

Der Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen in der Arbeitswelt und psychischen Erkrankungen

Befundlage zur Erkennung von Ursache- Wirkungszusammenhängen und Maßnahmen

Prof. Dr. Thomas Langhoff

Marcel Temme

Dortmund, Februar 2013

(E5045 / 5058)

Mit finanzieller Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen und des Europäischen Sozialfonds



EUROPÄISCHE UNION

Europäischer Sozialfonds

Ministerium für Arbeit,
Integration und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Inhalt

Einleitung	3
Ausgangslage	5
Vorhandene Erklärungsansätze	9
Psychische Erkrankungen und verschiedene Ursachenfaktoren	14
Burn-Out – Eine Einordnung	15
Ursachefaktoren	19
Genetische Prädisposition	20
Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale	21
Psychische Belastungen im Privatleben	21
Überforderung durch bestehende Krankheiten	22
Überforderung im Arbeitsleben	23
Maßnahmen der Prävention	24
Literatur	29

Einleitung

Im Rahmen des Projekts „Erhalt und Förderung psychischer Gesundheit besonders belasteter Berufs- und Funktionsgruppen in Klein- und Kleinunternehmen (BeFunt)“ war beabsichtigt, für überbetrieblich tätige Betriebsärzte einen Hinweiskatalog für eine verbesserte Frühdiagnostik arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen zu erstellen. Die aufwendige Recherche und Interviews mit Arbeitsmedizinern, Hausärzten und Psychotherapeuten während des Projektes zeigten jedoch, dass die Erstellung eines solchen Hinweiskataloges aufgrund der Komplexität der Thematik und der vielen vorhandenen „weißen Felder“ in der Ursache-Wirkungs-Kette nicht möglich ist. Die genannte Komplexität spiegelt sich vor allem in der multifaktoriellen Verursachung dieser Erkrankungen und damit in den unterschiedlichen Ursachefaktoren wider, die zur Erklärung der Entstehung von psychischen Erkrankungen herangezogen werden. Es ist ferner bislang nicht ausreichend bekannt, welche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Ursachefaktoren bestehen. Auch sind diese Ursachefaktoren nicht partialisierbar, d. h. man kann einzelne Ursachefaktoren nicht allein betrachten, da nicht bekannte Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren vorliegen.

Als „weiße Felder“ wurden identifiziert:

- Die Ursache-Wirkungs-Kette ist bislang für keine psychische Erkrankung vollständig und evidenzbasiert belegt worden.
- Die Frage nach der Arbeitsbedingtheit einer Erkrankung ist bislang nicht eindeutig geklärt. Welchen Anteil Belastungen der Arbeit haben, ist nicht messbar.
- Die Rolle und das Gewicht der Gesundheitsressourcen bei der Vermeidung von psychischen Erkrankungen sind nicht bekannt. Einige Personen werden bei bestimmten Arbeitsbelastungen krank, während andere unter den gleichen Belastungen nicht erkranken.
- Der Zusammenhang zwischen der Zunahme subjektiv erlebter Arbeitsbelastungen und der Zunahme an psychischen Erkrankungen ist nicht geklärt.

Geplant war zunächst, dass sich der Hinweiskatalog vor allem an Betriebsärzte bzw. Arbeitsmediziner richten soll, da diese in ihrer täglichen Arbeit mit arbeitsbedingten Belastungen konfrontiert sind. Bei weiterer Beschäftigung mit der Thematik wurde jedoch deutlich, dass die unterschiedlichen Ursachefaktoren (s. Abb. 5) und die multifaktorielle Verursachung der psychischen Erkrankungen eine Fokussierung auf die Arbeitsmedizin als nicht zielführend erscheinen lässt. Denn viele der Ursachefaktoren sind nicht in der Arbeit, sondern im Privatleben, in der Freizeit oder auch in weiteren (chronischen) Erkrankungen zu finden. Hier haben Hausärzte, die ihre Patienten häu-

fig besser und länger kennen als Betriebsärzte, die lediglich im Umfang der gesetzlich vorgegebenen Untersuchungen Kontakt aufnehmen können, einen deutlich besseren Zugang. Auch wurde deutlich, dass Betriebsärzte die Rolle der psychischen Belastungen bei der Arbeit kaum im Rahmen ihrer (überbetrieblichen) Tätigkeiten thematisieren. Es wird sich lediglich auf klassische G-Untersuchungen wie Umgang mit bestimmten Gefahrstoffen, Muskel-Skelett-Belastungen oder Arbeitstätigkeitstypen wie Bildschirmarbeit o.ä. beschränkt.

Im Zusammenhang mit den verschiedenen an der Diagnostik beteiligten Medizinern sind auch Anamnesegespräche zwischen Arzt und Patient von großer Bedeutung für die Früherkennung von psychischen Störungen und deren Ursachefaktoren. Ein erster Ansatz- und Anknüpfungspunkt zur Frühdiagnostik von (arbeitsbedingten) Belastungen und daraus möglicherweise entstehenden psychischen Störungen geht aus dem sogenannten biospsychozialen Modell hervor (vgl. Adler & Hemmeler, 1989). Dieses Modell versucht, neben den biologischen, auch psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung einer Krankheit mit in Betracht zu ziehen.

Psychische und soziale Faktoren können zum Entstehen einer Krankheit beitragen, den Zeitpunkt ihres Auftretens bestimmen, die Reaktion des Menschen auf körperliche Veränderungen beeinflussen und den Moment, in dem er den Arzt aufsucht. Weiterhin färben sie sein Verhalten während des Krankseins und können das Ausmaß und die Geschwindigkeit der Genesung modifizieren.

Im Rahmen des Projekts wurde versucht eine Interviewtechnik in Anlehnung an das biospsychoziale Modell zu erarbeiten, die objektive und subjektive Aspekte des Patienten erfasst. Somit sollte die Anamnese besser zum Erkennen individueller psychischer Beanspruchungen und der möglichen Erkrankungsfolgen beitragen. Während dieses Interviews muss sich der Arzt Daten zuwenden, die er in Zusammenhang mit anatomischen, pathophysiologischen und biochemischen Vorstellungen bringen soll. Andererseits muss er sich Daten widmen, die menschliches Verhalten betreffen, - einer gerunzelten Stirn, einem Zittern der Hände, dem Leiserwerden der Stimme – und verbalen Äußerungen, die er nicht nur nach dem Wortlaut aufnehmen darf, sondern nach verdeckten und verborgenen Bedeutungen. Insbesondere dieser Berücksichtigung der nonverbalen Zeichen während des Anamnesegesprächs kommt bei der Frühdiagnostik entscheidende Bedeutung zu.

Bislang konnten diese Gespräche jedoch nicht kommunikativ validiert werden. Die Erstellung eines Leitfadens zur Gesprächsführung, um Hinweise für eine frühzeitige Erkennung aufkommender psychischer Beeinträchtigungen durch die Arbeit zu bekommen, die ihrerseits ein Risiko zur Entstehung psychischer Erkrankungen darstel-

len, ist gescheitert. Den Arbeitswissenschaftlern ist es nicht gelungen im Rahmen einer Orientierung und Vertiefung im Kontakt/Gespräch mit Betroffenen die Komplexität der Realität angemessen zu reduzieren.

Im Folgenden werden daher die Grundlagen und der State of the Art der Forschung zur Entstehung von psychischen Erkrankungen beschrieben. Ferner wird dabei auch auf die aktuelle Burn-Out-Debatte eingegangen. Die geschilderten Erfahrungen aus dem Projekt sind für weitergehende Forschungsaktivitäten sinnvoll und tragen zu einem besseren Verständnis der bislang vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse bei.

Ausgangslage

Seit Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts ist vor allem durch Befragungen, also im subjektiven Urteil von Beschäftigten, eine Zunahme erlebter psychischer Belastungen bei der Arbeit festzustellen und das über alle Altersgruppen hinweg (siehe im folgenden u.a. Abb.4). Aus arbeitswissenschaftlicher Sicht kann dies objektiv untermauert werden durch

- eine Zunahme der Arbeitsverdichtung,
- dauerhafte Restrukturierung in den Unternehmen,
- eine Zunahme von Emotionsarbeit im expandierenden Dienstleistungssektor,
- eine faktisch zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit,
- eine Zunahme atypischer Arbeitsverhältnisse.

Die Gestaltung der Arbeitsbedingungen in den Unternehmen wird also mitbestimmt durch wirtschaftliche und gesellschaftliche Kontextfaktoren und Trends. Eine Befragung von Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit und anderen Arbeitsschutzexperten ergab, dass 39 % der Ursachen für psychische Belastungen der Arbeit zugeordnet werden, 26 % den gesellschaftlichen Entwicklungen, 24% der Familie und 11 % der Freizeit. Dies zeigt, dass aus Sicht dieser Expertengruppe psychische Belastungen bei der Arbeit den größten Einflussfaktor bilden. Aus derselben Befragung zeigt die folgende Abbildung die Prozentuale Anwohnhäufigkeit zur Frage nach relevanten und nicht relevanten Bereichen für psychische Fehlbelastungen (HVBG 2004).

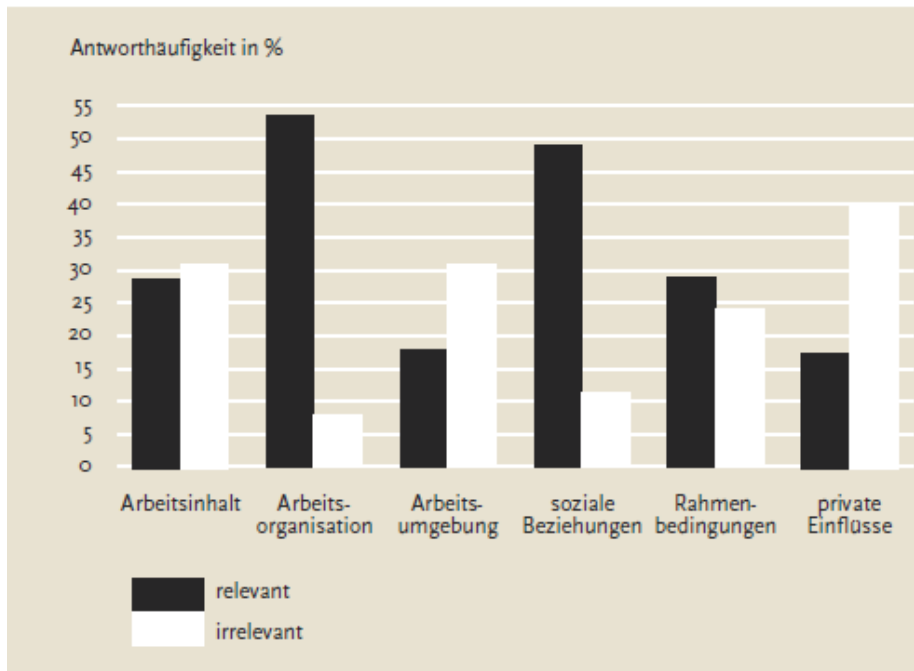


Abb. 1: Prozentuale Antworthäufigkeiten zur Frage „Aus welchen Bereichen resultieren die relevantesten und die am wenigsten relevanten psychischen Fehlbelastungen?“ (HVBG 2004)

Die Abbildung zeigt, dass die Bereiche „Arbeitsorganisation“, „soziale Beziehungen“ und „Rahmenbedingungen“ am häufigsten genannt werden. Dies korrespondiert mit zahlreichen Befragungen zu psychischen Belastungen, die in den letzten Jahren von den verschiedensten Akteuren der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften, der Wirtschaftsverbände und politischen Träger durchgeführt wurden.

