

Arbeitsverhaltens- und Erlebensmerkmale bei Frauen aus Gesundheitsberufen mit gesundheitlichen Einschränkungen

Zusammenhang mit dem Beschwerdebild und
Wirkung von psychosozialen Interventionen



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung
Graz / Schloss Seggau (college@inter-uni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

DSA Romana Endrich

Graz, im Juni 2007

DSA Romana Endrich, Wien

romana@endrich.at

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Romana Endrich

Graz, im Juni 2007

Thesis angenommen

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG	4
EINLEITUNG	9
Stand des Wissens	10
Gesundheit – Krankheit	10
<i>Gesundheitsressourcen</i>	13
<i>Gesundheitsrisiken</i>	15
<i>Gesundheitsförderung</i>	17
Genderaspekt in der Gesundheit	18
<i>Frauengesundheit</i>	19
<i>Arbeit und Gesundheit</i>	22
<i>Frauen, Arbeit und Gesundheit</i>	24
Arbeitssituation in Pflegeberufen	25
<i>Frauen in Pflegeberufen</i>	27
<i>Wirbelsäulenerkrankungen</i>	28
<i>Burnout</i>	29
Frauenspezifische Gesundheitsförderung	30
Projekt Horizonte 40+/ Hintergründe – Entwicklung	32
Betreuungsangebot von Horizonte 40+	33
<i>Einzelbetreuung / CaseManagement</i>	33
<i>Empowerment</i>	34
<i>Tiefenentspannung mittels Trance</i>	35
FORSCHUNGSFRAGE	36
METHODIK	37
Testverfahren	37
Ablauf	39
Zielgruppe	39
ERGEBNISSE	43
Verteilung der Ergebnisgruppen	43
Zusammenhang zwischen Ergebnis und Beschwerdebild	44
Veränderung in den Testergebnissen der Teilstichprobe	46
Wirkung der psychosozialen Interventionen	48
DISKUSSION	52
Fragestellung und Methode	52
Ergebnis	52
Eigenkritik	56
Schlussfolgerung und Ausblick	56
BEILAGEN	58
QUELLENVERZEICHNIS	61

**„Die größte aller Torheiten ist,
seine Gesundheit aufzuopfern,
für was es auch sei“
(Arthur Schopenhauer, 1788 – 1860)**



www.inter-uni.net > Forschung

**Arbeitsverhaltens- und Erlebensmerkmale
bei Frauen aus Gesundheitsberufen mit gesundheitlichen Einschränkungen
Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)**

Romana Endrich, mit Elke Mesenholl-Strehler (Betreuerin)
Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2007

Einleitung

Personen, die im Gesundheits- und Sozialbereich tätig sind, arbeiten unter schwierigen Rahmenbedingungen und sind starken körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Der überwiegende Teil der im Pflege- und Betreuungsbereich Tätigen sind Frauen.

Das Projekt Horizonte 40+ bietet im Rahmen der Equal-Entwicklungspartnerschaft „BlickWechsel – Neue Perspektiven für den Gesundheits- und Sozialbereich“ Beratung, Betreuung sowie Kurse und Seminare für Personen, die in pflegenden oder betreuenden Berufen tätig sind und unter einer gesundheitlichen Beeinträchtigung leiden.

Im Rahmen dieses Projektes bietet sich die Gelegenheit, die Zusammenhänge zwischen Arbeitsverhalten und –erleben, sowie die Wirkungsweise von psychosozialen Interventionen im Rahmen der Gesundheitsförderung zu untersuchen.

Stand des Wissens

Es gibt viele Definitionen zu den Begriffen Gesundheit und Krankheit.

Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis von LaiInnen unterscheidet sich von denen der Professionellen, deren Definition wieder im Zusammenhang mit der jeweiligen Fachrichtung steht.

Ausschlaggebend für die Gesundheit ist die Balance zwischen Gesundheitsressourcen und Gesundheitsrisiken. Dabei handelt es sich um physische, psychische und soziale Faktoren, die Belastungen entgegenwirken (Ressourcen) oder das Wohlbefinden beeinträchtigen und Gesundheitsstörungen und Krankheiten (mit-)verursachen können (Risiken).

Um Gesundheitsressourcen zu stärken und Gesundheitsrisiken zu senken, braucht es Maßnahmen und Aktivitäten, die die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen beeinflussen. Gesundheitsförderung soll alle Menschen ansprechen und ihre Selbstbestimmung und Handlungskompetenz in Bezug auf ihr Wohlbefinden erhöhen.

Eine effektive Gesundheitsversorgung- und Gesundheitsförderung ist nur dann möglich, wenn auch geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit Beachtung finden.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht nur in ihren biologischen Gegebenheiten, sondern auch in ihrem Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln.

Auf geschlechtsspezifische Bedürfnisse wurde in der Gesundheitsversorgung und –förderung lange nicht eingegangen. Obwohl die Medizin immer zwischen Frauen und Männern unterschieden hat, haben sich Diagnose, Behandlung und Forschung oft am Mann als Norm orientiert. „Frau sein“ wird vielfach als Krankheit bewertet, die PatientInnen werden in eine passive Haltung gegenüber ihrer eigenen Gesundheit gedrängt, Auswirkungen der gesellschaftlichen Bedingungen und der daraus resultierenden Lebenszusammenhänge werden wenig beachtet. Erst die Frauenbewegung und die Frauengesundheitsbewegung setzten sich für eine Bewusstseinsänderung ein, die beiden Geschlechtern zugute kommt.

Die Einstellung von Frauen zur Gesundheit unterscheidet sich von jener der Männer. Frauen haben einerseits eine höhere Lebenserwartung, andererseits klagen sie häufiger über Beschwerden, sind öfter im Krankenhaus und konsumieren mehr Medikamente. Ihr Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln wird von Kindheit an durch alle Lebensabschnitte von psychologischen, sozialen und ökologischen Faktoren geprägt.

Armut, Gewalt und Ausbeutung gelten als Risikofaktoren, von denen besonders Frauen betroffen sind. Gesundheitsförderung von Frauen muss sich deshalb an ihren Lebensumständen orientieren und Benachteiligung in allen Bereichen des Lebens wie z.B. Erziehung, Bildung, Beruf, Familienarbeit, Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung vermeiden.

Arbeit ist ein Bereich, der das Leben von Menschen entscheidend prägt. Beinhaltet sie die Förderung von Persönlichkeitsentwicklung sowie die Sicherung der Existenz und stehen ausreichende Ressourcen beruflichen Belastungen gegenüber, kann Arbeit persönlich bereichern und diesem Sinne Gesundheit fördern.

Sind förderliche Rahmenbedingungen nicht gegeben und überwiegen Belastungsfaktoren, kann die Gesundheit beeinträchtigt und langfristig auch nachhaltig geschädigt werden.

Die zunehmende Auflösung von Normal-Arbeitsverhältnissen durch Flexibilisierung und Individualisierung erfordert über den gesetzlichen Arbeitnehmerschutz hinausgehende Überlegungen, den gesundheitlichen Gefahren dieser Entwicklung entsprechende Maßnahmen der Gesundheitsförderung entgegenzusetzen.

Für Frauen bedeutet gesundheitsförderliche Arbeit die Bekämpfung von Diskriminierung, entsprechende soziale Unterstützung um das Spannungsfeld Berufstätigkeit – Familienorientierung

auszugleichen, aber auch, ein Augenmerk der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsforschung auf konkrete Belastungen in der Erwerbsarbeit abseits der Doppelbelastung zu haben.

Typische Frauenberufe, die mit großen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden sind, finden sich im Gesundheits- und Sozialbereich. Geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, schlechte Bezahlung und mangelnde gesellschaftliche Anerkennung spiegeln das Bild der Öffentlichkeit von der Erfüllung der weiblichen Bestimmung als Dienende mit beschränkter Selbständigkeit wieder.

Viele Frauen aus Gesundheitsberufen sind von Muskel- und Skeletterkrankungen, psychischen Erkrankungen wie Burnoutproblematik und anderen gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Kommt es zu einer Leistungseinschränkung im Berufsleben, drohen der Verlust des Arbeitsplatzes und die Gefährdung der Existenz.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken wurde im Rahmen der Equal-Entwicklungspartnerschaft „Blickwechsel - Neue Perspektiven für den Gesundheits- und Sozialbereich“ die Beratungsstelle Horizonte 40+ im BBRZ Österreich (Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum) eingerichtet. Das Projekt, das vom Europäischen Sozialfonds und von der Österreichischen Bundesregierung gefördert wird, betreut Personen aus dem Pflege- und Betreuungsbereich, die eine gesundheitliche Einschränkung haben. Ziel der Arbeit ist die Entwicklung beruflicher Perspektiven zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen des Projektes wird Information, Beratung, intensive Einzelbetreuung in Form von Case Management sowie Seminare mit berufsspezifischen und gesundheitsfördernden Schwerpunkten angeboten.

Für die vorliegende Studie wurden Case Management, Empowerment und Tiefenentspannung ausgewählt, weil sie die Stärkung von Gesundheitsressourcen in Beruf und Privatleben zum Ziel haben.

Case Management ist eine klientenzentrierte Form der Betreuung, die alle Lebensbereiche der zu unterstützenden Person umfasst, sowie notwendige Maßnahmen und die Zusammenarbeit aller am Prozess Beteiligten koordiniert. Die entsprechenden Schritte werden mit den Betroffenen geplant, auf die jeweiligen Gegebenheiten abgestimmt, überprüft und dokumentiert. Ziel ist die Wiederherstellung der Eigenständigkeit und Handlungskompetenz von KlientInnen.

Das Konzept von Empowerment geht von den Stärken und Fähigkeiten der TeilnehmerInnen aus und soll eine autonome und aktive Lebensgestaltung unterstützen. Persönliche Erfahrungen, die zu Hilflosigkeit und Resignation führen, werden in der Gruppe reflektiert und bearbeitet. Ergänzende Einzelgespräche vertiefen den persönlichen Entwicklungsprozess. Wichtiges Element der Arbeit ist der gemeinsame Austausch, das „voneinander Lernen“ und die soziale Unterstützung innerhalb der Gruppe.

Die Tiefenentspannung mittels Trance ermöglicht es, die den Menschen innewohnenden Stärken, Erfahrungen und Ressourcen auf „non-direktem“ Weg zugänglich zu machen, und die KlientInnen so bei der Verwirklichung ihrer Ziele zu unterstützen. Diese Methode hat sich bei Beschwerden wie

Schmerzzuständen, Ängsten, Schlafstörungen und nervöser Anspannung besonders bewährt - Beeinträchtigungen, die bei gesundheitlich belasteten Personen häufig auftreten.

Im Rahmen dieser Studie, die die Arbeit mit den KlientInnen von Horizonte 40+ begleitet, werden folgende Forschungsfragen gestellt:

1. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Arbeitsverhalten und –erleben und der vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung?
2. Gibt es einen Effekt der oben genannten Interventionen auf die Faktoren des Arbeitsverhalten und – erleben, die in den Dimensionen des AVEM erfasst sind?

Methodik

Für die Studie wurde der Test AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) verwendet, ein Testverfahren, das mit 66 arbeits- und gesundheitspsychologischen Fragestellungen die Verhaltens- und Erlebensmerkmale im Bezug auf Arbeit, Beruf und damit verbundene Bereiche erfasst.

Die Auswertung von 11 Dimensionen im Zusammenhang mit Arbeits- und Lebensbedingungen sollen Risiken bezüglich psychischer oder psychosomatischer Gefährdung aufzeigen.

Die Ergebnisse aus den Fragen spiegeln sich in 4 Typen von Verhaltens- und Erlebnismustern wieder: G - gesunder Typ, S – Schonungstyp, Risikotyp A - „workaholic“, Risikotyp B - „Burnout“.

75 Frauen wurden im Rahmen des Erstgespräches getestet und zu ihrem Beschwerdebild befragt. 24 dieser Frauen nahmen an den genannten psychosozialen Betreuungsmaßnahmen teil (9 Case Management/ 8 CM + Empowerment/ 7 CM + Tiefenentspannung). Diese Frauen wurden nach einem Ablauf von 4 Monaten erneut getestet.

Die 75 Frauen sind im Durchschnitt 44,43 Jahre alt, die durchschnittliche Beschäftigungsdauer beträgt 15,4 Jahre. Die größten vertretenen Berufsgruppen sind Krankenschwestern, Heimehelferinnen und Pflegehelferinnen, andere Berufe sind nur gering vertreten.

