

# PSYCHISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

## 1. Einleitung

Das Gesundheitswesen ist einer der größten Beschäftigungssektoren in Europa, rund 10 % aller Arbeitnehmer in der Europäischen Union sind hier beschäftigt. Die größte Gruppe der Angehörigen der Gesundheitsberufe ist in Krankenhäusern tätig. Gesundheitspersonal arbeitet aber auch an Arbeitsplätzen wie Arztpraxen, Pflegeheimen und in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung wie Blutbanken oder medizinische Labors (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA), 2007a). Dieser Sektor weist ein unausgewogenes Verhältnis von Männern und Frauen auf: fast 80 % der Beschäftigten sind weiblich (Europäische Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, 2008).

Der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO, 2005) zufolge können psychosoziale Probleme zu Krankheit, Verletzungen, Stigmatisierung, Isolierung und sogar zum Tode führen. Sie können aber auch erheblich für den Arbeitgeber erhebliche Auswirkungen haben – etwa in Form einer geringeren Produktivität und einer schlechten Arbeitsmoral. Beschäftigte im Gesundheitswesen sind solchen psychischen Gesundheitsrisiken in besonders hohem Maße ausgesetzt (Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2004). Daher ist es wichtig und sehr sinnvoll, in die psychische Gesundheitsförderung in diesem Bereich zu investieren.

Nach Aussagen der WHO (2009) kann psychische Gesundheit als „ein Zustand des Wohlbefindens“ beschrieben werden, „bei dem eine Person

- sich ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst ist;
- mit den normalen Belastungen des Lebens fertig werden kann;
- produktiv und ergiebig arbeiten kann;
- in der Lage ist, einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft zu leisten.“

In diesem positiven Sinne ist psychische Gesundheit die Grundlage für Wohlbefinden und das wirksame Funktionieren eines Einzelnen und der Gemeinschaft. Dieser Leitgedanke der psychischen Gesundheit stimmt mit der weiten und unterschiedlichen Auslegung des Begriffs über die Kulturen hinweg überein.

Der vorliegende Artikel wendet sich an Arbeitgeber; er geht ausführlich auf Fragestellungen in Verbindung mit der psychischen Gesundheit im Gesundheitswesen ein und bietet praktische Informationen zu Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheitsförderung.

## 2. Psychosoziale Risikofaktoren und Folgen für die psychische Gesundheit

### 2.1. Psychosoziale Risikofaktoren

Psychosoziale Risiken sind mit der Art der Gestaltung, Organisation und Verwaltung der Arbeit



## Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

sowie mit dem wirtschaftlichen und sozialen Arbeitsumfeld verbunden, sie führen zu einem höheren Stresspegel und können die psychische und physische Gesundheit erheblich beeinträchtigen (EU-OSHA, 2007b).

Es wurden verschiedene Stressmodelle entwickelt, um das Verhältnis zwischen Risikofaktoren und Gesundheit der Beschäftigten zu verdeutlichen. Eines der bekanntesten Modelle ist das Demand-Control-Support-Modell (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Johnson & Hall, 1988). Bei diesem Modell werden im Wesentlichen drei psychosoziale Stressoren definiert, die das Wohlbefinden der Arbeitnehmer beeinflussen:

- psychologische Anforderungen,
- Kontrolle bzw. Entscheidungsspielraum
- und soziale Unterstützung.

Diesem Modell zufolge treten negative Stressreaktionen (wie Müdigkeit, Angst, Depression und körperliche Erkrankungen) dann auf, wenn die psychologischen Anforderungen hoch und die Entscheidungsspielräume in Verbindung mit der Kontrolle über die eigene Arbeit gering sind. Soziale Unterstützung kann Pufferwirkung besitzen.

Es gibt eine Vielzahl von arbeitsbedingten psychosozialen Risikofaktoren (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009), darunter:

- Schichtarbeit;
- zu knapp bemessene oder unangemessene Arbeitszeiten;
- wenig Kontrolle über die eigene Arbeit;
- hohe Arbeitsanforderungen;
- hohes Arbeitsvolumen;
- knappe Fristen;
- unzureichende Informationen;
- viel Ungerechtigkeit im Unternehmen;
- schlechte Teamarbeit;
- schlechte zwischenmenschliche Beziehungen;
- mangelnde soziale Unterstützung;
- isoliertes Arbeiten;
- Stellenabbau;
- Personalknappheit.

Zu den für das Gesundheitswesen typischen psychosozialen Risikofaktoren (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009) gehören:

- hohe Erwartungen zusammen mit einem Mangel an Zeit, Kompetenzen und sozialer Unterstützung;
- Konfrontation mit Schmerz und Leid;
- Umgang mit Menschen, die sterben;
- Notfälle;
- Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen;
- Beschwerden und Rechtsstreitigkeiten.

