definition der Symptomatik und des Krankheitsverhaltens einschließt. Das ausschließliche Rekurrieren auf interne, in der Person vorhandene krankhafte Zustände und Störungen birgt denn auch den Verlust des Kontaktes zur sozialen Realität in sich.

Tatsächlich war es über lange Jahre notwendig, dieses erweiterte Therapie- und Rehabilitationsverständnis auch manchen Kosten- und Leistungsträgern gegenüber durchzusetzen. Der Autor erinnert sich noch lebhaft daran, dass bei einem Patienten in der stationären Psychotherapie (Behandlungsdiagnose: Zwangsstörung) ein Verlängerungsantrag abgelehnt wurde, weil der Patient zu einer regelmäßigen Belastungserprobung täglich vier Stunden in einem Museum gearbeitet hat und „er in dieser Zeit ja für die Psychotherapie nicht zur Verfügung gestanden habe“ (Zitat des Ablehnungsbescheides).

Diese Bewertung scheint sich zunehmend zu wandeln. Hierbei spielen sicher die verschärften Bedingungen des Arbeitsmarktes eine Rolle und vor allem die Notwendigkeit zu einer forcierten Effizienzbewertung der Psychotherapie, in der arbeits- und leistungsbezogene Strategien eine größere Bedeutung gewinnen (Zielke, 2000).

Die intensive Beschäftigung mit Arbeits- und Leistungsaspekten unter einer sozialmedizinischen Perspektive führt zu der Einschätzung, dass wir es hierbei mit einem quasi vorwissenschaftlichen Verständnis zu tun haben darüber, welche Fertigkeiten und Fähigkeiten erforderlich sind, eine berufliche Tätigkeit auszuüben und sich darin zu halten, bzw. durch welche spezifischen Defizite das erforderliche Leistungsverhalten gefährdet ist.

Wir treffen gleichzeitig bei dieser Thematik auf eine Situation, dass Therapeuten, die ja alle auch arbeiten müssen (oder wollen), sich bereits aus diesem Grunde als für diesen Bereich hochkompetent ansehen und schon nach wenigen Angaben von Patienten zum Arbeitsbereich zu wissen meinen, worin dessen Erwerbstätigkeit eigentlich besteht.

Dabei haben sie in der Regel noch nie eine Arbeitsplatzanalyse und ein Anforderungsprofil der eigenen Tätigkeit durchgeführt. In diesem Beitrag wird versucht, eine systematische Analyse relevanter Arbeitsbedingungen unter gesundheitsbezogenen Aspekten zu entwickeln, um daraus zuverlässige Veränderungsziele für die Psychotherapie und

Rehabilitation ableiten zu können. Der Autor empfiehlt dringend, vor der Anwendung dieser Konzepte ein intensiveres Anwendungstraining zu absolvieren, das einen beträchtlichen Selbsterfahrungsteil beinhalten sollte. Hierbei kann es vorkommen, dass im eigenen Arbeits- und Leistungserleben eine Reihe wenig gesundheitsfördernder Aspekte zutage gefördert werden. Dies kann jedoch sehr heilsam sein!

2 Gesellschaftliche Bedeutung der Arbeit

Der Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit ist ein gesellschaftspolitisches Thema von erstrangiger Bedeutung. Dies ist weder in der offiziellen Politik noch im Bewusstsein der Bevölkerung mit der wünschenswerten Deutlichkeit klar.

Die Lebensgestaltung und das soziale Ansehen sind in einer Erwerbsgesellschaft weitgehend davon abhängig, ob der Einzelne aufgrund körperlicher, geistiger und psychischer Befähigung einerseits und aufgrund von Ausbildung und beruflicher Qualifizierung andererseits die Chance hat, einen Ausbildungsplatz zu besetzen oder nicht. Dies gilt sowohl in Zeiten der Vollbeschäftigung und ganz besonders in solchen Entwicklungen der Volkswirtschaft mit einem hohen Arbeitslosenanteil und einer weitgehenden Gefährdung der Arbeitsplatzsicherheit.

Es ist nicht ganz einfach, zu definieren, was wir unter Arbeit verstehen. Vielleicht einen Gegensatz zur Muße, zum Spiel. Arbeit bedeutet ziel- und zweckgerichtete Tätigkeit, häufig verbunden mit Anstrengung und Mühe. Aber dies ist nur ein Aspekt von Arbeit. Ein anderer, wesentlicher Aspekt hat mit dem Tauschwert von Arbeitsleistung gegen Lohn zu tun. Zwar ist, wie Millionen von Müttern wissen, nicht alle Arbeit bezahlte Arbeit und vielleicht nirgends sonst wird das Machtverhältnis zwischen Menschen so deutlich wie in dem Ermessensspielraum zwischen Leistung und Belohnung. Aber Arbeit in Form der gesellschaftlich bestimmten Erwerbsarbeit ist normativ erwartete, geforderte und mit Lohn entgeltene Leistung (Zielke, 1995).

Ein weiterer Aspekt von Arbeit bezieht sich auf die Qualität der an die Arbeitenden gestellten Anforderungen. Hier zeigt sich: Erwerbsarbeit findet in der Regel als berufliche Tätigkeit, als erlernte oder zumindest angelebte Tätigkeit im Rahmen eines Wettbe-

werbs um berufliche Statuspositionen statt. Erwerbsarbeit bildet somit ein wichtiges Ziel gesellschaftlicher Sozialisationsprozesse, und sie bildet eine wichtige Basis für gesellschaftliche Investitionen in Humankapital. Schließlich ist Erwerbsarbeit die Voraussetzung für eine kontinuierliche, in der Regel qualifikationsabhängige Einkommenschance.

Im Verfügen über einen beruflichen Status gelangen daher im Regelfall individuelle berufliche Qualifikationsprofile, die dem Arbeitsmarkt angeboten werden, mit gesellschaftlichen Erwartungs- und Belohnungsoptionen zur Deckung. Im Regelfall, oder sollen wir sagen: im Idealfall? Denn häufig ist diese Kongruenz von angebotenen individuellen Qualifikations- und Motivationsprofilen und Struktur des Arbeitsmarktes nicht gegeben – und die gesundheitlichen Folgen, die aus diesem Tatbestand resultieren, werden uns gleich ausführlicher beschäftigen. Die Verbindung von erlernter Berufstätigkeit und leistungsabhängiger Bezahlung ist für die gesellschaftliche Wertschätzung der Erwerbsarbeit von zentraler Bedeutung. Die meisten von uns haben diese hohe gesellschaftliche Bedeutung früh in ihrem Leben verinnerlicht, und so vermag sie auch unser Selbstwertgefühl in entscheidendem Maße zu bestimmen.

3 Die individuelle Bedeutung der Erwerbsarbeit

Die persönliche Bedeutung von Arbeit wird Menschen oft erst dann schmerzlich bewusst, wenn sie ihren Arbeitsplatz verlieren, erwerbslos werden oder unter Bedingungen arbeiten, in denen der Wert der Arbeit nicht angemessen geschätzt wird. Dann fällt zu meist schnell auf, dass Arbeit nicht nur der materiellen Existenzsicherung dient, sondern eine ganze Reihe wichtiger Funktionen hat, deren beiläufige Selbstverständlichkeit im Berufsalltag allzu leicht aus dem Blick gerät. In der nebenstehenden Übersicht von Tabelle 1 wurden eine Reihe von bedeutenden Verhaltens- und Erlebnisbereichen zusammengestellt.

Neben der materiellen Existenzsicherung sind die sozialen und interaktiven Aspekte zu beachten. Hierzu zählen das Stiften und Verbinden von Beziehungen, das Bieten von Begegnungsanlässen und die Verfügbarkeit von Gesprächsthemen und Ort für Kooperation und Kommunikation. Nicht wenige Part-

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – materielle Existenzsicherung – Stiften und Verbinden von Beziehungen – Bieten von Begegnungsanlässen – Gesprächsthema und Ort für Kooperation und Kommunikation – Sinnvolle Beschäftigung – Strukturierung des Tagesablaufs – Strukturierung des Lebensrhythmus – Herausforderung und Erprobungsfeld für nahezu alle Fertigkeiten und Fähigkeiten – Quelle zur Entwicklung und Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls und der Wertschätzung – Ermöglicht berufliches Vorwärtkommen – Ermöglicht den Nachweis der eigenen Leistungsfähigkeit – Wesentlicher Bestandteil der Identität und des Selbstbewusstseins – Vermittelt und erhält Status, Akzeptanz und Ansehen |
|--|

Tabelle 1

Die individuelle Bedeutung der Erwerbsarbeit

nerverbindungen haben ihren Anfang genommen im Zusammenhang mit der Erwerbsarbeit. So sehr dieser Umstand auch im konkreten Fall als Einschränkung und Belästigung empfunden werden kann, erfolgt eine Strukturierung des Tagesablaufs, des Jahresablaufs und sogar des Lebensrhythmus. Nicht wenigen Betroffenen wird dieser Umstand erst deutlich, wenn diese formalen Strukturen nicht mehr vorgegeben werden bzw. nicht mehr vorhanden sind (Homeoffice-Arbeitsplätze, Krankheitszeiten, Zeiten von unfreiwilliger Erwerbslosigkeit und Verläufe nach Berentungen).

Das Erwerbsleben ist (oder kann) eine Herausforderung und ein Erprobungsfeld sein für nahezu alle Fertigkeiten und Fähigkeiten. Es kann eine Quelle zur Entwicklung und Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls und der Wertschätzung sein, es kann berufliches Vorwärtkommen fördern und ermöglicht den Nachweis der eigenen Leistungsfähigkeit. In Verbindung mit einer als sinnvoll erachteten Beschäftigung kann Erwerbstätigkeit sich zu einem wesentlichen Bestandteil der Identität und des Selbstbewusstseins entwickeln und nicht zuletzt vermittelt und erhält sie Status, Akzeptanz und Ansehen.

⇒ **Explorationsbereich: Meine individuelle Bedeutung der Erwerbsarbeit**

4 Der gesellschaftliche Wandel der Arbeitswelt und seine Folgen für die Gesundheitsversorgung

Die Situationen und Perspektiven beruflicher und arbeitsbezogener Anforderungen sind durch einen nachhaltigen und bisher nicht dagewesenen Wandel gekennzeichnet, der sich in zehn Punkten beschreiben lässt (s. Tab. 2):

- 1) Tertiarisierung,
- 2) Globalisierung,
- 3) Informatisierung,
- 4) Qualifizierung,
- 5) Entgrenzte Arbeitsverhältnisse,
- 6) Von der Vollzeit- zur Patchworkbiographie,
- 7) Individualisierung,
- 8) Prozesse der weltwirtschaftlichen Verflechtung,
- 9) Wissensbasierung von Arbeitsprozessen,
- 10) Employability als neue Schlüsselkategorie moderner Arbeitspolitik.

Diese Entwicklungsstränge werden im Einzelnen beschrieben und erläutert und deren Einfluss auf die individuelle Situation im Erwerbsleben diskutiert. Eine ausführliche inhaltliche Beschreibung findet man bei Weiss und Udriš (2006), Dostal und Kupka (2001) sowie bei Blancke, Roth, und Schmid (2000). Bei der Erläuterung wird Gewicht darauf gelegt, herauszuarbeiten, welche Folgen aus diesen Trends für das Erwerbsleben und die Erwerbstätigen zu ziehen sind.

Es kommt für die Arbeitenden zunehmend darauf an, komplexe Meta-Kompetenzen zu erwerben (d.h. Fähigkeiten zum Erwerb, zur Weiterentwicklung, Pflege sowie selbständiger Anwendung der unmittelbaren prozessorientierten Fähigkeiten und Wissensgebiete: Wissen zweiter Ordnung). Die Betriebe müssen zunehmend sicherstellen, dass das notwendige Wissen auch für die Arbeitnehmer zugänglich ist.

Entgrenzungsprozesse sowohl im beruflichen wie auch im privaten Bereich erfordern eine erweiterte Selbstkontrolle der Arbeit und eine stärkere Selbstökonomisierung der verfügbaren Ressourcen.

Patchworkbiographien werden zukünftig die Regel sein. Das bedeutet statt lebenslanger Ausübung des einmal erlernten Berufs viele Qualifizierungsschritte in Verbindung mit einem lebenslangen Lernen und unterschiedlichen Erwerbsformen (Zeitarbeit,

Projektarbeit, Erziehungszeiten, Zeiten der Selbständigkeit, Zeiten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse). Nur wenige meiner Patienten und auch Studenten und auch bereits deren Eltern weisen durchgängige Erwerbsbiographien in einem primär erlernten Beruf aus.

Die "atmende Fabrik" wurde erstmals bei VW in Wolfsburg praktiziert. Es bedeutet, dass mit nachlassender Auftragslage Arbeitnehmer „ausgeatmet“ – also nur noch anteilig beschäftigt werden und bei steigender Produktnachfrage wieder „eingeatmet“ werden. Dies erfolgt aus der unternehmerischen Erkenntnis, dass es sehr teuer ist, Arbeitnehmer zu entlassen, die man möglicherweise späterhin noch braucht. So kann der Betrieb das durchgehende Erwerbsrisiko anteilig auf die Mitarbeiter verlagern. Flexible Unternehmen operieren so mit flexiblen Mitarbeitern. Diese Beschäftigungslage ist für die Betroffenen mit erheblichen ökonomischen Unsicherheiten und Irritationen verbunden.

In Folge der weltwirtschaftlichen Verflechtung wird der Konkurrenzdruck zwischen Unternehmen international und die Erfolgskriterien für Unternehmen verändern sich.

Während die klassische Differenzierung aus dem Verhältnis von Qualität und Preis besteht (bestand), ist die Geschwindigkeit der Produktentwicklung und der Produktpassung als neues Differenzierungsinstrument anzusehen.

Ein derart veränderter Wettbewerb und eine veränderte Beschleunigung erzwingen eine Option auf schnelles, aber schwer antizipierbares unternehmerisches Handeln mit einem zunehmenden Flexibilisierungsdruck.

Die wachsende Wissensbasierung von Arbeitsprozessen führt zu einer Veränderung nachgefragter Qualifikationen. Dies muss man sehen auf dem Hintergrund, dass Wissen erzeugende und Wissen aneignende Anforderungen zunehmen (1990: 34% 2010: 41%) und der Anteil Erwerbstätiger mit Routinearbeiten abnimmt (1990: 38% 2010: 29%).

Die Employability (Beschäftigungsfähigkeit) ist die neue Schlüsselkategorie moderner Arbeitsmarktpolitik:

Blancke et al. (2000) beschreiben Beschäftigungsfähigkeit „als Fähigkeit einer Person, auf Grundlage ihrer fachlichen und Handlungskompetenz, ihrer Wertschöpfung und Leistungsfähigkeit ihre Arbeitskraft anbieten zu können und damit in das Erwerbsleben einzutreten, ihre Arbeitsstelle zu halten oder, wenn nötig, sich eine neue Erwerbsbe-