Typische **psychische Fehlbelastungen der Arbeitsorganisation** sind z.B. Zeitdruck, unzureichende Einarbeitung, unklare Zielvorgaben, hohe Arbeitsmenge, ständige Erreichbarkeit durch Mails/Handy.

Typische **psychische Fehlbelastungen aus „sozialen Beziehungen“** sind z.B. geringe Anerkennung, mangelnde Fairness, kein Gemeinschaftsgefühl.

Typische **psychische Fehlbelastungen aus „Rahmenbedingungen“** sind z.B. Geringe oder keine Entwicklungsmöglichkeiten, Angst vor Arbeitsplatzverlust.

Ab wann psychische Belastungen, die sich per Definition auch als positiv darstellen können (ISO 10075), wie Anforderungsvielfalt bei der Arbeit, Übertragung von Verantwortung etc. in eine psychische Fehlbelastung umschlagen, ist ein lang geführter Diskurs, der bisher nicht abgeschlossen ist. Die Betrachtung eines Merkmals einmal als positive Anforderung und ein anderes Mal als Stressor hat sich bislang jedoch als nicht zielführend herausgestellt. Glaser & Herbig (2012) folgen der angloamerikanischen Fachliteratur, die eine Differenzierung in hindrance demands und challenge demands vorschlägt, und haben ein differenziertes, integriertes Modell entwickelt,

welches lernförderliche/aktivierende Anforderungen, unterstützende Ressourcen und beeinträchtigende Stressoren konzeptuell trennt (siehe folgende Abb.).

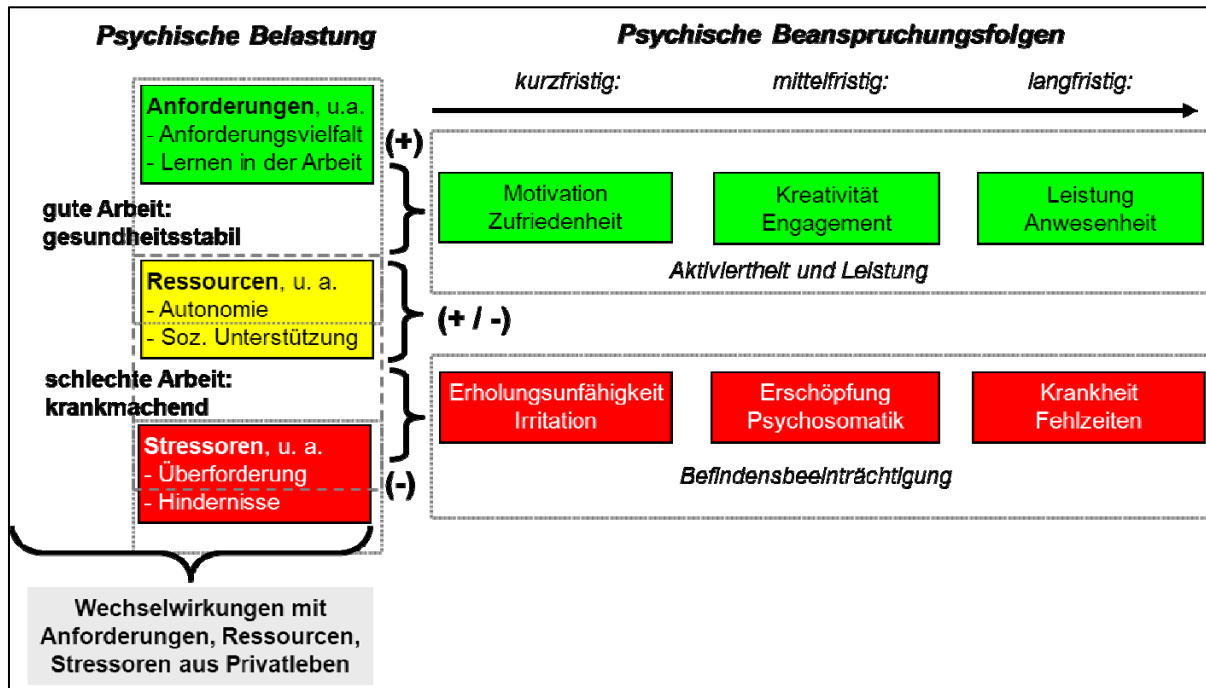


Abb. 2: Integriertes Modell zu Arbeit, Gesundheit und Leistung (weiterentwickelt nach Glaser & Herbig 2012)

Bedeutsam an dem Modell von Glaser & Herbig ist die Unterscheidung in positive und negative Beanspruchungsfolgen sowie in kurzfristige, mittelfristige und langfristige Beanspruchungsfolgen. Das Modell integriert damit alle zentralen Merkmale des Belastungs-Beanspruchungsmodells und geht weit über die gängige Darstellung der ISO 10075 hinaus.

Ausmaß und Dauerhaftigkeit vorhandener Stressoren und fehlender Ressourcen, die zunächst zu unmittelbar wirksam werdenden negativen Beanspruchungsfolgen führen, sind weitgehend belegt (siehe folgende Abb. 3). Unklar ist, unter welchen Bedingungen sich Ursache-Wirkungszusammenhänge ergeben, die bis zur psychischen Erkrankung führen.

Eine Befragung der LIGA (heute LIA)¹ bei 2000 Beschäftigten in 2009 zeigt, dass sehr häufig erlebte Wirkungen wie Erschöpfung, Ausgebranntsein, Schlafstörungen,

¹ LIGA = Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein Westfalen; LIA = Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein Westfalen

Niedergeschlagenheit etc. schon ein erhöhtes Risiko im Hinblick auf die Entstehung von psychischen Erkrankungen ergeben können.

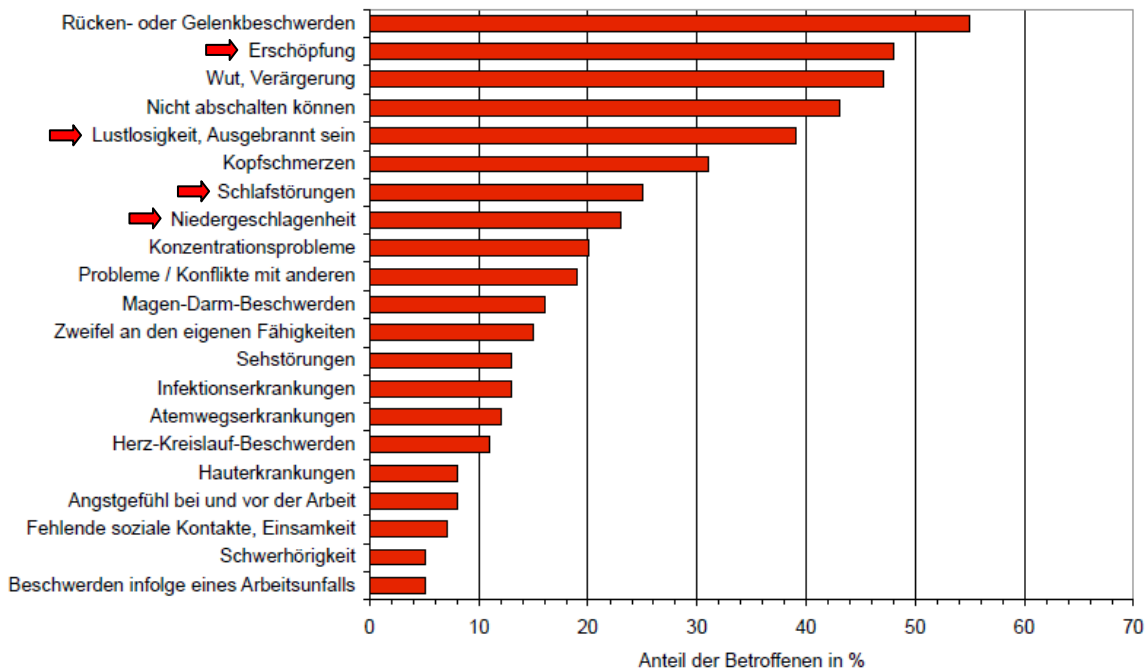


Abb. 3: Gesundheitliche Auswirkungen bei der Arbeit (n = 2000; LIGA 2009)

Die Empirie bestätigt eine rapide Zunahme der psychischen Erkrankungen ohne bisher einen direkten kausalen Entstehungszusammenhang zu schlechten Arbeitsbedingungen herstellen zu können. So ist mittlerweile der Hauptgrund eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen, durch psychische Erkrankungen verursacht. Die Bewilligungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind von 2006-2011 von 55.000 auf 75.000 gestiegen. Die Zahl psychisch Erkrankter, die eine von der Rentenversicherung finanzierte Rehabilitationsmaßnahme bezogen, stieg von 2006 auf 2011 von 86.000 auf 137.000 Personen an. Die Zahl der aufgrund von psychischen Erkrankungen diagnostizierten AU-Tage beträgt 2011 12,5% aller betrieblichen Fehltag.

„Damit hat sich der Anteil der AU-Tage aufgrund von psychischen Erkrankungen an allen betrieblichen Fehltagen seit 2000 in etwa verdoppelt. Die Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen sind überdurchschnittlich lang, durchschnittlich 30 Tage. Depressiv erkrankte Arbeitnehmer fehlen im Schnitt sogar 39 Tage.“ (Quelle: BPtK 2012).

Die folgende Abbildung differenziert die lange Falldauer bei Psychischen Erkrankungen nach Alter, hier Daten der IKK classic für NRW in 2010. Es wird deutlich, dass die Falldauer mit zunehmendem Alter ansteigt. Angesichts alternder Baby Boomer in

den Belegschaften kann daher weiterhin mit einem Anstieg der Falldauer gerechnet werden.