Aber auch Gewalt und Mobbing stellen psychosoziale Gefahren im Gesundheitswesen dar. Gewalttätiges Verhalten kann bei Patienten, Besuchern oder auch Kollegen beobachtet werden (EU-OSHA, 2007a). Das Gesundheits- und Sozialwesen ist der Sektor, in dem Berichten zufolge die Beschäftigten in den 27 EU-Mitgliedstaaten am stärksten Gewalt am Arbeitsplatz ausgesetzt sind (15,2 %). Schikanen und Mobbing treten in diesem Sektor überdurchschnittlich häufig auf. In Berufen, bei denen die physischen Gefahren hoch sind (etwa verarbeitendes Gewerbe oder Bauwirtschaft), treten Gewalt und Mobbing eher selten auf. Dagegen ist im Gesundheits- und Sozialwesen (wo die physischen Gefahren eher gering sind) die Erfahrung echter körperlicher



## Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

Gewalt bzw. die Androhung von körperlicher Gewalt acht Mal höher als beispielsweise im verarbeitenden Gewerbe (Parent-Thirion et al., 2007). Dem dänischen Projekt „Gewalt als Ausdrucksform“ (Pedersen, 2007) zufolge sind bis zu 32 % des sozialpädagogischen Personals in Pflegeheimen und des Pflegepersonals in Krankenhäusern Gewalt ausgesetzt. Für den Zeitraum 2001-2002 meldet der nationale Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) für das Vereinigte Königreich 95 501 Fälle von Gewalt und Aggression gegenüber NHS-Personal, wobei Krankenschwestern am häufigsten Opfer solcher Gewalttaten wurden (National Audit Office, 2003). Die jüngsten Personalerhebungen des NHS einschließlich bei Rettungs- und Ambulanzsanitätern ergaben, dass 29 % bzw. 50 % berichteten, in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalt und Aggression geworden zu sein.

Für Angehörige der Gesundheitsberufe besteht aber auch eine erhöhte Gefahr von Medikamenten- oder Drogenmissbrauch. Aufgrund spezieller Risikofaktoren - wie z. B. Gefährdung durch hohe Arbeitsbelastung, den Umgang mit todkranken und sterbenden Patienten, die unzureichende Vorbereitung auf die Anforderungen ihrer Arbeit, Burnout und unzulängliche Kenntnisse der Gefährdungspotenziale von Alkohol und Medikamenten - ist medizinisches Personal besonders von der Gefahr des Medikamenten- und Drogenmissbrauchs betroffen. In einem Artikel von Trinkoff und Storr (1998) wird berichtet, dass 2 % bis 3 % aller Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger drogenabhängig und 40 000 Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger in den USA alkoholabhängig sind. Cicala (2003) weist darauf hin, dass auch bei Ärzten die Gefahr des Drogenmissbrauchs sehr hoch ist. Mindestens 8 % bis 12 % der Ärzte entwickeln im Laufe ihrer Berufslaufbahn ein Suchtproblem. Zu den spezifischen Risikofaktoren für Ärzte gehören die hohe Arbeitsbelastung und lange Arbeitszeiten, Selbstbehandlung und die Verfügbarkeit von Arzneimitteln. Eine Sucht hat schwerwiegende Auswirkungen. Neben den negativen Auswirkungen für die eigene Gesundheit kann die Tatsache, dass Ärzte „unter dem Einfluss“ von Drogen und Alkohol stehen, zu Behandlungsfehlern und damit zu Gerichtsverfahren führen.

### 2.2. Folgen für die Gesundheit

Diese psychosozialen Risikofaktoren besitzen alle einen großen Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit der Beschäftigten. Zu den spezifischen gesundheitlichen Problemen, die durch diese Risikofaktoren verursacht werden, gehören u. a.:

- Stress: 22 % der Erwerbsbevölkerung soll unter arbeitsbedingtem Stress leiden (Parent-Thirion et al., 2007); damit wird arbeitsbedingter Stress zu einem der häufigsten arbeitsbedingten Gesundheitsprobleme; am stärksten gefährdet sind die Beschäftigten im Gesundheitswesen, in den sozialen Diensten und im Bildungssektor: bis zu 29,4 % leiden unter diesem Problem;
- Burnout: eine Studie des International Hospital Outcomes Research Consortium aus den Jahren 1998-1999 hat ergeben, dass 36,2 % der englischen Beschäftigten im Gesundheitswesen unter einem erheblichen Burnout leiden (EU-OSHA, 2007a);
- Angstzustände: 11,4 % des Gesundheitspersonals leidet unter Angst (Parent-Thirion et al., 2007);
- Reizbarkeit: 15,2 % des Gesundheitspersonals leidet unter Reizbarkeit (Parent-Thirion et al., 2007);
- Depression: bei einer Erhebung von Northwestern National Life of Minneapolis (1991) berichteten 32 % der befragten Angehörigen der Gesundheitsberufe von depressiven Verstimmungen.