<p>TERTIARISIERUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> – Produzierendes Gewerbe: Rückgang der Gesamterwerbspersonen von 50% auf 33% – Dienstleistungsbereich: Zunahme des Anteils der Beschäftigten von 43% auf 64% <p>GLOBALISIERUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> – Weltweite Verflechtung der wirtschaftlichen Innovations-, Investitions- und Wertschöpfungsprozesse – Verlagerung lohnintensiver Produkte ins Ausland – Verlagerung schädigungsintensiver Produktionsvorgänge ins Ausland – Hoher Innovationszwang in Deutschland – Erfolg von Unternehmen in Deutschland durch Qualifikation, Motivation und Flexibilität der Mitarbeiter <p>INFORMATISIERUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> – Durchdringung aller Produktions- und Konsumtionsprozesse durch Informations- und Kommunikationstechnologie, auch hierin ständige Qualifizierungsnotwendigkeiten – Zusammenführung von Wissen und Arbeitnehmern erfolgt räumlich und zeitlich NICHT MEHR im Sinne einer festgefügtten Arbeitsgruppe – Bildung von Arbeitsgruppen mittels Internet und anderen Kommunikationstechnologien – Auseinanderfallen dieser Arbeitsgruppen nach Projektabschluss <p>QUALIFIZIERUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> – Rückgang der Arbeiten mit geringen Qualifikationsanforderungen (Halbierung in den letzten Jahrzehnten), weitere Fortsetzung dieser Entwicklung wird prognostiziert – Berufliche Qualifikation = berufliche Integration – Erwerb komplexer Meta-Kompetenzen (d.h. Fähigkeiten zum Erwerb, zur Weiterentwicklung, Pflege sowie selbständiger Anwendung der unmittelbaren prozessorientierten Fähigkeiten und Wissensgebiete: Wissen zweiter Ordnung) – Verringerung der Halbwertszeit des Wissens – Sicherstellung der Verfügbarkeit dieses Wissens für Arbeitnehmer <p>ENTGRENZTE ARBEITSVERHÄLTNISSE, ARBEITSKRAFTUNTERNEHMER</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erweiterte Selbstkontrolle der Arbeit – Selbstökonomisierung – Alltagspaktisches Selbstmanagement – Erweiterter Zugriff auf menschliche Eigenschaften – „Grenzmanagement“ <p>VON DER VOLLZEIT- ZUR PATCHWORK-BIOGRAPHIE</p> <ul style="list-style-type: none"> – Statt lebenslanger Ausübung des einmal erlernten Berufs – Viele Qualifizierungsschritte – Lebenslanges Lernen – Unterschiedliche Erwerbsformen (Zeitarbeit, Projektarbeit, Erziehungszeiten, Zeiten der Selbst- 	<p>ständigkeits-, Zeiten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse)</p> <p>INDIVIDUALISIERUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abschied vom klassischen Leitbild abhängiger Beschäftigung (Normalarbeitsverhältnis vom Berufseintritt bis zum Ausscheiden aus dem Erwerbsleben mit familiärer Rollenaufteilung) – Zunahme atypischer Arbeitsplätze (Teilzeit, Telearbeit, Job-Sharing, Zeitarbeit, befristete Beschäftigung, Scheinselbstständigkeit, Werksverträge) – Die "atmende Fabrik": Flexible Unternehmung mit flexiblen Mitarbeitern – Neue Schlüsselqualifikationen – Multifunktionalität – Mobilität – Mitwirkung an einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess – Umsetzung der Botschaft "Fühle dich an deinem Arbeitsplatz wie ein Unternehmer vor Ort und engagiere dich entsprechend" <p>PROZESSE DER WELTWIRTSCHAFTLICHEN VERFLECHTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> – Konkurrenzdruck zwischen Unternehmen wird international – Klassische Differenzierung: Qualität und Preis – Geschwindigkeit als neues Differenzierungsinstrument – Wettbewerb und Beschleunigung erzwingen eine Option auf schnelles, aber schwer antizipierbares unternehmerisches Handeln mit einem zunehmenden Flexibilisierungsdruck <p>WISSENSBASIERUNG VON ARBEITSPROZESSEN</p> <ul style="list-style-type: none"> – Veränderung nachgefragter Qualifikationen – Wissenserzeugende und wissensaneignende Anforderungen nehmen zu. 1990: 34% 2010: 41% – Anteil Erwerbstätiger mit Routinearbeiten nimmt ab. 1990: 38% 2010: 29% – durch Entfaltung wissenschaftlich-technischer Möglichkeiten enorme Produktionssteigerungen – Folgen fragwürdiger Theorien und fehlerhafter Technologien sind nicht mehr auf die entsprechenden Subsysteme beschränkt – Die Konsequenzen falscher Annahmen und fehlerhafter Experimente hat die ganze Gesellschaft zu tragen <p>EMPLOYABILITY: Neue Schlüsselkategorie moderner Arbeitsmarktpolitik</p> <ul style="list-style-type: none"> – Beschäftigungsfähigkeit: – "Fähigkeit einer Person, auf Grundlage ihrer fachlichen und Handlungskompetenz, ihrer Wertschöpfung und Leistungsfähigkeit ihre Arbeitskraft anbieten zu können und damit in das Erwerbsleben einzutreten, ihre Arbeitsstelle zu halten oder, wenn nötig, sich eine neue Erwerbsbeschäftigung zu suchen" (Blancke et al. 2000)
--	---

Tabelle 2

Situation und Perspektiven beruflicher und arbeitsbezogener Anforderungen

schäftigung zu suchen.“ Das ist quasi die personalisierte Flexibilität in Person.

5 Veränderungen der Arbeitsanforderungen

Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist die Feststellung, dass die krankmachenden Bedingungen der Erwerbsarbeit sich in den vergangenen Jahrzehnten weitreichend verändert haben und dass die klassische, weithin toxikologisch ausgerichtete Arbeitsmedizin das gegenwärtige Problemspektrum der durch die Erwerbsarbeit entscheidend beeinflussten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr angemessen bearbeitet. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Veränderung industrieller Arbeit: Noch zu Beginn unseres Jahrhunderts war industrielle Arbeit häufig durch körperliche Schwerarbeit, lange Arbeitszeiten und Exposition gegenüber einer Vielzahl gesundheitsschädigender Umgebungs- und Materialeinflüsse gekennzeichnet. Sozialstaatlicher Arbeits- und Gesundheitsschutz, entwickeltes Arbeitsrecht und gewerkschaftliche Interessenvertretung haben im Verein mit technischem Fortschritt zu einem Abbau, zugleich jedoch einer Verlagerung beruflicher Belastungen in der Industriearbeit geführt. Im Vordergrund stehen nunmehr vermehrt psychomentele und sozioemotionale Belastungen, die sich

sowohl aus der Arbeitsorganisation, den spezifischen Arbeitsinhalten, als auch aus den sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz, den Bedingungen der Entlohnung und den berufsbiographischen Risiken ergeben. Im Bereich der Produktion ist diese Verlagerung hin zu psychomentele Belastungen der zunehmenden Automatisierung und Fertigung und Transport, mithin dem Anwachsen von Kontroll- und Steuerungstätigkeiten auf Kosten manueller Tätigkeit zuzuschreiben. Diese Entwicklung verläuft in einzelnen Branchen und Ländern unterschiedlich, und sie betrifft höher Qualifizierte teilweise stärker als weniger Qualifizierte, mit dem wichtigen Unterschied allerdings, dass letztere in stärkerem Maße einer Kumulation traditioneller, physischer, physikalisch-chemischer und psychomentele Belastungen ausgesetzt sind (Leidig, Limbacher und Zielke, 2006).

Von besonderer Bedeutung ist dabei, zu untersuchen, welche Symptombereiche und Beschwerden bei längeren beruflichen Belastungen beobachtet werden konnten. Differenziert betrachtet sollten hierbei Veränderungen im Leistungsbereich, im Verhaltensbereich, im Erlebensbereich und Veränderungen im physiologischen Bereich (siehe Tabelle 3).

Bei den aktiv Erwerbstätigen gewinnt der Umgang mit Belastungen und Stressoren im Erwerbsleben eine stetig wachsende Aufmerksamkeit in der Arbeitswissenschaft und

Tabelle 3

Symptombereiche bei längeren beruflichen Belastungen

Veränderungen im Leistungsbereich

- Nichterkennen bzw. Unterlassen von Handlungen zur Abwendung von Gefahren
- Beeinträchtigung des geordneten Handelns durch Konfusion
- Ungenügende Nutzung objektiv vorhandener Informationen
- Desorganisationstendenzen in der Informationsverarbeitung
- Senkung des Anspruchsniveaus zur Reduzierung des subjektiven Aufwandes

Veränderungen im Verhaltensbereich

- Verhaltens- und Handlungsunsicherheit infolge von Ungewissheit der Aufgabenbewältigung
- Überaktivierung bzw. starke Erregtheit, verbunden mit „Zerfahrenheit“
- Überzogener Einsatz, der häufig nicht zielgerichtet ist
- Affektive Entgleisungen und Störungen im Sozialverhalten
- Erhöhter Medikamenten-, Nikotin-, Koffein- und Alkoholkonsum

Veränderungen im Erlebensbereich

- Situationen werden als sehr unangenehm erlebt
- Auftreten von Erwartungs- und Versagensängsten
- damit verbunden gemindertem Selbstwertgefühl
- Angst am Arbeitsplatz bzw. vor Verlust des Arbeitsplatzes

Veränderungen im physiologischen Bereich

- Erhöhung von Herzfrequenz, Blutdruck und Atemfrequenz
- Erhöhte Ausscheidung von Adrenalin, Noradrenalin
- Erhöhung des Triglyzerid- und Cholesterolspiegels
- Erhöhung des Blutzuckerspiegels
- erhöhte Durchblutung der Skelettmuskulatur und erhöhter Muskeltonus
- psychosomatische Erkrankungen bei Dauerbelastungen

in der Arbeits- und Organisationspsychologie. Querschnittsuntersuchungen lassen eine deutliche Zunahme von Stresssymptomen erkennen, die vor allem aus einem wachsenden Qualifikationsdruck, aus der Verrichtung von Anforderungen bei der Einführung neuer Informationstechnologien, aus der Flexibilisierung von Arbeitsstrukturen und aus der Bedrohung durch Arbeitslosigkeit erwachsen. Gleichwohl dominieren in der sozialmedizinischen Literatur und in den sozialmedizinischen Beurteilungskriterien immer noch physikalische Stressoren und Belastungsfaktoren.

Mit der Neo-Industrialisierung und der veränderten Produktionsweise geht eine folgenreiche Umgestaltung der Beschäftigungsverhältnisse einher. Sie lässt sich mit zwei Wendungen als "Erosion des Vollzeitbeschäftigtenverhältnisses" und als "Fragmentierung stabiler Berufsbiographien" beschreiben: Befristete Arbeitsverhältnisse, Teilzeitarbeit, "job-sharing" etc. nehmen zu, während zugleich erhöhte Umschulungszwänge, Umsetzungsrisiken, vertikale und horizontale Mobilitätsereignisse sowie Berufsdiskontinuitäten infolge von Arbeitslosigkeit zu beobachten sind (Zielke und Leidig, 2003).

Auf diesem Hintergrund entwickeln sich mit besonderer Häufigkeit und Intensität chronische Belastungserfahrungen, negative Emotionen der Verärgerung und Enttäuschung und exzessive psychomente Verausgabungen. Ihre längerfristigen gesundheitlichen Folgen zeigen sich auf drei Ebenen: Erstens auf der Ebene eingeschränkter subjektiver Gesundheit, gestörten Wohlbefindens und erhöhter Befindlichkeitsstörungen; zweitens auf der Ebene eines verstärkt einsetzenden gesundheitsschädigenden Verhaltens (z.B. Suchtmittelkonsum mit dem Ziel der Spannungsreduktion); drittens auf der Ebene stressbedingter neuroendokriner und neuronaler Aktivierungen.

Von besonderem Interesse ist dieser zuletzt genannte Aspekt. Wenn emotional belastende und/oder kognitiv überfordernde Erfahrungen langandauernd und intensiv sind, wirken sie dadurch krankmachend, dass sie das Zentralnervensystem in diejenigen Tiefenstrukturen aktivieren, welche für die Homöostase, für den geregelten Ablauf wichtiger Funktionen im Organismus verantwortlich sind. Exzessive Aktivierungen der limbischen Strukturen im Gehirn, des Hypothalamus und der Hypophyse durch jene neuronalen Erregungsmuster, die langanhaltenden negativen Emotionen folgen, vermögen das

geordnete Zusammenspiel von Netzwerken zu stören, die von diesen Strukturen im Gehirn ihren Ausgang nehmen. Drei solche Netzwerke stehen heute im Zentrum des neurowissenschaftlichen Forschungsinteresses: das autonome Nervensystem, das neuroendokrine System und das Immunsystem. Als längerfristige Folge einer zentralnervösen Dysregulation kann sich eine Funktionseinschränkung oder -entgleisung in einem Organsystem einstellen und es können sich daraus strukturelle Organveränderungen ergeben, bis hin zum manifesten Krankheitsausbruch. Mit besonderer Intensität sind stressbedingte organische Erkrankungen im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen untersucht worden.

⇒ **Explorationsbereich: Symptombereiche und Verhaltensmuster bei längeren beruflichen Belastungen**

Zunächst muss jedoch geklärt werden, welche Schweregrade von Arbeitsstörungen im Einzelfall vorliegen. Zu unterscheiden sind dabei Arbeits- und Leistungsstörungen mit spezifischen Leistungsausfällen und Beeinträchtigungen und Handlungsstörungen, bei denen das gesamte Verhaltensmuster der Handlungsplanung und Handlungsumsetzung gestört oder drastisch eingeschränkt ist oder die verbliebenden Verhaltensaktiva ausschließlich auf die Krankheit bezogen sind. In der nebenstehenden Übersicht wurden für beide Schweregrade einige Beispiele zusammengestellt. Insbesondere ist darauf zu achten, dass im Falle von Handlungsstörungen die Veränderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht primärer Gegenstand der therapeutischen Bemühungen sein darf. Erst in späteren Phasen der Behandlung können Therapieelemente integriert werden, die dazu dienen sollen, die Bewältigung konkreter Arbeits- und Leistungsanforderungen zu erproben (s. Kasten 1).

⇒ **Explorationsbereich: Qualitative Schweregrade von Arbeitsstörungen**

6 Der psychologische Kontrakt

Der psychologische Kontrakt beschreibt implizite schriftlich nicht fixierte gegenseitige Erwartungen und Verpflichtungen zwischen Organisationen (Arbeitgeber) und Beschäftigten. Solche Kontrakte verändern sich mit wechselnden Voraussetzungen der Arbeitssi-

Kasten 1

Qualitative Schweregrade von Arbeitsstörungen	
Arbeits- und Leistungsstörungen	Handlungsstörungen
<p>spezifische Leistungsausfälle oder Beeinträchtigungen z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Probleme der Verarbeitung von Anforderungen – Selbst- und Fremdbewertung von Handlungsergebnissen – Probleme der Konzentration und Durchhaltevermögen – Arbeitsplanung und -organisation – Pausengestaltung und Gestaltung von Erholung – Probleme der Abstimmung mit Kollegen und Vorgesetzten – Probleme des Engagements und Überengagements 	<p>Das gesamte Verhaltensmuster der Handlungsplanung und Handlungsumsetzung ist gestört oder drastisch eingeschränkt (z.B.: oder die verbliebenen Verhaltensaktiva sind ausschließlich auf Krankheit bezogen wie z.B. bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> – schweren Depressionen – ausgeprägten Angstzuständen (Panikstörungen, soziale Phobien, Zwangsstörungen) – Exzessiven Essstörungen – Störungen der Impulskontrolle (pathologisches Glücksspielen) – dystonen Syndromen (Blepharospasmus, Schreibkrampf, Musikerkrampf) – Schmerzsyndromen – Posttraumatischen Belastungsstörungen in Verbindung mit beruflichen Traumatisierungen

tuation und der Arbeitsmarktsituation. Es wird auf die traditionellen Übereinkünfte in psychologischen Kontrakten Bezug genommen und Elemente neuer Kontrakte beschrieben.

Die traditionelle Übereinkunft bei solchen Kontrakten besteht darin, dass das Unternehmen den Arbeitsplatz sichert, Karriereperspektiven, Ausbildung und Entwicklung eröffnet.

Der Arbeitnehmer bringt dem Unternehmen Loyalität, Konformität, hohe Arbeitsleistung und Commitment entgegen. Durch gravierende Verletzungen verlieren psychologische Kontrakte ihre Gültigkeit. Neue psychologische Kontrakte werden beschrieben als „just-in-time“-Verhältnisse ohne lange Garantie des Arbeitsplatzes. Jeder ist für seine berufliche Laufbahn selbst verantwortlich; es gibt keine sicheren internen Karrierepfade mehr.

Tabelle 4

Der psychologische Kontrakt

Definition und Grundlagen

- Implizite, nicht schriftlich fixierte gegenseitige Erwartungen und Verpflichtungen zwischen Organisationen (Arbeitgeber) und Beschäftigten
- Psychologische Kontrakte verändern sich mit wechselnden Voraussetzungen (Personalabbau, Umstrukturierungsmaßnahmen)

Traditionelle Übereinkunft

- Unternehmen sichert Arbeitsplatz, Karriereperspektiven, Ausbildung und Entwicklung
- Arbeitnehmer bringt dem Unternehmen Loyalität, Konformität, hohe Arbeitsleistung und Commitment entgegen

Veränderungen der psychologischen Kontrakte

- Durch gravierende Verletzungen verlieren psychologische Kontrakte ihre Gültigkeit

Neue psychologische Kontrakte

- „just-in-time“-Verhältnisse ohne lange Garantie des Arbeitsplatzes
- Jeder ist für seine berufliche Laufbahn selbst verantwortlich
- keine sicheren internen Karrierepfade
- Notwendigkeit, sich ständig zu qualifizieren, „Job Enrichment“
- flache Hierarchie mit größtmöglichem Handlungsspielraum und Qualitätsverantwortung
- Firmenabgänge sind kein Loyalitätsbruch

Erhaltung der Arbeitsmarktfähigkeit ist vorrangig „Employability“

aus: Weiss V und Udris I (2006) Downsizing in Organisationen: Und was ist mit den Verbleibenden nach Personalabbau? In Badura B, Schellschmidt H und Vetter C (Hrsg.) Fehlzeitenreport 2005. Heidelberg, Springer (S. 125-146)

Daraus resultiert die Notwendigkeit, sich ständig zu qualifizieren und die Entwicklungen offensiv aufzugreifen, „Job Enrichment“. In neuen psychologischen Kontrakten existieren nicht selten flache Hierarchien mit größtmöglichem Handlungsspielraum und Qualitätsverantwortung. Allerdings werden Firmenabgänge nicht als Loyalitätsbruch bewertet. In ganz besonderem Maße ist die Erhaltung der Arbeitsmarktfähigkeit als vorrangig „Employability“ anzusehen (siehe Tabelle 2 sowie Weiss und Udris 2006).

⇒ **Explorationsbereich:**
Mein psychologischer Kontrakt und dessen Veränderungen

7 Downsizing in Unternehmen und institutionelle Instabilitäten – Die gesundheitlichen Folgen von Arbeitsplatzabbau: „Survivors Disease“

Nahezu täglich, ja fast stündlich werden Meldungen über den Abbau von Arbeitsplätzen in den unterschiedlichsten Erwerbszweigen verbreitet. Weiterhin verbleibt der Umfang von Arbeitsplätzen mit Kurzarbeit auf einem hohen Niveau. Man könnte nun meinen – und der überwiegende Teil der Bevölkerung denkt wohl auch so – dass die nach einem Personalabbau in den Betrieben verbleibenden Erwerbstätigen und die Kurzarbeitnehmer doch froh sein könnten, dass sie nicht erwerbslos geworden sind.