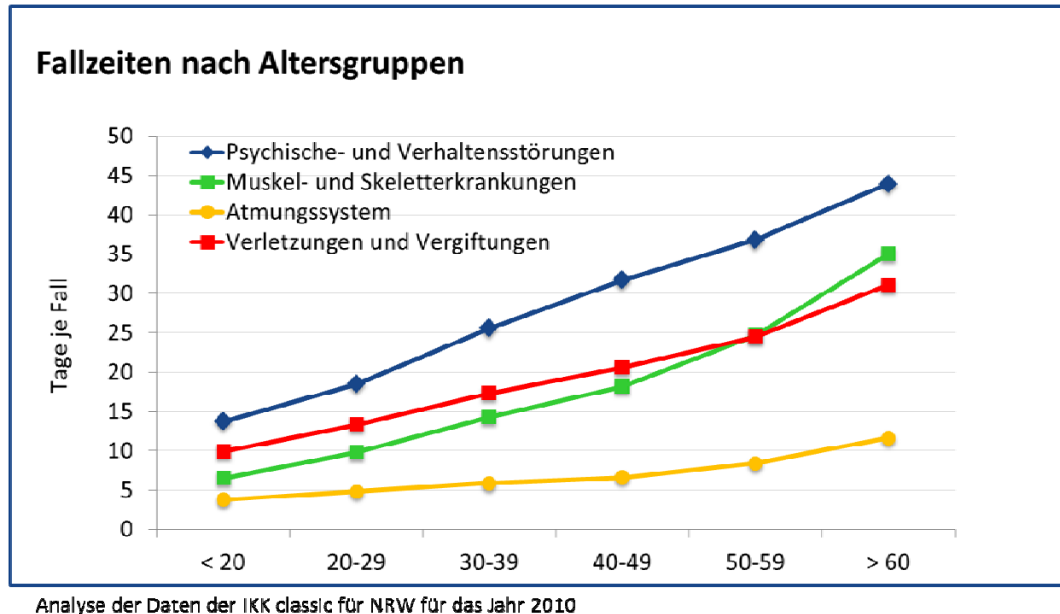


Abb. 4: Fehlzeiten nach Altersgruppen der IKK Classic für NRW (Auswertung im Projekt BeFunt, A.U.G.E. Institut)

Quintessenz der bisherigen Befundlage ist, dass erlebte psychische Fehlbelastungen bei der Arbeit und psychische Erkrankungen stark zunehmen und dass ein Zusammenhang in der Ursache-Wirkungskette der Entstehung anzunehmen ist, bislang aber noch als Black Box bezeichnet werden muss.

Im Folgenden soll diese Black-Box beleuchtet und bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse zur Ursache-Wirkungskette von psychischen Erkrankungen geschildert werden. Des Weiteren werden mögliche Ansatzpunkte zur Prävention dargestellt. Der Schwerpunkt dieses Artikels liegt dabei auf Erkenntnissen der Arbeitswissenschaft und den Zusammenhängen zwischen Arbeit und psychischen Erkrankungen. Obgleich werden auch weitere, nicht aus der Arbeit resultierende Belastungen berücksichtigt und beschrieben.

Vorhandene Erklärungsansätze

Die Entstehung von psychischen Erkrankungen ist multikausal bedingt, d. h. es gibt nicht „die“ eine Ursache für eine psychische Erkrankung. Verschiedene Modelle liefern erste Erklärungsansätze zum Zusammenhang zwischen bestimmten Fehlbelastungskonstellationen und auftretenden Fehlbeanspruchungen. Diese Konstellationen psychischer Fehlbeanspruchungen ziehen negative Beanspruchungsfolgen nach

sich, die über kurzfristige Wirkungen hinausgehen (s. integriertes Modell nach Glaser). Zu diesen Modellen zählen beispielsweise das Demand-Control-Support-Modell (Anforderungs-Kontroll-Unterstützungs-Modell) nach Karasek und Theorell (1990) und das Effort-Reward-Imbalance-Modell (Modell der Gratifikationskrisen) nach Siegrist (2010), die die Arbeit explizit in den Mittelpunkt der Betrachtung psychischer Erkrankungen stellen. Andere Modelle aus der klinischen Psychologie berücksichtigen die Arbeit als interagierenden Faktor hingegen nur am Rande oder zum Teil gar nicht (vgl. Jacobi et al. 2012).

Das Demand-Control-Support-Modell teilt die psychosozialen Belastungskonstellationen der Arbeit in zwei Dimensionen ein. Zum einen in die (psychomentalen) Arbeitsanforderungen, die an die Person gestellt werden und zum anderen in den Entscheidungs- und Kontrollspielraum, der zur Aufgabenerfüllung gegeben ist. Das Modell weist auf ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen bei fehlendem Tätigkeitsspielraum bzw. Kontrollerleben, hohen psychischen Anforderungen der Tätigkeit (insbesondere Zeitdruck) und einem Mangel an tätigkeitsbezogener sozialer Unterstützung durch Führungskräfte und Kollegen hin (vgl. a. a. O.).

Wenn also eine Arbeitssituation geprägt ist durch Zeitdruck oder Hektik (hohe physische und psychische Anforderungen) und zugleich nur geringe Möglichkeiten der eigenen inhaltlichen Ausgestaltung (niedrige Kontroll- und Einflusschancen) bestehen, erleben Beschäftigte Stress am Arbeitsplatz. Chronifiziert sich diese Stresserfahrung und wird langfristig wahrgenommen, steigt das Risiko für stressassoziierte Erkrankungen. Dies geschieht aufgrund der Dauerhaftigkeit des Aktivierungszustandes und des nicht Erlebens von angemessener Entspannung, die sich im Normalfall nach erfolgreicher Aufgabenbewältigung einstellt (vgl. Biffel et al. 2012). Die höchsten Risiken ergeben sich nach Karasek und Theorell bei sogenannten „high-strain jobs“. Diese sind gekennzeichnet durch geringen Kontrollspielraum und hohen (psychischen) Anforderungen und weisen die größten Gefahren für die Gesundheit und ungünstige Reaktionen wie Ermüdung oder psychische Erkrankungen auf (vgl. Karasek/Theorell 1990: 31ff). „Active Jobs“ hingegen weisen bei hohen (psychischen) Anforderungen gleichzeitig hohe Kontroll- und Einflussmöglichkeiten auf. Dies geht nicht mit Erkrankung, sondern eher mit der Entwicklung individueller Fähigkeiten und damit mit der Erfahrung von Anregung und Erfolgsgefühlen einher.

Eine neue Studie von Rau et al. (2010), die die Beziehungen dieses Modells zur Entstehung von Depression untersucht, konnte jedoch keine signifikante Beziehung nachweisen. Eine Erklärung dafür ist, dass das Modell sich nur auf Arbeitsbedingungen bezieht und dispositionelle Persönlichkeitsmerkmale keine Berücksichtigung finden.

Das Effort-Reward-Imbalance-Modell (Siegrist) bezieht sich auf die Austauschbeziehungen zwischen Unternehmen und Beschäftigten. Stimmt die subjektive Bilanz zwischen Verausgabung aufgrund der Arbeitsanforderungen nicht mit der erhaltenen und wahrgenommenen Belohnung überein, besteht laut diesem Modell ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen. Dieses Ungleichgewicht wird verkürzt als „Gratifikationskrise“ bezeichnet. Ferner spielt in diesem Modell die Bereitschaft zur Verausgabung der Beschäftigten eine Rolle. Dieser sogenannte dysfunktionale Bewältigungsstil ist unabhängig von der ausgeführten Tätigkeit und ist gekennzeichnet von einer übermäßigen Neigung zur Verausgabung in Leistungssituationen und durch unangemessene Bewertungen der Anforderungen und Belohnungen (vgl. Jacobi et al. 2012).

Anders als das Demand-Control-Support-Modell versucht dieses Modell persönliche Bewältigungskompetenzen und arbeitsmarktbedingte Faktoren zu berücksichtigen. Das Belastungsgeschehen wird daher in eine situative, also auf die Anforderungen bezogene, und in eine intrinsische, d. h. auf das persönliche Bewältigungsverhalten bezogene, Belastungskomponente unterteilt (vgl. Biffi et al. 2012). Ferner befasst sich dieses Modell mit psychosozialen Belastungen, die in arbeitsvertraglichen Regelungen begründet sind. Daher stimmt es mit der heutigen, von Arbeitsplatzunsicherheit geprägten Arbeitsmarktsituation besser überein, denn Sicherheit, aber auch Wertschätzung und eine angemessene Entlohnung stellen heute eine Gratifikation dar. Zu einer chronifizierten Gratifikationskrise kann es laut diesem Modell vor allem dann kommen, wenn (vgl. ebd.):

1. aufgrund nicht vorhandener Arbeitsplatzalternativen eine Abhängigkeit besteht,
2. ein ungünstiger Arbeitsvertrag eingegangen wird, weil dadurch in der Zukunft eine bessere Arbeitssituation erhofft und erwartet wird. Erfüllt sich diese Hoffnung nicht, stellen sich häufig besonders gravierende Konsequenzen für die Gesundheit ein,
3. wie oben bereits beschrieben, eine hohe Verausgabungsbereitschaft vorliegt und diese insbesondere dann aufrechterhalten wird, wenn die erhoffte Gratifikation nicht eintritt.

Untermuert wurde das Effort-Reward-Imbalance-Modell durch Beobachtungen der Prospektiv GmbH im Projekt „GRAziL“². Die folgende Abbildung zeigt, dass Leihar-

² **GRAziL** = Gestaltung, Umsetzung und Transfer von Instrumenten zum Ressourcenmanagement und zum Arbeitsschutz im Rahmen eines zielgruppenbezogenen Ansatzes für Leiharbeiter/-innen in Entleihunternehmen.

beitskräfte einem Geflecht von Belastungskonstellationen ausgesetzt sind, und dass im Zusammenwirken der einzelnen Belastungscluster keine Monokausalitäten vorliegen, bei dem sich die erlebte Belastung auf einen einzelnen verursachenden Auslöser zurückführen lässt. Stattdessen konnte eine multikausale Ursache-Wirkungskette mit multifinalen Folgewirkungen identifiziert werden. Durch den Status (bzw. das Beschäftigungsverhältnis) der Leiharbeit erstrecken sich die Einflussfaktoren psychischer Belastung weit über das konkrete Arbeitssystem hinaus, wirken aber auf dasselbe ein. Die Reichweite erstreckt sich von Verhaltensweisen des Zeitarbeitsunternehmens bis zu gesellschaftlichen Diskriminierungen im Privatleben.