Bei den gesundheitlichen Beeinträchtigungen treten besonders Muskel-Skeletterkrankungen, allen voran Wirbelsäulen-Beschwerden hervor, eine große Gruppe der Frauen leidet an psychischen Erkrankungen, besonders Burnout-Problematik. Einige der Frauen leiden unter mehreren Beeinträchtigungen.

57% der befragten Frauen nehmen regelmäßig Medikamente, vor allem Psychopharmaka und Schmerzmittel.

Ergebnis

Laut Auswertung der Testergebnisse gehören 31 Frauen der Risikogruppe B an, 25 Frauen der Risikogruppe A, 13 Frauen sind Typ S und 6 Frauen Typ G.

Aus der Zuordnung zu den gesundheitlichen Beschwerden zeigt sich ein statistisch marginal signifikantes Ergebnis im Zusammenhang zwischen Typ A und Wirbelsäulenbeschwerden.

Von Burnout betroffene Frauen zeigen eine tendenziell überwiegend Zugehörigkeit zu Typ B, allerdings ohne statistische Signifikanz.

Betrachtet man die Mittelwerte der 11 Dimensionen für Gruppe 2, ergeben sich hohe Werte in den Bereichen Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben und sehr niedrige Werte bei Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung.

Mittlere Werte finden sich bei beruflicher Ehrgeiz, Resignationstendenz und Innerer Ruhe und Ausgeglichenheit.

Knapp überdurchschnittliche Werte hat die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, knapp unterdurchschnittlich sind offensive Problembewältigung und Distanzierungsfähigkeit.

Die Untersuchung der Wirkung der drei psychosozialen Interventionen (Case Management, Empowerment und Tiefenentspannung) zeigt sich eine signifikante Veränderung über die Zeit bei den Faktoren „Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit“, „Verausgabungsbereitschaft“, „Perfektionsstreben“, „Distanzierungsfähigkeit“ und „Lebenszufriedenheit“. Das Ausmaß ist bei allen Behandlungsarten gleich.

Besonders auffallende Veränderungen gibt es bei der Dimension „Innere Ruhe und Entspannung“. Hier zeigt sich auch eine signifikante Wechselwirkung zwischen Veränderung und Behandlung, die sich durch Behandlung 3 (CM + Entspannung) ergibt.

Diskussion

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Arbeitsverhalten und -erleben kann nicht eindeutig beantwortet werden. Möglicherweise würde eine Untersuchung mit einer größeren Gruppe von Personen mehr Klarheit bringen.

Die Untersuchung der Wirkungsweisen von psychosozialen Interventionen zeigt vor allem eine Veränderung des Arbeitsverhaltens und -erlebens durch die Behandlung mittels Tiefenentspannung. Signifikante Auswirkungen ergeben sich bei „Innerer Ruhe und Entspannung“, aber auch alle anderen Dimensionen zeigen zumindest tendenzielle Verbesserungen.

Dieses Ergebnis bestätigt die Bedeutung von Stressbewältigung für Gesundheit und Wohlbefinden.

Schlussfolgerung

Aus der vorliegenden Studie ergibt sich die Frage inwieweit Untersuchungen des Arbeitsverhaltens und -erlebens für die Gesundheitsförderung genützt und welche Maßnahmen davon abgeleitet werden können.

Die Ergebnisse aus der Untersuchung der Wirkungsweisen von psychosozialen Interventionen, zeigen, dass psychosoziale Interventionen einen wesentlichen Beitrag für die Gesundheit von Menschen aus Gesundheitsberufen leisten.

Besonders Entspannungstraining kann die gesamte Lebenssituation positiv beeinflussen und sich so auch auf Arbeitsverhalten und –erleben auswirken.

Dieser Aspekt sollte verstärkt in die Gestaltung von Arbeitsbedingungen, in die Weiterbildung und Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereiches einfließen.

EINLEITUNG

Personen, die im Gesundheits- und Sozialbereich tätig sind, arbeiten unter schwierigen Rahmenbedingungen und sind starken körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt.

Konfrontation mit Krankheit, Alter und Tod; laufender Zeitdruck, unregelmäßige Dienstzeiten, schweres Heben und Tragen können zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen -

Muskel- und Skeletterkrankungen und/oder psychische Beeinträchtigungen wie Burnout, Angststörungen und Depressionen, sowie andere Erkrankungen sind die Folge. Dies führt nicht nur zur Einschränkung der Lebensqualität durch das Leiden an sich sondern kann auch Existenz bedrohende sozialen Auswirkungen haben – längere Krankenstände, Invalidität, Verlust des Arbeitsplatzes und Langzeitarbeitslosigkeit.

In Österreich sind fast 80% der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialbereich Frauen. Neben den schwierigen Arbeitsbedingungen sind sie häufig mit Problemsituationen im familiären Umfeld betroffen – Doppelbelastung durch Haushalt und Kindererziehung und/oder zu pflegende Angehörige.

Im Rahmen der Equal-Entwicklungspartnerschaft „BlickWechsel – Neue Perspektiven für den Gesundheits- und Sozialbereich“ hat das BBRZ (Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum) eine Beratungsstelle für Personen eingerichtet, die in Gesundheits- und Sozialberufen tätig sind und unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. Das Angebot umfasst Einzelberatung und Betreuung im Sinne des Case-Managements sowie ein Kurs- und Seminarangebot mit den Schwerpunktthemen „Entwicklung beruflicher Perspektiven“ und „Gesundheitsförderung“.

Ziel des Projektes ist die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, mit der Möglichkeit im erlernten Beruf zu verbleiben oder in ein anderes Tätigkeitsfeld zu wechseln.

Bei der Arbeit mit den betroffenen Menschen wird immer wieder das Spannungsfeld zwischen der berufsbegründeten Gesundheitskompetenz und dem Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln im Bezug auf die eigene Person sichtbar.

Es stellt sich die Frage mit welchen Ressourcen und Widerstandkräften den beruflichen Belastungen begegnet werden kann.

Deshalb wurde der Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten von Gesundheit , der Umgang mit der vorhandenen Beeinträchtigung, der Einfluss von Arbeitsverhalten und –erleben auf die Gesundheit, sowie Möglichkeiten der Gesundheitsförderung zu Stärkung der individuellen Ressourcen, zu einem Schwerpunkt des Projektes.

Im Rahmen des Projektes bietet sich die Gelegenheit, einerseits die gesundheitliche Situation von Frauen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit im Gesundheitsbereich zu erfassen, und andererseits den Effekt der Unterstützungsarbeit im Rahmen des Projektes zu untersuchen.

Die Studie beschäftigt sich deshalb mit den Zusammenhängen zwischen Arbeitsverhalten und –erleben und dem Beschwerdebild der Klientinnen von Horizonte 40+, sowie der Wirkungsweise von psychosozialen Interventionen, die im Rahmen der Gesundheitsförderung des Projektes angeboten werden.

Stand des Wissens

Gesundheit und Krankheit

WHO: *"Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen."* (Ottawa-Charta 1986)

T. Parson (1951): *„Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums , für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben für die es sozialisiert (Sozialisation = Einordnungsprozess in die Gesellschaft, Normen- und Werteübernahme) worden ist..“*

Sigmund Freud: *„Gesundheit ist die Fähigkeit lieben und arbeiten zu können.“*

Die oben genannten Zitate sind nur eine Auswahl an unzähligen Definitionen für den Begriff Gesundheit, eine allgemein gültige Definition gibt es nicht. Neben Konzepten und Theorien von professionellen Gesundheitsexperten erachtet man auch die Vorstellungen von LaiInnen als wesentlich.

Das Gesundheitsverständnis von LaiInnen (subjektive Konzepte/Theorien, Alltagskonzepte) ist abhängig vom Geschlecht, sozialem Hintergrund, ethnischer und kultureller Zugehörigkeit, vom eigenen Lebensverlauf und den damit verbundenen Erfahrungen und Bewertungen.

Subjektive Theorien beziehen sich auf Vorstellungen welche Bedingungen für die Gesundheit oder Krankheit einer Person verantwortlich sind oder nicht, und inwieweit man selbst für seine Gesundheit Mitverantwortung trägt.

In den Studien von Herzlich (1973) und Faltermaier (1994 und 1998) finden sich vier wesentliche Dimensionen des subjektiven Gesundheitsbegriffes:

1. Abwesenheit von Krankheit (Fehlen einer organischen Erkrankung oder eines Gebrechens)
2. Gesundheit als Reservoir an Energie (Energie, Stärke, Widerstandskraft gegen äußere Einflüsse)
3. Gesundheit als Gleichgewicht und Wohlbefinden (körperlich und psychisch)

4. Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit (bestimmte Aufgaben erledigen können, Rollenverpflichtung / Arbeitsfähigkeit / erwartete Leistungen erfüllen)

Neben Definitionen des Gesundheitsbegriffes haben LaiInnen auch komplexe und differenzierte Theorien von Gesundheit entwickelt, die oft mit wissenschaftlichen Theorien vergleichbar sind, aber immer auf persönlichen Erfahrungen beruhen.

Faltermaier hat im Rahmen seiner Untersuchungen 10 Typen von subjektiven Gesundheitstheorien gefunden:

1. Gesundheit als Schicksal
2. Gesundheit als Folge von biologischen Prozessen
3. Gesundheit als Folge von Umwelteinflüssen
4. Risikofaktorentheorie der Gesundheit,
5. Bewegungstheorie der Gesundheit
6. Ernährungstheorie der Gesundheit
7. Gesundheit als Folge von Arbeitsbelastung
8. Theorie der Regeneration
9. Bewältigungstheorie der Gesundheit
10. psychosomatische Theorie der Gesundheit

Subjektive Theorien und Konzepte für Gesundheit fanden lange nur wenige Beachtung.

Dabei gehen Menschen tagtäglich mit ihrem Körper, den gesundheitlichen Befindlichkeiten und seinen Veränderungen um und besitzen gesundheitsbezogenes Wissen und Kompetenzen.

Laut internationaler Untersuchungen werden geschätzte zwei Drittel bis drei Viertel gesundheitsbezogener Interventionen außerhalb des professionellen Gesundheitsversorgungssystems bewältigt, eigenständig oder innerhalb des unmittelbaren sozialen Umfeldes von Familie und/oder Freundes- und Bekanntenkreis. Meistens wird fachliche Hilfe erst dann in Anspruch genommen, wenn diese Ressourcen nicht ausreichen oder erschöpft sind.

Auch im Kontakt mit „Experten“ spielen individuelle Gesundheitskonzepte eine wesentliche Rolle.

Laut Becker (1992) haben sie einen bedeutenden Einfluss, welche Interventionen in der Gesundheitsförderung (Behandlung, Prävention) angenommen werden oder nicht.

Ivan Illich (1975) setzt sich generell für die Eigenbestimmung in Gesundheitsfragen ein und forderte das Recht jedes Einzelnen Gesundheit selbst zu definieren, nur unter der Beschränkung, den Nächsten nicht zu beeinträchtigen.

Professionalisten in den Gesundheitswissenschaften beschäftigen sich mit den körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit. Abhängig von ihrer jeweiligen Fachrichtung haben sie eigene Definitionen und Konzepte erstellt.

In der (Schul-) Medizin gilt im Wesentlichen: Wer den Normwerten entspricht gilt als gesund auch wenn er sich krank fühlt (Blättner B. & EU-team@inter-uni.net: Salutogenetische Grundlagen).

SozialwissenschaftlerInnen beziehen neben physischen, psychischen und sozialen Faktoren auch Befinden, Leistungsfähigkeit und Gesundheitshandeln mit ein. Anders als bei ÄrztInnen und Therapeutinnen steht nicht die individuelle Diagnose und Behandlung, sondern die Gesundheit von Populationen im Mittelpunkt der verschiedenen Forschungsgebiete und die Interventionsmöglichkeiten, die sich daraus ergeben.

Aus der Vielfalt an fachspezifischen Modellen und Definitionen werden hier nur einige genannt: Sie basieren überwiegend auf der Idee eines Gesundheits- und Krankheitskontinuums, ausgehend vom salutogenetischen Gesundheitskonzept von A. Antonovsky.