In Deutschland von der öffentlichen Aufmerksamkeit weitgehend unbeachtet ist die Frage, welche Folgen Entlassungen bei den in den Betrieben Verbleibenden haben (haben können).

Seit Beginn der 1990er Jahre zeigen Studien aus verschiedenen Ländern mit verschiedenen Populationen, dass Personalabbau zur Senkung der Unternehmensaufwände (Downsizing) einen negativen Einfluss auf die Gesundheit der verbleibenden Belegschaft haben kann = „Survivors Disease“ (Dragano, 2007).

Als Downsizing bezeichnet man das planmäßige Streichen von Arbeitsplätzen mit dem Ziel, die Unternehmensaufwände zu senken. Dies ist teilweise begleitet von Umstrukturierungen und Veränderungen von Arbeitsprozessen.

Die Befunde sind konsistent und betreffen verschiedene Gesundheitsindikatoren: krankheitsbedingte Fehlzeiten, muskuloskeletale Beschwerden, psychische Störungen, Alkoholmissbrauch, Gewalt am Arbeitsplatz, kardiovaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen, Frühberentungen und Mortalität.

Die Reaktionen der verbleibenden Belegschaft werden beschrieben als zunehmende Bedrohungsgefühle, sinkende Kooperationsbereitschaft und eine intensive Bewältigungsarbeit.

Als Reaktionstypen auf die neue Situation werden „getreue Folgsame“, „aktive Befürworter“, „nörgelnde Kritiker“ und „Gekränkte“ beobachtet.

Mögliche Veränderungen der Survivor finden statt auf der Ebene der Einstellungen, der Emotionen und der Verhaltensebene.

Veränderte **Einstellungen** beziehen sich auf einen Verlust an Vertrauen in das Management, ein vermindertes organisationales Commitment (Loyalität, Arbeitsmotivation, Arbeitszufriedenheit), vermindertes Vertrauen in die eigene Arbeitsgruppe und in die Arbeitskollegen sowie ein geringeres Commitment gegenüber dem Produkt.

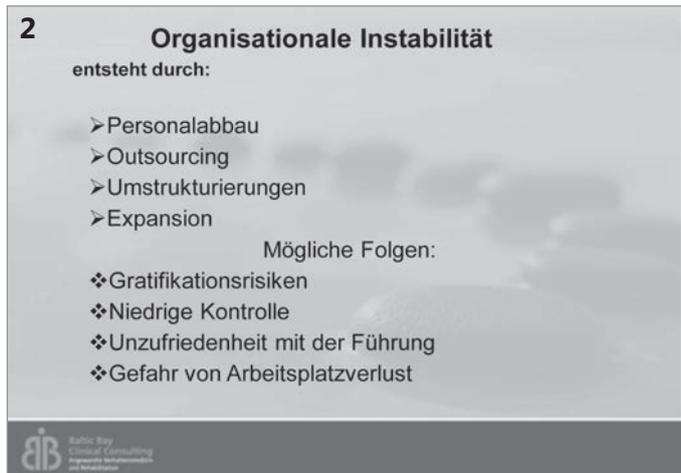
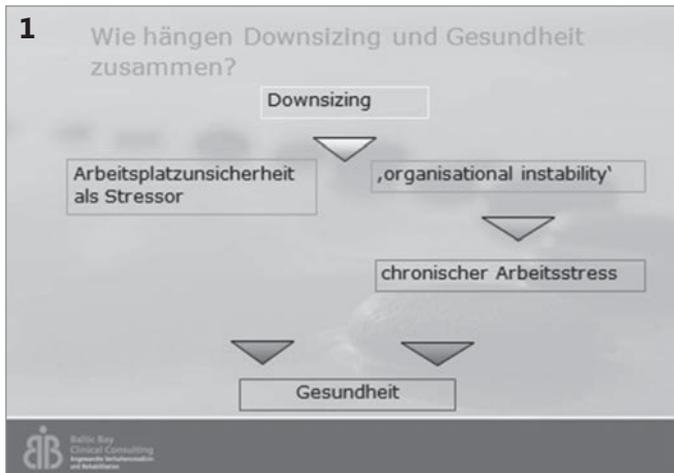
Die Ebene der **emotionalen Reaktionen** zeichnet sich aus durch eine erhöhte Arbeitsplatzsicherheit, Schuldgefühle, Ärger, Wut, Resignation und Ohnmacht sowie durch vermehrte Zukunftsängste oder durch Erleichterungen, dieses Mal den Prozess überstanden zu haben.

Auf der **Verhaltensebene** werden eine verminderte Leistung, Kreativität und Innovationsbereitschaft beobachtet, eine höhere Fluktuationsrate bei jüngeren, qualifizierten und produktiven Mitarbeitern sowie ein veränderter Umgang zwischen den Mitarbeitern, eine Verschlechterung des Arbeitsklimas, erhöhter Konkurrenzdruck und interne Kämpfe (s. Abb. 1).

Eine Reihe von Studien belegen, dass die mit einem Personalabbau verbundenen Ziele nur sehr selten erreicht werden (Ausmaß geplanter Kostenreduktion, Steigerung der Produktivität, Bürokratieabbau oder schnellere Entscheidungsfindungen).

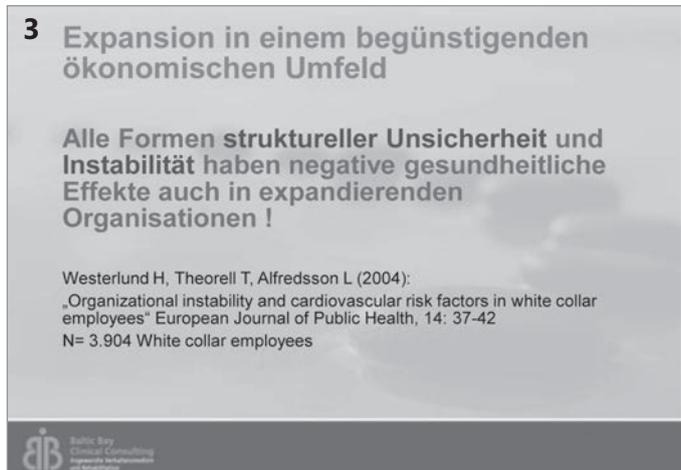
Alle Formen struktureller Unsicherheit und Instabilität haben negative gesundheitliche Effekte – auch in expandierenden Unternehmen! (s. Abb. 2)

Was kaum ins Blickfeld der Betrachtungen gerät, ist der Umstand, dass das wesentliche gemeinsame Merkmal der beschriebenen Veränderungen die „Institutionelle Instabilität“ ist. Solche Instabilitäten ergeben sich



Abbildungen 1-3

- 1 Modell des Zusammenhangs zwischen Downsizing und Gesundheit (nach Dragano 2007)
- 2 Grundlage und Folgen organisationaler Instabilität (Nach Westerlund, Theorell und Alfredsson 2004)
- 3 Strukturelle Unsicherheit und Instabilität auch bei Expansionen



auch bei expansiven Unternehmen mit betrieblichen Übernahmen sowohl im Herkunftsunternehmen als auch in den übernommenen Betrieben. Aktuelle Feldbeobachtungen solcher Entwicklungen können im Bereich der Rehabilitationskliniken und auch der Akutkrankenhäuser gemacht werden. Auch im Bereich der Schulen in Deutschland treten solche institutionellen Instabilitäten fast schon regulär in Erscheinung. Politisch begründete Eingriffe in schulische Abläufe und Strukturen finden eigentlich ständig statt – oder zumindest nach einem Regierungswechsel, wie zur Zeit in Schleswig-Holstein. Entscheidungen in Bezug auf das G-8 oder G-9 Abitur greifen tief in die institutionellen Abläufe ein. Wen wundert es da noch, dass das Lehrpersonal extremen Belastungen und Unsicherheiten ausgesetzt sein wird (s. Abb. 3).

Es wird mit einer zeitlich verzögerten Spanne von etwa einem Jahr nach solchen Maßnahmen mit einem Anwachsen der genannten Krankheitsbilder gerechnet.

Im Vergleich zu Betrieben ohne Downsizing resultierten in Betrieben mit Downsizing eine Zunahme von Depressionen, von Resignation und Erschöpfungszuständen, eine Reduktion kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeitstage (bis 3 Tage) und gleichzeitig eine Zunahme längerer Krankheitszeiten, eine steigende Arbeitsbelastung und vermehrte Unterlassungen, leichtere Krankheiten auszukurieren, sowie ein mehrfach erhöhter Konsum von Psychopharmaka.

Eine finnische Studie mit einem Vergleich von Gruppen mit „Major Downsizing“ von 18% und „No Downsizing“ von weniger als 8% über einen Zeitraum von 7 Jahren ergab eine zweifach erhöhte Mortalitätsrate aufgrund koronarer Herzerkrankungen in der „Major Downsizing“-Gruppe.

⇒ **Explorationsbereich für die Klinische Arbeitsplatzanalyse: Institutionelle Instabilitäten infolge von Downsizing, Outsourcing, Expansion**

8 Entgrenzte Arbeit – entgrenzte Familien: Flexibilisierung und soziale Risiken des neuen „Arbeitskraftunternehmers“

Unter den vielfältigen individuellen und gesellschaftlichen Veränderungen dürfen Entgrenzungen nicht weiterhin als Nebenkriegsschauplatz gesehen und bewertet werden. Die öffentliche Diskussion hierüber beschränkt sich überwiegend auf die Frage, ob die elektronischen Zugangsmöglichkeiten im Internet oder im Bereich der telefonischen Mobilität zeitlich beschränkt und damit die Verfügbarkeit der Arbeitnehmenden begrenzt werden soll.

Jurczyk, Schier, Szymenderski, Lange und Voß haben 2009 in einer fundierten und leider wenig beachteten Studie aufgezeigt, dass das Entgrenzungsthema wesentlich weiter gefasst werden muss als lediglich auf die Frage, ob die mobile Erreichbarkeit zu begrenzen ist. Zu berücksichtigen sind folgende Bereiche:

- **Entgrenzung der Arbeit**
 - Zunehmende Vielfalt von irregulären und meist prekären Beschäftigungsformen
 - Zeitliche Entgrenzung
 - Räumliche Entgrenzung
 - Biographische Entgrenzung
- **Entgrenzung der Familie und der Beziehungen in der Familie**
 - Strukturell-morphologische Veränderungen in einer Vielfalt neuer Familienformen
 - Zeitliche Entgrenzung der Familienverläufe
 - Räumliche Entgrenzung durch Multilokalität
 - Entgrenzung der Generationenbeziehungen
 - Entgrenzung der Geschlechterverhältnisse
- **Entgrenzung des Verhältnisses von Erwerb und Familie**

Nach Darlegungen der Autoren sind erwerbstätige Eltern heute damit konfrontiert, mit Veränderungsprozessen in der Erwerbsarbeit *und* der Familie umzugehen. Damit stehen sie vor der Anforderung, sowohl spezifische neue Belastungskonstellationen zu bewältigen als auch neue Entlastungs- und Gestaltungspotenziale zu nutzen. Die doppelte Entgrenzung von Erwerb und Familie ist teilweise selbst gewollt und positiv be-

setzt, erfordert aber mehr kreative Eigenleistung für die kontinuierliche „Herstellung“ von Familienleben:

- Eltern leben häufig an oder über der Belastungsgrenze.
- Sie reduzieren weniger die Sorge für ihre Kinder als die Selbstsorge und Zeit für Partnerschaft.
- Dabei bleibt die Arbeitsteilung der Geschlechter meist traditionell, aber Väter geraten verstärkt unter Druck und wünschen mehr Zeit für die Familie.
- Familiäre Kopräsenz wird unter Entgrenzungsbedingungen zur knappen Ressource, sie wird z.T. auf innovative Weise neu gestaltet.
- Doppelte Entgrenzung wirkt (für die Geschlechter unterschiedlich) sowohl leistungsmotivierend als auch -reduzierend auf den Erwerbsbereich zurück.
- Ohne sozial-, arbeits- und familienpolitische Unterstützungen bzw. Gegensteuerungen droht eine „Reproduktionslücke“ in Familien – mit Konsequenzen für Wirtschaft und Gesellschaft.

Will man das heutige Spannungsfeld von Arbeit und Familie verstehen und nachhaltige Politik für erwerbstätige Eltern und Familien betreiben, dann reicht es nicht, nur auf den Erwerbsbereich und auf belastende Aspekte des doppelten Wandels zu schauen, denn die Veränderungen in beiden Bereichen und deren doppelten Wirkungen sind auf unterschiedliche Weise eng verzahnt.

Doing Boundary – Grenzmanagement als neue Handlungsanforderung = Aufgabe der (Neu) Formierung, der aktiven Begrenzung, der bewussten Balance, des gezielten alltäglichen Managements

- Zeitliches Grenzmanagement mit komplexen Abstimmungsprozessen infolge unterschiedlicher Zeittakte
- Räumliches Grenzmanagement infolge der Ablösung der Erwerbsarbeit von bestimmten Orten des Arbeitens (eine gemeinsame Anwesenheit der Familienmitglieder ist nicht mehr selbstverständlich)
- Biographisches Grenzmanagement infolge von lebensphasischen Veränderungen von Tätigkeitsfeldern und Aufgabenstellungen („atmende Fabrik“ = „atmende Familie“)

„Doing family boundary“ bedeutet,

- diese als Familie aktiv zu gestalten,
- vormals institutionell gegründete Abgrenzungen eigenständig vorzunehmen,

- Familie als Herstellungsleistung und der aktiven Konstruktion von Gemeinsamkeit.

Es hat mich sehr nachdenklich gestimmt, dass die Vorstellung der Studie vor ein paar Jahren neben mir und den Autoren nur acht Zuhörer in ihren Bann ziehen konnte. Vielleicht sind Entgrenzungen bereits zu selbstverständlich geworden, als dass man sich noch damit fundiert und empirisch gesichert beschäftigen muss.

⇒ **Explorationsbereich für die Klinische Arbeitsplatzanalyse: Entgrenzungsprozesse im Arbeitsleben und im Familienbereich und deren Folgen**

9 Ein Kompendium spezifischer belastender Arbeitsbereiche und von Ressourcen

Grundlage für die klinischen Arbeitsplatzanalysen sind Kenntnisse spezifischer Arbeitsbereiche, von denen bekannt ist, dass sie in einem Zusammenhang mit Belastungen bzw. zu großen Belastungen gesehen werden müssen, und Ressourcen, die als förderliche Bedingungen gelten. Bei der Untersuchung muss unterschieden werden zwischen spezifischen Arbeits- und Leistungsstörungen und kompletten Handlungsstörungen, bei denen die komplette Handlungsplanung und -umsetzung drastisch eingeschränkt ist oder die verbliebenen Verhaltensaktiva sich überwiegend auf die Krankheit beziehen (siehe hierzu Abschnitt 6). Zunächst kommt es darauf an, die einzelnen Symptombereiche bei längeren beruflichen Belastungen zu identifizieren. Hierbei kommen in Betracht Veränderungen im Leistungsbereich, im Verhaltensbereich, Veränderungen des Erlebens und physiologische Veränderungen (Tabelle 3, siehe auch Zielke, 2004).

9.1 Potenzielle Belastungsfaktoren im Arbeitsleben

Nicht jeder Anforderungsbereich im Arbeitsleben stellt bereits eine spezifische Belastung dar, die unter gesundheitsbezogenen Aspekten betrachtet werden muss. Die Forschung über Arbeitsstressoren und Krankheitsentwicklungen konzentriert sich auf

fünf Belastungsfaktoren, die jeweils wiederum kritische Einzelaspekte beschreiben.

So können Belastungen aus der **Arbeitsaufgabe** resultieren, aus der **Funktion** (des Arbeitnehmers) im **Arbeitsprozess**, aus der **Arbeitsorganisation**, aus dem **sozialen Umfeld** sowie aus **persönlichen Bedingungen** und aus der **Arbeitsumgebung**. Belastungen resultieren aus diesen Faktoren, wenn diese als bedrohlich bewertet oder erlebt werden, wenn deren Bewältigung ungewiss ist, wenn es wenige oder keine Möglichkeiten der Einflussnahme gibt und wenn die Erwartungen, für die Anstrengungen angemessen belohnt und entlohnt zu werden, enttäuscht werden. Mögliche Belastungsfaktoren („Stressoren“) lassen sich unterteilen in:

- Belastungen aus der Arbeitsaufgabe,
- aus der Funktion im Arbeitsprozess,
- aus der Arbeitsorganisation,
- aus dem sozialen Umfeld,
- aus belastenden Aspekten „normaler“ Unterstützung,
- aus Belastungen aus der Arbeitsumgebung und
- potenziell belastende Aspekte „normaler“ Unterstützung

Die hierbei relevanten Stressoren sollten im Detail bekannt sein. Dies gilt ebenfalls für potentiell fördernde und unterstützende Faktoren („Ressourcen“) im Arbeitsleben:

- Bewertung der Arbeit
- Umgang mit kritischen Arbeitssituationen
- (Mit-)Gestaltungsmöglichkeiten
- Soziale Reaktionen und Situationen

Die Arbeitsaufgabenstellungen (Tabelle 5) können eindeutig oder mehrdeutig sein, die Informationsdichte zu hoch oder aber zu gering; ebenso spielen die Mehrdeutigkeit der Arbeitsziele und die Mehrdeutigkeit der Kriterien zur Zielerreichung eine Rolle. Ein hoher Anforderungsdruck, Arbeiten unter Zeit- und Termindruck, ein erhöhter Zwang zu Mehrarbeit und ein ständig hohes Arbeitstempo sind besonders dann von Bedeutung, wenn das Risiko, die Aufgaben nicht gut und eventuell nicht erfolgreich zu bewältigen, relativ hoch anzusetzen ist. Häufige Arbeitsunterbrechungen, die nach dieser Unterbrechung erneute Konzentrationsanstrengungen erforderlich machen, sich auf die ursprüngliche Aufgabe zu konzentrieren, sind ebenso als Belastungsfaktoren aus der Arbeitsaufgabe zu bewerten als eine fehlende Rückmeldung über den Leistungserfolg.