### **3. Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen**

#### **3.1. Psychische Gesundheitsförderung**

Nach Pollett (2007) ist psychische Gesundheitsförderung „der Prozess der Stärkung von Schutzfaktoren, die zu einer guten psychischen Gesundheit beitragen“. In vielen wissenschaftlichen Untersuchungen wurde nachgewiesen, dass sich Kompetenzen und Attribute in Verbindung mit einer guten psychischen Gesundheit positiven auswirken. Zu diesen positiven Folgen gehören u. a. eine bessere körperliche Gesundheit und Lebensqualität, wirtschaftlicher Wohlstand und persönliche Würde (European Mental Health Implementation Project, 2006).

Der Arbeitsplatz ist ein geeignetes Umfeld, an dem die psychische Gesundheit der Beschäftigten wirksam geschützt und gefördert werden kann. Der „Europäische Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden“ (Hochrangige EU-Konferenz, 2008) führt die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz als einen ihrer Schwerpunktbereiche auf. Er empfiehlt die Umsetzung von Programmen für psychische Gesundheit und Wohlbefinden mit Risikobewertung und Präventionsprogrammen in Situationen, die sich negativ auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten auswirken können (Stress, Missbrauch wie Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz, Alkohol, Drogen), sowie Programmen zur Frühintervention am Arbeitsplatz.

#### **3.2. Wirksamkeit von Initiativen zur psychischen Gesundheitsförderung**

Manche Unternehmen haben die Bedeutung der psychischen Gesundheitsförderung bereits erkannt, es gibt allerdings nach wie vor viele Arbeitsplätze, an denen keine solchen Maßnahmen umgesetzt wurden. So stehen Personen auf Entscheidungsebene im Gesundheitswesen Programmen zur psychischen Gesundheitsförderung häufig sehr kritisch gegenüber. Der Grund dafür ist, dass sie vornehmlich Kuren und Heilmittel in Betracht ziehen, um unmittelbare Ergebnisse zu erzielen anstatt auf langfristige präventive Lösungen zu setzen (Munn-Giddings, Hart & Ramon, 2005). Neben den maßgeblichen Fachleuten auf Entscheidungsebene benötigen noch viele andere Akteure Nachweise der Wirksamkeit der psychischen Gesundheitsförderung: politische Entscheidungsträger brauchen sie für die Rechtfertigung von Ausgaben, praktische Ärzte brauchen sie für die Planung und Umsetzung von Programmen, und die betroffenen Beschäftigten brauchen sie auch, da sie wissen müssen, ob die Maßnahmen ihnen helfen werden oder nicht (Barry & McQueen, 2005).

Ausführliche Studien zur Bewertung von Stressinterventionen haben Seltenheitscharakter, und zwar sowohl im Hinblick auf die Kosten-Nutzen-Bewertung als auch die Bewertung der Wirksamkeit individueller Maßnahmen zur Reduzierung von Stress (Burke & Richardsen, 2000). Aufgrund des Studiendesigns lässt sich nicht immer präzise feststellen, welche Ergebnisse tatsächlich auf die Intervention zurückzuführen sind (Cox, Griffith & Rial-Gonzalez, 2000). Auch wenn es nicht einfach ist, die Kostenwirksamkeit zu untersuchen, haben viele Organisationen und politische Entscheidungsträger versucht, die Kosten und Vorteile von Stressinterventionen am Arbeitsplatz zu ermitteln. Das Sainsbury Center for Mental Health (SCMH, 2007) in Großbritannien gibt einen Überblick über die Kosten in Verbindung mit der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz und schätzt die Kostenwirksamkeit von Stressinterventionen (anhand



## Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

von Beispielen von Organisationen in Großbritannien) ein.

Die jährlichen betriebswirtschaftlichen Kosten der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz für Großbritannien unterteilen sich wie folgt:

- Krankheitsbedingte Fehlzeiten: 8,4 Mrd. £ (ca. 9,7 Mrd. EUR);
- Leistungsrückgang: 5,1 Mrd. £ (ca. 5,9 Mrd. EUR);
- Personalfuktuation: 2,4 Mrd. £ (ca. 2,8 Mrd. EUR).