Durch die Kenntnis der Wirkungszusammenhänge ließen sich erstmals prioritär begründete Ansatzpunkte für gezielte Interventionen ableiten, um eine effektive Verbesserung der Belastungssituationen für die Leiharbeitskräfte zu erreichen. Effektive Interventionen setzen bei den Treiberindikatoren und den zentralen Stellgrößen der Wirkungskette an. Sie unterbrechen die Kette bzw. vermindern Wechselwirkungen und Kreislauf-Wirkungen.

Als kardinale Stellgröße in der Ursache-Wirkungskette psychischer Belastung wurde die **strukturelle Ausgrenzung der Leiharbeitnehmer im Entleihunternehmen** ermittelt. Hier gilt es, insbesondere eine soziale Integration und eine Gleichbehandlung der Leiharbeitskräfte zu erreichen (Equal Treatment), siehe Abbildung 5.

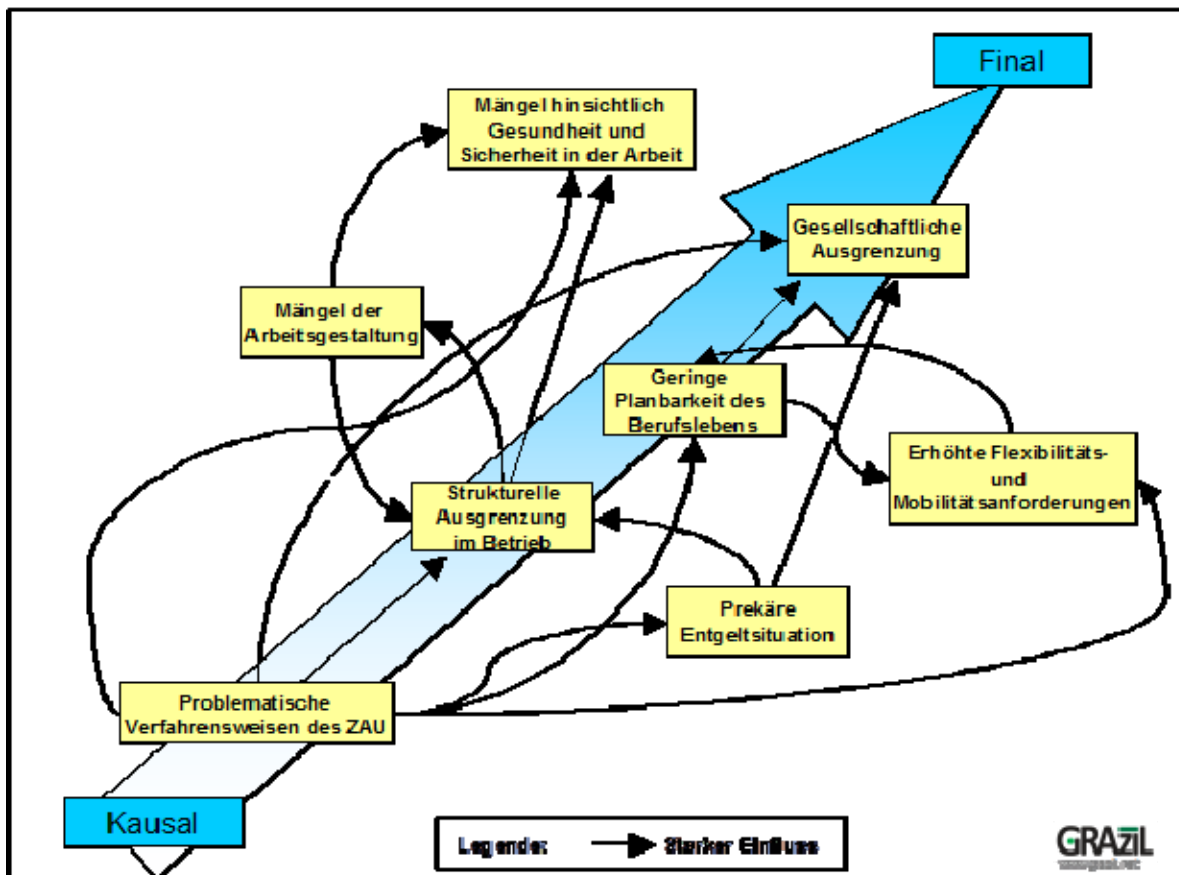


Abb.5: Ursache-Wirkungs-Kette des Syndroms psychischer Belastungen bei der Leiharbeit (Stichprobe: subjektives Urteil von insgesamt 790 Leiharbeitnehmern, Clusterung der psychischen Belastungen, Ursache-Wirkungs-Analyse; Quelle: Langhoff u.a. 2010)

Reflektiert man die besondere Bedeutung psychischer Belastung bei Leiharbeitskräften, zu der die ohnehin hohe Unfallgefährdung durch Arbeitsumgebungsfaktoren und körperliche Belastung noch hinzu kommt, wird die Relevanz des Effort-Reward-Imbalance-Modells deutlich: die Abhängigkeit der Leiharbeitskräfte in ihrem Beschäftigungsverhältnis, die prekäre Entgeltsituation und die totale Verausgabung in der Hoffnung auf Übernahme in ein Vollzeitarbeitsverhältnis beim Einsatzbetrieb. Laut dem Spitzenverband der Krankenkassen haben Leiharbeitskräfte relativ gesehen das höchste Fehlzeitenvolumen aufgrund psychischer Erkrankungen, sowohl bei Männern wie auch bei Frauen (Quelle: Spitzenverbände der gesetzl. KV; zitiert nach BMAS/BAuA 2006).

Die vorhandenen Modelle beleuchten jeweils nur einen Teil der vorhandenen Black-Box der Entstehung psychischer Erkrankungen. Ein integrierendes Modell, das alle vorhandenen Einflussfaktoren berücksichtigt, liegt bislang noch nicht vor. Daher wird

im Folgenden ein Ansatz der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) aufgegriffen und um weitere Faktoren ergänzt.

Psychische Erkrankungen und verschiedene Ursachenfaktoren

Folgende Abbildung zeigt in einer schematischen Darstellung die mögliche Entstehung von psychischen Erkrankungen. Als Ursachenfaktoren können Fehlbeanspruchungen aus verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens gelten. Es wird daher von einem bio-psycho-sozialen Modell ausgegangen, das biologische, psychologische und soziale Aspekte bei der Krankheitsentstehung berücksichtigt, hier gekennzeichnet als die fünf Ursachenfaktoren genetische Prädispositionen, Persönlichkeitsmerkmale, Überforderungen im Privatleben, Überforderungen im Berufsleben oder andere Krankheiten, die als Ursache von Überforderung gelten können.

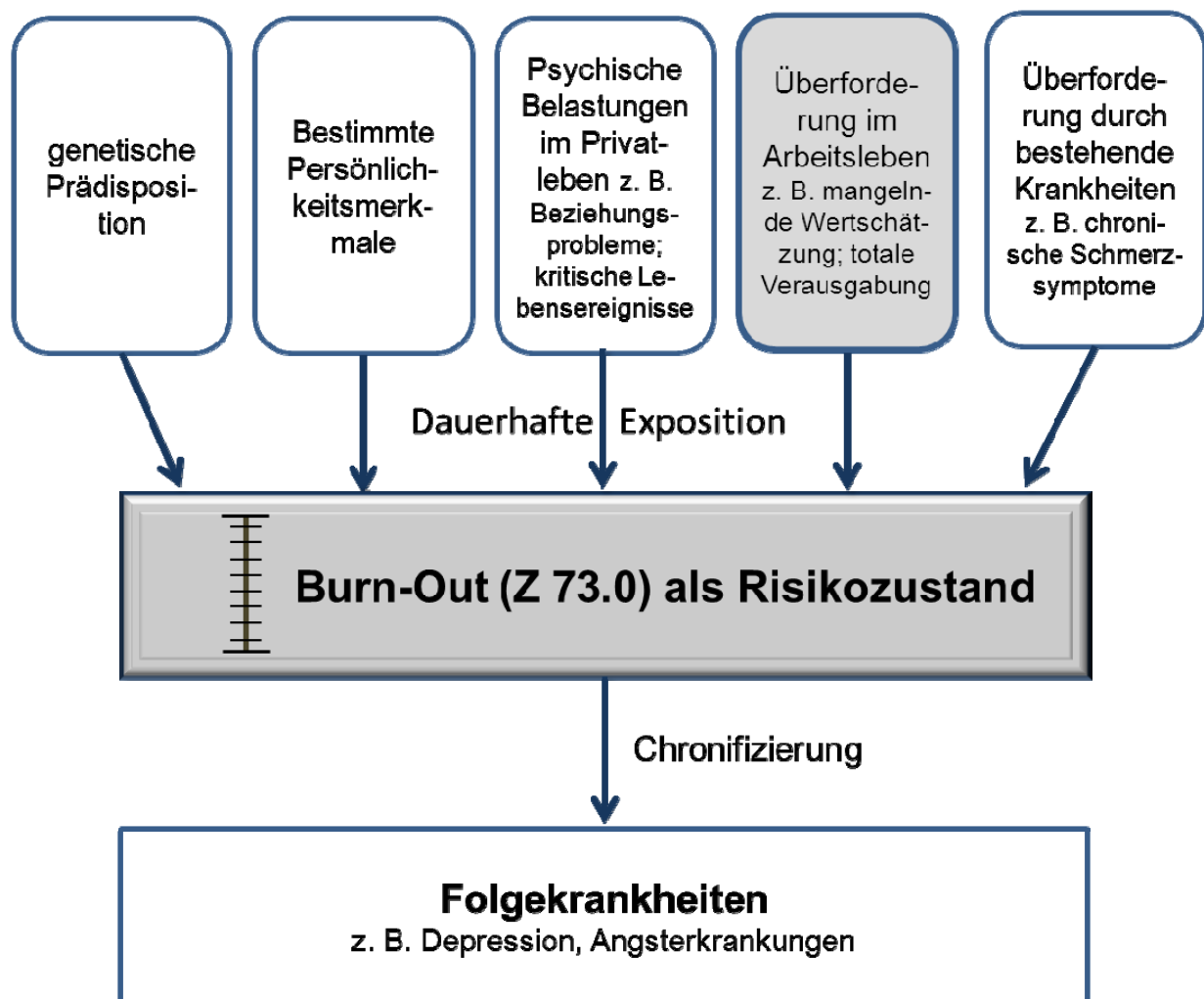


Abb. 5: Schematische Darstellung der Entstehung psychischer Erkrankungen (Weiterentwickelt nach DGPPN, 2012)

Von besonderer Bedeutung ist im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Ursachefaktoren die mögliche Diagnostik durch Hausärzte. Bei der Diagnostik von (psychischen) Erkrankungen sprechen Hausärzte den einen oder anderen der angegebenen Verursachungsfaktoren bereits an. Die Arbeit und daraus resultierende Überforderungen finden bislang am seltensten Eingang in die Diagnostik. Dieser Bereich ist in Zukunft für eine möglichst frühzeitige und genaue Diagnose von psychischen Erkrankungen stärker einzubeziehen.