Die in Tabelle 6 beschriebenen Belastungen aus der Funktion im Arbeitsprozess sind gekennzeichnet durch die Rolle des Betroffenen und seine Anforderungen im sozialen und interaktionellen Bereich. Ein wesentliches Merkmal dieser Belastungen sind fehlende oder unklare Zuständigkeiten und Entscheidungsbefugnisse, fehlende oder unklare Leitungsentscheidungen, eine unzureichende Transparenz des gesamten Arbeitsprozesses bei einem gleichzeitig bestehenden hohen Verantwortungsdruck. Man könnte diese Belastungsbereiche mit einer „Sandwich-Position“ beschreiben, der eine hohe Verantwortung zugeschrieben wird bei gleichzeitig unzureichender Entscheidungsbefugnis.

Belastungen aus der Arbeitsorganisation können sich ergeben sowohl bei einer personellen Überbesetzung als auch bei einer personellen Unterbesetzung des Aufgabenbereiches. Leistungs- und belastungsungünstige Aufgabenverteilungen können ebenso beeinträchtigend sein wie Mängel in der Arbeitsabstimmung, bei der Arbeitsteilung und

der Arbeitskooperation. Von besonderer Bedeutung ist ein zu geringer Handlungs- und Entscheidungsspielraum als auch ständige Hindernisse bei der Regulation der Arbeitsabläufe. Eine mögliche soziale Isolierung wirkt sich in der Regel negativ auf arbeitsorganisatorische Aspekte aus, weil die notwendigen Abstimmungsprozesse nicht oder nur mit erhöhtem Aufwand oder gar verzögert erfolgen können (s. Tab. 7).

Belastungen aus dem sozialen Umfeld sowie aus persönlichen Bedingungen entstehen aus einem fehlenden oder unzureichendem sozial unterstützenden Verhalten, wenn Meinungsverschiedenheiten unüberbrückbarer Art entstanden sind, bei ungünstigem Betriebsklima oder durch das Fehlen von Vertrauenspersonen. Als persönliche Belastungsbedingungen gelten ineffiziente Handlungsstile, Ängstlichkeit bei wechselnden Aufgaben und Anforderungen und ausgeprägte Ängste bei und vor Misserfolgen sowie vor Tadel und Sanktionen. Auch eine hohe Verausgabungsbereitschaft bei ausbleibender Gratifikation sowie eine mangelnde

Belastungen aus der Arbeitsaufgabe
<ul style="list-style-type: none"> – unzureichende Eindeutigkeit von Informationen – zu hohe oder zu geringe Informationsdichte – Mehrdeutigkeit von Arbeitsanweisungen – Mehrdeutigkeit der Arbeitsziele und der Kriterien zur Zielerreichung – langfristig hoher Anforderungsdruck mit großem Bewältigungsrisiko – hohe Komplexität oder extreme Einfachheit der Verrichtungen – unvollständige Aufgaben – Zeit- und Termindruck – Erhöhter Zwang zu Mehrarbeit – ständig hohes Arbeitstempo – fehlende Rückmeldung über den Leistungserfolg – häufige sowie unerwartete Arbeitsunterbrechungen

Tabelle 5
Potenzielle Belastungsfaktoren im Arbeitsleben: Belastungen aus der Arbeitsaufgabe

Belastungen aus der Funktion im Arbeitsprozess
<ul style="list-style-type: none"> – ständig hoher Verantwortungsdruck bei unzureichender Entscheidungsbefugnis – konfliktvolle Verantwortung – fehlende Unterstützung durch andere Personen – Konflikte mit Vorgesetzten und Mitarbeitern und Kollegen – fehlende Anerkennung und Enttäuschungen – unklare oder fehlende Leitungsentscheidungen – Unklarheiten über die eigenen Befugnisse und Zuständigkeiten – unzureichende Transparenz des gesamten Arbeitsprozesses

Tabelle 6
Potenzielle Belastungsfaktoren im Arbeitsleben: Belastungen aus der Funktion im Arbeitsprozess

Belastungen aus der Arbeitsorganisation
<ul style="list-style-type: none"> – personelle Über- oder Unterbesetzung des Aufgabenbereiches – soziale Isolierung – leistungs- und belastungsungünstige Aufgabenverteilung – Mängel in der Arbeitsabstimmung, Arbeitsteilung und -kooperation – Ständige Hindernisse bei der Regulation der Arbeitsabläufe – zu geringer Handlungs- und Entscheidungsspielraum

Tabelle 7
Potenzielle Belastungsfaktoren im Arbeitsleben: Belastungen aus der Arbeitsorganisation

Fähigkeit, sich von betrieblichen Problemstellungen und Aufgaben zumindest in der persönlichen Freizeit distanzieren zu können, zählen zu den potenziellen Belastungsfaktoren.

Belastungsfaktoren aus der Arbeitsumgebung wie Lärm, Hitze, Kälte, Staub, Gase, Dämpfe usw. sowie aus technischen Gefahren- und Notsituationen sind Belastungsfaktoren, die weitgehend geläufig sind und deren Belastungspotenzial nicht näher beschrieben und erläutert werden muss (s. Tab. 8).

Soziale Unterstützung kann auch belastend wirken. Eine Reihe verschiedener Aspekte können jedoch auch soziale Unterstützungen zur Belastung werden lassen.

Belastende Aspekte „normaler“ Unterstützung sind: Soziale Unterstützung beinhaltet neben selbstwertstützenden auch selbstwertbedrohende Elemente. So kann etwa ein Ratsschlag nicht nur zur Lösung eines Problems beitragen, sondern auch die eigene Kompetenz in Frage stellen. Auch negative Emotionen wie Scham-, Schuld- und Verpflichtungsgefühle sowie Schaffung von Abhängigkeiten können Folgen sozialer Unterstützung sein. Inwieweit Unterstützung durch Andere als Mangel an eigenen Fähigkeiten empfunden wird, hängt von vielen Faktoren ab, so z.B. von der Persönlichkeit des Unterstützten, den (vom Unterstützten angenommenen) Motiven des Unterstützenden oder der Beziehung von Unterstütztem und Unterstützendem.

Inadäquate Unterstützung und fehlgeschlagene Unterstützungsversuche:

Es gibt einige Aktionen, die eindeutig inadäquat sind, z.B. Beschwichtigungsversuche, Bagatellisierung des Problems, Beschimpfung und Blamieren des Betroffenen. Abhängig von den unter Punkt eins genannten

Randbedingungen können jedoch auch andere Interventionsarten inadäquat sein.

Enttäuschte Unterstützungserwartung seitens des Unterstützung Suchenden:

Tritt die erwartete Unterstützung nicht ein, kann sich das in Befindensbeeinträchtigungen des Betroffenen niederschlagen.

Exzessive Hilfe: Wird zu viel Unterstützung gegeben, kann das zu Unterbindung eigener Bewältigungsversuche und somit zur Entstehung von Abhängigkeitsverhältnissen führen, die wiederum das Selbstwertgefühl mindern. Häufig ist mit dieser Art Unterstützung eine subtile Art der Abwertung des Unterstützten verbunden.

Problematische Beziehungen zwischen Unterstützendem und Unterstütztem:

Ist die Beziehung nicht sehr vertraut und gleichberechtigt, kann die Unterstützung leicht das Selbstwertgefühl angreifen bzw. das Gefühl hervorrufen, kontrolliert zu werden. Unterstützung kann somit negative Gefühle gegenüber dem Unterstützenden hervorrufen; Unterstützung wird dann eventuell nicht mehr als solche erkannt, sondern erhält einen bedrohenden oder einfach lästigen Charakter.

Die Wirkung sozialer Unterstützung variiert in Abhängigkeit des empfundenen Stresses. Nur unter subjektiv empfunden hohem Stress ist die puffernde Wirkung sozialer Unterstützung erkennbar. Bei niedrigerem Stress tritt das Gegenteil ein: Die Beschwerden nehmen zu. Eine Erklärungsmöglichkeit ist, dass eine Person, die wenig Stress empfindet, soziale Unterstützung eher als ein In-Frage-Stellen der eigenen Kompetenzen interpretiert und somit als Belastung empfindet, verglichen mit einer Person, die starken Stress empfindet und dadurch u.U. bereits selbst an ihrer Kompetenz zweifelt (s. Tab. 9).

Tabelle 8

Potenzielle Belastungsfaktoren im Arbeitsleben: Belastungen aus dem sozialen Umfeld sowie aus persönlichen Bedingungen und Belastungen aus der Umgebung

Belastungen aus dem sozialen Umfeld sowie aus persönlichen Bedingungen	
–	fehlendes oder unzureichendes sozial unterstützendes Verhalten
–	Meinungsverschiedenheiten unüberbrückbarer Art
–	ungünstiges „Betriebsklima“
–	fehlende oder häufig wechselnde Einbindung in Arbeitsgruppen
–	Mangel an Vertrauen und Fehlen von Bezugspersonen
–	mangelnde Qualifikation und Erfahrung
–	ineffiziente Handlungsstile
–	Ängstlichkeit bei wechselnden Aufgaben und Anforderungen
–	Angst vor Misserfolgen, Tadel und Sanktionen
–	Hohe Verausgabungsbereitschaft bei ausbleibender Gratifikation
–	mangelnde Distanzierungsfähigkeit
Belastungen aus der Umgebung	
–	Umwelteinflüsse, wie Lärm, Hitze, Kälte, Gase, Dämpfe, Staub, usw.
–	Technische Gefahren und Notsituationen

<ul style="list-style-type: none"> – Inadäquate Unterstützung und fehlgeschlagene Unterstützungsversuche – Enttäuschte Unterstützungserwartung seitens des Unterstützung Suchenden – Exzessive Hilfe – Problematische Beziehungen zwischen Unterstützendem und Unterstütztem
--

Tabelle 9

Potenziell belastende Aspekte „normaler“ Unterstützung

Bewertung der Arbeit
<ul style="list-style-type: none"> – Akzeptierte Verantwortung – Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit – Erfolgserleben im Beruf
Umgang mit kritischen Arbeitssituationen
<ul style="list-style-type: none"> – Geringe Resignationstendenz bei Misserfolg – Offensive Problembewältigung – Innere Ruhe und Ausgeglichenheit – Distanzierungsfähigkeit – Arbeitsbezogenes Selbstwertgefühl
(Mit-)Gestaltungsmöglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> – Handlungsspielraum – Zeitspielraum – Kooperationsspielraum – Variabilität – Aufstiegschancen durch Engagement (Gratifikationskontrolle)
Soziale Reaktionen und Situationen
<ul style="list-style-type: none"> – Soziale Unterstützung – Teilnahme an Entscheidungsprozessen (Partizipation) – Kommunikationsmöglichkeiten – Interaktionelle Kompetenz und Verantwortung für Menschen – Commitment (Identifikation) mit der Arbeit und Arbeitszufriedenheit

Tabelle 10

Potenziell fördernde und unterstützende Faktoren (Ressourcen) im Arbeitsleben

9.2 Potenziell fördernde und unterstützende Faktoren (Ressourcen) im Arbeitsleben

Arbeit und auch belastende Arbeit ist jedoch nicht nur Quelle negativer Beanspruchung. Erwerbsarbeit hat neben der ökonomischen auch eine bedeutsame psychosoziale und psychohygienische Funktion im Leben von Menschen. So bedeutet Erwerbsarbeit regelmäßige Aktivität, Erweiterung von Kompetenzen, Anwendung vorhandener Fertigkeiten, zeitliche Strukturierung des Tages-, Wochen- und Jahresablaufs, Kontakt und Kooperation mit Anderen, Wissen um die eigene Handlungskompetenz, Anerkennung der erbrachten Leistung und ist somit von großer Bedeutung für die persönliche Identität und das Selbstwertgefühl.

Die fördernden und unterstützenden Faktoren im Arbeitsprozess werden unter dem Begriff der Ressourcen zusammengefasst. Ressourcen sind Arbeitsbedingungen und Verhaltensmuster, die es erlauben, mit Belastungen umzugehen (s Tab. 10).

Vier Bereiche sind hierbei von besonderer Wichtigkeit: Die Bewertung der Arbeit, der

Umgang mit kritischen Arbeitssituationen, die (Mit-) Gestaltung der Arbeitsprozesse und -abläufe sowie die sozialen Situationen und Reaktionen im Arbeitsleben.

Ein hohes Ausmaß an akzeptierter Verantwortung, an Bedeutsamkeit der Arbeit und Erfolgserleben im Beruf ist in der Regel verbunden mit einer weitgehenden gesundheitlichen Stabilität und durchsetzenden Verhaltensmustern. In kritischen Arbeitssituationen kommt es besonders darauf an, bei Misserfolg nicht zu resignieren, innere Ruhe und Ausgeglichenheit zu bewahren und Probleme offensiv anzugehen. Eine nicht zu unterschätzende Ressource besteht darin, ein gewisses Ausmaß an Selbstwertgefühlen aus den Arbeitserfahrungen zu ziehen und der Auffassung zu sein, etwas Wichtiges zu tun. Allerdings kommt es bei kritischen Situationen auch darauf an, die beunruhigenden Erfahrungen nicht mit nach Hause zu nehmen, sondern sich zumindest für eine gewisse Zeitspanne davon innerlich distanzieren zu können.

Die Mitgestaltungsmöglichkeiten sind nahezu der wichtigste Ressourcenbereich. Die Verfügbarkeit von Handlungs- und Entschei-

dungsspielräumen, von Zeitspielräumen und von Kooperationspielräumen und die Möglichkeit bzw. die Erfahrung, durch Engagement die eigenen Chancen zu verbessern, setzen offensichtlich Energien frei, fördern die Konzentration und die Zielgerichtetheit bei den Handlungen und verbessern die Leistungsfähigkeit.

Kommunikationsmöglichkeiten in Verbindung mit sozialer Unterstützung und die Teilnahme an Entscheidungsprozessen gelten als weitere fördernde und unterstützende Arbeitsfaktoren. Auch die Identifikation mit der Arbeit und die Arbeitszufriedenheit (Commitment) tragen wesentlich dazu bei, Arbeiten gern zu machen (auch unangenehme Dinge) und erfolgreich zu Ende zu bringen.

⇒ **Explorationsbereich für die Klinische Arbeitsplatzanalyse: Identifikation spezifischer Stressoren und Ressourcen und daraus abzuleitender Veränderungs- und Lernziele**

10 Verdichtung der organisationalen und klinischen Grundlagen in klinische Modelle der Arbeitsplatzanalyse

Alle vorausgehend beschriebenen Grundlagen fließen ein in Explorationsmodelle des Arbeits- und Leistungsprozesses, die als Arbeitsplattform zur Untersuchung des Einzelfalls verwendet werden können

10.1 Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise

Siegrist hat als Medizinsoziologe ein Modell der beruflichen Gratifikationskrise (Siegrist, 1988; zuletzt 2016) entwickelt und beschrieben, dem er eine Schlüsselrolle bei der Herzinfarktentwicklung zuweist. In diesem Modell wird ein Zusammenhang hergestellt zwischen externen Leistungsanforderungen, der individuellen Leistungsbereitschaft und der Gratifikation im Arbeitsprozess. Bei einer hohen Bereitschaft zur Verausgabung und einer konsekutiven geringen Gratifikation kommt es nach den Modellüberlegungen von Siegrist zu einer Distress erzeugenden Gratifikationskrise mit entsprechenden Krankheitsentwicklungen. Unter solchen Belastungserfah-

rungen subsumiert Siegrist solche Erfahrungen, die mit einer Aufforderung zur Verausgabung speziell in Leistungssituationen verbunden sind, die zugleich aber relativ geringe Erfolgs- und Kontrollchancen aufweisen, diese Anforderungen zu bewältigen.