Anhand von Beispielen aus den Reihen der Beschäftigten ist eine Schätzung der Kostenwirksamkeit von Programmen zur psychischen Gesundheitsförderung möglich. British Telecom berichtete von einer Senkung der krankheitsbedingten Fehlzeiten infolge von psychischen Gesundheitsproblemen um 30 % (SCMH, 2007) nachdem eine Strategie für psychische Gesundheit umgesetzt worden war. Hilton (2005) berichtet über die Ergebnisse eines australischen Programms für psychische Gesundheit. Dieses Programm zielte auf eine frühzeitige Diagnose und Intervention bei Arbeitnehmern mit einer depressiven Symptomatik ab. Dabei ging es darum, dass Arbeitgeber bei der Erkennung von Menschen mit psychischen Krankheitssymptomen ebenfalls eine Rolle spielen und dass sie diesen Mitarbeitern eine vom Arbeitgeber finanzierte Betreuung und Versorgung anbieten könnten. Die finanziellen Vorteile schlugen sich in einer höheren Produktivität der Beschäftigten nieder. Die jährlichen wirtschaftlichen Vorteile waren fünfmal höher als die jährliche Investition in das Programm. Wang et al. (2007) beschreiben ein ähnliches Programm aus den USA, bei dem sich der jährliche finanzielle Nutzen pro Beschäftigter auf 1 800 \$ (ca. 1 268 EUR) bezifferte, gegenüber von jährlichen Kosten pro Beschäftigter von lediglich 100 \$ (ca. 70,5 EUR) bis 400 \$ (ca. 281,80 EUR).

### **3.3. Maßnahmen im Gesundheitswesen**

Da die Arbeit im Leben des Menschen eine wichtige Rolle spielt, ist der Arbeitsplatz ein geeigneter Ort für Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit (Pollett, 2007). Diese Maßnahmen müssen sich auf verbesserungsbedürftige Bereiche auf individueller ebenso wie organisatorischer Ebene beziehen. Es ist wichtig, eine Arbeitskultur zu schaffen, bei der Fragen der psychischen Gesundheit kein Tabu sind.

Zur Verringerung von psychosozialen Risikofaktoren und zur Förderung der psychischen Gesundheit im Gesundheitswesen gibt es unterschiedliche Arten von Maßnahmen.

#### **3.3.1. Maßnahmen auf organisatorischer Ebene**

Auf dieser Ebene ergreift der Arbeitgeber Maßnahmen zur Verringerung von Stressoren im Arbeitsumfeld. Diese Maßnahmen sollen die Ursachen von Stress am Arbeitsplatz beseitigen (EU-OSHA, 2002).

Maßnahmen auf organisatorischer Ebene sollen die Struktur der Organisation bzw. des Unternehmens und/oder physische und Umweltfaktoren ändern. Mit diesen Maßnahmen wird versucht, negative Elemente in der Arbeitsorganisation zu verringern. Die Maßnahmen im Rahmen des Demand-Control-Support-Modells zielen auf eine Neugestaltung der Organisation ab mit dem Ziel, die Kontrolle des Arbeitnehmers über seine eigene Arbeit und über seine Fähigkeiten zu steigern (Luceño & Martín, 2008). Stressoren können über eine psychosoziale Risikoanalyse überwacht werden. Die Analyse ergibt, welche Bestandteile in der Organisation



## Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

(hinsichtlich der Aufgaben, des Teams oder der Organisation) bedenklich und somit verbesserungsbedürftig sind.

Maßnahmen auf organisatorischer Ebene umfassen u. a.:

- psychologische Anforderungen: zur Verbesserung der Arbeitsbelastung, zur Optimierung der intellektuellen Anforderungen, zur Verringerung des Zeitdrucks;
- Kontrolle oder Entscheidungsspielraum: zur Verbesserung der Nutzung und Entwicklung von Kompetenzen, zur Erhöhung der Kontrolle über die eigene Arbeit, zur Verbesserung der Teilnahme an Entscheidungen;
- soziale Unterstützung: zur Verbesserung der sozialen Unterstützung unter Kollegen sowie zwischen Kollegen und Vorgesetzten;
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie: zur Einführung flexibler Arbeitszeiten, zur Bereitstellung von Kinderbetreuungsmöglichkeiten bei der Arbeit, zur Ermöglichung von Fortbildungszeiten und Unterbrechungen der Berufstätigkeit, um Beschäftigte in die Lage zu versetzen, eigenverantwortlich Arbeitspläne zu erstellen und umzusetzen.

Zu den Beispielen für Maßnahmen auf organisatorischer Ebene im Gesundheitswesen gehören u. a. (EU-OSHA, 2002):

- bessere Personalausstattung in Spitzenzeiten; damit können die Arbeitsbelastung verringert, die Organisation von Schichten verbessert und Ausfälle und Krisen besser überbrückt bzw. gemeistert werden;
- die genaue Beschreibung von Funktionen und Aufgabenbereichen; beispielsweise bei Pflege- und Hilfskräften und für die Bereitstellung von Unterstützung bei der medizinischen und medikamentösen Behandlung sowie Unterstützung und Beistand bei der Behandlung;
- Erstellung eines Kommunikationsprotokolls für Situationen, die nach Ansicht der Beschäftigten Risiken für ihre Gesundheit und Sicherheit darstellen könnten;
- Einführung eines gewissen Ermessensspielraums bei der Wahrnehmung bestimmter Aufgaben im Rahmen der Leitlinien der entsprechenden Abteilung für bestimmte Gruppen von Beschäftigten zur Verbesserung der Eigenständigkeit und Entscheidungsfindung;
- Förderung der Beteiligung der Arbeitnehmer über Sitzungen, damit sie Vorschläge, Ideen und Meinungen beisteuern können.