Im Gegensatz zur Pathogenese (*pathos* = Leiden(schaft), Sucht, Phatos; *genesis* = Entstehung, Schöpfung, Geburt), in deren Mittelpunkt die naturwissenschaftliche Entstehung und Entwicklung einer Erkrankung mit allen daran beteiligten Faktoren steht, beschäftigt sich die Salutogenese (salus =

Gesundheit, Wohl, Heil; genesis = s.o.) mit der zentralen Fragen: Was erhält den Menschen gesund? Welche Faktoren tragen dazu bei, dass Menschen trotz vielfältiger Belastungsfaktoren gesund bleiben, bzw. wieder gesund werden?

Antonovsky sieht keine Grenzlinie zwischen Krankheit und Gesundheit, sondern ein Kontinuum zwischen zwei Polen. In welchem Bereich dieses Gesundheits- Krankheits-Kontinuums sich eine Person befindet ist von einem interaktiven Prozess zwischen Stressoren (belastenden Faktoren) und Widerstandsressourcen (schützende Faktoren) abhängig.

Zentrale Widerstandsressource ist laut Antonovsky der Kohärenzsinn (sence of coherence/ SOC), ein umfassendes, dauerhaftes und dynamisches Vertrauen als Grundorientierung, das auf den drei Komponenten Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit beruht. Dieser Kohärenzsinn kommt im Gegensatz zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen erst in Belastungssituationen zum Tragen.

Antonovskys versteht die Salutogenese nicht als Gegensatz zur Pathogenese, sondern als Ergänzung und als Anregung zum interdisziplinären Forschen.

Kritisch betrachtet wird die Einengung auf einen körperlichen Gesundheits- Krankheitsbegriff und die Verwendung von negativen Indikatoren für einen positiven Gesundheitszustand (Becker 1992a). Die psychische Gesundheit hat trotz Antonovskys Anspruch auf Ganzheitlichkeit einen geringen Stellenwert, ebenso wenig Beachtung findet die Wechselwirkung zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit, sowie die Wechselwirkung zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit (Becker 1992 a, Bengel + Mitarb. 1998 zitiert in Hurrelmann/ Laaser 2003)

Trotz Kritik ist die Salutogenese Grundlage für zahlreiche andere Gesundheitsmodelle.

Becker/ Minsel (1992) meinen, dass der aktuelle Gesundheitszustand davon abhängt, inwieweit es einer Person gelingt, mit den ihr zur Verfügung stehenden internen und externen Ressourcen, bestimmte Anforderungen zu bewältigen.

Hurrelmann (1988) stellt ein Modell der Interdependenzen vor, in dem Symptome ein Resultat aus Überforderung der individuellen Kapazitäten der Lebensbewältigung durch soziale, psychische und somatische Risikofaktoren sind.

Der Begriff Krankheit wird in folgenden Definitionen beschrieben:

Psyhyrembel: Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen.

...i.S. der sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Gesetze: ein regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung (wobei bereits die Erforderlichkeit einer Diagnosestellung genügt) oder der Arbeitsunfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt.

Susan Sontag: Krankheit ist eine Metapher, in unseren Vorstellungen von Krankheit kommt eigentlich etwas ganz anderes zum Ausdruck als die Krankheit selbst, nämlich unserer Vorstellung von der Gesellschaft und unsere Beziehung zu ich (aus „Krankheit als Metapher“1977).

Alte Heilkulturen waren ganzheitlich orientiert und dienten der Erhaltung der Gesundheit.

Das Krankheitsverständnis in der Medizin entstand erst im vergangenen Jahrhundert.

In den siebziger Jahren flammte eine intensive Diskussion um die Kostenfrage im Gesundheitswesen auf, dies führte auch zu einer eingegrenzten Krankheitsdefinition, hauptsächlich unter juristischen Gesichtspunkten. Man ging von einem Infektionsmodell aus, bei dem ein einzelner spezifischer Faktor eine Krankheit verursacht und damit den Krankheitsprozess vollständig erklärt.

Eine Variante des medizinischen Krankheitsmodells ist Freuds Störungsmodell, das Störungen als Symptom von zugrunde liegenden krankhaften Prozessen betrachtet.

Eindimensionale Verursachungstheorien sind heute empirisch widerlegt.

„Das Prinzip der multifaktoriellen Verursachung darf nach heute bekannt gewordenen Untersuchungsbefunden als allgemeingültige Gesetzmäßigkeit akzeptiert werden, die in gleichem Maße der Entstehung körperlicher Erkrankungen wie auch derjenigen psychischer Störungen zugrunde liegt“ (Reinert u. Witting 1980 zitiert in Flick 1998).

Krankheit kann von **PatientInnen** als Destruktion (Rollenverlust, Inaktivität in Folge sozialer Isolation und Abhängigkeit), als Aufgabe und Lernsituation (Auseinandersetzung mit der Krankheit, aktive Teilnahme am Behandlungsprozess) oder als Befreiung (Ausstieg aus belastenden Situationen, Ruhepause) erfahren werden.

ProfessionalistInnen unterscheiden zwischen drei Krankheitsmodellen: biomedizinisches Störungsmodell (Krankheit als Folge somatischer Prozesse), psychosoziale Modelle (berücksichtigen auch psychische und soziale Faktoren in die Krankheitsentstehung ein), Stressmodelle (Zusammenwirken von Krankheitsdisposition und Belastungsfaktoren aus der sozialen und ökologischen Umwelt) (Becker 1992)

Lutz und Mark (1995) treffen die Feststellung, dass Krankheit für die Gesundheit etwas Gutes sein kann, ein Schlüsselerlebnis, das zum Nachdenken über das bisherige Leben führen kann.

Sie unterscheiden „gesunde Kranke“ als jene, die die Erkrankung annehmen, von „kranken Kranken“, die ihre Erkrankung verleugnen und nichts aus ihr lernen.

Der Konsens aus den verschiedenen Gesundheitswissenschaften ist die Erkenntnis, dass Gesundheit und Krankheit zwei Enden eines Kontinuums sind, die einander nicht ausschließen.

Es ist die „Gesundheit in der Krankheit“ oder die „Krankheit in der Gesundheit“ sowie der Umgang damit, die letztlich den Ausschlag geben, wie krank oder gesund sich ein Mensch fühlt und wie stark sein Leben dadurch – aktuell oder längerfristig - beeinflusst wird (Aaron Antonovsky).

Die Unterscheidung von gesund und krank ist gesellschaftlich sinnvoll und zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems um entsprechende Maßnahmen für Vorsorge, Behandlung und Nachsorge zu treffen.

2.2.1 Gesundheitsressourcen

Die Weltgesundheitsorganisation legt in ihren Einzelzielen für Gesundheit (2000) folgende grundlegende Voraussetzungen für Gesundheit fest:

Frieden, soziale Gerechtigkeit, ausreichendes Nahrungsangebot, gesicherte Wasserversorgung, Bildungsmöglichkeiten, zumutbare Wohnverhältnisse, eine sinnreiche Aufgabe in der Gesellschaft und ein angemessenes Einkommen.

Im Rahmen der Gesundheitswissenschaften bedeuten Ressourcen jene Mittel, die es ermöglichen Belastungen entgegen zu wirken.

Unterschieden werden:

Psychische Ressourcen sind emotionale, mentale und spirituelle Faktoren wie die Einstellung einer Person zu sich und ihrer Umwelt, Selbstvertrauen, Zuversicht, Sinnerfülltheit und religiöse Überzeugung (Blättner B. & EU-team@inter-uni.net: SaultogenetischeGrundlagen/ LF 3).

Becker nennt die „seelische Gesundheit als Eigenschaft“ eine personale Ressource für Gesundheit (in Hurrelmann, Laaser 2003) Auch Antonovskys Kohärenzsinn muss hier erwähnt werden.

Zu physische Gesundheitsressourcen zählen körperliche Konstitution, intaktes Immunsystem, hohe Invulnerabilität. und Vitalität.

Becker nennt als externe psychosoziale und physische Ressourcen günstige familiäre Bedingungen, positive Arbeitsbedingungen, intakte Nachbarschaftsverhältnisse, entsprechende materielle Bedingungen, gesunde Umwelt, eine entsprechende Versorgung durch Gesundheitsdienste, Kultur- und Bildungseinrichtungen, demokratische und rechtsstaatliche Rahmenbedingungen und Schutz vor gesundheitlichen Gefährdungen.

Als besonders wesentlicher Punkt wird in der Fachliteratur die soziale Unterstützung bezeichnet, sowohl in emotionaler als auch praktischen und materiellen Hinsicht.

Wichtig schein dabei zu sein, dass Menschen daran glauben, im Zweifelsfall soziale Unterstützung zur Verfügung zu haben, aber selbst entscheiden können, ob und wann sie sie in Anspruch nehmen (Blättner B.EU-team@inter-uni.net 2005). Ebenso bedeutend ist also ein Gefühl der persönlichen Identität und Autonomie.

Soziales Gleichgewicht, Arbeits- und Bildungsmöglichkeiten, Wohnverhältniss , Zugang zur Natur, Spiritualität und Lebensqualität werden ebenfalls als Gesundheitsressourcen genannt (Udris, Forschungsprojekt SALUTE 1992).

Zu Beckers internen Ressourcen gehören ebenfalls günstige angeborene und erworbene konstitutionelle Dispositionen und die seelische Gesundheit, wobei kritisiert wird, dass ein Ursache - Wirkungsprinzip nicht eindeutig nachweisbar ist.

Gesundheitsverhalten / Gesundheitshandeln umfassen Maßnahmen, die eine Person setzt um die eigene Gesundheit zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen.

Faltermaier (1998) hebt den Begriff des Gesundheitshandeln als Teil des Alltagshandelns hervor und unterscheidet dazu drei Formen: a. Lebensweise ohne ausgeprägtes Gesundheitshandeln,

b. Gesundheitshandeln mit spezifischen Handlungsschwerpunkten und c. Gesundheitshandeln, das in die Lebensweise integriert ist.

Eine kritische Auseinandersetzung mit Gesundheitsverhaltenskonzepten führte zur Entwicklung des Lebensweisenkonzeptes, das über die biomedizinischen und psychologischen Konzepte der Gesundheitserziehung hinausgeht und auf gesellschaftliche und soziale Dimension von Gesundheitsverhalten hinweist.

„In der Lebensweise kommt zum Ausdruck, unter welchen Lebensbedingungen eine soziale Gruppe welche (Re-) Aktionsformen gelangt, d.h. die Lebensweisen geben Aufschluss darüber, welche handlungsleitenden Orientierungen eine Gruppe in der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit ihrem Lebensbedingungen zu entwickeln vermag(Wenzel 1986 in Waller 2002).

In empirische Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten werden von den Befragten folgende Elemente gesunder Lebensführung genannt: gesunde Ernährung, Bewegung, ausreichend Schlaf: Als ungesund gelten Rauchen, fette und kohlenhydratreiche Kost, Süßigkeiten, wenig Bewegung sowie körperliche und seelische Belastungen.

Gesundheitsrisiken

Gesundheitsrisiken sind Belastungsfaktoren, die je nach Art, Dauer und Intensität Reaktionen auslösen und (Teil-)Ursache von Beeinträchtigungen des Wohlbefindens, Gesundheitsstörungen und Krankheiten sein können (Bundesgesundheitsbl. Bd. 39 (6), (1996), S. 213-214).

Bei personalen Risiken wird zwischen physischen und psychischen Gesundheitsrisiken unterschieden. Körperliche Risiken umfassen genetische Veränderungen, Mikroorganismen, chemische und physikalische Einwirkungen, mechanische und biochemische Veränderungen.

Voraussetzung ist immer ein Zusammenspiel von körperlichen Risiken mit Verhaltens- und Umwelteinflüssen (z.B.: Krebs erzeugende Stoffe im Zigarettenrauch müssen inhaliert werden) (Waller 2002).

Bei der Erforschung psychischer Risikofaktoren steht der Zusammenhang von Persönlichkeitsmerkmalen und Emotionen mit Gesundheit und Krankheit im Mittelpunkt.

Ähnlich wie Hippokrates haben Friedman und Rosenman (1975) sowie Eysenk und Grossart-Maticsek (1990) Persönlichkeitstypen entwickelt, die mit der Entstehung bestimmter Krankheiten in Verbindung stehen (z.B. Krebspersönlichkeit, koronare Risikopersonlichkeit).