Unter den externen Bedingungen spielen bestimmte Gegebenheiten des Arbeitsplatzes und der Beschäftigungssituation eine prominente Rolle, weil wiederkehrende Handlungszwänge in Kombination mit begrenzten oder ganz ausbleibenden Belohnungen im Erwerbsleben am nachhaltigsten erfahren werden. In Abbildung 4 ist dargestellt, dass eine berufliche Verausgabung nicht allein durch die Quantität bzw. Qualität externer Anforderungen hervorgerufen wird, sondern innere Handlungsbereitschaften diesen Prozess wesentlich mitbestimmen. Siegrist nennt dieses intraindividuelle Bewältigungsmuster "überhöhte Kontrollbestrebungen". Personen mit einer solchen kognitiven Struktur neigen in Anforderungssituationen zu unrealistischen Bewertungen eben dieser Anforderungssituationen entweder im Sinne einer tendenziellen Überschätzung oder Unterschätzung der zu erbringenden Leistungen sowie hinsichtlich der Bedeutung der daraus resultierenden Ergebnisse.

In beiden Fällen werden unökonomische, überdosierte Aktivitäten ausgelöst. Überschätzte Anforderungen mobilisieren überschießende Anstrengungen, deren emotionaler Ertrag in Enttäuschungsgefühlen und langfristig in latenter Feindseligkeit resultiert. Unterschätzte Anforderungen und damit einhergehende überschätzte eigene Bewältigungsmöglichkeiten führen langfristig zu Überlastung, Überengagement und nicht wahrgenommener Überforderung mit nachfolgendem Risiko einer Erschöpfungskrise. Besonders solche Personen gehen ein hohes Erkrankungsrisiko ein, die infolge überhöhter Kontrollbestrebungen mit einer – distanzlosen und nicht mehr dosierbaren Verausgabungsbereitschaft reagieren und dabei überdurchschnittlich häufig emotionale Enttäuschungen erleben, durch die sie sich selbst in vorzeitige, jedoch nicht angemessen wahrgenommene Erschöpfungskrisen bringen.

Einer hohen beruflichen Verausgabungsbereitschaft – häufig verbunden mit einer beruflichen Distanzierungsfähigkeit kommt im Zusammenspiel mit gratifikationskritischen Arbeitsbedingungen (rechter Zweig in der Abbildung) eine große Bedeutung zu. Bei den Gratifikationsaspekten spielen auf der Ebene der Bezahlung der ökonomische Zwang zur

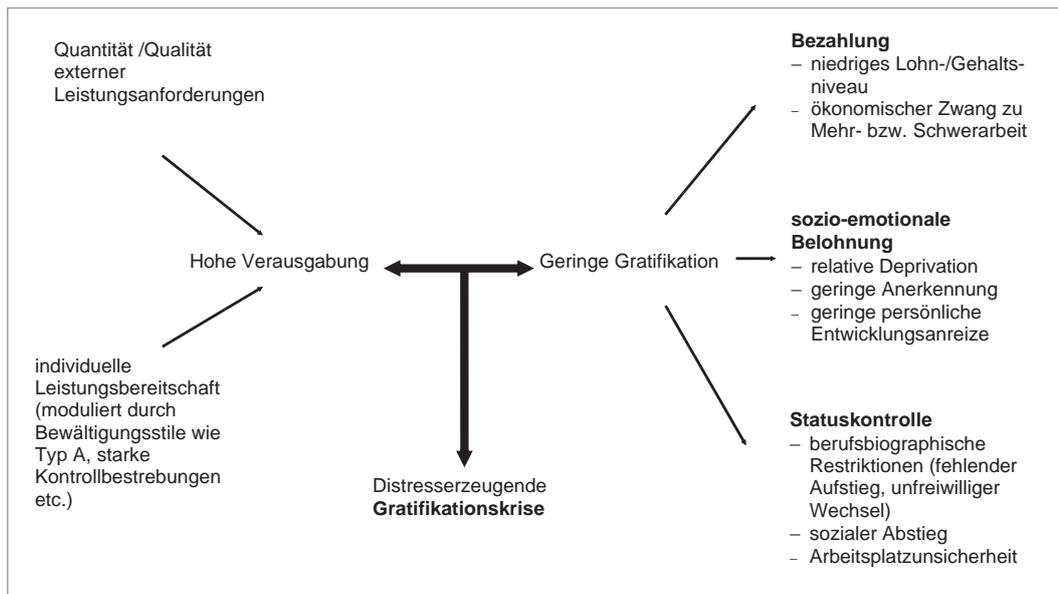


Abbildung 4

Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 1988)

Mehrarbeit eine wesentliche Rolle, auf der Ebene der sozioemotionalen Belohnung eine geringe Anerkennung sowie geringe persönliche Entwicklungsanreize und auf der Ebene der Statuskontrolle berufsbiographische Restriktionen, ein sozialer Abstieg und eine permanente Arbeitsplatzunsicherheit. Insbesondere eine fortgesetzte berufliche Statusbedrohung und ein subjektiv empfundener chronischer zeitlicher Verausgabungszwang sind im Zusammenhang mit einer hohen beruflichen Verausgabung erkrankungskritische und Distress erzeugende Rahmenbedingungen für Gratifikationskrisen.

⇒ **Explorationsbereich für die Klinische Arbeitsplatzanalyse: Handlungselemente auf der Basis der beruflichen Gratifikationskrise**

10.2 Das Analysemodell des Arbeits- und Leistungsprozesses (AMALPROZESS)

Gesamtübersicht

Aus der klinischen Arbeit des Autors heraus haben sich die vorwiegend soziotherapeutisch und sozialmedizinisch beeinflussbaren Erfahrungen zu einem Arbeits- und Analyse-schemata verdichtet (Zielke, 2001; Zielke, 2008; Zielke und Bäßler, 2011, Zielke 2013), das im folgenden vorgestellt wird. Die Gestaltung und Strukturierung des Schemas folgt dem normalen Ablauf von Arbeitsvorgängen. Es gliedert sich in die Bereiche 1: Auftragsvergabe/Auftragsannahme, 2: Planung und Umsetzung von Arbeitsvorgängen, 3: das arbeitsbezogene Sozialfeld, 4: die Be-

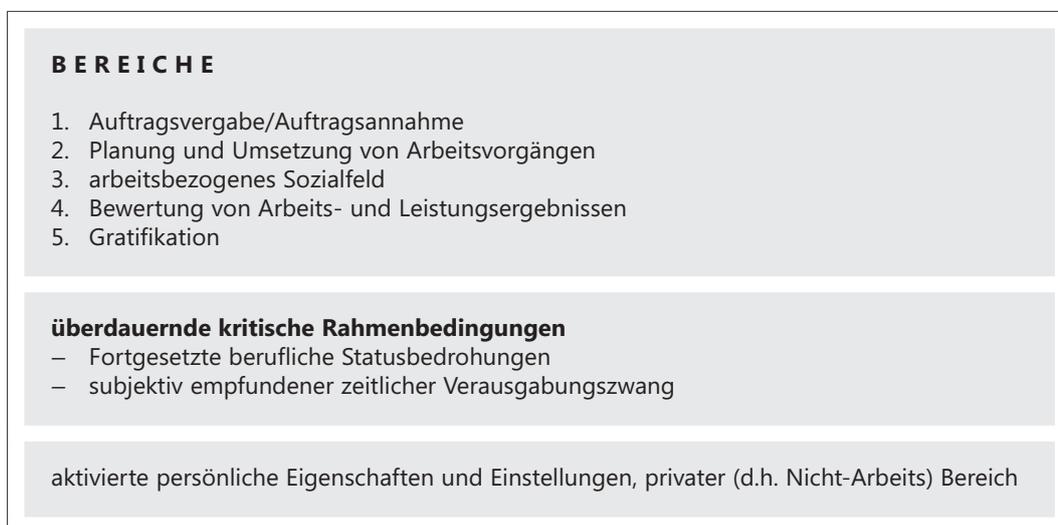


Abbildung 5

Analysemodell des Arbeitsprozesses AMALPROZESS

wertung von Arbeits- und Leistungsergebnissen und 5: die Gratifikation.

Im mittleren Kasten der Übersicht in Abbildung 5 sind überdauernde kritische Rahmenbedingungen aufgeführt, die in allen Tätigkeitsbereichen zu beachten sind: die fortgesetzte berufliche Statusbedrohung und der subjektiv empfundene zeitliche Verausgabungszwang. Im unteren Teil des Übersichtsschemas gilt es, aktivierte persönliche Eigenschaften und Einstellungen zu beachten sowie den privaten (nicht Arbeits-)Bereich zu untersuchen.

Auftragsvergabe/Auftragsannahme

Bei der Auftragsvergabe ist zu beachten, ob es sich um eine qualitative Aufgabe handelt oder ob sie bereits quantitativ eingegrenzt ist; wird der Auftrag allgemein formuliert (z. B. „kümmern Sie sich mal darum“) oder eher konkret (z. B. „Rechnen Sie diese Zahlen in der richtigen Reihenfolge zusammen“), gibt es Zeit- und Ergebnisvorgaben und wie hoch ist das Ausmaß an Verantwortung. Nicht selten haben Patienten bei der Annahme von Arbeitsaufträgen bereits Probleme. In Abhängigkeit von der individuellen Bewertung von Anforderung können sich bereits Einschränkungen der Leistungsfähigkeit ergeben, indem die Anforderungen überschätzt oder unterschätzt werden und die Bewältigungsmöglichkeiten überschätzt oder unterschätzt

werden. Insbesondere Patienten mit nur kurzen beruflichen Erfahrungen haben nicht selten den Eindruck, ständig zu leichte Aufgaben übertragen zu bekommen. Sie empfinden solche Unterschätzungen ihrer Fähigkeiten als Herabsetzung ihrer Person und beschäftigen sich intensiver mit dieser leistungsbezogenen Selbstwertbedrohung als mit der sachbezogenen Bewältigung der gestellten Aufgabe (s. Abb. 6).

Im persönlichkeitsbezogenen und privaten Bereich kommt in der Auftragsannahme im besonderen Maße die leistungsbezogene Motivation zum Tragen. Der Grad der Aktivierung ist weitgehend abhängig von der individuellen Wettbewerbshaltung, dem Bedürfnis nach Anerkennung, der Verausgabungsbereitschaft und den Kontrollbestrebungen. Die Operationalisierung dieser leistungsbezogenen Motivation orientiert sich überwiegend an den von Siegrist (1988) vorgenommenen Konzeptbeschreibungen.

Planung und Umsetzung von Arbeitsvorgängen

Der zweite Analysebereich bezieht sich auf die Planung und Umsetzung von Arbeitsvorgängen. Unter beruflichen Gesichtspunkten wird dabei in einer traditionellen Betrachtungsweise großer Wert auf die fachlichen Kompetenzen gelegt und die Funktionseinschränkungen dezidiert untersucht. Eine

Abbildung 6

Bereich
Auftragsvergabe/Auftrags-
annahme

<p>Auftragsvergabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Qualität – Quantität – konkret – allgemein – Zeitvorgaben – Ergebnisvorgaben – Verantwortung 	<p>Auftragsannahme:</p> <p><i>Bewertung der Anforderungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Überforderung – Unterforderung (innere Hemmnisse) – überschätzte Anforderungen – unterschätzte Anforderungen und überschätzte Bewältigungsmöglichkeiten
<p>überdauernde kritische Rahmenbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fortgesetzte berufliche Statusbedrohungen – subjektiv empfundener zeitlicher Verausgabungszwang 	
<p>leistungsbezogene Motivation:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Wettbewerbshaltung – Bedürfnis nach Anerkennung – Verausgabungsbereitschaft – Planungsbedürfnis – Kontrollbestrebungen 	

Abbildung 7

Bereich Planung und Umsetzung von Arbeitsvorgängen

Planung und Umsetzung von Arbeitsvorgängen:

- fachliche Kompetenzen/Einschränkungen
- Funktionseinschränkungen (z.B. nach Operationen)
- Irritierbarkeit durch Umgebungsreize (Personen, Lärm)
- Ertragen von Unlustgefühlen und körperlichen Beschwerden
- Anpassen an örtliche und zeitliche Bedingungen

arbeitsbezogene Basisfertigkeiten:

- Pünktlichkeit
- Kontinuität
- Ausdauer

Selbstmotivationsprozess:

- unangenehme, schwierige Tätigkeiten umsetzen

Schädigungskonzepte durch Tätigsein**Verantwortung für Arbeitsvorgänge**

- Selbst-/Fremdkontrolle des Arbeitsvorgangs
- generalisierbare negative Emotionen zum Arbeitsprozess
- Flexibilität und Stabilisierung der Handlungen (Planung, Tätigkeit, Erholung)

überdauernde kritische Rahmenbedingungen

- Fortgesetzte berufliche Statusbedrohungen
- subjektiv empfundener zeitlicher Verausgabungszwang

berufliche Verausgabungsbereitschaft:

(emotional positiv besetzte leistungsbezogene Motivation)

- Freizeitgestaltung, Urlaubsgestaltung, Anteile Arbeit/Erholung, Außerberufliche Anforderungen (Nebentätigkeiten)

berufliche Distanzierungsunfähigkeit:

(emotional negativ besetzte Motivation)

- Ungeduld
- Irritierbarkeit bei Störungen
- Nicht abschalten, sich distanzieren können

mindestens ebenso große Bedeutung bei der Umsetzung von Arbeitsvorgängen kommt der Irritierbarkeit durch Umgebungsreize zu, dem Ertragen von Unlustgefühlen und körperlichen Beschwerden und der Fähigkeit, sich an örtliche und zeitliche Bedingungen anzupassen (s. Abb. 7).

Der Prozess der Selbstmotivation gewinnt an Bedeutung, wenn es darum geht, unangenehme und schwierige Tätigkeiten umzusetzen. Von besonderer Wichtigkeit ist dabei, auch solche Dinge zu tun, die keinen Spaß machen, und trotzdem ein angemessenes Arbeitsergebnis zu erzielen. Gerade dieser Bereich stellt bei Patienten, die bereits mehrere Ausbildungsversuche abgebrochen haben, eine häufige Problemkonstellation dar. Wenn Patienten der Auffassung sind, dass bestimmte Arbeitsvorgänge oder aber das Er-

füllen arbeitsbezogener Anforderungen überhaupt ihr Krankheitsgeschehen verstärken oder zu Rezidiven führen, gilt es, diese Schädigungskonzepte durch Tätigsein genau zu untersuchen. Solche Schädigungskonzepte führen häufig zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten, das zumindest aus der Sicht des/der Patienten ein konsistentes Verhaltensmuster darstellt.

Im persönlichen Analysebereich ist neben der beruflichen Verausgabungsbereitschaft und der beruflichen Distanzierungsunfähigkeit nicht unwichtig, inwieweit diese kognitiven Schemata auch im privaten außerberuflichen Bereich aktiviert werden, oder ob hier andere Verhaltensschemata von Bedeutung sind. In der Regel wird man wohl feststellen, dass Patienten mit starken Kontrollbedürfnissen im Beruf dieses Handlungskonzept auch

im privaten Bereich z. B. bei der Urlaubsplanung anwenden. Die berufliche Distanzierungsfähigkeit zeigt sich häufig darin, dass Patienten auch zu Hause nicht von der beruflichen Problemstellung Abstand nehmen können oder dass sie gar Arbeiten mit nach Hause nehmen. Wie Siegrist festgestellt hat, geht ein solches Verhaltensmuster einher mit Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie mit einer starken Irritierbarkeit durch störende Umgebungsreize.

Arbeitsbezogenes Sozialfeld

Der dritte Bereich, den wir als Psychotherapeuten rasch ins Blickfeld rücken, ist das arbeitsbezogene Sozialfeld, wobei mehr als soziale Fertigkeiten damit gemeint sind. Manche Patienten fallen aus ihrer Leistungsfähigkeit heraus, sobald Gemeinschaftsleistungen erbracht werden müssen; aber auch umgekehrte Leistungsdefizite werden beob-

achtet, wenn Patienten, die bislang gewohnt waren, Gruppenleistungen zu erbringen, plötzlich individuelle Leistungen erbringen müssen, und sie unter solchen veränderten Konstellationen nicht mehr in der Lage sind, ihre Motivation aufrechtzuerhalten.

Andere Handlungsaspekte im arbeitsbezogenen Sozialfeld beziehen sich u. a. auf die Nähe/Distanz zum Vorgesetzten, auf die Verantwortung für Kollegen, auf die Schwierigkeiten im Umgang mit verschiedenen Personenebenen am Arbeitsplatz sowie auf die Konkurrenz am Arbeitsplatz. Daneben gilt es, eine Reihe von Fertigkeiten zu untersuchen, für die in der nebenstehenden Abbildung einige Beispiele beschrieben sind.

Das Ausmaß, in dem private Kontakte zu Kollegen oder auch zu Vorgesetzten und zu Untergebenen stattfinden, ist für die Einschätzung der Arbeitssituation von ebenso großer Bedeutung wie die Generalität dieser Verhaltensmuster im privaten Bereich.