### 3.3.2. Maßnahmen an der Schnittstelle zwischen der individuellen und der organisatorischen Ebene

Mit diesen Maßnahmen wird versucht, die Fähigkeit der Arbeitnehmer im Umgang mit Stress zu stärken. Der Arbeitgeber sollte in Maßnahmen zur Verbesserung der Fähigkeit seiner Beschäftigten, mit Belastungen umzugehen, etwa in Form von Schulungen, investieren.

Beispiele für solche Maßnahmen umfassen etwa (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine et al., 2009):

- Verbesserung der Beziehungen zwischen Kollegen und Führungskräften bei der Arbeit;
- Einrichtung von Förderkreisen bzw. Selbsthilfegruppen;
- Verbesserung des Zusammenpassens von Individuum und Umfeld;
- Klärung von Rollenproblemen;
- Verbesserung der Beteiligung und der Eigenständigkeit;
- Schulungen zur Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstachtung der Arbeitnehmer sowie des Zugehörigkeitsgefühls;





## Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

- ein auf Achtsamkeit beruhendes Programm zum Stressabbau: dieses Programm besteht aus einer Schulung zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit; die Teilnehmer sollen lernen, mit Stressreaktionen umzugehen, und Mitgefühl für sich selbst entwickeln;
- Schulungen zur Verbesserung praktischer Fähigkeiten zum Stressabbau und zur Verbesserung der Beziehung zu und der Arbeit mit Patienten;
- Schulung des Personals im Umgang mit Situationen wie Tod, Schmerz und schwerstkranken Patienten.

### 3.3.3. Maßnahmen auf individueller Ebene

Maßnahmen auf individueller Ebene sind häufig auf den Abbau von Stress bei Beschäftigten ausgerichtet, bei denen bereits Symptome aufgetreten sind. Sie sollen die Fähigkeit des einzelnen Arbeitnehmers stärken, besser mit Stress umzugehen, etwa mithilfe von Entspannungstechniken (EU-OSHA, 2002). Diese Maßnahmen gewährleisten, dass einzelne Arbeitnehmer besser mit den Stresssymptomen umgehen können. Durch eine fachgerechte Unterstützung dieser Menschen werden die schädlichen Folgen von Stress auf ein Mindestmaß reduziert. Beispiele:

- therapeutische Massage;
- Erlernen von Bewältigungsstrategien;
- kognitiv-verhaltenstherapeutisches Training;
- Schulungen im Umgang mit Stress;
- Beratung.

### 3.4. Bekämpfung von Gewalt und Mobbing im Gesundheitswesen

Wie bereits ausgeführt, sind neben Stress auch Gewalt und Mobbing häufig auftretende Probleme im Gesundheitssektor, die mit negativen Folgen für die Gesundheit verbunden sind. Zur Bekämpfung von Gewalt und Aggression im Gesundheitswesen gelten bezüglich der Maßnahmen dieselben Ausführungen wie für die Vorbeugung gegen Stress.

Auf organisatorischer Ebene können folgende Maßnahmen ergriffen werden (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- Entwicklung einer Arbeitsplatzkultur, bei der der Mensch im Mittelpunkt steht, und Abgabe einer klaren Grundsatzklärung, wonach Gewalt oder Aggression gegenüber dem Gesundheitspersonal nicht toleriert wird; alle Beteiligten sollten dieses Konzept kennen: Patienten, Mitarbeiter und Führungskräfte;
- Bekenntnis der Führungsebene zur Verhütung von Gewalt und Aggression;
- klare Information und Kommunikation;
- Durchführung von Risikobewertungen zu Gewalt, Aggression und Mobbing am Arbeitsplatz;
- Kontrolle des Arbeitsumfelds: Gewährleistung der Sicherheit durch den Einsatz wirksamer Technologien und Verfahren (z. B. Alarmsysteme, Schaffung von mehr Abstand zwischen Klient/Patient und Personal durch Einrichtung einer breiteren Schaltertheke für die Anmeldung usw.);
- Unterrichtung über die erforderlichen Schutzvorkehrungen, über erhöhte Risiken bei bestimmten Patienten usw.