Das zentrale Element des Modells stellen der Burn-Out und das daraus hervorgehende erhöhte Risiko für eine Folgeerkrankung aufgrund der Chronifizierung dieses Zustandes dar. Auf dieses zentrale Element wird im Folgenden näher eingegangen.

Burn-Out – Eine Einordnung

In Abbildung 5 werden die Zusammenhänge zwischen einem Burn-Out, der Chronifizierung und daraus resultierenden Folgeerkrankungen schematisch dargestellt. Burn-Out beschreibt in diesem Modell somit einen Zwischenschritt bei der Entwicklung einer psychischen Erkrankung. Bei dauerhaftem Bestehen (Chronifizierung) kann Burn-Out als Risikozustand für andere psychische Erkrankungen gelten. Der Burn-Out geht der psychischen Erkrankung in diesen Fällen zeitlich voraus. Insbesondere bei Personen mit entsprechender genetischer oder durch frühere Belastungen erworbener Disposition kann durch Burn-Out eine psychische Erkrankung ausgelöst werden (vgl. DGPPN 2012).

In der öffentlichen Darstellung wird Burn-Out häufig mit Depressionen oder anderen Formen psychischer Erkrankungen gleichgesetzt, die im Zusammenhang mit einer Überlastung durch die Arbeit stehen. Eine solche undifferenzierte Betrachtungsweise sollte jedoch vermieden werden. Das Kardinalsymptom des Burn-Out, eine über längere Zeit erlebte Erschöpfung, unterscheidet sich deutlich von den Symptomen einer Depression gemäß ICD 10. Diese führt niedergeschlagene, gedrückte Stimmung (depressiver Affekt), Interessenverlust und Freudlosigkeit sowie verminderten Antrieb von mindestens zwei Wochen Dauer als Kardinalsymptome einer depressiven Störung auf. Daher ist auch nicht davon auszugehen, dass es sich bei einem Burn-Out um eine anders bezeichnete Depression handelt (von Känel 2008, S. 481). Gleichwohl muss konstatiert werden, dass beispielsweise eine finnische Studie zeigt, dass bei zunehmendem Schweregrad des Burn-Outs die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken auf bis zu 50 % ansteigt (Ahola et al. 2005, nach Nil et al. 2010).

Während die ersten Versuche einer Definition von Burn-Out betonten, dass Menschen „gebrannt haben müssen“ um einen Burn-Out zu erleiden, hat sich heute die Einsicht durchgesetzt, dass dies keine notwendige Bedingung ist. Zudem ist Zuschreibung zu bestimmten Berufen, die anfangs vorgenommen wurde, heute weitestgehend überholt (Burisch 2010). Die in der schematischen Darstellung geschilderten Ursachenfaktoren weisen sogar darauf hin, dass es neben Arbeitsbelastungen weitere Faktoren gibt, die für die Entstehung eines Burn-Outs in Betracht kommen können.

Eine trennscharfe und zufriedenstellende Definition von Burn-Out ist bis heute trotz zahlreicher Versuche und wissenschaftlicher Untersuchungen nicht gelungen. Burisch (2010, S. 19 f.) geht davon aus, dass dies vermutlich auch nicht mehr gelingen werde. Um zu verdeutlichen was ein Burn-Out umfasst, wurde eine Liste mit Symptomen des Burn-Out erstellt (a.a.O., S. 25 f., Ausschnitt):

Tabelle 1: Burnout-Symptomatik (Burisch 2010, Ausschnitt)

<p>1. Warnsymptome der Anfangsphase</p> <p>a) Vermehrtes Engagement für Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hyperaktivität - Freiwillige unbezahlte Mehrarbeit - Gefühl der Unentbehrlichkeit - Gefühl, nie Zeit zu haben - Verleugnung eigener Bedürfnisse - Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen <p>b) Erschöpfung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chronische Müdigkeit - Energiemangel - Unausgeschlafenheit - Erhöhte Unfallgefahr 	<p>2. Reduziertes Engagement</p> <p>a) Für Klienten und Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desillusionierung - Meidung von Kontakt mit Klienten und/oder Kollegen <p>b) Für andere allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kälte - Verlust der Empathie <p>c) Für die Arbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negative Einstellung zur Arbeit - Tagträumen <p>d) Erhöhte Ansprüche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gefühl mangelnder Anerkennung - Partnerprobleme
<p>3. Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisung</p> <p>a) Depression</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schuldgefühle - Reduzierte Selbstachtung - Verringerte emotionale Belastbarkeit - Hilfslosigkeits-, Ohnmachtsgefühle - Selbstmordgedanken <p>b) Aggression</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorwürfe an andere - Negativismus - Reizbarkeit - Häufige Konflikte mit anderen 	<p>4. Abbau</p> <p>a) der kognitiven Leistungsfähigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konzentrations- und Gedächtnisschwäche - Ungenauigkeit - Unfähigkeit zu klaren Anweisungen <p>b) der Motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verringerte Initiative - Verringerte Produktivität <p>c) der Kreativität</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verringerte Phantasie <p>d) Entdifferenzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Widerstand gegen Veränderungen aller Art
<p>5. Verflachung</p> <p>a) des emotionalen Lebens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen <p>b) des sozialen Lebens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meidung informeller Kontakte - Suche nach interessanteren Kontakten - Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit - Mit sich selbst beschäftigt sein - Einsamkeit <p>c) des geistigen Lebens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufgeben von Hobbys - Desinteresse 	<p>6. Psychosomatische Reaktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwächung der Immunreaktion - Unfähigkeit zur Entspannung in der Freizeit - Schlafstörungen - Sexuelle Probleme - Engegefühl in der Brust - Atembeschwerden - Erhöhter Blutdruck - Rückenschmerzen - Kopfschmerzen - Magen-Darm-Geschwüre - Gewichtsveränderungen - Mehr Alkohol/ Kaffee/ Tabak/ andere Drogen
<p>7. Verzweiflung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negative Einstellung zum Leben - Hoffnungslosigkeit - Selbstmordabsichten 	

Ferner bleibt festzuhalten, dass Burn-Out nach dem Diagnoseschlüssel Z73.0 der „International Classification of Diseases, 10. Fassung (ICD 10)“ keine Erkrankung darstellt. Mit den Z-Diagnosen werden Faktoren beschrieben, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen.

Der Versuch einer Messung des Burnout-Syndroms geht bis in die frühen 70er Jahre zurück. Viele der frühen Burnout-Forschungen und Publikationen beruhen auf informellen Fragebögen oder checklistenartige Zusammenstellungen, deren Wissenschaftlichkeit niemals untersucht wurde (vgl. Burisch, 2010, S.34).

Bis zum jetzigen Zeitpunkt konnten sich nur zwei Konstrukte bzw. Instrumente durchsetzen: Das Burnout Measure (früher Tedium Measure) und das Maslach-Burnout-Inventory, auf das im Folgenden näher Bezug genommen wird.

Das Maslach-Burnout-Inventory (MBI) ist ein von Christina Maslach und Susan E. Jackson entwickeltes Instrument zur Erfassung des subjektiven Ausmaßes des Burnout-Syndroms.

Es kann als das Verfahren bezeichnet werden, welches in der Burnout-Forschung am häufigsten eingesetzt wird. Bis heute findet es in über 90% der einschlägigen Forschungsarbeiten Anwendung (vgl. Burisch, 2010, S.51).

Der 1981 entwickelte Selbstbeurteilungs-Fragebogen enthält in seiner ursprünglichen Version 25 Items in Form von Behauptungen, die nach ihrer Intensität und Häufigkeit bewertet, aufsummiert und den drei Dimensionen „emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „Leistungs(un)zufriedenheit“ zugeordnet werden.

Die Dimension der emotionalen Erschöpfung registriert das Gefühl der physischen und psychischen Überforderung. Im Alltag wird oftmals synonym der Begriff des „Ausgelaugtseins“ zur Beschreibung dieses Zustandes verwendet. Die Depersonalisation ist eine sekundäre Reaktion auf die emotionale Erschöpfung und dient als Schutz- und Abwehrfunktion. Aus einem zunächst motivierten und idealisierten Verhältnis zur Arbeit, entwickelt sich zunehmend eine Frustration. Die betroffene Person distanziiert sich von der Arbeit und identifiziert sich nicht mehr mit dieser. Der Bereich der Leistungs(un)zufriedenheit erfasst das Erleben von Kompetenz und Leistung bei der Arbeit.

Anhand von Daten unterschiedlicher Populationen (insgesamt 1025 Personen) wurden die ersten Ergebnisse einer Faktorenanalyse unterzogen. Mit Hilfe dieser Faktorenanalyse konnten aus dem Beobachtungsmaterial allgemeine Grundsätze zur Be-

schreibung und Feststellung des Ausmaßes des Burnout-Syndroms gewonnen werden.

Ein Hauptkritikpunkt am Maslach-Burnout-Inventory liegt in der Wahl der Ebenen, in denen Burnout stattfindet. 1982 wurden nach Maslach noch drei Ebenen – die individuelle, die zwischenmenschliche und die institutionelle – unterschieden. 1997 revidiert Maslach ihre Aussage und sieht die Verantwortung und somit auch den Auslöser von Burnout ausschließlich in den Organisationen/Institutionen (vgl. Burisch 2010, S.52). So meint Maslach:

„...wo die Verantwortung oft liegt...vollständig auf den Schultern der Organisation. Es wird gezeigt, dass Burnout Anzeichen einer schweren Funktionsstörung innerhalb einer Organisation darstellt und mehr über die Arbeitsumstände aussagt als über die Mitarbeiter.“ (Maslach & Leiter, 1997, Klappentext; zit. n. Burisch, 2010, S.52)

Auch in anderen Forschungsarbeiten werden Unterschiede in der Persönlichkeit und weitere individuelle Faktoren für die Entstehung von Burnout im Gegensatz zu organisationalen Faktoren nur am Rande betrachtet. Wenngleich in kaum einer Publikation der Hinweis fehlt, die Persönlichkeit spielt selbstverständlich auch irgendeine Rolle (Burisch 2010, S. 53).

In Maslachs Forschungsarbeiten werden individuelle Faktoren nicht berücksichtigt. So kann nicht erklärt werden, warum von zwei Mitarbeitern mit den gleichen Gegebenheiten (identische Arbeitsbedingungen, Arbeitseinheiten etc.) bei einem ein Burnout-Syndrom festgestellt wird und bei dem anderen nicht.