Abbildung 8

Bereich Arbeitsbezogenes Sozialfeld

arbeitsbezogenes Sozialfeld:

- individuelle Leistungen
- Gemeinschaftsleistungen
- Abstimmung mit anderen

- Nähe/Distanz zum Vorgesetzten
- kontinuierliche Beurteilung
- Verantwortung für Kollegen
- Schwierigkeiten im Umgang mit Vorgesetzten
- Kollegen
- Untergebenen
- Konkurrenz am Arbeitsplatz

Beispiele:

Nicht-Nein-Sagen-Können, Abgrenzen, Delegieren, Um-Hilfe-Bitten, Sich-Helfen-Lassen, Vertretungen organisieren/einarbeiten, Zusammenarbeiten, Durchsetzen, Unterordnen, Nachgeben, Abwesenheitsplanungen

überdauernde kritische Rahmenbedingungen

- Fortgesetzte berufliche Statusbedrohungen
- subjektiv empfundener zeitlicher Verausgabungszwang

Private Kontakte zu Kollegen
Generalität der Verhaltensmuster

Bewertung von Arbeits- und Leistungsergebnissen

Der vierte Aspekt in dem Analysemodell AMALPROZESS ist die Bewertung von Arbeits- und Leistungsergebnissen. Bei der Frage der Objektivierbarkeit von Leistungsergebnissen ist in vielen Arbeitsbereichen zu beachten, dass die Bewertung von Leistungsergebnissen großen Ermessensspielräumen unterliegt. Dieser Sachverhalt kann einen weitreichenden Einfluss auf die Selbst- und Fremdbewertung der Arbeitsergebnisse haben, besonders wenn große Diskrepanzen hinsichtlich der Bewertungsmaßstäbe bestehen (s. Abb. 9).

In der Beziehung zwischen dem Aufwand bzw. der Anstrengung und dem Leistungsergebnis hat sich bei vielen Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen die Aufwand-Ergebnis-Relation verschoben. Manche schaffen zwar noch das geforderte Leistungsergebnis, müssen dafür aber einen erhöhten Aufwand erbringen. Das Ausmaß der Selbstverstärkungspotentiale und die Frage, ob es Kritik und Anerkennung durch Kollegen, Vorgesetzte und Untergebene gibt, beeinflusst den Arbeitsprozess nicht unerheblich. Auch die Frage, ob in einem Betrieb Gruppenleistungen oder Einzelleistungen bewertet werden, ist für viele Patienten von großer Bedeutung. Zwar ermöglichen Gruppenleistungen einen gewissen Ausgleich zwischen den Leistungsprofilen Einzelner; wenn ein Patient jedoch wegen eines nachlassenden

Bewertung von Arbeits- und Leistungsergebnissen

- Objektivierbarkeit von Leistungsergebnissen
- Ermessensspielraum der Bewertung

Selbstbewertung/Fremdbewertung

- anforderungsgerechte Leistung (Maßstab)
- Relation Aufwand/Anstrengung und Ergebnis
- generalisierte Bewertungsvoreingenommenheit
- eingeschränkte Selbstverstärkungspotentiale
- Kritik/Anerkennung durch Kollegen, Vorgesetzte und Untergebene

Bewertung von Gruppen-/Einzelleistungen

- Ziehen von Konsequenzen aus den Arbeitserfahrungen
- Durchhaltevermögen bei negativen Ergebnissen und Bewertungen

überdauernde kritische Rahmenbedingungen

- Fortgesetzte berufliche Statusbedrohungen
- subjektiv empfundener zeitlicher Verausgabungsdruck

Bewertungsverhalten:

- bei privaten Leistungen
- anderen gegenüber

Abbildung 9

Bereich Bewertung von Arbeits- und Leistungsergebnissen

Leistungsvermögens ständig als „schwächstes Glied in der Kette“ in Erscheinung tritt, sind negative Reaktionsweisen der Gruppenkollegen nahezu unausweichlich.

In der Analyse des Bewertungsverhaltens gilt es zu untersuchen, welche Verhaltensmuster der/die Betreffende im privaten Bereich realisiert. Es kann ja durchaus vorkommen, dass ein Patient im privaten Lebensbereich völlig andere Bewertungsmuster vollzieht und sich dort anderen gegenüber ebenfalls weitgehend anders verhält.

Gratifikation

Die Gratifikation hinsichtlich der Bezahlung, der sozio-emotionalen Belohnung und hinsichtlich des Stuserhalts macht in vielen Bereichen den Wert der Arbeit aus. In Bezug auf das Gehaltsniveau ist nicht immer die absolute Höhe der Bezahlung von Bedeutung, sondern vielmehr die Frage, ob ein Arbeitnehmer die Bezahlung als für die erbrachte Leistung angemessen hält. Kritische Arbeitsbedingungen liegen dann vor, wenn deutliche Diskrepanzen zwischen dem Anstrengungs- und Leistungsaufwand und dem finanziellen Gratifikationsniveau bestehen (s. Abb. 10).

Gerade bei erfahrenen Arbeitnehmern mit langer Betriebszugehörigkeit wird immer

Gratifikation

Bezahlung:

- niedriges Lohn-/Gehaltsniveau
- ökonomischer Zwang zu Mehr- und Schwerarbeit

sozio-emotionale Belohnung

- relative Deprivation
- geringe Anerkennung
- geringe persönliche Entwicklungsanreize
- Statuskontrolle
- berufsbiographische Restriktionen (fehlender Aufstieg, unfreiwilliger Wechsel)
- sozialer Abstieg
- Arbeitsplatzunsicherheit

überdauernde kritische Rahmenbedingungen

- Fortgesetzte berufliche Statusbedrohungen
- subjektiv empfundener zeitlicher Verausgabungsdruck

- Gratifikationsalternativen
- Folgen von Statuskontrollverlust

Abbildung 10

Bereich: Gratifikation

wieder vernachlässigt, persönliche Entwicklungsanreize zu schaffen. Solche Entwicklungsanreize können neben Aufstiegsmöglichkeiten darin bestehen, den Verantwortungsbereich auszuweiten oder aber jemandem schwierige Aufgaben zu übertragen. Die berufsbiographischen Restriktionen oder drohende Restriktionen sind in den allermeisten Fällen mit Erkrankungsprozessen verbunden. Die Arbeitsplatzunsicherheit und die Angst am und um den Arbeitsplatz gehen in der Regel einher mit vielfältigen psychosomatischen Beschwerden. Im persönlichen und privaten Gratifikationsbereich kommt es darauf an, ob Patienten Gratifikationsalternativen verfügbar haben. Ausgeprägte befriedigende Hobbies können sicher über einen längeren Zeitraum einen Ausgleich schaffen für ausbleibende sozioemotionale Belohnungen im betrieblichen Bereich. Bei eingetretenem beruflichen Statusverlust ist die Frage von Bedeutung, ob diese Veränderungen auch Folgen im privaten Status nach sich ziehen oder ob die Beziehungen in diesem Bereich noch weitgehend stabil und tragfähig geblieben sind.

⇒ **Explorationsbereich für die Klinische Arbeitsplatzanalyse: Systematische Exploration der 7 Elemente aus dem AMALPROZESS und daraus abzuleitende Veränderungs- und Lernziele**

Der Autor empfiehlt dringend, das Analysemodell in der vorgestellten Struktur zunächst einmal auf sich selbst anzuwenden oder in gegenseitigen Explorationen in den Behandlungsteams einzuüben. Dabei ist es sehr hilf-

reich, die in diesem Artikel beschriebenen Fragebogen zum Arbeitsverhalten und die dabei verwendeten Begriffe mit eigenen Erfahrungen zu füllen. Letztlich ist der Arbeitsprozess das einzige, was Patienten und ihre Therapeuten wirklich gemeinsam haben; um so unverständlicher ist es, diesen Bereich aus der verhaltensmedizinischen Arbeit so weitgehend auszublenden (Leidig, Limbacher und Zielke, 2006).

Eine konsequente Umsetzung solcher klinischer Methoden der Arbeitsplatzanalyse könnte dann noch vielleicht in der Zeitspanne meines eigenen beruflichen Engagements mein seit fast 20 Jahren gültiges Lieblingszitat hinfällig machen: „Die Arbeitswelt der Patienten und deren Arbeits- und Leistungsverhalten ist für die meisten Psychotherapeuten ebenso tabuisiert wie die Sexualität zu Zeiten Sigmund Freuds“ (Zielke, 1988).

10.3 Fallskizzen zu AMALPROZESS

Abschließend werden einige Fallskizzen vorgestellt, anhand derer ersichtlich werden soll, wie die Problemkonstellationen der Patienten und Patientinnen auf dem Hintergrund des Analysemodells eingeordnet werden können und welche therapeutischen Strategien und Schlussfolgerungen daraus abzuleiten sind. Die wichtigsten Krankheits- und Behandlungsdaten sind in den jeweiligen Tabellen zusammengestellt. Darüber hinausgehende Erläuterungen und Verlaufsbeschreibungen erfolgen im Begleittext.

In dem Anfangsgespräch Fall 1 fragte mich der Patient, ob ich denn als leitender Mitar-

Tabelle 11

Fallskizze „Auftragsannahme“ (zu Bereich 1 im AMALPROZESS)

Fall 1: „Auftragsannahme“
<p>Patient 24 Jahre alt</p> <p>Behandlungsdiagnose:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3) – Leichte depressive Episode (F32.0) – In einem Entwicklungsbüro als technischer Zeichner beschäftigt – Seit 5 Monaten AU <p>Problemverhalten:</p> <p>Beschäftigt sich nach dem Erhalt von Arbeitsaufträgen, ob diese seinen Fähigkeiten angemessen sind und zu seinem Aufgabenbereich passen. Häufig habe er dabei das Gefühl von Zurücksetzung. Die Intensität dieser Bewertungsprozesse sei manchmal so ausgeprägt, dass er es kaum oder nicht schaffe, die Aufgabe zu erledigen. Es besteht ein starker Arbeitsbezug mit erheblichen Leistungseinschränkungen</p> <p>Frage:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ausschließlich auf die berufliche Situation bezogen? – Generalisierte Verhaltensmuster auch im privaten persönlichen Bereich?

beiter in der Klinik auch „niedere“ Arbeiten verrichten müsse. Er hatte mich wohl am Kopierer beobachtet, wie ich einige Kopien anfertigte. Ich müsse mir doch zu schade für solche Arbeiten sein, die doch eigentlich von Bürohilfskräften erledigt werden könnten. Er wirkte sehr erstaunt über meine Ausführung, dass ich damit kein Problem habe und dass mir ein solches Hierarchiedenken in der Güteabwägung von Arbeiten fremd sei. Diesem Einstieg folgend wurde relativ rasch mit dem Patienten herausgearbeitet, dass er lernen müsse (wolle), auch bei einfachen Aufgabenstellungen sich auf die korrekte und schnelle Umsetzung der übertragenen Aufgabe zu konzentrieren. Therapeutischerseits war von besonderem Interesse, wie der Patient sich in solchen Anforderungssituationen eigentlich verhält und welche konkreten inneren Prozesse ihn an der Umsetzung hindern.

Ich benötigte Kopien aus einem Buch für ein anstehendes Seminar und vereinbarte mit dem Patienten, diese Kopien anzufertigen und entsprechend zu sortieren und zu heften. Der nötige Kopierschein und ein Hefter wurden ihm zur Verfügung gestellt. Als ich am Abend desselben Tages Feierabend machen wollte, saß er vor meinem Büro und meinte, mich dringend sprechen zu müssen. Ich fragte nur kurz, ob es irgendwelche technischen Probleme gäbe, und bat ihn, seine Fragen am nächsten Tag mit ihm durchzugehen.

Bereits bei Dienstbeginn am nächsten Morgen suchte er mich auf und beschwerte sich darüber, für verwalterische Dienstleistungen in Anspruch genommen zu sein: Schließlich sei er doch nicht als billige Arbeitskraft in der Klinik, sondern als Patient. Wir haben dann noch einmal kurz über die therapeutischen Zielsetzungen dieser Aufgabe gesprochen und ich wies darauf hin, dass wir die bei der Umsetzung auftretenden Probleme nach Vorlage der Kopien besprechen könnten.

In der folgenden Besprechung der Arbeitsergebnisse waren die von ihm erstellten Kopien schlecht und unsystematisch geheftet. Er berichtete, dass er beim Kopieren sich nunmehr eher mit Gedanken beschäftigte wie z. B. „Dafür bin ich mir eigentlich zu schade, ich werde hier nur ausgenutzt“ und sich nicht auf die eigentliche Arbeit konzentrieren könne. Zudem befürchtete er, von anderen Patienten bei dieser Tätigkeit beobachtet zu werden.

Relativ rasch wurde deutlich, dass in seinem beruflichen Aufgabenbereich die gleichen

gedanklichen Prozesse ablaufen, die ihn dann daran hindern, gute Ergebnisse abzuliefern.

Es folgten lange Gespräche in der Einzeltherapie wie auch in den gruppentherapeutischen Maßnahmen über verschiedene Komponenten der Berufsreife (siehe ausführlich bei Zielke und Bäßler 2011; siehe auch Zielke 2017 in diesem Heft) und dass es auch in seinem Falle darauf ankäme, auch „einfache“ Arbeiten gut und zeitnah abzuliefern, um sich zu qualifizieren, auch „schwierigere“ Arbeiten übertragen zu bekommen. Die skizzierten Erörterungen zogen sich über den gesamten Behandlungsverlauf; die ablenkenden Gedanken wurden zunehmend weniger und waren nicht mehr so grundsätzlich. In einer internen Arbeitserprobung im verwaltungstechnischen Bereich empfand der Patient es durchaus als Privileg, so konkrete Maßnahmen tun zu dürfen, während Andere nur darüber reden würden, was sie tun könnten.

Die zweite Fallskizze (in Tabelle 12) beschäftigt sich mit Schädigungskonzepten durch Tätigsein. Solche Schädigungskonstellationen werden zunehmend häufiger von Patienten vorgebracht und die öffentliche Diskussion über schädliche Arbeitsbedingungen beflügeln nicht selten die diesbezüglichen Vorstellungen von Patienten. Der Patient war der Auffassung, dass er erneute Probleme einer Tumorerkrankung bekäme, wenn er sich wieder der stressigen beruflichen Situation aussetzen würde und sich selbst dadurch erheblich schädigen könnte. Es gab selbstverständlich eine ausführliche onkologische Beratung über Rezidivrisiken; allerdings wurde hierbei bereits deutlich, dass er einerseits das onkologische Know-How in Frage stellte und dass es bei allen Wahrscheinlichkeiten dann doch jemand Konkreten treffen würde. Argumentativ ist ein solcher Zirkelschluss letztlich nicht aufzulösen.

Nicht nur durch die Einbindung in diverse gruppentherapeutische Maßnahmen (Problemlösungsgruppe, Soziotherapie, Ergotherapie) zeigte sich relativ rasch, dass die Schädigungsvorstellungen des Patienten sich bereits weitgehend generalisiert hatten. Sobald er in unangenehme Belastungssituationen geriet, versuchte er sich mit dem Hinweis, dass ihm das jetzt nicht gut tun würde, der Situation zu entziehen. Es erfolgten dann immer erneute Abstimmungen mit dem Patienten über die Veränderungsziele seiner vermeidenden Verhaltensmuster. Weil man

Tabelle 12

Fallskizze „Schädigungskonzepte durch Tätigsein“ (zu Bereich 2 im AMALPROZESS)

Fall 2: „Schädigungskonzepte durch Tätigsein“

Patient 32 Jahre alt

Behandlungsdiagnose:

- Z.n. Op. wegen bösartiger Neubildung des Hodens (C62.0) und ängstlich-depressive Anpassungsstörung (F43.2)
- In einem Warenhauskonzern in der Warenbeschaffung tätig.
- Seit 8 Monaten AU

Problemverhalten:

War der Auffassung, dass er erneute Probleme einer Tumorerkrankung bekäme, wenn er sich wieder der stressigen beruflichen Situation aussetzen würde und sich selbst dadurch erheblich schädigen könnte.

Frage:

- Was tut er, um seine beruflichen Anforderungen zu dosieren?
- Ist sein Schädigungskonzept eine generalisierte Voreingenommenheit?
- Gibt es belastbare medizinisch-onkologische Befunde dazu?
- Schädigungskonzepte auch bei privaten Anforderungen?

sich als Therapeut und auch als Privatperson ja auch immer wieder in belastenden Situationen befindet, in denen man sich fragt, „warum muss ich mir das antun“?, ist die Gefahr recht groß, sich mit den Patienten auf grundsätzliche Diskussionen über Schädigungskonzepte einzulassen. Dabei muss die Frage, ob ein bestimmtes Verhalten tatsächlich als Risikoverhalten mit möglichen langfristigen Schädigungen anzusehen ist, letztlich offen bleiben.

Der Patient profitierte sehr davon, von anderen Patienten zu hören / zu erleben, wie diese mit Schädigungsängsten umgehen, und konnte die Absolutheit seiner Sichtweisen durchaus relativieren.