Diese Typologien sind allerdings umstritten - sie sind als Erklärungsmodelle hilfreich, neigen aber dazu menschliches Verhalten zu normieren und damit einzuschränken.

Schwenkmezger (1992) hat verschiedene Modelle zum Thema „Emotionen und Gesundheit“ zusammengeführt, die davon ausgehen, dass Emotionen, die Unfähigkeit Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken und damit verbundene Konflikte psychologische und physiologische Veränderungen im Organismus hervorrufen können. Andererseits tragen emotionale Prozesse möglicherweise dazu bei Krankheitsrisiken zu reduzieren und präventives Verhalten zu fördern.

Neben Persönlichkeitsmerkmalen und dem Umgang mit Emotionen kann auch individuelles Verhalten und die persönliche Lebensweise Gesundheitsrisiken verursachen und an der Entstehung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen beteiligt sein. Dazu gehören Rauchen, Suchtmittelmissbrauch, Fehlernährung und Bewegungsmangel und riskantes Sexualverhalten.

Die WHO nennt zusätzlich noch „gefährdendes Fehlverhalten“ (etwas Verkehrsunfälle, oft unter dem Einfluss von Alkohol und Drogen) sowie „gewalttätiges Sozialverhalten“ (Gewaltdelikte, sexueller Missbrauch).

In den Gesundheitsberichten von Deutschland und Österreich werden auch Risiken im Zusammenhang mit Geschlecht (siehe folgende Kapitel – Geschlecht und Gesundheit / Frau und Gesundheit) und Alter, wo besonders die Übergänge im Lebenslauf mit ihren gesundheitlichen Risiken thematisiert werden, genannt.

Untersuchungen zu Gesundheitsrisiken findet man auch zunehmend in den Bereichen

-Arbeitswelt: bezüglich gesundheitlicher Belastungen im Berufsleben und deren Auswirkungen (Berufserkrankungen, Arbeitsunfälle, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Frühpension)

-Wohnen: im Zusammenhang mit Obdachlosigkeit, beengten Wohnverhältnissen, schlechter Ausstattung, Infrastruktur, Gettoisierung, Auswirkungen baulicher Planung und Gestaltung
Festgestellt wurde auch, dass Gesundheitsrisiken mit dem Grad der sozialen und ökonomischen Benachteiligung steigen.

Der „Black-Report“ 1982 des britischen Ministeriums für Gesundheit und Soziales dokumentiert umfassend Krankheitsarten, Todesursachen und Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit Region, sozialer Schicht, Alter und Geschlecht. Die wichtigsten Ergebnisse:

- Untere Sozialschichten aller Altersgruppen sind gesundheitlich benachteiligt
- Lebenserwartung in unteren Sozialschichten ist im Gegensatz zu oberen Sozialschichten gleich geblieben oder hat sich verringert
- Obwohl die Gesundheitsprobleme größer sind, werden Gesundheitsdienste von unteren Sozialschichten weniger genutzt

Soziale Benachteiligung führt zu erhöhten Gesundheitsrisiken, resultiert daraus eine schwerwiegendere gesundheitliche Beeinträchtigung, führt diese wiederum zu (weiterer) sozialer Benachteiligung.

Untersuchungen zu besonderen Bereichen von Benachteiligung finden sich in den Bereichen Arbeitslosigkeit. Bereits 1933 wurden die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit untersucht (Jahoda 1975 Die Arbeitslosen von Marienthal), Wohnungslosigkeit – gesundheitliche Auswirkungen von Obdachlosigkeit, aber auch Obdachlosigkeit als Folge gesundheitlicher Beeinträchtigungen (Trabert 2000, Fisher und Collins 1993 in Waller 2002) und Heimatlosigkeit – gesundheitliche Folgen von Migration.

Ökologische Bedingungen wie Umweltverschmutzung, steigender Energieverbrauch und damit verbundene Entwicklungen und Effekte zählen ebenfalls zu den gesundheitsgefährdenden Faktoren. Zu befürchten ist, dass diese Risiken in Zukunft steigen und andere Gesundheitsrisiken verstärken.

Die genannten Gesundheitsrisiken sind für die Betroffenen häufig mit einem hohen Ausmaß an Stress verbunden.

Laut Selye ist „Stress“ eine Anpassungsreaktion des Körpers auf alles, was die Balance der lebenswichtigen Funktionen stört, z.B. körperliche Anstrengung oder psychische Belastungen. Kann eine Stress auslösende Situation bewältigt werden, kommt es wieder zur Entspannung. Stressoren, die nicht mehr bewältigt werden können führen zu einem Verlust des Gleichgewichtes.

Chronischer Stress kann die Gesundheit schädigen – die Ausschüttung von Stresshormonen kann Nervenzellen, Stoffwechsel und Immunsystem beeinträchtigen und die Entstehung von Krebs,

Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz/Kreislauf-Erkrankungen sowie Depressionen und Burnout verursachen.

Unlösbare Aufgaben führen laut Seligmann zu ständigen Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht. Wer glaubt, sein Leben nicht steuern zu können und dem Lauf der Dinge ausgeliefert zu sein, ist oft von „erlernter Hilflosigkeit“ betroffen, die zu Depressionen und psychosomatischen Erkrankungen führen kann (GEO 03/2002: Zivilisationsplage Stress).

Gesundheitsförderung

„Die Gesundheit des Menschen ist eben kein Kapital, das man aufzehren kann, sondern überhaupt nur dort vorhanden, wo sie jeden Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, so ist der Mensch bereits krank.“ (V.v. Weizsäcker in R. Lorenz : Salutogenese)

Unter Gesundheitsförderung versteht man Maßnahmen und Aktivitäten, die die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen beeinflussen.

Im Gegensatz zur Prävention, die sich hauptsächlich auf Interventionen für Risikogruppen mit erwarteten oder bereits eingetretenen Beeinträchtigungen richtet, spricht die Gesundheitsförderung alle Bevölkerungsgruppen an, vor allem auch Gesunde. Dazu gehören medizinische, hygienische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale, ökonomische und ökologische Ansätze (Laaser, Hurrelmann 2003).

Gesundheitsförderung soll biologische, seelische und soziale Widerstandskräfte und Schutzfaktoren mobilisieren und Lebensbedingungen herstellen, die positives Denken, positive Gefühle und ein optimales Maß an körperlicher Be- und Entlastung erlauben (Badura 1992).

Die WHO (Ottawa Charta 1986) definiert als Ziel der Gesundheitsförderung das Maß an Selbstbestimmung des Menschen über seine eigene Gesundheit zu erhöhen und formuliert Handlungsqualifikationen und entsprechende Strategien:

Handlungsqualifikationen:

1. Interessen vertreten: aktives anwaltliches Eintreten für gesundheitszuträgliche politische, ökonomische, soziale, kulturelle und biologische Umwelt- und Verhaltensfaktoren
2. Befähigen und Ermöglichen: Chancengleichheit fördern, soziale Unterschiede verringern, gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen schaffen um größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen
3. Vermitteln und vernetzen: Gesundheitsförderung verlangt eine Koordination aller Beteiligten (Regierungen, Organisationen, Wirtschaft, Medien und Beteiligung von Menschen in allen Lebensbereichen sowie an Anpassung an regionale Bedürfnisse und Gegebenheiten)

Handlungsstrategien:

Auf personeller Ebene hat Gesundheitsförderung die Aufgabe Kompetenzen und Ressourcen zu fördern um Menschen zur eigenständigen gesundheitsfördernden Gestaltung aller Lebensabschnitte zu befähigen.

Auf der Verhaltensebene soll die Planung und Umsetzung von gesundheitsorientierten Aktivitäten in einer Gemeinschaft unterstützt, z.B. Selbsthilfegruppen, soziale Hilfsprogramme, Möglichkeiten der Mitbestimmung und Mitgestaltung an Gesundheitsbelangen.

Auf der Verhältnisebene soll Gesundheitsförderung die Zusammenhänge zwischen den Lebensbereichen und Gesundheit berücksichtigen und Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen gesundheits- und menschengerecht gestalten.

Gesundheitsdienste von Einzelpersonen, Gruppen sowie Gesundheitseinrichtungen von Gemeinden und Staat sollen ein gemeinsames Versorgungssystem bilden, bei dem die Stärkung und Förderung der Gesundheit im Mittelpunkt steht.

Gesundheit muss ein politisches Anliegen sein und bei allen Entscheidungen mitberücksichtigt werden.

Aktivitäten, die zur Gesundheitsförderung gesetzt werden, sind Gesundheitsaufklärung und -beratung (z.B. Aufklärung mit Hilfe von Massenkommunikation, oder „Personale Kommunikation durch Beratungsgespräche), Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung (in Kindergärten, Schulen, Einrichtungen der Erwachsenenbildung - z.B. Suchtprävention), Gesundheitsselfhilfe, Gesundheitstraining (personenbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung – Sport, Entspannung, Selbsterfahrung) und Präventivmedizin (Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen) (Waller 2002).

Zunehmende Bedeutung bekommt die betriebliche Gesundheitsförderung – menschengerechte Arbeitsplatzgestaltung und Organisation, Gesundheitstraining am Arbeitsplatz, Einrichtung von Gesundheitszirkeln. Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Stärkung der Ressourcen um Gesundheit und damit auch Produktivität der ArbeitnehmerInnen zu erhalten, aber auch die Notwendigkeit durch Veränderungen im Pensionsrecht ArbeitnehmerInnen an einen Pensionsantritt zum gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt heranzuführen.

Gesundheitsförderung kann auch im Hinblick auf ganze Gemeinden orientiert sein, wie das von der WHO geförderte Projekt „Gesunde Städte“.

Genderaspekt in der Gesundheit

Gesundheit ist nicht nur abhängig von physischen, psychischen, sozialen und ökonomischen Faktoren, sondern wird auch vom biologischen Geschlecht und seiner Rolle in der Gesellschaft bestimmt.

Frauen und Männer haben differenzierte Einstellungen zum Thema Gesundheit, die wiederum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln bestimmen.

Einige gesundheitliche Bedingungen treten nur bei Frauen auf – Menstruation, Schwangerschaft, Wechseljahre, aber auch „geschlechtsneutrale“ Erkrankungen zeigen bei Frauen oft andere Symptome und einen anderen Verlauf als bei Männern.

Unterschiedliche Lebens- und Erlebensweisen im Alltag, geprägt durch familiäre, berufliche, gesellschaftliche und persönliche Bedingungen beeinflussen Gesundheit zusätzlich.

Helfferich (1992) definiert folgende Unterschiede in der Männer und Frauengesundheit - Frauen haben ein mehrdimensionales Gesundheitskonzept mit zwei Hauptkomponenten:

1. Gesundheit als primärer Wert, mystisch überhöhte Vorstellung einer integralen Harmonie, Übereinstimmung, die gegen die Zwänge der Gesellschaft gelebt werden
2. Nachvollzug der Zwänge dieser Gesellschaft (z.B. medikamentöse) Normalisierung von körperlichen Problemen im Dienste der Leistungsfähigkeit

Männer haben ein eindimensionales Gesundheitskonzept, das Modell der Naturbeherrschung als Beherrschung des Körpers als Lebens-Mittel zum Zweck der Leistung.

Verbrugge (1990 in Hurrelmann/Laaser 2003) nennt fünf Erklärungsmöglichkeiten der unterschiedlichen Mortalität und Morbidität bei Männern und Frauen

- Unterschiedliche biologische Risiken
- Erworbene Risiken aus der Arbeits- und sonstigen Umwelt
- Psychosoziale Risiken
- Health-reporting-behavior = Bereitschaft über Krankheit, Gesundheit und Befinden zu berichten
- Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und der gesundheitlichen Versorgung

Die Medizin hat immer zwischen Frauen und Männern unterschieden. Trotzdem werden geschlechtsspezifische Unterschiede in der medizinischen Forschung und Behandlung nach wie vor nicht genügend berücksichtigt.

Die Frauenbewegung der 70er und 80er Jahre und die daraus hervorgegangene Frauengesundheitsbewegung waren die wichtigsten Initiatorinnen für eine frauenspezifische Gesundheitsforschung. Frauengesundheitszentren, Tagungen und Arbeitsgruppen richteten das Augenmerk ihrer Forschungen auf die weiblichen Aspekt der Gesundheit und die Situation der Frau als Patientin.