Auf individuell-organisatorischer Ebene können folgende Maßnahmen ergriffen werden (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):



## Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

- Meldung sämtlicher Vorfälle von Gewalt und Aggression;
- im Vorfeld können die Mitarbeiter präventiv darin geschult werden, wie sie tatsächliche oder mögliche Gefahren am Arbeitsplatz erkennen; Schulung des Personals, wie in Gewaltsituationen zu reagieren ist.

Und schließlich gibt es auch eine Reihe von Maßnahmen auf individueller Ebene (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004; Arnetz & Arnetz, 2000):

- Hilfe und Unterstützung;
- Beratung;
- Beschwerdeverfahren;
- Nachbesprechungen;
- Wiedereingliederung von Mitarbeitern, die Opfer eines Gewaltakts geworden sind.

### 3.5. Vorbildliche Verfahren

Es gibt durchaus umfassende Maßnahmen zur psychischen Gesundheitsförderung, auch wenn Organisationen häufig nicht alle drei Interventionsebenen gleichermaßen berücksichtigen (Cox et al., 2000; Kompier et al., 1998). Organisationen schenken der Schnittstelle zwischen der individuellen und der organisatorischen Ebene sowie individuellen Maßnahmen mehr Beachtung. Deshalb geraten Maßnahmen zur präventiven Verringerung von Stressoren am Arbeitsplatz häufig aus dem Blickfeld.

Zur Umsetzung einer guten Strategie zur psychischen Gesundheitsförderung muss eine Organisation dieses Thema ganzheitlich angehen und Maßnahmen auf allen drei Ebenen umsetzen. Da die Ursachen von Stress auf viele Faktoren zurückgehen (z. B. eine Kombination aus Problemen der Personalausstattung, der Arbeitsbelastung, der Arbeitsorganisation und der physischen Arbeitsbedingungen), müssen alle Ursachen auch zusammen bekämpft werden, damit die Maßnahme greifen kann (EU-OSHA, 2002). Dabei ist es sehr wichtig, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammenarbeiten (Keleher & Armstrong, 2005).

Nachstehend werden zwei praktische Beispiele für Maßnahmen auf organisatorischer Ebene beschrieben. Dabei stehen Beispiele für präventive Maßnahmen im Vordergrund, da diese das Problem an der Wurzel anpacken. Beispiele für Maßnahmen auf organisatorisch-individueller und individueller Ebene sind vorstehend in den entsprechenden Abschnitten zu finden.

Kasten 1 enthält ein Beispiel für bewährte Verfahren, das zeigt, wie Organisationen im Gesundheitswesen psychosoziale Risiken und die damit verbundenen gesundheitlichen Folgen bekämpfen können und wie eine Organisation der Notwendigkeit der Beteiligung an Entscheidungsprozessen nachkommen kann. In Kasten 2 ist ein Beispiel für bewährte Verfahren dafür zu finden, wie Gewalt gegen das Gesundheitspersonal bekämpft werden kann.

#### **Kasten 1. Programm zur Unterstützung von Pflegekräften (Jané-Llopis et al., 2005)**

##### **Kontext**

Das Programm zur Unterstützung von Pflegekräften soll die Beteiligung und soziale Unterstützung bei der arbeitsbezogenen Entscheidungsfindung für Pflorgeteams in (psychischen) Gesundheitseinrichtungen verbessern. Mit diesem Programm wird die Fähigkeit von Pflorgeteams gestärkt, ein sozial verantwortliches Gruppenverhalten und Problemlösungstechniken zu mobilisieren.





## Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

### Programm :

- Sechs Trainingseinheiten (4 bis 5 Stunden);
- Teilnehmer: 10 Heimleiter und 10 Pflegekräfte;
- Schwerpunkt:
  - Besseres Verständnis und Stärkung der bereits bestehenden Netzwerke innerhalb der Organisationen, die Hilfe und Unterstützung bereitstellen könnten;
  - Verbesserung der Beteiligung der Beschäftigten;
  - Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen;
  - Erlernen von Techniken zur Festigung dieser neu erworbenen Fertigkeiten im Laufe der Zeit.

### Bewertung des Programms

- Das Programm hat dazu geführt, dass unterstützende Feedbacks am Arbeitsplatz gegeben wurden;
- das Programm hat die Teilnehmer in ihrer Überzeugung und Erkenntnis gestärkt, dass sie in der Lage sind, mit Meinungsverschiedenheiten und Arbeitsüberlastung umzugehen;
- das Programm hat das Teamklima, die psychische Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit verbessert.

### **Kasten 2. Umgang mit Gewalt gegen Gesundheitspersonal (EU-OSHA, 2002)**

#### Problem

In Irland wurden im Jahr 2000 zwölf Vorfälle von Gewaltanwendung oder von missbräuchlichem Verhalten gegen Personal in Regionalkrankenhäusern im Mittleren Westen Irlands gemeldet. Diese Zahl ist 2001 auf 64 gestiegen. Das Personal berichtete von Stress-, Frustrations- und Angstgefühlen und von Gefühlen der Verwundbarkeit.