Der Behandlungsverlauf der in Abbildung 13 vorgestellten Patientin gestaltete sich ausgesprochen günstig. Die Patientin konnte er-

kennen, dass sie in der neuen Rolle als Gruppenleiterin (von bisher gleichgestellten Kolleginnen) Verhaltensweisen umsetzen musste, die sie nie gelernt hatte: Aufträge erteilen, delegieren, kontrollieren, durchsetzen, sanktionieren... Die Arbeit wurde aversiv besetzt in Verbindung mit Versagensängsten und Erschöpfungszuständen. Ihr wurden zeitnah Aufgaben zum Gruppenmanagement der Problemlösungsgruppe übertragen. Hierbei hatte sie u.a. auf die Pünktlichkeit und die Vollzähligkeit der Teilnehmer zu achten und insbesondere darauf, dass der Gruppenprozess einen ausreichenden Arbeitsbezug hatte. Sie tat sich anfänglich doch recht schwer, die Gruppenteilnehmer auf Unregelmäßigkeiten anzusprechen und „geordnete“ Verhaltensmuster anzumahnen. Auch wollte sie sich immer wieder dieser Aufgaben entledi-

Tabelle 13

Fallskizze „Arbeitsbezogenes Sozialfeld“ (zu Bereich 3 im AMALPROZESS)

Fall 3: „Arbeitsbezogenes Sozialfeld“

Patientin 35 Jahre alt

Behandlungsdiagnose:

- Anpassungsstörung (F43.2) mit ausgeprägten Erschöpfungszuständen
- In einem technischen Fertigungsunternehmen tätig,
- seit 9 Monaten Gruppenleiterin in einem Fertigungsteam (ausschließlich Frauen)
- seit 8 Wochen AU

Problemverhalten:

In der neuen Rolle als Gruppenleiterin (von bisher gleichgestellten Kolleginnen) musste sie Verhaltensweisen umsetzen, die sie nie gelernt hatte: Aufträge erteilen, delegieren, kontrollieren, durchsetzen, sanktionieren... Die Arbeit wurde aversiv besetzt in Verbindung mit Versagensängsten und Erschöpfungszuständen.

Frage:

- Ausschließlich auf berufliche Situationen bezogen?
- Abgrenzungsverhalten auch im persönlichen Bereich?

gen, indem sie ihre therapeutisch vereinbarten Lernziele in Frage stellte. Sie hoffte in kritischen Phasen immer wieder auf die Einsicht der Gruppenteilnehmer, von sich aus Regeln einzuhalten. Wenn diese sich nicht vereinbarungsgemäß verhielten, wertete sie dies als persönlichen Affront. Sie immer wieder durchzusetzen und dies auch in akzeptabler Weise zu tun, war für die Patientin harte Arbeit.

In dem von der Patientin beschriebenen Fertigungsteam gab es eine Mitarbeiterin, die wohl darauf gehofft hatte, selbst als Gruppenleiterin ausgewählt zu werden, und die sich in dieser neuen Konstellation nicht gerade kollegial verhielt – um es gelinde auszudrücken. Die Patientin übte in entsprechenden Rollenspielen, offensive Gespräche mit dieser Kollegin zu führen und dabei die neue Rollenverteilung in der Fertigungsgruppe zu vertreten.

In der in Tabelle 14 zusammengefassten Fallskizze sind mehrere Elemente aus dem AMALPROZESS von Bedeutung. Das Problemverhalten ist in der Tabelle ja ausführ-

lich beschrieben. Im Behandlungsverlauf wurde versucht, verschiedene Auftritte zu simulieren, um einerseits zu beobachten, wie der Patient sich dann tatsächlich dabei verhält und wie er mit Rückmeldeinformationen umgeht. So wurde vereinbart, dass der Patient eine Präsentation vorbereitet und umsetzt, in der er seine bisherigen Bemühungen zum Personalabbau in seinem Betrieb vortragen sollte. Dies war ein Thema, an dem ihm sehr gelegen war. Die Präsentation sollte erfolgen nach der Frühbesprechung im Stationszimmer des Behandlungsteams (etwa 12 Mitglieder). In der Vorbereitung beschaffte sich der Patient Overheadfolien, die er beschriftete, sowie einen entsprechenden Projektor. Am Morgen des Termins wartete der Patient im Vorraum des Teamzimmers auf mich und bat darum, die Aktion zu verschieben, weil es ihm nicht gut ginge und er kaum geschlafen habe.

Da dieses „prospektive Vermeidungsverhalten“ bereits ausführlich mit dem Patienten besprochen wurde, ließ er sich dann doch mit dem Hinweis, dass ja auch ein Arzt im

Fall 4: „Bewertung von Arbeits- und Leistungsergebnissen und Gratifikationsrisiken“
Patient 48 Jahre alt
Behandlungsdiagnose:
<ul style="list-style-type: none"> – Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) mit ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszügen (F60.0) – Als leitender Angestellter in der Unternehmensleitung eines großen Verkehrsunternehmens tätig (5 Tsd. Mitarbeiter) – Immer nur kurze AU-Zeiten (1 bis 2 Wochen) wegen „Herz/Kreislaufproblemen“, seit Behandlungsbeginn AU
Problemverhalten:
Bei Auftritten im Betrieb (kleine Reden, Jubiläumsansprachen, Grabreden von verstorbenen Mitarbeitern) unter Anwesenheit von Mitgliedern der Unternehmensleitung glaubte er zunehmend unsicher zu werden (Sprache, Mimik, Kniezittern) und hatte Angst, dass insbesondere andere Vorstandskollegen dies bemerkten und als Munition verwenden könnten, ihn „abzuschießen“. „Die könnten meinen Kopf rollen wollen“. Vor seinen Auftritten war er hochgradig erregt mit Tachykardien, sodass er Auftritte absagte mit einem Hinweis auf schwere Kreislaufprobleme und sich von seinem Arzt krankschreiben ließ (nach einem – wie immer – unauffälligen EKG). Er entwickelte ein prospektives Vermeidungsverhalten, indem er für mögliche Auftritte alternative Termine plante und auch seinen Arzt gewinnen konnte, ihn für die Zeit solcher Auftritte krankzuschreiben.
Frage:
<ul style="list-style-type: none"> – Sind bei solchen Auftritten die befürchteten Auffälligkeiten zu beobachten? – Hat er sich Rückmeldung über sein Redeverhalten eingeholt? – Hat er jemals signalisiert, dass er solche Auftritte eigentlich ungern tut? – Wie präsentiert er sich bei entsprechenden therapeutischen Aufgaben? – Wie ausgeprägt ist das prospektive Vermeidungsverhalten?
Vorfall: Einladung des Vorstandes zu einem Termin in die Firma während der Behandlung und die Bitte an mich um eine Bescheinigung, dass er der Einladung wegen der Behandlung zurzeit nicht folgen könne.

Tabelle 14

Fallskizze „Bewertung von Arbeits- und Leistungsergebnissen und Gratifikationsrisiken“ (zu Bereich 4 und 5 im AMALPROZESS)

Team sei, nötigen und hielt den Vortrag. Zehn Minuten lang sprach er wie gedruckt, ohne Unterbrechung auf der Basis der vorbereiteten Folien. Auch ergänzende Fragen zu den Inhalten seines Vortrags beantwortete er sachbezogen und klar.

Meine Frage, ob er denn wissen möchte, wie die Zuhörer seinen Vortrag bewerten – also was gut war und was schlecht war – teilte er mir mit, dass er das nicht wissen möchte. Zudem würden die therapeutischen Mitarbeiter doch nicht mit der Wahrheit rausrücken, weil sie doch alle interessiert daran seien, die Patienten „aufzubauen“.

Offensichtlich waren weniger die Auftritte des Patienten von Bedeutung als vielmehr das Einholen sachbezogener Rückmeldungen.

Der Schwerpunkt weiterer Präsentationen lag dann auch auf dem Einholen von Rückmeldungen, wobei er zunehmend konkreter werden konnte, zu welchen Verhaltensbereichen er eine Rückmeldung bekommen möchte. Letztlich stellte er in einer Konferenz der Klinikmitarbeiter (60 Personen) seinen konkreten Arbeitsbereich und notwendige Rationalisierungsmaßnahmen vor.

Eine Einladung seines Vorstands, er möge doch zu einer Besprechung am Dienstort erscheinen, nutzten wir als eine harte Erprobung der gelernten Verhaltensmuster. Hierzu wurden vorbereitend diverse Rollenspiele durchgeführt (mit entsprechend zugeordnetem Rollenverhalten der Protagonisten). Insbesondere wurde geübt, wie der Patient seinen Vorstandskollegen sagen könnte, dass er während seiner Behandlung nicht weiter gestört werden möchte. Die Rückmeldung der Kollegen in seinem Betrieb überraschte ihn doch ziemlich. Man wunderte sich, dass er bei Anfragen, unangenehme Termine im Betrieb wahrzunehmen, nie darum gebeten hatte, ob dies nicht doch ein Anderer machen könne.

Die Erfahrung, sich bei Anfragen abzugrenzen ohne eintretende Katastrophen im Kreise seiner Vorstandskollegen war grundlegend für sein Abgrenzungsverhalten. Allerdings tat er sich immer wieder schwer damit, aktiv Rückmeldungen über sein Verhalten einzuholen. Zudem neigte er dazu, eingehende Rückmeldungen nach ihrer Wertigkeit zu sortieren. In der Therapiegruppe saßen nach seiner Einschätzung ja nur „Patienten“, die manche Dinge nicht so gut beurteilen könnten; Therapeuten wiederum würden ja sowieso nur das Positive sehen und rückmelden.

Natürlich galt es zu berücksichtigen, dass manche Rückmeldungen als durchaus interesseliegt zu werten sind und nicht alle es nur gut mit ihm meinten. Dieses Verhaltensmuster hatte seine Gültigkeit sowohl im privaten persönlichen Bereich als auch im beruflichen Bereich. In Letzterem ist es jedoch möglicherweise mit schwerwiegenden Konsequenzen verbunden.

Das prospektive Vermeidungsverhalten gestaltete sich im Behandlungsverlauf als ausgesprochen resistent gegen Veränderungen, zumal es im bisherigen Lebensverlauf des Patienten ja durchgehend erfolgreich war. Er konnte jedoch auch die Erfahrung machen, dass das Aufgeben von Vermeidungen positive Konsequenzen hatte. Hierbei war letztlich die Erfahrung des veränderten Umgangs mit der Vorstandseinladung während der Behandlung ausgesprochen hilfreich.

Die in Tabelle 15 zusammengefasste Fallskizze ist ein gutes Beispiel für das Ineingreifen von arbeitsbezogenen, beruflichen und persönlichen Problemkonstellationen.

Der Patient hatte seinen ersten Panikanfall, als er an einer Werkbank in der Werkshalle seinen Bruder in die Halle kommen sah. Er wollte unbedingt vermeiden, dass jemand aus seiner Familie mitbekäme, dass er in der Firma wegen Arbeitsproblemen „degradiert“ worden war.

Nach einem Personalabbau in der Firma habe er die Arbeit des entlassenen Kollegen mit erledigen müssen (was ihn immer wieder ärgerte); hinzu kamen Probleme in seiner Beziehung und als Folge erheblicher Alkoholkonsum mit unzuverlässiger Arbeitsleistung.

War dies ein klassischer Fall von „Survivor´s Disease“ mit einer entsprechenden Destabilisierung und beruflichen Unsicherheit?

Warum war die Situation mit dem Bruder so bedeutsam?

Mit zunehmender Vertrautheit berichtete der Patient Details aus seiner Familienanamnese: Seine Mutter hatte mit dem Bruder ihres Ehemanns ein Kind gezeugt = Patient. Dieses Kind durfte es eigentlich nicht geben und er wuchs getrennt von der Familie bei der Großmutter auf. Er hat noch drei „eheliche“ Geschwister. In seiner „halben“ Herkunftsfamilie wurde er regelmäßig übergeben (z.B. bei einer Erbschaftsangelegenheit) und ihm wurde vermittelt, dass sowieso nichts aus ihm würde.

Der daraus resultierende übergeordnete Handlungsplan zeigte sich, indem er ständig

bemüht war, seine Berechtigung zu beweisen, existieren zu dürfen und sich dabei keinen Fehler erlauben zu dürfen. Dieser Handlungsplan war schlagartig gefährdet, als sein Bruder ihn an dem herabgestuften Arbeitsplatz sah. Subjektiv war diese Situation für den Patienten „lebensgefährlich“ und die körperliche Bereitstellungsreaktion führt zu dem erlebten Kollaps. Nach erfolgreichem Angstbewältigungstraining in einer Gruppe und in Einzelsituationen konnten Maßnahmen zur Klärung der beruflichen Situation in Angriff genommen werden, wobei die Dramatik beruflicher Problemlagen zunehmend entschärft werden konnte. Die Klärung der familiären Konstellation konnte erst nach weitgehender Stabilisierung begonnen werden. Der Patient plante und organisierte eine Familienkonferenz unter Beteiligung fast aller Kontrahenten im häuslichen Milieu. Was in dieser Zusammenfassung so einfach klingt, war ein mühseliges Einüben von Verhaltensmustern in Gruppenrollenspielen mit allen bekannten psychischen und körperlichen Schwankungen. In der Familienkonferenz hat der Patient dann deutlich gemacht, dass er gern positive Beziehungen zu den

Anderen hätte, dass er aber auch darauf verzichten könne, wenn diese daran kein Interesse hätten.

Bei der Rückkehr von dieser Konferenz war der Patient völlig erschöpft, aber glücklich. „Ich bin durch die Hölle gegangen und habe überlebt! Eigentlich kann mir nicht mehr passieren“.

Einige Monate nach dem Ende der Therapie meldet sich der Patient bei mir und teilte mir mit, dass er gerade von einer Motorradtour durch die nordafrikanische Wüste zurückgekehrt sei.

In der Fallskizze in Tabelle 16 findet sich eine Kombination aus den Bereichen „Auftragsvergabe und -annahme“, „Bewertung von Arbeits- und Leistungsergebnissen“ sowie „Gratifikationserwartungen“

Durch seine sehr gute Arbeit trug der Patient wesentlich zur Karriere von Doktoranden bei und er „bleibt auf der Strecke“. Seine hohe Verausgabungsbereitschaft, sein starkes Planungsbedürfnis und sein ausgeprägtes Kontrollbestreben sind Qualitätskennzeichen seiner Arbeit. Bei einem Versuch zu einer Höherstufung wurde er hinhaltend vertröstet.

Fall 5: „Berufsbiographische Restriktionen“
Patient 38 Jahre alt
Behandlungsdiagnose:
<ul style="list-style-type: none"> – Panikstörung (41.0), schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1) in der Anamnese (z.Zt. trocken) – In einem metallverarbeitenden Betrieb z. Zt. als Schlosser tätig, bis vor einem Jahr in der Vertriebsabteilung tätig – Seit 7 Monaten AU
Problemverhalten:
Der Patient hatte seinen ersten Panikanfall, als er an einer Werkbank in der Werkshalle seinen Bruder in die Halle kommen sah. Er wollte unbedingt vermeiden, dass jemand aus seiner Familie mitbekäme, dass er in der Firma wegen Arbeitsproblemen „degradiert“ wurde.
Kurzanamnese Arbeit: Nach einem Personalabbau in der Firma habe er die Arbeit des entlassenen Kollegen mit erledigen müssen (was ihn immer wieder ärgerte); hinzu kamen Probleme in seiner Beziehung und als Folge erheblicher Alkoholkonsum mit unzuverlässiger Arbeitsleistung.
Frage:
<ul style="list-style-type: none"> – Klassischer Fall von „Survivor’s Disease“? – Warum war die Situation mit dem Bruder so bedeutsam?
Kurze Familienanamnese: Seine Mutter hatte mit dem Bruder ihres Ehemanns ein Kind gezeugt = Patient. Dieses Kind durfte es eigentlich nicht geben und er wuchs getrennt von der Familie bei der Großmutter auf. Er hat noch drei „eheliche“ Geschwister. In seiner „halben“ Herkunftsfamilie wurde er regelmäßig übergangen (z.B. bei einer Erbschaftsangelegenheit) und ihm wurde vermittelt, dass sowieso nichts aus ihm würde.
Übergeordneter Handlungsplan: Er war ständig bemüht, seine Berechtigung zu beweisen, existieren zu dürfen und dürfte sich dabei keinen Fehler erlauben. Dieser Handlungsplan war schlagartig gefährdet, als sein Bruder ihn an dem herabgestuften Arbeitsplatz sah.

Tabelle 15

Fallskizze „Berufsbiographische Restriktionen“ (zu Bereich 3, 4 und 5 im AMALPROZESS)

Tabelle 16

Fallskizze „Auftragsvergabe und -annahme“, „Bewertung von Arbeits- und Leistungsergebnissen“ sowie „Gratifikationserwartungen“ (zu Bereich 1, 4 und 5 im AMALPROZESS)

Fall 6: „Auftragsvergabe und -annahme“, „Bewertung von Arbeits- und Leistungsergebnissen“ sowie „Gratifikationserwartungen“

Behandlungsdiagnose:

- Angst und depressive Störung (F41.2), sonstige somatoforme Störung (F45.8)
- In der medizinischen Fakultät einer Universitätsklinik als Messtechniker tätig; er führt akribisch genaue Messungen für Doktoranden im Rahmen deren Dissertationen durch.
- Seit 3 Monaten AU

Problemverhalten:

Seine sehr gute Arbeit trägt wesentlich zur Karriere von Doktoranden bei und er „bleibt auf der Strecke“. Seine hohe Verausgabungsbereitschaft, sein starkes Planungsbedürfnis und sein ausgeprägtes Kontrollbestreben sind Qualitätskennzeichen seiner Arbeit. Bei einem Versuch zu einer Höherstufung wurde er hinhaltend vertröstet.

„Die müssen doch merken, wie gut ich bin, und dies entsprechend honorieren“

Gleichzeitig hat er ein ausgeprägtes Bedürfnis, nicht negativ aufzufallen.

Frage:

- Mangelndes Durchsetzungsverhalten im Institut?
- Risikoverhalten und Kontrollbestrebungen im privaten Bereich?
- Lernen, Risiken einzugehen?