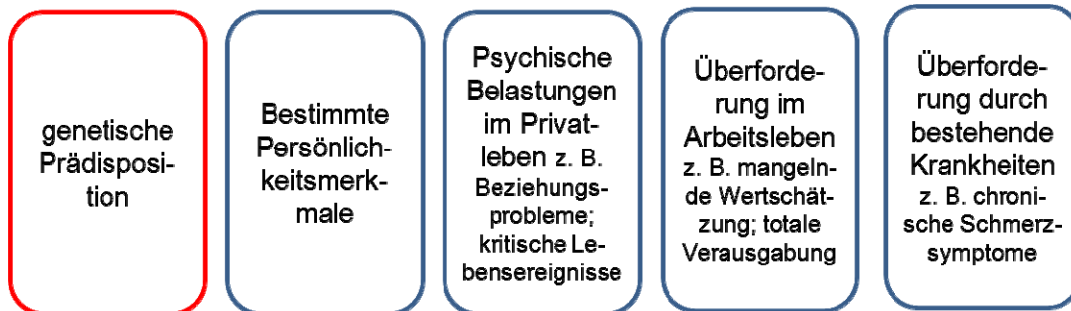
Daran wird deutlich, dass weitere Faktoren – genetische Prädispositionen, Persönlichkeitsmerkmale, Überforderungen im Privatleben und Krankheiten als weitere Ursache von Überforderungen – einen Einfluss auf die Entstehung von Burnout haben.

An dieser Stelle muss konstatiert werden, dass es kaum interdisziplinäre Forschung zwischen der Arbeitswissenschaft auf der einen Seite und der Medizin, der Klinischen Psychologie und der Genetik auf der anderen Seite gibt.

Ursachefaktoren

Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen den in Abbildung 5 genannten Ursachenfaktoren und psychischen Erkrankungen im Allgemeinen bzw. Burn-Out im Speziellen beleuchtet.

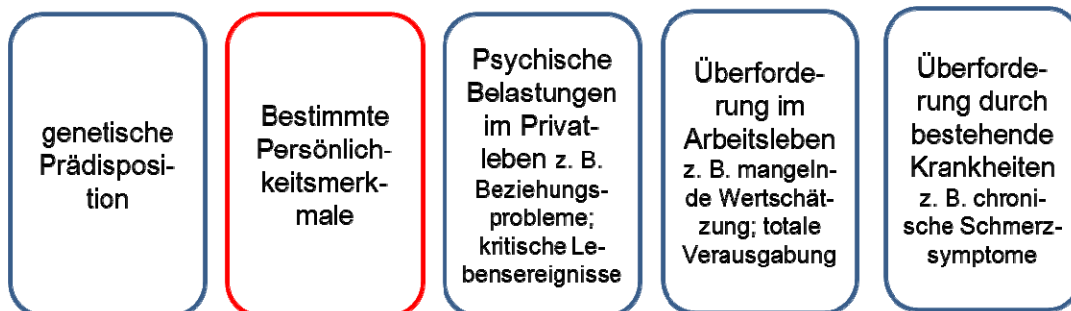
Genetische Prädisposition



Der biologische/genetische Organismus des Menschen hat sich seit 40.000 bis 50.000 Jahren kaum verändert. Er wurde für natürliche und unkomplizierte Lebensbedingungen geschaffen, welche in der heutigen Zeit so nicht mehr existieren. Wie zuvor bereits geschildert, gestaltet sich das menschliche Leben zunehmend dynamischer und komplexer, was immer häufiger Anpassungsleistungen des menschlichen Organismus erfordert. Dem Menschen stehen Technik, Energie und Informationen zur Verfügung, die ihm ein eigenverantwortliches und freies Leben mit noch nie zuvor dagewesenen Chancen ermöglicht. Diesen Chancen stehen aber auch Risiken gegenüber, z. B. die Gefahr der Überforderung, die Burn-Out zur Folge haben kann (Wühr 2003).

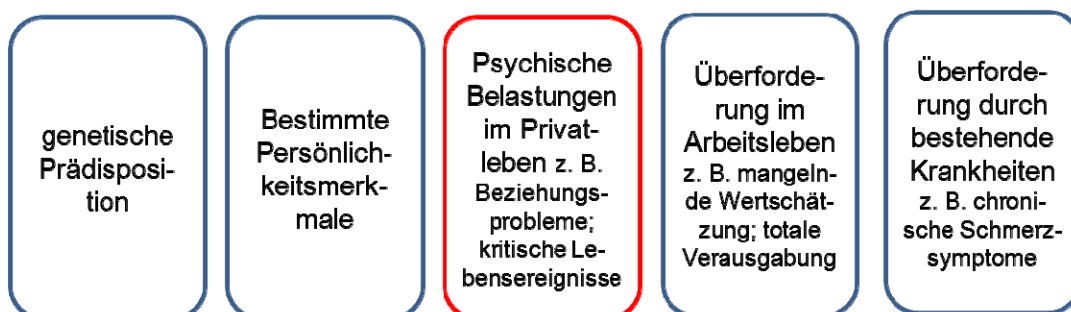
Psychische Erkrankungen kommen bei verschiedenen Personen trotz ähnlicher oder gleicher Belastungen in unterschiedlichem Maße vor. Während einige Menschen auf eine Belastung mit einer psychischen Erkrankung reagieren, sind andere von den Belastungen völlig unbeeindruckt. Insbesondere für depressive Erkrankungen ist ein Zusammenhang mit genetischer Prädisposition belegt. Dies kann so weit führen, dass selbst ein Jahreszeitwechsel als Belastung ausreicht, um eine depressive Episode auszulösen (DGPPN 2012, S. 8). Neben Depressionen häufen sich auch andere psychische Erkrankungen wie beispielsweise Demenzen vom Alzheimer Typ, Schizophrenien oder Angststörungen bei Vorliegen bestimmter genetischer Varianten (Maier, Wagner 2011). Neben der polygenetischen Verursachung der Erkrankungen spielen aber mitunter auch Umwelt- und Persönlichkeitsmerkmale bei der Entstehung eine Rolle (wenngleich die Persönlichkeitsfaktoren selbst auch genetisch beeinflusst sind). Die Persönlichkeitsmerkmale werden im Folgenden näher betrachtet.

Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale



Ebenfalls können bestimmte Persönlichkeitsmerkmale als Ursachenfaktor für das Auftreten eines Burn-Out-Syndroms genannt werden. Nach Burisch (2010, S. 200) gibt es nicht die eine „Persönlichkeit des Ausbrenners“. So wurden in der Literatur bislang sehr unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale beschrieben, die auf ein höheres Risiko für Burn-Out hinweisen. Dazu gehören einerseits ein schwaches Selbstwertgefühl, das häufig von äußerer Anerkennung abhängt, die Unfähigkeit zum Gefühlsausdruck, Ungeduld und geringe Belastbarkeit. Auf der anderen Seite sind es Merkmale, wie der Wille sehr hohe Ziele zu erreichen, Perfektionismus und die Unfähigkeit Kompromisse zu schließen (Bundesverband der Unfallkassen 2001). Diese auf den ersten Blick unvereinbaren Merkmale spiegeln die Schwierigkeit der Identifikation einer „Ausbrennerpersönlichkeit“ wider.

Psychische Belastungen im Privatleben



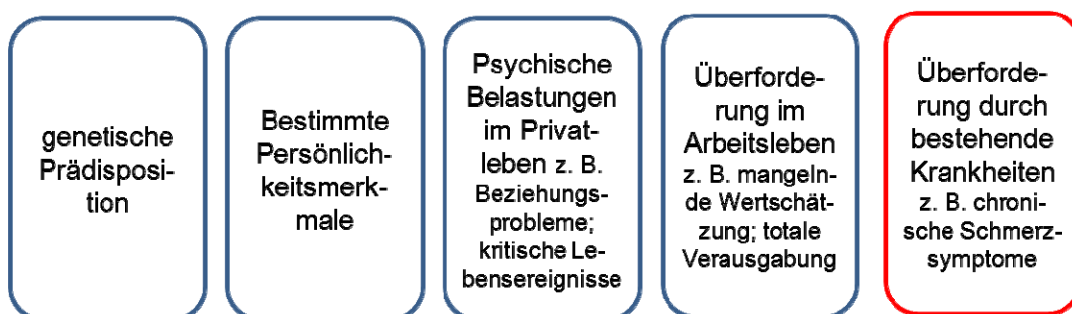
Neben den bisher geschilderten Ursachenfaktoren sind im Privatleben Belastungen zu finden, die zu einem Burn-Out führen bzw. dessen Entstehung beeinflussen können. In diesem Zusammenhang werden z. B. Beziehungsprobleme oder kritische Lebensereignisse (z. B. Tod eines nahen Angehörigen, schwere Krankheit; zum Konzept der „kritischen Lebensereignisse“ siehe Perrez et al. 2011) genannt, die am Entstehungsprozess beteiligt sind. Diese Erkenntnis ist nicht neu. Schon Robert Burton hat 1621 festgestellt, dass Ereignisse wie unglückliche Heirat oder Verarmung einen noxischen Einfluss auf die Entstehung von depressiven Erkrankungen haben (Perrez et al. 2011, S. 272). Verschiedene neuere Studien zeigen beispielsweise ein

vermehrtes Auftreten von kritischen Lebensereignissen vor der Entstehung von depressiven Störungen (Perrez et al. 2011, S. 276).

Diese Ereignisse mindern überdies die Bewältigungsmöglichkeiten anderer Ursachefaktoren. Ein glückliches und zufriedenstellendes Privatleben kann andere belastende Ursachefaktoren ausgleichen und zu einer gelungenen Bewältigung dieser Belastungen beitragen.

Ferner sind weitere Belastungen des Privatlebens zu nennen. So macht es beispielsweise die Kommunikation per Handy oder Email heutzutage möglich, jederzeit erreichbar zu sein. Diese ständige Erreichbarkeit führt dazu, dass die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit verschwimmen und somit keine ausreichende Erholung und Regeneration ermöglicht wird (DGPPN 2012). Das Berufsleben wird nicht mehr vom Privatleben getrennt. Selbst wenn die Belastungen des Arbeitslebens wegfallen, ist eine Burn-Out-Erkrankung nicht ausgeschlossen. Durch Arbeitslosigkeit verliert der Mensch seine Autonomie, da die für ihn unbefriedigende Lage nicht ohne weiteres zu beenden ist. Während der Arbeitslosigkeit kann eine Unterforderung entstehen und Anerkennung in der Arbeitssituation, die zu einem positiven Selbstwertgefühl beigetragen hat, entfällt. Hinzu kommt, dass Menschen in Arbeitslosigkeit ihre soziale Existenz bedroht sehen und aufgrund dessen womöglich eine Tätigkeit aufnehmen, die unter ihrem Qualifikationsniveau ist. Das Arbeiten in dieser Tätigkeit kann das Selbstwertgefühl weiter beeinträchtigen (Burisch 2010, S. 221 f.).