Untersuchungsergebnisse dieser Initiativen haben in vergleichenden Ergebnissen auch die Notwendigkeit einer männerorientierten Gesundheitsförderung aufgezeigt. Doch erst in den letzten Jahren versuchen verschiedene Initiativen diesem Bedarf Rechnung zu tragen – Einrichtung von männerspezifischen Behandlungs- und Beratungszentren, Vernetzung innerhalb der Männergesundheitsforschung, Angebot von Informationsveranstaltungen und Workshops um das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitshandeln von Männern zu fördern.

Da Frauen im Mittelpunkt dieser Studie stehen, wird auf das Thema Frauengesundheit in Folge näher eingegangen.

Frauengesundheit

Im Vergleich zu Männern klagen Frauen über mehr Beschwerden, erleben ihren Gesundheitszustand subjektiv schlechter, haben auch häufigere Krankenhausaufenthalte und konsumieren mehr Medikamente.

Trotzdem haben sie eine höhere Lebenserwartung, was aber nicht heißt, dass deshalb auch ihr Gesundheitszustand besser ist. Sie nehmen ärztliche Vorsorguntersuchungen häufiger in Anspruch und bejahen seelische Einflüsse auf die Gesundheit.

Frauen steht zwar eine eigene medizinische Fachrichtung zur Verfügung, trotzdem werden sie in der Medizin anders behandelt als Männer und oftmals in die Rolle der passiven Patientin gedrängt. Sie werden häufig unnötigen gynäkologischen Operationen unterzogen und sind auf Grund ihres Geschlechtes Opfer von Fehldiagnosen, weil ihr geschlechtsspezifisches Beschwerdebild nicht ernst genommen wird. Frauen werden mehr Psychopharmaka verschrieben und landen häufiger in der Psychiatrie.

Biologische, soziale und kulturelle Unterschiede werden entweder ignoriert oder negativ bewertet.

Das „Weibliche“ galt gemeinhin als pathologisch und behandlungsbedürftig. Die Frauen wurden in körperlicher und psychischer Hinsicht als krank, leidend und defizitär betrachtet (Ulrike Maschewsky-Schneider 1996;S.7)

In vielen Bereichen der Medizin wird der männliche Körper als Norm herangezogen. Selbst Medikamente werden überwiegend an Männern erprobt, auch wenn klar ist, dass der Wirkstoff überwiegend bei Frauen zur Anwendung kommt.

Damit schließt man das Problem einer möglichen Schwangerschaft aus, Fragen nach dem Einfluss von hormonellen Zyklen werden damit aber ebenfalls ausgeklammert. Es fragt sich ob so eine wirklich adäquate gesundheitliche Versorgung von Frauen gewährleistet werden kann? (Schücking / Jahrbuch f. kritische Medizin / Bd. 24 /1995)

Gesundheit von Frauen hängt nicht nur von den biologischen Gegebenheiten ab, sondern auch von der geschlechtsspezifischen Sozialisation und von sozialen und ökologischen Umwelt- und Lebensfaktoren.

Abhängig vom Bezug zum eigenen Körper haben junge Frauen unterschiedliche Zugänge zu Gesundheit, diese können sich im Laufe des Lebens ändern.

Mädchen werden nach wie vor dazu erzogen nicht draufgängerisch sondern ruhig, brav, nett und fürsorglich zu sein. Sie werden weniger als Burschen dazu ermutigt, Bewegung zu machen.

Das führt zwar gegenüber Burschen zu einer wesentlich verringerten Rate an Unfällen und Verletzungen, der verringerte Zugang zur Bewegung kann aber in späteren Jahren zu gesundheitlichen Problemen führen.

In der Pubertät kommt es zu einer Zunahme von gesundheitlichen Beschwerden – Krankheiten, somatische und psychosomatische Störungen – Stress, Erschöpfung, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Migräne, und damit auch zu einem steigenden Medikamentenkonsum (z.B. Schmerzmittel gegen Menstruationsbeschwerden). Die Entwicklung der Weiblichkeit wird als zwiespältig und verwirrend erlebt, mit der Erfahren der eigenen Wirkung steigt das Interesse am Aussehen. Die von den „Medien“ vermittelte Wertvorstellung vom „Richtigen Aussehen“ kann das „Körper-Selbstbewusstsein“ nachhaltig prägen“ (Olbricht 1993). In Konfrontation mit dem traditionellen Frauenbild einerseits und neuen Berufs- und Bildungschancen andererseits erleben junge Frauen oft Desorientiertheit, unklare Zukunftsperspektiven und Rollenunsicherheit.

Das Spannungsfeld zwischen beruflichen Chancen und Anforderungen, vermehrter Selbständigkeit und Selbstbestimmung, aber auch der Wunsch oder die Erwartung zur Erfüllung der Frauenrolle und Familienorientierung prägen die „reproduktiven Jahre“ von Frauen.

Sexualität, Verhütung, Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt sind Themen die eng mit Frauengesundheit verbunden sind. Störungen stellen das Selbstverständnis als Frau in Frage und haben Auswirkungen auf weibliches Selbstbewusstsein und Lebensplanung.

Die Vereinbarung von Beruf und Familie wird Lebensrealität, nach wie vor sind überwiegend Frauen für Kinderversorgung und Hausarbeit zuständig.

„Als Ehefrau, Helferin, Pflegerin, besonders aber als Mutter ist die Frau gesellschaftlich, moralisch und persönlich verpflichtet, zurückzustecken, keine Aufmerksamkeit auf sich zu richten, ihre Sensibilität in den Dienst ihrer Kinder und ihrer Familien zu stellen. Mütter müssen durchhalten um jeden Preis, auch den der eigenen Gesundheit.“ (Kleese, Brinkmann, Marschewsky-Schneider: „Gesundheitshandeln von Frauen“)

Die Menopause ist ein großer Einschnitt im Umgang mit Körper und Gesundheit. Das „Älter werden“ verlangt einen neuen Umgang mit dem Körper und der Gesundheit. Die hormonelle Umstellung hat Auswirkungen auf das gesundheitliche Befinden – die Erkrankungsrate steigt, schwere körperliche Beeinträchtigungen, psychische Störungen, Osteoporose und Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigen an. Der Medikamentenkonsum steigt im höheren Alter signifikant an, vor allem bei Schmerzmitteln

Allerdings erleichtert die durch die geschlechtsspezifische Sozialisation erlernte Fähigkeit sich anzupassen, die Bewältigung des Alltags (Vogt u. Kral 1997 in Hurrelmann 2003)

Wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit von Frauen in den einzelnen Lebensabschnitten haben soziale und ökologische Faktoren – Bildungsstand, Beruf, Einkommen und Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht.

Frauen, vor allem Alleinerzieherinnen und ältere Frauen sind besonders armutsgefährdet.

Durch die Auflösung der Familie und Individualisierungstendenzen entstehen zwar im positiven Sinn mehr Handlungsspielräume, gleichzeitig fehlt die Unterstützung durch Familie und/oder PartnerIn.

Die alleinige Verantwortung für die Kinder, ein geringes Einkommen, keine Berufsausbildung, beschränkte Chancen auf dem Arbeitsmarkt und beengte Wohnverhältnisse bedeuten oft auch kleine Handlungsspielräume, geringe Entwicklungschancen, Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben und Isolation.

Je ärmer, desto mehr wird auch an Gesundheit gespart. Der Mangel verschärft sich, je länger die Armut andauert. Trotz Verschlechterung der gesundheitlichen Situation werden dann auch medizinische Leistungen weniger in Anspruch genommen.

Erfahrungen von Gewalt und Ausbeutung stellen zusätzliche Gesundheitsrisiken dar.

Gesundheitsförderung von Frauen ist nach wie vor sehr medizinisch orientiert. Befindlichkeitsstörungen, die möglicherweise ein Teil des Lebens sind, werden durch die Anforderungen nach „Funktionstüchtigkeit“ als gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Krankheiten bewertet. Wo psychosoziale Unterstützung sinnvoll wäre, werden Medikamente und Hormone eingesetzt.

Die Frauengesundheitsbewegung hat die Dominanz der Medizin, die Frauen als Patientinnen in die Passivität drängt, von Anfang an kritisiert. Sie fordert mehr Selbstbestimmung für Frauen, eine positive Sicht von Gesundheit und Formen von Unterstützung, die sich nach den Bedürfnissen der Frauen richtet um Wohlbefinden, Selbstwertgefühl und Handlungsfähigkeit zu fördern.

In der familiären Betreuungsarbeit zeigen Frauen sehr wohl, dass sie in der Gesundheitsselbsthilfe auch die Rolle von Akteurinnen übernehmen können

Graham (1985) unterscheidet dabei drei Aspekte

- *Frauen sind als „providers of health“ verantwortlich für die Herstellung von häuslichen Bedingungen, die die Gesundheit der Familienmitglieder erhalten und für eine schnelle Genesung bei Krankheit sorgen.*
- *Als „negotiators of health“ vermitteln sie die richtige Einstellung und Verhaltensweisen zur Gesunderhaltung und zum Umgang mit Krankheit. Sie sozialisieren Familienmitglieder für eine mehr oder weniger gesunde Lebensweise und vermitteln ein Kultur des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit.*
- *Sie sind auch „mediators of health“ und stellen die Verbindung zum professionellen Gesundheitssystem her, vermitteln den Kontakt der Familienmitglieder zu medizinischen und sozialen Expertinnen und fungieren somit als „gatekeeper“ zwischen Familie und professionellem System.*

Arbeit und Gesundheit

„Arbeit als Tätigkeit, die nicht erschöpft, sondern unsere schöpferischen Kräfte mobilisiert; ein Umgang mit der Zeit der Hektik, Stress und Geschwindigkeitswahn Gelassenheit entgegengesetzt; Männer und Frauen, die sich jenseits von Rollenzuschreibungen Freiräume für ihre persönliche Entwicklung zugestehen (Gesterkamp: gutesleben.de – Die neue Balance von Arbeit und Liebe /2002 S. 218).

Der überwiegende Teil erwerbstätiger Erwachsener in den entwickelten Industriegesellschaften verbringt einen großen Anteil seiner Lebenszeit in den frühen und mittleren Lebensabschnitten im Berufsleben. Berufliche Erfolgserlebnisse oder Misserfolgserlebnisse wirken nicht nur auf das Arbeitsleben direkt, sondern auch auf berufsferne Lebensbereiche. Richter et al (1998) spricht deshalb auch vom „langen Arm des Berufs“.

Arbeitszufriedenheit oder Arbeitsunzufriedenheit sind hier als wesentliche Aspekte zu nennen.

Herzberg, Mausner und Snydermann (Ulrich E.: Arbeitspsychologie 2005) nennen als „Satisfiers“ Zufriedenheit bewirkende Faktoren:

- die Tätigkeit selbst
- die Möglichkeit etwas zu leisten
- die Möglichkeit sich selbst weiterzuentwickeln
- die Möglichkeit , Verantwortung zu übernehmen
- Aufstiegsmöglichkeiten
- Anerkennung

Diese Faktoren beziehen sich auf den Arbeitsinhalt. Sie entsprechen den Bedürfnissen nach Selbstverwirklichung und motivieren zur Leistung.

„Dissatisfiers“ hingegen sind Faktoren, die im Zusammenhang mit der Arbeitsumgebung stehen und Arbeitsunzufriedenheit erzeugen:

- Die äußeren Arbeitsbedingungen
- Die Beziehung zu ArbeitskollegInnen
- Die Beziehung zu Vorgesetzten

- Firmenpolitik und Administration
- Entlohnung einschließlich Sozialleistungen
- Krisensicherheit des Arbeitsplatzes

Der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Gesundheit ist durch verschiedene Studien belegt.

Generell beinhaltet Arbeit Gesundheitsressourcen als auch Gesundheitsrisiken.

Gesundheitsfördernd sind Handlungs-, Entscheidungs- und Zeitspielräume, Kooperations- und Kommunikationserfordernisse sowie soziale Unterstützung, Förderung von Persönlichkeitsentwicklung, Erweiterung von Kompetenzen, mit bestimmten Belastungen besser umzugehen.

Als Belastungsfaktoren gelten Zeitdruck, Unterforderung durch monotone Arbeitsbedingungen, ständige Unterbrechungen, widersprüchliche Arbeitsanforderungen ergonomische und chemisch-physikalische Risikofaktoren aber auch besondere Arbeitsorganisationen und Einwirkungen am Arbeitsplatz (Schichtarbeit, Akkordtätigkeit, Fließbandarbeit, Lärm, Vibration, Klima).