„Die müssen doch merken, wie gut ich bin und dies entsprechend honorieren“. Gleichzeitig hat er ein ausgeprägtes Bedürfnis, nicht negativ aufzufallen. Ein solches Verhalten ist ja nicht per se problematisch, sondern erst dann, wenn man ständig bestrebt ist, nicht aufzufallen, und gleichzeitig massive Konsequenzen befürchtet, wenn ein derartiger Fall auftreten könne.

Die von dem Patienten beschriebenen beruflichen Verhaltensmuster sind ja durchaus Qualitätskennzeichen seiner Arbeit, die sich wohl jeder Arbeitgeber wünscht. Es wurde u.a. eine genaue Analyse der beruflichen Situation auf der Basis des Übersichtsmodells der „Gratifikationskrise“ (Siegrist 1988; 2016) durchgeführt, aus der die verhaltenssteuernden Bestimmungsstücke bei dem Patienten ersichtlich wurden. Um jedoch die ausbleibende Gratifikation einzufordern, müsste der Patient das Risiko eingehen, zu scheitern, den Hinweis zu bekommen, dass er dann zu teuer wäre und man sich um eine Neubesetzung bemühen müsse. Bei der Besprechung über diese Handlungselemente zeigte sich, dass der Patient ein stark ausgeprägtes Bedürfnis hatte, nicht negativ aufzufallen. Wir vereinbarten daraufhin kleinere Expositionen innerhalb der Klinik wie „verschiedenfarbige Socken tragen“, „einen Platz im Speisesaal besetzt halten“, „sich vordrängeln“, „zu spät zu Terminen erscheinen“ u.s.w. Die Übungen waren ausgesprochen angstbesetzt und anstrengend für den Patienten. Diese Erfahrungen deuteten auf einen ausgeprägten übergeordneten Handlungsplan hin, „auf keinen Fall aufzufallen“. Zu-

nächst ersuchte der Patient die Erlaubnis, darauf hinweisen zu dürfen, dass ebendieses Verhalten mit dem Therapeuten abgesprochen war – fall es Probleme gäbe. Das wurde selbstverständlich nicht gewährt. Bei insgesamt guten Erfahrungen begann der Patient, sich selbst solche Expositionen zu suchen und auszuprobieren. So beschwerte er sich nach einiger Zeit, dass ich als Therapeut es nicht bemerkt hätte, dass er sich seit einer Woche nicht rasiert habe. Er sei immer gespannt zu den Terminen gekommen in banger Erwartung, die mangelnde Rasur könnte moniert werden.

Nach einer Wochenendbeurlaubung ins häusliche Milieu berichtete der Patient, er habe sich bei dem Familienfrühstück einmal auf einen anderen Platz gesetzt als üblich. In vielen Familien gibt es ja angestammte Plätze besonders beim Essen. Dieses Abweichen von der Regel hätte zunächst zu einer heftigen Irritation bei seiner Frau und seinen Kindern geführt mit Fragen, was denn mit ihm los sei. Nachdem er sein Vorhaben offengelegt hatte, er wolle „einfach mal was anders machen“, sei man in eine angeregte Diskussion in der Familie geraten darüber, dass es viele Abläufe in der Familie gäbe, mit denen auch die Anderen unzufrieden seien, und dass man doch auch mal etwas Neues ausprobieren solle. Als Beispiel wurde dann eine spontane Urlaubsplanung ausgewählt ohne vorherige Festlegung, wohin man fahren wolle. Es war nämlich bislang unabdingbar, vor einer Reise mit dem Auto „Probefahrten“ durchzuführen, um ja nichts falsch gemacht zu haben, wenn es denn losginge.

- ⇒ **Explorationsbereich: Meine individuelle Bedeutung der Erwerbsarbeit**
- ⇒ **Explorationsbereich: Symptombereiche und Verhaltensmuster bei längeren beruflichen Belastungen**
- ⇒ **Explorationsbereich: Qualitative Schweregrade von Arbeitsstörungen**
- ⇒ **Explorationsbereich: Mein psychologischer Kontrakt und dessen Veränderungen**
- ⇒ **Explorationsbereich für die Klinische Arbeitsplatzanalyse: Institutionelle Instabilitäten infolge von Downsizing, Outsourcing, Expansion**
- ⇒ **Explorationsbereich für die Klinische Arbeitsplatzanalyse: Entgrenzungsprozesse im Arbeitsleben und im Familienbereich und deren Folgen**
- ⇒ **Explorationsbereich für die Klinische Arbeitsplatzanalyse: Identifikation spezifischer Stressoren und Ressourcen und daraus abzuleitender Veränderungs- und Lernziele**
- ⇒ **Explorationsbereich für die Klinische Arbeitsplatzanalyse: Handlungselemente auf der Basis der beruflichen Gratifikationskrise**
- ⇒ **Explorationsbereich für die Klinische Arbeitsplatzanalyse: Systematische Exploration der 7 Elemente aus dem AMALPROZESS und daraus abzuleitende Veränderungs- und Lernziele**

Tabelle 17

Übersicht über die Explorationsbereiche

Das Risiko, etwas vergessen zu haben, wollte die Familie nicht eingehen.

Das Gespräch mit dem Arbeitgeber über ausstehende Gratifikationen konnte der Patient weitgehend entspannt angehen, weil vom Ausgang des Gesprächs „nicht mehr das Leben abhinge“.

Der Verlauf in dieser Fallskizze zeigt auf eine enge Verzahnung zwischen arbeitsbezogenen, beruflichen Problemlagen und dem individuellen Risikoverhalten. Einerseits sollte und wollte der Patient seine arbeitsbezogenen Verhaltensmuster beibehalten und andererseits eine größere Risikobereitschaft und Flexibilität umsetzen.

Resumée

Der Bundestrainer der Fussballnationalmannschaft sieht sich etwa 40 Mio. Fußballexperten gegenüber, die alles darüber wissen, wie man Fußball spielt (spielen sollte bzw. gespielt haben sollte).

Als klinischer Psychologe sehe ich mich nunmehr 44 Mio. Erwerbstätigen und knapp 2,5 Mio. Arbeitslosen gegenüber, die als Experten alles darüber wissen, wie eine gerechte und angemessene Arbeit gestaltet sein soll und welche Fertigkeiten es braucht, um eine solche angemessene Arbeit zu erlangen und zu erhalten.

Im engeren Expertenzirkel sind es dann für mich als Psychotherapeuten nur noch

40.000 Psychotherapeuten, die innerhalb weniger Jahre sich zu Experten entwickelt haben, wie eine die Gesundheit erhaltende Arbeit aussehen soll(te).

Auf meinen Workshops erlebe ich immer wieder eine **generalisierte Voreingenommenheit zum Arbeitsleben** und die positiven Aspekte werden in der öffentlichen Diskussion weitgehend vernachlässigt.

Ich erhielt im letzten Jahr als Reaktion auf meinen Leserbrief zu positiven Aspekten des Arbeitslebens eine Mail einer Vertreterin eines Psychotherapeutenverbandes:

„Ihnen sollte doch auch klar sein, dass wir uns alle irgendwie krank schuftet!“

Ein zweiter Problembereich ist die **undifferenzierte Umsetzung allgemeiner sozialer Fertigkeiten in der Psychotherapie zum Arbeitsleben**.

In einem kürzlichen Workshop meinte ein Kollege mit voller Überzeugung:

„Ich sage meinen Patienten immer: Wehrt euch, wehrt euch, wehrt euch!“

Diesem Konzept liegt die Auffassung zu Grunde, dass Arbeit im Wesentlichen aus Unterdrückung und Ausbeutung bestehe und man dem nur ausreichend Widerstand entgegensetzen müsse.

Mein Einwand, dass man Situationen unterscheiden müsse, in denen man lieber den Mund hielte, von Situationen, in denen man sich wehren müsse, wurde als Anpassung an die bestehende Fron abgewertet.

Die Klinische Psychologie hat kaum Verbindungen mit Arbeits- und Organisationspsychologie.

Im Psychologiestudium gibt es eine strikte Trennung von Arbeits- und Organisationspsychologie und Klinischer Psychologie. Versuche meinerseits, das Thema Arbeit und Krankheit als Seminar anzubieten, waren nicht umsetzbar, weil ein solches Thema nicht in die Curricula eingeordnet werden kann.

Die Fort- und Weiterbildungsinstitute enthalten keine curriculare Elemente zur Arbeitswelt und zum Erwerbsleben in Verbindung mit Krankheitsentwicklungen.

Es besteht die dringende Forderung zur Entwicklung einer Klinischen Arbeits- und Organisationspsychologie.

Das bedeutet für die Psychotherapie: Probleme, Einstellungen und Verhaltensmuster der Patienten müssen in Verbindung gebracht werden mit spezifischen Aspekten des individuellen Arbeitslebens (Anforderungen, Leistungsverhalten, Stressoren, Bewältigungsverhalten) und daraus therapeutische Veränderungsziele abgeleitet werden.

Die erforderliche Differenziertheit der dabei zu berücksichtigenden arbeitsbezogenen Aspekte im Rahmen der Bedingungsanalyse des Erkrankungsgeschehens legt nahe, dass man die entsprechenden Inhalte gezielt üben muss und am besten zunächst auf sich selbst anwenden sollte.

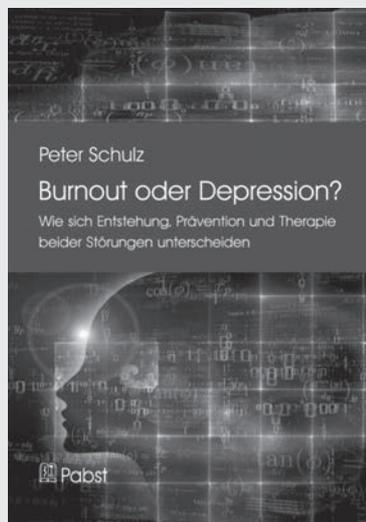
Literatur

- Allenspach, M., Brechbühler, A. (2005). Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention. Verlag Bern: Hans Huber.
- Blancke, S., Roth, C., Schmid, J. (Hrsg.) (2000). Employability („Beschäftigungsfähigkeit“) als Herausforderung für den Arbeitsmarkt – Auf dem Weg zur flexiblen Erwerbsgesellschaft. Eine Konzept- und Literaturstudie. Arbeitsbericht Nr. 157.
- Dostal, W., Kupka, P. (Hrsg.) (2001). Situation und Perspektiven beruflicher und arbeitsbezogener Anforderungen. Beiträge der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (BeitrAB) Globalisierung, veränderte Arbeitsorganisation und Berufswandel, Band 240.
- Dragano, N. (2007). Personalabbau, Outsourcing, Restrukturierung: Gesundheitliche Folgen von Rationalisierungsmaßnahmen und deren Erklärung – eine empirische Untersuchung. *Psycho-sozial*, 30, 39-54.
- Jäger, R. (2007). Arbeitsmarkt und psychische Gesundheit. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Jurczyk, K., Schier, M., Szymenderski, P., Lange, A., Voß, G. G. (2009). Entgrenzte Arbeit – entgrenzte Familie: Grenzmanagement im Alltag als neue Herausforderung. Berlin: Edition Sigma.
- Keller, B., Seifert, H. (Hrsg.) (2009). Atypische Beschäftigung – Flexibilisierung und soziale Risiken. Berlin: edition sigma.
- Kliner, K., Rennert, D., Richter, M. (Hrsg.) (2017). BKK Gesundheitsatlas 2017: Arbeit und Gesundheit. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Leidig, S., Limbacher, K., Zielke, M. (Hrsg.) (2006). Stress im Erwerbsleben: Perspektiven eines integrativen Gesundheitsmanagements. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Muschalla, B., Zielke, M. (Hrsg.) (2016). Arbeit und Psyche – Was ist was? Arbeitsbelastung, psychische Beschwerden, Stellschrauben in der betrieblichen Prävention und für die arbeitsbezogene Behandlung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 98.
- Pongratz, H. J., Voß, G. (Hrsg.) (2004). Typisch Arbeitskraftunternehmer? Befunde der empirischen Arbeitsforschung. Berlin: edition sigma.
- Siegrist, J. (1988). Die Bedeutung der Sozialanamnese für die Entwicklung der therapeutischen Strategie. In Zielke, M., Sturm, J., Mark, N. (Hrsg.), *Die Entzauberung des Zauberbergs* (S. 123-136). Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Siegrist, J. (2016). Arbeitswelten und psychische Störung. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 17-21.
- Weiss, V. (2004). Personalabbau in Unternehmen und die Situation der Verbleibenden. Beiträge zur Wirtschaftspsychologie. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Weiss, V., Udris, I. (2006). Downsizing in Organisationen: Und was ist mit den Verbleibenden nach Personalabbau? In Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2005* (S. 125-146). Heidelberg: Springer.
- Westerlund, H., Theorell, T., Alfredsson, L. (2004). Organizational instability and cardiovascular risk factors in white collar employees. *European Journal of Public Health*, 14, 37-42.
- Zielke, M. (1988). Die Entzauberung des Zauberbergs. In Zielke, M., Sturm, J., Mark, N. (Hrsg.), *Die Entzauberung des Zauberbergs* (S. 11-26). Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Zielke, M. (1995). Arbeitsbelastungen und Krankheitsverläufe bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 32, 271-281.
- Zielke, M. (2000). Macht Arbeit krank? Neue Anforderungen im Arbeitsleben und Krankheitsrisiken.

- Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 50, 13-27.
- Zielke, M. (2001). Entwicklung und Begründung eines Analysemodells des Arbeits- und Leistungsprozesses. In Zielke, M., von Keyserlingk, H., Hackhausen, W. (Hrsg.), *Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation* (S. 629-667). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Zielke, M. (2004). Diagnostik und Differentialdiagnostik des Mobbinggeschehens. In Schwickerath, J., Carls, W., Zielke, M., Hackhausen, W. (Hrsg.), *Mobbing am Arbeitsplatz. Grundlagen, Beratungs- und Behandlungskonzepte* (S. 41-75). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Zielke, M. (2008). Entwicklung und Begründung eines Analysemodells des Arbeits- und Leistungsprozesses (AMALPROZESS). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 40 (3), 539-550.
- Zielke, M. (2013). Klinische Methoden der Arbeitsplatzanalyse. In Lenz, G., Rabenstein, R., Reschauer, G. (Hrsg.), *Berufsbezogene Herausforderungen in der psychiatrischen Rehabilitation* (S. 17-39). Wien: Facultas Verlag.
- Zielke, M., Leidig, S. (2003). Time pressure, inadequate wages, fear of unemployment. When work causes illness. *Münchener Medizinische Wochenzeitschrift Fortschritte der Medizin*, 1, 145 (18) 28-32.
- Zielke, M., Bäßler, M. (2011). Indikationsstellungen zur stationären Verhaltenstherapie unter Berücksichtigung der Problemstellungen und der therapeutischen Ansätze bei jugendlichen Patienten. In Zielke, M. (Hrsg.), *Indikation zur stationären Verhaltenstherapie und medizinischen Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen* (S. 548-570). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Zielke, M., Leidig, S., Schwickerath, J. (Hrsg.) (2015). *Arbeitsbelastungen, Krankheitsentwicklung und Interventionskonzepte. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 96.
- Zielke, M. (2017). Diagnostische Verfahren zur Erfassung der Kompetenzen und Belastungen am Arbeitsplatz. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 100 (im Druck).

Prof. Dr. phil. Manfred Zielke

*Dipl.-Psych., Approbierter Psychotherapeut
Professor für Klinische Psychologie
Baltic Bay Clinical Consulting
Lange Koppel 10
24248 Mönkeberg
zielke@baltic-bay-clinical-consulting.de
www.baltic-bay-clinical-consulting.de*



188 Seiten,
ISBN 978-3-95853-338-7,
Preis: 15,- €

eBook: ISBN 978-3-95853-339-4,
Preis: 10,- € (www.ciando.com)

Peter Schulz

Burnout oder Depression?

Wie sich Entstehung, Prävention und Therapie beider Störungen unterscheiden

Burnout oder Depression – welche Erkrankung liegt bei einem Patienten vor? Diese Frage beschäftigt seit längerem sowohl die klinische Praxis als auch die wissenschaftliche Forschung. Handelt es sich um unterschiedliche Erkrankungen? Welche Gemeinsamkeiten finden sich bei beiden Störungen? Worin unterscheiden sie sich? Diese Fragen werden im vorliegenden Buch umfassend untersucht. Beleuchtet werden nicht nur Krankheitssymptome und Therapie, sondern auch Entstehung, Primärprä-

vention und Rückfallprophylaxe. Der Autor kommt zu dem Schluss, dass es sich um unterschiedliche Störungen handelt. Es zeigt sich, dass ein angemessener Umgang mit dem Krankheitsgeschehen nur möglich ist, wenn klar zwischen Burnout und Depression differenziert wird. Anderenfalls besteht immer das Risiko, dass eine vorliegende Depression als Burnout oder umgekehrt, ein Burnout als Depression verkannt wird, mit entsprechenden nachteiligen Folgen für den Patienten.



PABST SCIENCE PUBLISHERS · Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308 · Fax ++ 49 (0) 5484-550 · E-Mail: pabst.publishers@t-online.de
www.pabst-publishers.de · www.psychologie-aktuell.com