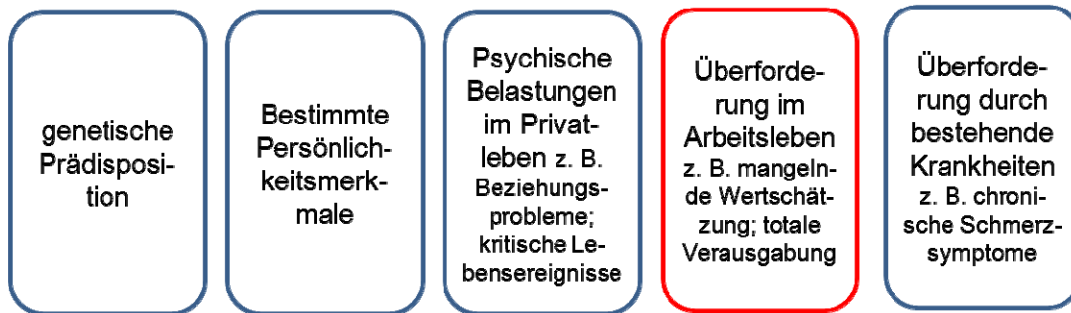
Überforderung durch bestehende Krankheiten



Als spezielle Form eines kritischen Lebensereignisses kann die Überforderung durch bestehende Krankheiten gelten. Zu diesen Krankheiten zählen beispielsweise Multiple Sklerose, Psychosen, Depressionen, Krebserkrankungen, chronische Schmerzsyndrome, Infektionskrankheiten oder beginnende Demenz. Diese Erkrankungen können zur Erschöpfung am Arbeitsplatz führen, ein Gefühl der Überforderung mit sich führen oder weitere Symptome eines Burn-Outs zeigen. Wichtig ist in

diesem Zusammenhang, dass eine genaue medizinische Diagnostik erfolgt, um eine zielgerichtete Therapie zu ermöglichen (DGPPN 2012).

Überforderung im Arbeitsleben



Ein Baustein in der Ursache-Wirkungskette für die Entstehung von psychischen Erkrankungen kann die Arbeit sein. Darauf weist beispielsweise auch schon die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1986 hin, wenn sie schreibt:

„Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein.“

Wie in Abb. 1 bereits beschrieben sind Faktoren des Arbeitslebens wie die „Arbeitsorganisation“, „soziale Beziehungen“ oder „Rahmenbedingungen“ für die Entstehung von psychischen Erkrankungen relevant. Weitere arbeitsbedingte und erkrankungsrelevante Stressoren sind identifiziert worden. Laut Langhoff & Jordan (2001) zählen folgende Aspekte zu den Stressoren aus der Arbeitswelt:

- Überforderung (z.B. zu hohe Arbeitsmenge)
- Unterforderung (z.B. Monotonie)
- Daueraufmerksamkeit bei überwachenden Tätigkeiten
- Fehlende soziale Anerkennung
- Massive Mehrarbeit
- Geringe Arbeitsplatzsicherheit
- Hoher Zeitdruck
- Körperliche Zwangshaltungen
- Mängel bei der...
 - Arbeitsaufgabe (Ganzheitlichkeit, Aufgabenschwierigkeit, Aufgabenvielfalt, Entscheidungsmöglichkeiten)

- Arbeitsorganisation (Möglichkeit zu Kurzpausen, zeitlicher Spielraum, Beteiligung an der Arbeitsgestaltung, körperliche Abwechslung, soziale Unterstützung, Störungsfreiheit, Informationsverfügbarkeit, Rückmeldungen)
- Arbeitsumgebung (Lärm, Klima, Beleuchtung, ...)
- Arbeitsmittel (Handhabbarkeit, Signaldeutung, ...)

Treten diese arbeitsbedingten Stressoren zeitlich begrenzt auf, können sich die damit verbundenen Stressreaktionen häufig nach kurzer Zeit zurückbilden. Das Risiko einer psychischen Erkrankung ist somit eher gering. Je mehr Stressoren, je intensiver die Stressoren und je dauerhafter die Einwirkung, desto schwieriger die notwendige Erholung. Über zu kurze Erholungsphasen oder ausbleibende Erholung gelingt keine Rückbildung von Erschöpfungszuständen mehr.

Es zeigen sich dann gehäuft Auswirkungen im Verhalten der betroffenen Person am Arbeitsplatz wie bspw. Leistungsabfälle, die Vermeidung bestimmter Aufgaben wie z. B. Präsentationen oder Dienstreisen, unverhältnismäßige Reaktionen bei kleinen bzw. neutralen Anlässen, Rückzug aus dem Kollegenkreis bzw. aus Teamstrukturen, aufgesetztes Verhalten, eine reduzierte Belastbarkeit, Häufungen von Fehlern bei der Arbeit etc.

Obwohl - wie oben beschrieben - die genauen Ursache-Wirkungsketten bislang noch nicht eruiert werden konnten, und insbesondere die Zusammenhänge zwischen einzelnen Belastungsfaktoren und ihren Wirkungen in ihrer Gesamtheit auf die Gesundheit und die Entstehung von (psychischen) Erkrankungen nicht ermittelt sind, ist dennoch von Kausalzusammenhängen auszugehen. Die Problematik der methodischen Erfassung darf nicht dazu führen, die naheliegende Hypothese aufzugeben.

Maßnahmen der Prävention

Nach der Beschreibung der Entstehung von psychischen Erkrankungen bzw. von Burn-Out werden nun Maßnahmen betrachtet, die zur frühzeitigen Vermeidung bzw. Verminderung führen sollen.

Abb. 6 zeigt die verschiedenen Arten der Prävention und die Zuordnung dieser zu den Phasen der Entstehung.

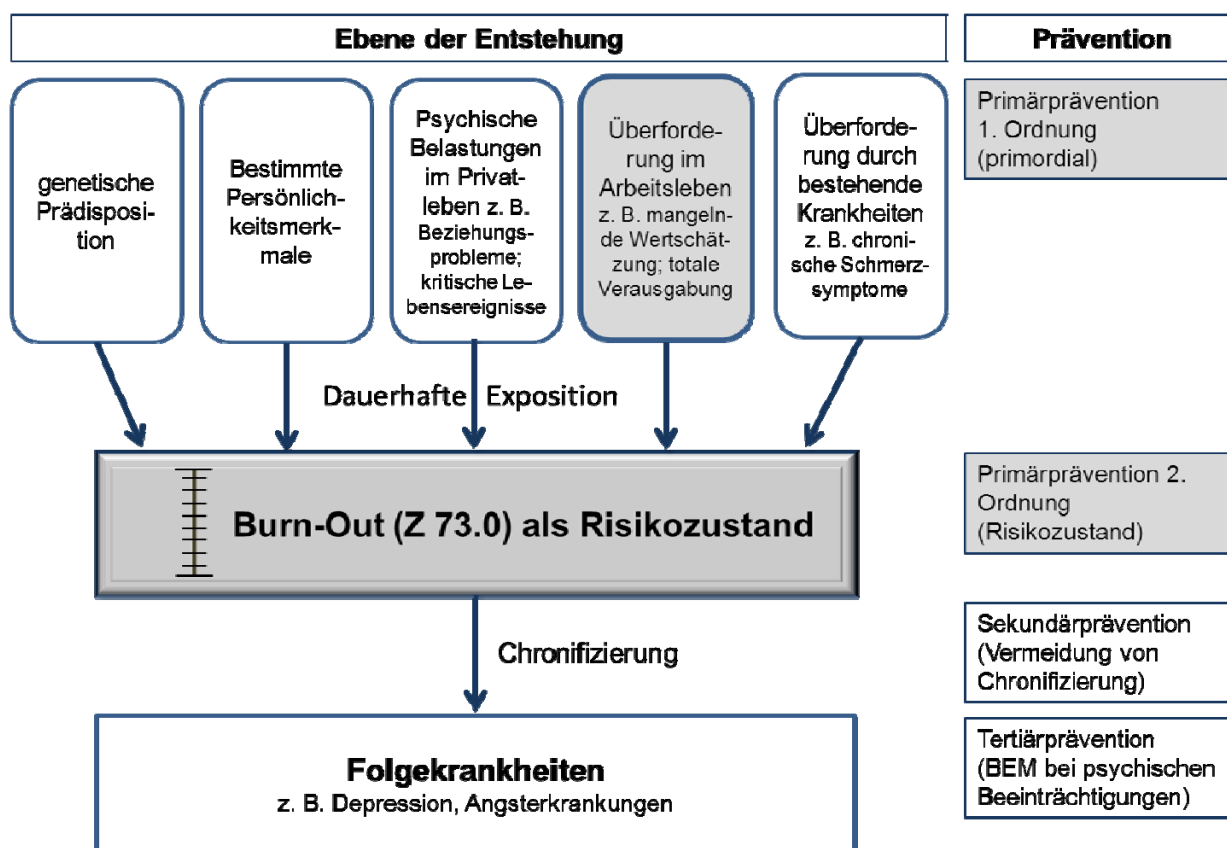


Abb. 6: Entstehung psychischer Erkrankungen und Maßnahmen der Prävention

Die primordiale Prävention oder Primärprävention 1. Ordnung setzt bereits an der Vermeidung von Risikofaktoren an. Bezogen auf Abb. 6 soll dem Auftreten der Ursachenfaktoren von Burn-Out und psychischen Erkrankungen vorgebeugt werden. Beispielsweise beugt eine gesundheitsgerechte und wertschätzende Führung einer Überforderung im Arbeitsleben vor.

Die Primärprävention 2. Ordnung hingegen zielt auf die Verhinderung von Erkrankungen trotz auftretender Risikofaktoren. Hierzu zählen individuelle Maßnahmen der Stressbewältigung (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Walking o. ä.).

Der Früherkennung und dem Eindämmen von Krankheiten dient die Sekundärprävention. Obwohl die Betroffenen oftmals keine oder kaum Symptome wahrnehmen, können über Maßnahmen wie der „Arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung“ (geregelt im Arbeitssicherheitsgesetz - ASiG) Krankheiten frühzeitig entdeckt werden. Weitere Beispiele für die Sekundärprävention sind Screenings im Bereich Brust- oder Darmkrebs oder Initiativen zur Suchtbekämpfung.