Wesentlichen Einfluss haben auch Arbeitsplatzsicherheit, Führungsstil und der zwischenmenschliche Umgang in einem Unternehmen.

Werden Belastungen zu groß und können nicht mehr bewältigt oder kompensiert werden, kann es zu gesundheitlicher Beeinträchtigung kommen.

In Zusammenhang mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wurden ArbeitnehmerInnen zu gesundheitlichen Beschwerden gefragt, die während oder unmittelbar nach der Arbeit auftreten. Genannt wurden nach Häufigkeit Schmerzen, im unteren Teil des Rückens und Kreuzschmerzen, gefolgt von Nacken- und Schulterschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten, Stressreaktionen wie Müdigkeit, Mattigkeit, Erschöpfung, Kopfschmerzen, Nervosität und Reizbarkeit. (Badura 1999)

Hauptursache von Langzeitkrankenständen und Frühpensionierung sind überwiegend Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates sowie des Bindegewebes, gefolgt von psychischen Erkrankungen und Erkrankungen des Kreislaufsystems (Österreichisches Bundesministerium f. Soziales und Konsumentenschutz).

Die oberösterreichische Studie „Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit“ (2004) hat Maßnahmen und Strategien erforscht um die Arbeitsfähigkeit zu fördern und zu erhalten und so das faktische Pensionsalter in Österreich an das gesetzliche Pensionsalter heranzuführen.

Von den befragten Personen, die sich in einer krankheitsbedingten Pension (Rente) befanden, gaben 26,2% an, eine beruflich bedingte Beeinträchtigung zu haben und in ihrem Arbeitsleben hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt gewesen zu sein.

Viele Erkrankungen bzw. Erkrankungsfolgen werden von den ArbeitnehmerInnen nicht angenommen oder als vorübergehend betrachtet. Oft wird die Beeinträchtigung vor dem Arbeitgeber verschwiegen, aus Angst vor Kündigung und Arbeitslosigkeit.

40% der Befragten kehrten nach einem Langzeitkrankenstand nicht mehr in ein Beschäftigungsverhältnis zurück. (IBE, Blumberger 2004).

Im Rahmen des ArbeitnehmerInneschutzes sind die Überwachung sicherer Arbeitsbedingungen (Helmpflicht, Sicherheitsschuhe usw.), sowie Maßnahmen des Gesundheitsschutzes (bei Einwirkung von Lärm, Gefahrstoffen) und der personenbezogene Schutz (Jugendschutz, Mutterschutz) seitens

ArbeitsmedizinerInnen, Sicherheitsfachkräften und Sicherheitsvertrauenspersonen gesetzlich verankert. Durch die Zunahme von psychischen Belastungen werden auch zunehmend ArbeitspsychologInnen in den Betrieben eingesetzt. Darüber hinaus werden weitere Überlegungen notwendig, die Gesundheit von ArbeitnehmerInnen zu stärken und damit auch die Arbeitsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen. Betriebliche Gesundheitsförderung, Strategien zur Wiedereingliederung von MitarbeiterInnen nach Langzeitkrankständen und eine Verknüpfung von Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind wichtige Instrumente.

Die demografische Entwicklung, die Veränderungen in der Arbeitswelt und im Sozialversicherungssystem erfordert einen längeren Verbleib im Berufsleben.

„Erhalt und Förderung von Gesundheit, Qualifikation, Motivation und Leistungsvermögen aller am Arbeitsprozess Beteiligten und eine menschengerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen tragen auf betriebswirtschaftlicher Ebene wesentlich zum Unternehmensziel bei. Erfolge auf diesem Feld entfalten darüber hinaus maßgebliche Potenziale zur Verringerung volkswirtschaftlicher Kosten in den Sozialversicherungen.“ (Ulrich Zumdick).

Durch die Flexibilisierung und Individualisierung der Arbeit lösen sich Normal-Arbeitsverhältnisse und damit auch die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit zunehmend auf. Nicht allen Menschen ist es möglich, mit dieser Realität und den Anforderungen, die damit einhergehen, Schritt zu halten. Die Folge davon ist oftmals Arbeitslosigkeit.

Arbeitslosigkeit mit ihren psychosozialen Folgen hat verschlechternde Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der betroffenen Personen, die damit verbundene Armutsgefährdung ebenso.

Untersuchungen weisen nach, dass arbeitslose Menschen ein höheres Sterblichkeitsrisiko haben, die Immunkompetenz verringert und die Multimorbidität höher ist, sie wesentlich mehr psychische und psychosomatische Symptome aufweisen, aber weniger unterstützende Angebote in Anspruch nehmen. Arbeitslosigkeit ist ein Faktor, der die Gesundheit gefährdet, weil er besondere Anforderungen stellt, aber gleichzeitig die Ressourcen einschränkt und oft mit einer Schwächung des Kohärenzsinner verbunden ist (Blättner B. & EU-team@inter-uni.net 2005).

Frauen, Arbeit und Gesundheit

„Für verantwortungsvolle Tätigkeit suchen wir freundlich, tüchtige Mitarbeiterin, Frau für alles, selbständiges Arbeiten gewöhnt, pädagogische und Kenntnisse in Menschenführung erforderlich, Ausbildung nicht üblich, hohe berufliche Kompetenz, 90-Stunden-Woche, frei Wochenenden nur als Möglichkeit, keine Aufstiegschancen, Verzicht auf Anerkennung, schauspielerische Fähigkeiten im Umgang mit Kunden, Sonntagsgesicht und gute Dauerlaune vorausgesetzt; Kost, Logis und Kleidung frei, geringes Einkommen, Urlaub nur im Krankheitsfall“ („...vom eigenen Leben lernen, Annelie Keil in „Frauen und Gesundheit(en)“ S. 268.)

Im Vergleich zu Männern konzentriert sich die Berufstätigkeit von Frauen auf 5 Berufsfelder:

Büro, Verkauf, Gesundheits- und Sozialbereich, Schönheit- und Wellness sowie Reinigungsbereich.

Frauen sind in niedrigeren beruflichen Positionen zu finden, arbeiten häufig unter ihrer Qualifikation, haben geringeren Weiterbildungs- und Aufstiegschancen sowie höheren Beschäftigungsrisiken als Männer. Meistens ist die Arbeit mit geringer Entlohnung und niedrigem sozialen Status verbunden.

Weibliche DienstnehmerInnen arbeiten häufiger in Berufen mit monotonen Arbeitsabläufen, einseitigen körperlichen Belastungen, reduzierten Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, hohem Arbeitspensum und damit auch hohem Zeitdruck.

Laut österreichischem Frauengesundheitsbericht (BM f. Gesundheit und Frauen 2005/2006) sind folgende Gesundheitsrisiken bei Frauen im Berufsleben besonders ausgeprägt:

Erkrankungen der oberen Gliedmaßen, Schädigungen durch schweres Heben und Tragen, Stress, Angriffen seitens der Öffentlichkeit (bei Berufen mit hohem Publikumsverkehr), Asthma und Allergien, Haut- und Infektionskrankheiten, ungünstige Tätigkeiten mit der Notwendigkeit von Schutzausrüstung (Norm für Schutzausrüstung ist der „Durchschnittsmann“), reproduktive Gesundheit und ungünstige Arbeitszeiten.

In der Industrie gilt Frauenarbeit als einfach und anspruchslos, ergo dessen als anforderungsarm und nicht belastend. Der Forschungsbericht von Kliemt 1995 hat allerdings gezeigt, dass diese Einschätzungen nicht zutreffend sind. Empirische Hinweise deuten darauf hin, dass Arbeitsplätze von Frauen in der Industrie gesundheitsschädigend sind.

In anderen Bereichen der Frauenarbeit geht man davon aus, dass das Tätigkeitsfeld den geschlechtsspezifischen Neigungen und den ursprünglich in der Gesellschaft verankerten Interessen und Aufgaben, als der „wahren Identität“ von Frauen entspricht und deshalb nicht belastend ist.

Das gilt auch für die unbezahlte Arbeit im Haushalt und in der Betreuung und Versorgung von Angehörigen.

Trotz vieler Maßnahmen in Richtung Gleichstellung prägt der Widerspruch zwischen Erwerbstätigkeit und Familienorientierung das Leben vieler Frauen. Auch wenn die Erwerbstätigkeit von Frauen kontinuierlich zunimmt, ist ein Selbstbild, ausgerichtet auf Partner- und Familienorientierung, selbstverständlich.

Neben den belastenden Faktoren für Frauengesundheit kann Arbeit auch Ressourcen beinhalten und als Bereicherung gesehen werden, die das Selbstbewusstsein hebt, die Eigenständigkeit durch das eigene Einkommen sichert, das Gefühl vermittelt, sich selbst zu verwirklichen und einen sinnvollen Beitrag in der Gesellschaft zu leisten.

Wie die Arbeit die Gesundheit von Frauen beeinflusst, hängt von den individuellen und sozialen Bedingungen ab.

Sie enthält sowohl gesundheitsfördernde als auch gesundheitsbedrohende Potentiale, wobei die Bereiche Berufstätigkeit und Familienarbeit ein lebensgeschichtliches Spannungsfeld von rivalisierenden Interessen darstellt. Für den damit verbundenen Konflikt gibt es keine kollektiven Lösungsangebote, er muss von jeder einzelnen Frau integriert und ausgehalten werden.

(Klesse, Brinkmann, Maschewsky-Schneider: „Gesundheitshandeln von Frauen“ 1992)

Rollenvielfalt wird positiv erlebt, wenn auch entsprechende Unterstützung seitens des sozialen Umfeldes vorhanden ist (Unterstützung der Familie/des Partners, entsprechende Möglichkeiten der Kinderbetreuung).

Marianne Resch (in Frauen und Gesundheit(en) 1998) kritisiert, dass es nur wenig Forschungen zu den Bedingungen weiblicher Erwerbstätigkeit und deren Zusammenhänge mit Gesundheit gibt, und diese häufig unter dem Schwerpunkt Doppelbelastung stehen. Sie fordert mehr Augenmerk auf die konkreten Belastungen in der Erwerbsarbeit.

Arbeitssituation in Pflegeberufen

In belastungsintensiven Tätigkeitsbereichen sind die gesundheitlichen Risiken so hoch, dass sie nur zeitlich begrenzt ausgeführt werden können (Begriff: "Begrenzte Tätigkeitsdauer"). Auf Grund der mit ihnen verbundenen chronischen Schädigungen können diese Tätigkeiten dann von der Mehrheit der Beschäftigten nicht bis zum regulären Pensionsalter ausgeübt werden. Dies hängt nicht mit der biologischen Ausstattung bzw. mit dem individuellen Gesundheitsbewusstsein zusammen, sondern mit dem Charakter dieser Arbeitsplätze. An solchen Arbeitsplätzen kumulieren meist negative Effekte: belastende Arbeitsbedingungen verknüpfen sich mit schlechter Bezahlung, geringer gesellschaftlicher Anerkennung und gesundheitlichen Risiken.

Pflege gehört zu diesen Tätigkeitsbereichen. (M.Vogt 1998)

Die Arbeit in der Pflege umfasst Grundpflege, Behandlungspflege, medizinische Überwachung, Administration, Materialpflege und Verwaltung bei Diplomierten Pflegekräften, PflegehelferInnen sind in diesen Bereichen unterstützend tätig (Demmer / Küpper 1984.)

HeimhelferInnen zählen nicht zu den Gesundheitsberufen, sondern zu den Sozialen Diensten, durch die pflegenahen Tätigkeiten sind sie aber mit ähnlichen Anforderungen konfrontiert.

Daraus ergeben sich körperliche Belastung durch häufiges Gehen und Stehen, Bücken, schwerem Heben und Tragen, hohe Infektionsrisiken und Kontakt mit Allergenen (Demmer / Küpper 1984).

Die hohen psychischen Beanspruchungen ergeben sich einerseits durch ungünstige Arbeitszeiten, Nacht- und Wochenenddiensten, aber auch durch ständig wechselnde Anforderungen, hohen Zeitdruck und die Konfrontation mit Krankheit, Leid und Tod. Belastend wirken auch die zunehmenden administrativen Tätigkeiten, die zusätzlich zur Pflegearbeit geleistet werden müssen.