#### Lösung

Zusammen mit dem Arbeitsschutzbeauftragten beschloss die Abteilung Risikomanagement, eine Struktur zur systematischen Bekämpfung von Gewalt am Arbeitsplatz einzurichten. Diese Struktur umfasste verschiedenen Stufen:

- Entwicklung eines neuen Konzepts zur Meldung von Zwischenfällen und zur Förderung einer offenen Berichterstattung;
- Entwicklung eines umfassenden Rahmens und eines Programms für den Umgang mit Gewalt und Aggression;
- Umgang mit Aggression und Gewalt auf dieselbe Art und Weise wie mit allen anderen Berufsrisiken; Aggressions- und Gewalttrisiken müssen erkannt und bewertet und Kontrollmaßnahmen umgesetzt und bewertet werden; um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurde eine offizielle Risikobewertungsmethode entwickelt;
- eine spezifische Schulung für das Personal, um es in die Lage zu versetzen, mit aggressiven und gewalttätigen Situationen (aufgrund von verhaltensgestörten Klienten) umzugehen und einzuschreiten; bei dieser Schulung sollte dem Personal vermittelt werden, wie Verletzungsgefahren für die Mitarbeiter oder für Klienten ausgeschaltet werden können.

#### Praktische Beispiele

Ein multidisziplinäres Team auf der Notfallstation führte zusammen mit Arbeitsschutzberatern eine umfassende Risikobewertung durch. Nachdem mehrere Risiken mit hohem Gefährdungsgrad ermittelt worden waren, wurden folgende Maßnahmen ergriffen:



## Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

- Schulungsprogramm „Gewaltfreie Krisenintervention“;
- verstärkte Sicherheitspräsenz;
- Unterrichtung in der Abteilung über die Vorgehensweise gegenüber Personen, die sich nicht an die Vorschriften halten;
- Bereitstellung von persönlichen Geräten zur Notfall- oder Überfallmeldung;
- engere Arbeitsbeziehung mit den „Gardai“ (Polizei); Einsetzung eines Verbindungsbeamten, der eng mit dem Krankenhauspersonal zusammenarbeitet;
- erfolgreiche Verfolgung von Straftätern in drei Fällen durch Gerichtsverfahren;
- Beachtung der Ergonomie in der Abteilung aus Sicht der Prävention und der sicheren Arbeitspraxis.

### 4. Weiterführende Informationen

#### Websites:

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz:

<http://osha.europa.eu/en/topics/stress>

<http://osha.europa.eu/en/topics/whp>

[http://osha.europa.eu/en/sub/sme/products/stress\\_at\\_work/index.htm](http://osha.europa.eu/en/sub/sme/products/stress_at_work/index.htm)

Europäische Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen:

<http://www.eurofound.europa.eu/areas/index.htm>

Europäische Kommission:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/index\\_de.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/index_de.htm)

Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung:

<http://www.enwhp.org/index.php?id=4>

ProMenPol:

<http://www.mentalhealthpromotion.net/>

Weltgesundheitsorganisation (WHO):

[http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)

Internationale Arbeitsorganisation (IAO):

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health.htm>

Beobachtungsstelle für Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit des Vereinigten Königreichs (Health and Safety Executive, HSE, UK):

<http://www.hse.gov.uk/healthservices/stress.htm>

Nationales Institut für Forschung und Sicherheit (INRS, Frankreich):

<http://www.inrs.fr/dossiers/stress.html>

#### Projekte:

Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP): Projekt Move II „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“:

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz -  
<http://osha.europa.eu>



## Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

<http://www.enwhp.org/index.php?id=606>

European Mental Health Implementation Project:

<http://mentalhealth.epha.org/index.html>

### 5. Literaturhinweise

Arnetz, J., & Arnetz, B., 'Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers', *Journal of Advanced Nursing*, Vol 31, No 3, 2000, pp. 668-680.

Barry, M. & McQueen, D., 'The Nature of Evidence and its Use in Mental Gesundheitsförderung.' In H. Herrman, S. Saxena & R. Moodie (Eds.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* (pp. 108-118). Geneva: World Health Organization, 2005.

Burke, R.J. & Richardsen, A.M., 'Organizational-level interventions designed to reduce occupational stressors.' In P. Dewe, M. Leiter & T. Cox (Eds.), *Coping, Health and Organizations* (pp. 191-210). London: Taylor & Francis, 2000.

Cicala, R.S., 'Substance abuse among physicians: what you need to know.' *Hospital Physician*, July, 2003, pp. 39-46.