Die tertiäre Prävention wirkt dem Fortschreiten von Erkrankungen entgegen. Bereits erkrankte Personen werden vor Folgeschäden, einer Verschlimmerung oder einer Chronifizierung geschützt. Im Zusammenhang mit der Arbeit wird dazu häufig das Instrument des „Betrieblichen Eingliederungsmanagements“ (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX genutzt. Damit wird zwischen Arbeitgeber und langzeiterkranktem Arbeitnehmer geklärt, wie die Arbeitsfähigkeit „dauerhaft“ wiederhergestellt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Die arbeitsbezogenen Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention können auch Bedeutung für die Primärprävention gewinnen. Häufig festgestellte Auffälligkeiten der „Arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung“ oder aber auch durch ein BEM aufgedeckte Gesundheitsgefahren lassen sich für die Entwicklung von Maßnahmen zur Prävention dieser Auffälligkeiten und Gesundheitsgefahren nutzen.

Hier sollen vor allem Präventionsmaßnahmen der 1. und 2. Ordnung betrachtet werden, die sich auf die Faktoren der Überforderung im Arbeitsleben beziehen. Es werden dabei i.d.R. zwei präventive Ansätze unterschieden:

1. Maßnahmen der Verhältnisprävention:

Diese nehmen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen, um das Risiko einer Erkrankung zu verringern. So können beispielsweise die Arbeitsprozesse weniger belastend gestaltet werden, indem mehr Handlungsspielraum, mehr soziale Unterstützung oder eine den Kompetenzen entsprechende Aufgabenverteilung realisiert wird.

2. Maßnahmen der Verhaltensprävention:

Hier steht das individuelle Gesundheitsverhalten im Mittelpunkt. Auf dieses kann durch gezielte Aufklärung und Information Einfluss genommen werden. Ferner werden Sanktionen genutzt, um den Einzelnen zur Vermeidung von Risiken zu erziehen.

Diese Unterscheidung wird häufig im Rahmen betrieblicher Prävention genutzt. Gleichwohl ist zu konstatieren, dass sich eine klare Trennung zwischen Verhalten und Verhältnissen, wie sie sich aus dieser Unterscheidung ergibt, nicht aufrechterhalten lässt. Auf der einen Seite wird das Verhalten von Menschen durch die sie umgebenden Verhältnissen geprägt und beeinflusst. Auf der anderen Seite können Menschen durch ihr kollektives Verhalten Einfluss nehmen auf Prozesse und Strukturen (Faller 2010, S. 27). Dies sollte bei der Ausgestaltung von Maßnahmen mit bedacht werden.

Ausblick

Die Auseinandersetzung mit dem multifaktoriellen Ursachengefüge zur Entstehung psychischer Erkrankungen hat die Entwicklung eines einfachen „Tools“ zur Früherkennung im Rahmen des Projektes BeFunt nicht möglich gemacht.

Hinsichtlich der verschiedenen Einflussfaktoren der Krankheitsentstehung stellt die Auseinandersetzung mit Überforderungen im Arbeitsleben, insbesondere durch psychische Belastungen, ein weißes Feld dar. Welche der relevanten Akteursgruppen hat hierüber schon eine profunde Expertise und kann frühzeitig einen Risikozustand konstatieren?

Daraus ist zwingend die Notwendigkeit abzuleiten, flächendeckend und anonym das Ausmaß der psychischen Belastung im subjektiven Urteil der Beschäftigten in Unternehmen zu erheben und zu bewerten. Das ist eigentlich gesetzlich längst vorgeschrieben (§ 5 Arbeitsschutzgesetz - Gefährdungsbeurteilung). Solche Daten sind notwendig, um sich zumindest ein Bild über die psychischen Belastungen durch die Arbeit in einem Unternehmen auf die Gesamtbelegschaft machen zu können.

Wenn solche Daten existieren, liegen sie u.U. zwar den Betriebsärzten vor, für die wenigsten aber haben sie einen handlungsinstruktiven Wert. Das hat mehrere Gründe:

1. Die Betriebsärzte haben weder die Anordnungsbefugnis noch den Sachverstand konkrete Vorschläge zur Gestaltung der Arbeit zu machen.
2. Die Betriebsärzte haben im Rahmen ihrer gesetzlich berechneten Einsatzzeit (nach ASiG) nicht die Zeit, sich mit psychischer Überforderung zu beschäftigen.
3. In Bezug auf einzelne Betroffene fehlt Ihnen ein Überblick bzw. die Kenntnis anderer Einflussfaktoren zur psychischen Beanspruchung.

Würden die oben angesprochenen Daten bspw. den Hausärzten vorliegen, wäre eine bessere Situation zur Früherkennung gegeben. Viele Arbeitswissenschaftler und Gewerkschafter verlangen seit Jahren, dass Arbeitgeber ihren Beschäftigten bezogen auf ihre Tätigkeit eine dokumentierte Gefährdungs- und Belastungsbeurteilung aushändigen. Zumindest solange für die mögliche, spätere Anerkennung von Berufskrankheiten die Beweislast immer noch beim Arbeitnehmer liegt, wäre dies geboten. Ein solches Dokument würde aber auch dem Hausarzt im Rahmen seines Anamnesegesprächs oder seiner Diagnose helfen. Der Hausarzt kennt i.d.R. den Patienten und seine Persönlichkeit besser, auch weil er einen (langjährigen) Überblick über

bestehende Krankheiten hat. Auch äußern sich Patienten gegenüber dem Hausarzt eher über die Situation in ihrem Privatleben als sie dies gegenüber einem Betriebsarzt äußern würden. Eine zusätzliche Information über das psychophysische Belastungsprofil der Arbeitstätigkeit verbunden mit einer Befragung zum subjektiven Erleben der Belastungen bei der Arbeit würde ggfs. ein Risiko zur Entstehung psychischer Erkrankungen eher erkennen lassen, als das bisher der Fall ist.

Eine weitere Erfahrung des Projekts bezieht sich auf die aktuelle Burnout-Debatte. Es ist darüber nachzudenken, über die „Diagnose“ oder die „Bezeichnung“ Burnout ggfs. für einen Risikozustand genommen werden kann, der sich in der Ursache-Wirkungskette zwischen einer länger dauernden Exposition erhöhter – vor allem psychischer – Belastungen und dem möglichen Ausbruch einer psychischen Erkrankung liegt. Dies hätte u.E. einen Früherkennungswert und würde die Notwendigkeit an den Bedingungen der Arbeit etwas zu ändern, fördern.

Abschließend sei gesagt, dass das Ziel ein Früherkennungstool zu erarbeiten zwar nicht erreicht werden konnte, aber die Autoren sind sich einig, dass die hier niedergeschriebenen Erfahrungen einen Wert für weitere Aktivitäten und Forschungsarbeiten haben.

Literatur

Bauer, J. (2011): Burnout. „Modediagnose“ oder ernste Gesundheitsstörung? In: Deutsche Apotheker Zeitung. Band 151, Nr. 49, Seite 50-54.

Biffi, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, T., Mayrhuber, C., Rückert, E. (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Krems/Wien.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales/ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg. (2008): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2006, Unfallverhütungsbericht Arbeit, Dortmund

Bundespsychotherapeutenkammer (2012) (Hrsg.): BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout, Berlin.

Bundesverband der Unfallkassen (2001): Forschung für die Praxis. Das Phänomen Burnout und was man dagegen tun kann, Kurzinformationen über Forschungsergebnisse zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im öffentlichen Dienst.

Burisch, Matthias (2010): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Zahlreiche Fallbeispiele. Hilfen zur Selbsthilfe. Berlin.

Burton, Robert (1621): Anatomy of Melancholy, (Deutsch veröffentlicht 2003) Die Anatomie der Schwermut, Frankfurt am Main

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2012) (Hrsg.): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. Berlin.

Faller, G. (2010): Mehr als nur Begriffe: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement im betrieblichen Kontext. In: Faller, G. (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern.

Glaser, J; Herbig, B. (2012): Modelle der psychischen Belastung und Beanspruchung, in: Demerouti, E. u.a.: Psychische Belastung und Beanspruchung am Arbeitsplatz, hrsg. vom DIN e.V., Berlin.

Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) (2004); Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit (BGAG); BKK Bundesverband: Ausmaß, Stellenwert und Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit, 5. IGA-Report, Sankt Augustin.

Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., Wittchen, H.-U. (2002): Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. In: Nervenarzt (73), 651-658.

Jacobi, F., Genz, A. Schweer, R. (2012): Macht Arbeit psychisch krank? Die Diskussion über die Zunahme psychischer Störungen und die Rolle der Arbeit. In: Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.): Leistung und Lohn – Zeitschrift für Arbeitswirtschaft. Nr. 518 bis 521. Berlin.

von Känel R (2008). Das Burnout-Syndrom: Eine medizinische Perspektive. In: Praxis 2008; 97:477-487.

Karasek, Richard; Theorell, Töres (1990): Healthy Work – Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW (2009) (Hrsg.): Gesunde Arbeit NRW 2009. Belastung – Auswirkung – Gestaltung – Bewältigung. LIGA.Praxis 3, Düsseldorf.

Langhoff, T.; Jordan, P. (2001): Sammlung von Ergebnissen aus Befragungen mit dem gemeinsam weiterentwickelten BEBA-Verfahren von Perry Jordan, unveröffentlichtes Material, Dortmund

Langhoff, T. ; Krietsch, I.; Schubert, A.; Starke, C. (2010): Gesundheitsintervention in der Ursache-Wirkungs-Kette psychischer Belastungen bei der Leiharbeit, in sicher ist sicher, Nr.2/2010, S. 66ff.

Lohmer, Dr. M. (2012): Burnout im Spannungsfeld von Persönlichkeit und Organisationsstruktur, Vortrag am 25. April 2012 im Rahmen der 62. Lindauer Psychotherapiewochen 2012

Maier, W.; Wagner, M. (2011): Genetische Faktoren. In: Perrez, M., Baumann, U. (Hrsg.): Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie. 4. Aufl. Bern.

Nil, R.; Jacobshagen, N.; Schächinger, H.; Baumann, P.; Höck, P.; Hättenschwiler, J.; Ramseier, F.; Seifritz, E.; Holsboer-Trachsler, E. (2010): Burnout – eine Standortbestimmung. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2010, 161(2):72–7, Download unter www.sanp.ch (11.10.2012)

Perrez, M.; Laireiter, A.-R.; Baumann, U. (2011): Psychologische Faktoren: Stress und Coping. In: Perrez, M., Baumann, U. (Hrsg.): Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie. 4. Aufl. Bern.

Siegrist J (2010): Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 23: 1-7.

Rau, R., Gebele, N., Morling, K., Rösler, U. (2010): Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Dortmund.

Üstün, T. B., Sartorius, N. (1995): Mental illness in General Health Care across the world. An international study. New York.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

Wühr, Dr. Erich (2003): Burnout-Erkrankungen – „Aus Machern werden Zuschauer“, Health Excellence Information.