Als Problem werden auch mangelnde Managementqualitäten der Vorgesetzten genannt, das Gefühl unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen keine qualitätsorientierte Pflege mehr leisten zu können, sowie der Mangel an beruflichen Perspektiven und Karrieremöglichkeiten.

Die Folgen der Belastungen sind oft gesundheitliche Beeinträchtigungen, u.a. Erkrankungen des Bewegungsapparates, Burnout, Depressionen, Angststörungen, die zu oftmals langfristigen Arbeitsausfällen oder überhaupt zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Berufsleben führen.

Die NEXT 2005 (nurses' early exit study), eine Studie zur Gesundheit des Pflegepersonals im Krankenhaus im internationalen Vergleich, hat Daten zu Arbeitsbedingungen, Gesundheit und Arbeitseinstellung von 11 Ländern erfasst und verglichen. Die häufigsten Beschwerden sind Muskel-Skeletterkrankungen 53%, Hauterkrankungen 28%, Magendarm-Beschwerden 24%, Neuro/Augen/Ohr 20%, psychische Erkrankungen 19% und Atemwegserkrankungen 14%. Durchschnittlich 37,4% der befragten Personen sind von Burnout betroffen, 16,8% denken oft an einen Berufsausstieg.

Festgestellt wurde auch, dass die Zahl von älteren Beschäftigten steigt, auch die von ArbeitnehmerInnen über 65, die Anzahl jüngerer Beschäftigter aber sinkt. In Deutschland werden folgende Gründe für einen Ausstieg aus dem Beruf genannt: Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben, geringe Entwicklungsmöglichkeit, zu hohe Arbeitsbelastung.

Der Krankenpflegereport 2000 der DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse), eine Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten von Beschäftigten in Pflegeberufen, hat ergeben, dass Pflegekräfte eine gesundheitlich überdurchschnittlich gefährdete Berufsgruppe sind. Im Vergleich mit ganzjährig

Versicherten aus anderen Berufssparten kommen Pflegekräfte auf nahezu 80% mehr Fehltag wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen, bei psychiatrischen Erkrankungen sind es 89,74 % mehr Fehltag. Die Erhebung zeigt die Zusammenhänge von körperlicher Belastung und Wirbelsäulenbeschwerden ebenso auf, wie der Einfluss von arbeitsbedingtem Stress auf psychiatrische Krankheitsbilder.

In der mobilen Pflege und Betreuung sind die Belastungen ähnlich, dazu kommen aber zusätzliche Belastungsfaktoren. Mobile Pflege und Betreuung ist in die Lebenssituation und den Alltag der KlientInnen eingebettet. Dadurch gibt es viele Unwägbarkeiten, auf die das berufliche Handeln abgestimmt werden muss. Das hohe Ausmaß an Störfällen macht die Arbeit schwer planbar. Die ständige Balance zwischen Einfühlungsvermögen und emotionaler Abgrenzung stellt eine große Herausforderung dar (Krenn/FORBA 2004). Dazu kommt, dass mobile Kräfte alleine unterwegs sind und in schwierigen Situationen nicht sofort auf Hilfe und Unterstützung zurückgreifen können, wie es im stationären Bereich der Fall ist.

Mobile Pflegedienste sind von öffentlichen Auftraggebern abhängig, der zunehmende Konkurrenz- und Kostendruck spiegelt sich in einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen wider.

Unrealistischen Wegzeitregelungen, Einschränkung der Betreuungszeit bei gleichem Arbeitsaufwand und zunehmenden Dokumentationsaufgaben erhöhen Zeit- und Arbeitsdruck. Schlechte Bezahlung, Mangel an gesellschaftlicher Anerkennung und geringe beruflichen Aufstiegschancen machen Gesundheits- und Sozialberufe zusätzlich unattraktiv.

Einerseits erfordert die demografische Entwicklung eine Ausweitung der Gesundheitsdienste, andererseits führen die bestehenden Rahmenbedingungen zu Personalmangel.

Um den jetzigen und zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden, gibt es zunehmend Überlegungen, wie Gesundheitsarbeit menschen- und altersgerecht gestaltet werden kann.

Deshalb gewinnt neben der Organisations- und Personalentwicklung die Gesundheitsförderung im Pflege- und Betreuungsbereich zunehmend an Bedeutung.

Frauen in Pflegeberufen

Pflege ist traditionell ein Frauenberuf. Krankenpflege gehörte immer zu den Aufgaben der Frauen als Hausfrau und Mutter.

Die Grundlagen des heutigen Gesundheitswesens haben ihre Wurzeln in der 2. Hälfte des 19. Jhdts. Im Zuge der Industrialisierung und der Ursachenforschung in der Medizin und der Sozialen Hygiene entstand das Bewusstsein, das die Sorge für den Einzelnen die Gesellschaft stärken kann.

Aus diesen frühen Initiativen der Armenfürsorge sowie der Arbeiterwohlfahrt entwickelten sich wesentliche Elemente des Gesundheitswesens und damit des Wohlfahrtsstaates, und führte zur Entwicklung von „Frauenberufen“ im Pflege- und Betreuungswesen.

Krankenpflege und soziale Betreuungsarbeit war oftmals die Aufgabe von Ordensschwestern oder von bürgerlichen Frauen, die nicht heiraten konnten oder wollten, und sich so eine gesellschaftlich anerkannte Stellung verschafften.

Ihr Selbstverständnis als sanfte Dienende mit beschränkter Selbstständigkeit prägt noch heute das Bild der Krankenschwester (Stöckl in „Frauen und Gesundheit(en)“ 1998).

Nach wie vor sind Gesundheits- und Sozialberufe wenig gesellschaftlich anerkannt. Es gibt wenig gesellschaftliches Bewusstsein darüber, wie viele spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten die

professionelle Gesundheits- und Sozialarbeit erfordert. Dem soll durch die Entwicklung und Förderung der professionellen Aus- und Weiterbildung entgegengewirkt werden (Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Case Management, Sozialmanagement, Spezialausbildungen).

Ein Auszug aus dem Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000 zeigt, dass Gesundheitsberufe immer noch überwiegend mit weiblichen Arbeitskräften besetzt sind.

Im Pflege- und Sozialbereich gibt es laufend eine große Nachfrage an Arbeitskräften, ein Grund warum viele Frauen (zunehmend auch Männer) als Spät- und Quereinsteiger (nach längeren Erziehungszeiten oder Arbeitslosigkeit) in diesem Bereich zu arbeiten beginnen. Gleichzeitig gibt es auch eine große Drop out-Rate. Zu den im vorangehenden Kapitel aufgezeigten gesundheitlichen Belastungen kommt vor allem bei Frauen die zusätzliche Belastung durch Hausarbeit und Kinderbetreuung dazu. Die unregelmäßigen Arbeitszeiten sind familienfeindlich - Hausarbeit und Kinderbetreuung muss trotz Nacht- und Wochenenddiensten zeitgemäß erledigt werden.

Viele Studien zum Thema „Gesundheit von ArbeitnehmerInnen in Gesundheitsberufen“ differenzieren nicht zwischen Männern und Frauen.

Im Rahmen der Nurses Health Study, eine Gesundheitslängsschnittstudie, die seit 1976 in den USA läuft, werden alle 2 Jahre tausende von Krankenschwestern zu ihrer Gesundheit befragt.

Die Ergebnisse sind aber nicht nur für Pflegekräfte interessant sondern haben für alle Frauen Bedeutung – etwa die Bedeutung des Östrogens für das Brustkrebsrisiko. Die Krebsforscherin Dr. Eva Schermann hat sich anhand dieser Studie mit den gesundheitlichen Belastungen durch Nachtdienste beschäftigt und 2001 in einer Studie herausgefunden, dass es einen Zusammenhang mit der Häufigkeit von Brustkrebserkrankungen gibt.

Der Wunsch nach einem Berufswechsel wird zum Problem, vor allem wenn er durch eine gesundheitliche Beeinträchtigung notwendig wird oder wenn es sich um ältere ArbeitnehmerInnen handelt. Umstiege in weniger belastende Tätigkeitsbereiche sind schwierig und oftmals an längere Ausbildungen und höhere Bildungsvoraussetzungen gebunden. Dazu kommen oft finanzielle und damit auch ökonomische und soziale Belastungen (Horizonte 40+, Projektzwischenbericht 2006).

Die berufliche Rehabilitation kann hier Chancen eröffnen, Job-Garantie ist sie keine.

Das führt dazu, dass Frauen oft länger im Beruf verbleiben als der Gesundheit zuträglich ist und dann aus dem Beruf ausscheiden müssen. Langzeitarbeitslosigkeit, Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeit, sind die Folge.

Laut Statistik des Projektes Horizonte 40+ sind Wirbelsäulenbeschwerden und Burnout die häufigsten Gründe für gesundheitliche Probleme am Arbeitsplatz.

Wirbelsäulenerkrankungen

Ursachen von Wirbelsäulenerkrankungen können angeboren oder erworben sein, in einer muskulär bedingten Degeneration liegen, die Folge von Entzündungen, eines Traumas, einer Bandscheibenvorwölbung bzw. eines Bandscheibenvorfalles sein.

Berufsbedingte Beeinträchtigungen der Wirbelsäule entstehen durch

- Schwere körperliche Belastungen (z.B. Heben und Tragen von Schwere Lasten, andauernde Erschütterungen)

- Tätigkeiten, die den Bewegungs- und Stützapparat einseitig belasten
- Tätigkeiten, die eine andauernd gleiche Körperhaltung oder in Zwangshaltungen erfordern

Eine gesundheitsgefährdende Lebensweise wie falsche Ernährung, Übergewicht, mangelnde Bewegung begünstigen die Entstehung von Wirbelsäulenerkrankungen zusätzlich.

(Arbeitsmedizinische Überlegungen zur beruflichen Rehabilitation / Dr. Angelika Sedlacek für BBRZ).

Lange Zeit wurden Wirbelsäulenerkrankungen und damit verbundene Beschwerden als rein körperliches Leiden angesehen. Heute sind sich Experten aber darüber einig, dass psychische Einflüsse nicht nur an der Entstehung von Rückenschmerzen sondern auch am Umgang mit der Erkrankung und am Heilungsprozess beteiligt sind (Gesunder Rücken / Stiftung Warentest).

Innere und äußere Belastungen sowie überhöhte Ansprüche können zu Fehlhaltungen und chronischen Verspannungen führen. Langfristig können so physische Beeinträchtigungen verursacht oder bereits vorhandene verstärkt werden.

MitarbeiterInnen in der Pflege üben täglich Tätigkeiten aus, die die Wirbelsäule belasten – Heben, Tragen, Bücken, Lagern und Umbetten von PatientInnen. Was in der Ausbildung noch zu zweit erledigt wird, muss im Arbeitsalltag häufig alleine bewältigt werden.

Technische Hilfsmittel stehen nicht immer zur Verfügung oder werden aus Zeitmangel nicht in Anspruch genommen.

Durch Zeitdruck, die dauernde Konfrontation mit Leid, Krankheit und Tod, Wechseldienste, mangelnde Anerkennung und fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten kommt es zu psychischen und körperlichen Anspannungen, die es den Betroffenen schwer machen „Haltung zu bewahren“. Die Folge sind Rückenbeschwerden bis hin zu manifesten Erkrankungen, die zu Arbeitsausfällen, Langzeitkrankenständen und zum Ausstieg aus dem (Pflege-) Beruf führen.

Schädigungen der Wirbelsäule gehören zu den Hauptgründen von Arbeitsausfällen bei Personen in Pflegeberufen.

Burnout

Burnout ist eine tiefgehende körperliche und seelische Erschöpfung, verbunden mit Depersonalisierung und Leistungseinbrüchen in Folge lang andauernder Belastung und Überbeanspruchung.

Ursachen für Burnout liegen sowohl in der Persönlichkeit der betroffenen Menschen als auch in ihrem Umfeld (Familie, Arbeitsplatz, Gesellschaft) - hohe/überhöhte Erwartungshaltung und Leistungsansprüche, wenig Lob und Anerkennung, mangelnde Entscheidungsfreiheit und mangelnder Handlungsspielraum,

Burnout entwickelt sich in 12 Stadien beginnend mit dem Stadium 1/ Zwang sich zu beweisen bis zum Stadium 12/völlige Burnout-Erschöpfung (Pass P.F. & Eu-team@inter-uni.net 2005).