Cox, T. & Griffiths, A., 'Assessment of psychosocial hazards at work.' In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, 1996.

Cox, T., Griffith, A. & Rial-Gonzalez, E., '*Research on Work-related Stress*', EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, 2000, pp. 1-167. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>

EU high-level conference 'Together for Mental Health and Well-being', Brussels, 13 June 2008. European Pact for Mental Health and Well-being. Retrieved 22 September 2009, from [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice*, 2002. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/104/view>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *E-facts 18: risk assessment in health care*, 2007a. Available at: <http://osha.europa.eu/fop/bulgaria/en/publications/folder.2007-09-21.2042895509/efact18-en.pdf>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Factsheet 74: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH)*, 2007b. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/74>

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Living and working in Europe*, 2008, pp. 1- 28. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/90/en/1/EF0890EN.pdf>



## Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

European Mental Health Implementation Project (EMIP). 'Implementation of Mental Gesundheitsförderung and Prevention Strategies in EU Member States and Applicant Countries', 2006. Retrieved 22 September 2009, from: <http://mentalhealth.epha.org/publications.html>

Hilton, M., 'Assessing the financial return on investment of good management strategies and the WORC project', WORC Project paper, 2005. Available at: [http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton\\_Paper\(2005\).pdf](http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper(2005).pdf)

International Labour Organization (2005). The SOLVE approach to addressing psychosocial problems at work. Retrieved 22 September 2009, from: [http://www.ilo.org/wow/Newsbriefs/lang--en/WCMS\\_081593/index.htm](http://www.ilo.org/wow/Newsbriefs/lang--en/WCMS_081593/index.htm)

International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International, *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, International Labour Office, Geneva, 2002. Available at: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>

Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. & Patel, V., 'Mental Gesundheitsförderung works: a review', *Promotion & Education*, Vol 2, 2005, pp. 9-25.

Jettinghoff, K. & Houtman, I., *A sector perspective on working conditions*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009, pp. 1- 30. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0814.htm>

Johnson, J.V. & Hall, B.M., 'Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population', *American Journal of Public Health*, Vol 78, No 10, 1988, pp. 1338-1342.

Karasek, R.A., 'Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign', *Administrative Science Quarterly*, Vol 24, 1979, pp. 285-308.

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

Keleher, H. & Armstrong, R., 'Evidence-based mental Gesundheitsförderung resource' Report for the Department of Human Services and VicHealth, Public Health Group, Melbourne, 2005, pp. 1-130.

Kompier, M., Geurts, S., Grundemann, R., Vink, P. & Mulders, P., 'Cases in stress prevention: The success of a participative and stepwise approach' *Stress Medicine*, Vol 14, 1998, pp. 155-168.

Luceño, L. & Martín, J., *Decore. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales*, Tea Ediciones, Madrid, 2008. p. 17.

Marine, A., Ruotsalainen, J.H., Serra, C. & Verbeek, J.H., 'Preventing occupational stress in healthcare workers (Review)', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Vol 1.

McNeely, E., 'The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up' *Nursing Outlook*, Vol 53, 2005, pp. 291-9.



## Psychische Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen

Munn-Giddings, C., Hart, C. & Ramon, S., 'A participatory approach to the promotion of well-being in the workplace: lessons from empirical research' *International review of psychiatry*, Vol 17, No 5, 2005, pp 409-417.

National Audit Office. 'A Safer Place to Work. Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and Aggression', 2003. Available at:

[http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting\\_nhs\\_staff.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting_nhs_staff.aspx)

Northwestern National Life, *Employee Burnout: America's Newest Epidemic*, Northwestern National Life Insurance Co., USA, 1991.

Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. *Fourth European working conditions survey*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007. Available at:

<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm>

Pedersen, K., 'Violence at the workplace. Danish Experiences with the Prevention of Violence in the Social and Health Care Sector', Social Development Centre SUS, Copenhagen, 2007.

Pollett, H., 'Mental Gesundheitsförderung: a literature review.' Prepared for the Mental Gesundheitsförderung Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council. June 18th 2007.

SCMH, 'Policy Paper 8: Mental Health at Work: Developing the business case', London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.

Trinkoff, A.M. & Storr, C.L., 'Substance use among nurses: differences between specialties' *American Journal of Public Health*, Vol 88, 1998, pp. 581-588.

United States Department of Labor (2004). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. Retrieved 22 September 2009, from:

<http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>

Wang, P., Simon, G., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E., McCulloch, J., Petukhova, M. & Kessler, R., 'Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes', *Journal of the American Medical Association*, Vol 298, No 12, 2007, pp. 1401-1411.

World Health Organization, 'Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options', 2004, pp. 1-67. Available at:

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)

World Health Organization (2009). Mental health. Retrieved 22 September 2009, from:

[http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)