Zu den körperlichen Symptomen zählen chronische Müdigkeit, generell erhöhte Krankheitsanfälligkeit, Magen-Darmstörungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Kopf- und Rückenschmerzen, Muskelverspannungen, Einschränkung der Libido.

Emotionale Symptome sind Schuldgefühle, Selbstzweifel und reduzierte Selbstachtung, Ohnmachtsgefühle, Gefühlsschwankungen, Nervosität und Gereiztheit, Zynismus, Aggressionsbereitschaft, Rückzug und Isolation, Depression und Apathie. „Ausgebrannt sein“ führt auch zu kognitiven Folgen wie Konzentrationsschwächen, Denkblockaden, Entscheidungsunfähigkeit, Interesselosigkeit und Schwarz-weiß-Denken mit negativen inneren Monologen.

Im Auftrag der GPA (Gewerkschaft der Privatangestellten/ Österreich) wurde erstmals eine Österreich- weite Burnout-Studie im Gesundheits- und Sozialbereich durchgeführt.

Von den 823 Personen (564 Frauen / 259 Männer), die an der Studie teilnahmen waren 18% stark bzw. sehr stark von Burnout betroffen, bei 7% der TeilnehmerInnen wäre fachliche Hilfe dringend angeraten. Der Anteil der Frauen war dabei doppelt so hoch wie der Anteil der betroffenen Männer.

(Kompetenzzentrum Schloss Wolfsberg 2007)

Gerade engagierte und aufopferungsbereite Menschen sind häufig von Burnout betroffen. Das gilt besonders für Menschen, die im Pflege- und Betreuungsbereich arbeiten. Schmidbauer hinterfragt in seinem Buch „Die hilflosen Helfer“ diese Aufopferungsbereitschaft. Aus eigenen Erfahrungen und den Erkenntnissen seiner therapeutischen Arbeit schließt er, dass Menschen nicht nur aus psychischer Gesundheit heraus einen helfenden Beruf ergreifen, sondern um die eigene innere Not zu verdrängen, die aus einer narzisstischen Kränkung in der Kindheit entstanden ist.

Karen Horney kommt ebenfalls zur Erkenntnis, dass Menschen in helfenden Berufen in ihrem Nähebedürfnis bis zum Selbstverlust gehen können (Danzer/Rattner: Der Mensch zwischen Gesundheit und Krankheit).

Im Helfer-Syndrom, charakterisiert durch ausgeprägte Perfektions-Ideale, Verleugnung der Wirklichkeit mit möglichen Misserfolgen und Enttäuschungen und der Unfähigkeit für sich selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen, sieht Schmidbauer die Grundlagen für ein Burnout gegeben.

Dies könnte auch für viele Frauen gelten, die auch auf Grund geschlechtsspezifischer Faktoren besonders Burnout-gefährdet sind.

Von Kindheit an lernen sie Wut und Aggressionen zurückzuhalten und zu verleugnen. Sie werden dazu erzogen freundlich und fürsorglich gegenüber anderen zu sein anstatt auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten. Ein daraus resultierendes Selbstwertgefühl wird durch den gesellschaftlichen Stellenwert, weniger Bildungsmöglichkeiten, niedrigere berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und schlechterer Bezahlung bei gleicher Tätigkeit und Leistung noch verstärkt. Die Chance auf berufliches Fortkommen und Anerkennung führt oft zu hohem Leistungsstreben und Perfektionismus. Zusätzlicher Stress entsteht durch den Anspruch auch noch eine gute Mutter, Ehefrau und Hausfrau zu sein, und durch die Schuldgefühle, die entstehen, wenn dies nicht möglich scheint (Freudenberger/North Burn-out bei Frauen/ Fabach Burnout – Wenn Frauen über Ihre Grenzen gehen, Österr. Frauengesundheitsbericht 2005/2006).

Frauenspezifische Gesundheitsförderung

„Es geht um die gesellschaftliche Benachteiligung und Diskriminierung der Frau, daraus resultierende Belastungen und widersprüchliche Anforderungen(...), es geht um eine Veränderung der gesellschaftlichen Stellung und sozialen Lage der Frauen, alles andere leitet sich daraus ab.

Gesundheit und Krankheit von Frauen ist abhängig von diesen, Frauen diskriminierenden Lebensbedingungen. Die Frage nach Gesundheit von Frauen ist die Frage nach den objektiven und subjektiven Widersprüchen im weiblichen Lebenszusammenhang. (Schneider 1991)

Aus den Erkenntnissen und dem Wissenstand der derzeitigen Frauengesundheitsforschung leiten sich auch die Anforderungen für eine geschlechterspezifische Gesundheitsförderung ab:

- gesundheitliche und psychosoziale Nahversorgung, in Wohn- und Arbeitsumgebung
- lernen eigene Interessen und Bedürfnisse zu artikulieren und zu vertreten
- an den Ressourcen orientieren, Selbstwertgefühl und Identität stärken
- neue Handlungsalternativen entwickeln um Gesundheit und Wohlbefinden zu stärken

Der österreichische Frauengesundheitsbericht 2005/2006 nennt als Maßnahmen zur Gesundheitsförderung:

- Prävention durch ausreichende Bewegung, gesunde Ernährung, Anstreben eines angemessenen Körpergewichtes und Zunahme des Obst- und Gemüsekonsums
- Maßnahmen der Früherkennung (Vorsorgeuntersuchung, Mutter-Kind-Pass)
- Förderung von genderorientierten Gesundheitsprojekten
- Psychische Gesundheitsförderung
- Geschlechtsspezifische Suchtprävention
- Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit
- Gesundheitsförderung in der Gesundheits- und Krankenpflege
- Prävention von Ernährungsstörungen

Annelie Keil sieht die Basis der Frauengesundheitsförderung in einer biografischen und geschlechtsspezifischen Gestaltungsarbeit und der Aufarbeitung des Zusammenhanges individuellen und kollektiven Lebensgeschichten.

Die Gesundheitsarbeit mit Frauen muss berufsspezifisch (im Sinne des Arbeits- und Lebenszusammenhanges), frauenspezifisch (eingehend auf weibliche Lebens- und Verarbeitungsmuster) sowie erlebnis- und erfahrungsorientiert sein (es braucht lebendige Anknüpfungspunkte) sein (A.Keil in Frauen und Gesundheit(en) 1998).

Sinnvoll ist eine biografische, alltags- und bedürfnisorientierte Gesundheitsförderung, aber auch eine psychosomatische und selbsthilfeorientierte Krankheitsbegleitung.

Zur individuellen Gesundheitsförderung gehört:

- Reflexion von gesundheitsspezifischen Zusammenhängen bezüglich Arbeit-Alltag-Gesundheit
- Analyse von psychischen und somatischen Verarbeitungsmustern im Zusammenhang mit Lebensereignissen
- Bewusstmachung des eigenen Wissens und Verhaltens
- Selbsterkenntnis und Einordnen der gemachten Erfahrungen
- Sichtbar machen von Konfliktfeldern
- Reflexion von Möglichkeiten und Grenzen zur Verbesserung der Lebenssituation
- Möglichkeiten einer besseren Interessensvertretung und gegenseitigen Hilfe

Daneben sollten sich Frauenforschung und -politik an folgenden Leitgedanken orientieren:

- Abbau von gesellschaftlicher Diskriminierung und sozialer Benachteiligung
- Verbesserung der Lebensbedingungen von Frauen in Beruf und Familie
- Veränderung der objektiven und subjektiven Lebensbedingungen, die widersprüchliche Rollenerwartungen hervorrufen
- Verbesserung der Sozialisationsbedingungen von Mädchen
- Verhinderung einer Pathologisierung des Weiblichen und damit die Rolle als passive Patientin
- Verbesserung des Wohlbefindens, des Selbstwertgefühles und der allgemeinen Gesundheit von Frauen
- Förderung des Selbsthilfegedankens, Aktivierung von Stärken und Fähigkeiten zum Einstehen für individuelle Bedürfnisse und Interessen

Diesen Vorstellungen sollte nicht nur in Frauengesundheitszentren, genderspezifischen Beratungsstellen und Projekten Rechnung getragen werden, sondern generell ein gesellschaftliches und politische Anliegen sein.

Projekt Horizonte 40+ / Hintergründe – Entwicklung

Equal ist eine Initiative der europäischen Gemeinschaft, die zum Ziel hat Personengruppen, die von Diskriminierung und Ungleichheit auf dem Arbeitsmarkt bedroht oder betroffen sind zu unterstützen. In Österreich werden die entsprechenden Projekte in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, dem Bildungsministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, sowie dem Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz umgesetzt. Die finanziellen Mittel werden zur einen Hälfte vom Europäischen Sozialfonds, zur anderen aus dem nationalen Budget getragen.

Die einzelnen Projekte arbeiten eigenständig, sind aber in Equal- Entwicklungspartnerschaften zusammengefasst, die jeweils ein gemeinsames Anliegen verfolgen. Der Austausch innerhalb Europas wird durch transnationale Partnerschaften mit anderen europäischen Staaten gewährleistet. Die operativen Projekte werden von strategischen Partnern wie Sozialversicherungsträger, Interessensvertretungen, NGOs u.a. in der Umsetzung ihrer Inhalte unterstützt.

Ziel ist es innerhalb eines begrenzten Zeitraumes (2-3 Jahre) geeignete Fördermaßnahmen zu entwickeln, die dann von nationalen Fördergebern übernommen und weiterfinanziert werden können.

Horizonte 40+ ist ein Projekt im Rahmen der beschriebenen Partnerschaft. Der Träger des Projektes, das BBRZ (Berufliches Bildungs und Rehabilitationszentrums) war bereits in den Jahren 2003-2005 an Equal- Entwicklungspartnerschaften beteiligt.

Im Rahmen der Entwicklungspartnerschaft A.E.I.O.U. (Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen) wurde die Beratungsstelle „Service Arbeit und Gesundheit“ aufgebaut, deren Zielgruppe Personen waren, die wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung Schwierigkeiten im Berufsleben hatten. Ziel der Information, Beratung und Betreuung von betroffenen Personen und interessierten Betrieben war die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, die Sicherung des Arbeitsplatzes bzw. die rasche Integration in den Arbeitsmarkt nach Auflösung eines Dienstverhältnisses.

Innerhalb des Förderzeitraumes suchten über 471 Personen die Beratungsstelle auf. Die größte dabei vertretene Berufsgruppe waren ArbeitnehmerInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (98

Personen = 21%). Deshalb wurde für den folgenden Förderzeitraum das Konzept von Horizonte 40+ entwickelt und eine Kooperation mit der Equal-Entwicklungspartnerschaft „Blickwechsel – Neue Perspektiven für den Gesundheits- und Sozialbereich“ geschlossen. Ziel der EP „Blickwechsel“ ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Arbeit in pflegenden und betreuenden Berufen.

Betreuungsangebot von Horizonte 40+

Horizonte 40+ ist eine Beratungsstelle für Personen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, die in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen und unter einer gesundheitlichen Einschränkung leiden. Das Angebot der Beratungsstelle unterstützt betroffene Menschen, ihre Situation zu reflektieren, entsprechende berufliche und persönliche Perspektiven zu entwickeln und umzusetzen.

Im Rahmen der Erstberatung wird die persönliche Situation der KlientInnen erhoben – Familien- und Lebensverhältnisse, gesundheitliche Status, finanzielle Gegebenheiten und berufliche Situation. Fragestellungen nach dem Berufsleben umfassen nicht nur Ausbildung und ausgeübte Tätigkeiten, sie erheben auch die Befindlichkeit im Arbeitsleben – Einstellung zur Arbeit und Arbeitsengagement, Kontakte zu KollegInnen und Vorgesetzten, Umgang mit Belastungssituationen, Übereinstimmung von Wünschen und Vorstellungen mit der Realität, Verhältnis zwischen Arbeits- und Erholungszeiten, Möglichkeiten der eigenen und der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Nach einer gemeinsamen Analyse der Ist-Situation werden Wünsche und Zielvorstellungen festgelegt sowie Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten geklärt.

Den KlientInnen steht einerseits Einzelbetreuung in Form eines Case Managements zur Verfügung, andererseits können sie verschiedene Gruppenangebote und Seminare nützen, die regelmäßig angeboten werden, z.B. Berufsorientierung, Bewerbungstraining, Tiefenentspannung, Empowerment, Burnout-Workshops, Bewegungstraining (Qi Gong, Nordic walking, Pilates, Tai chi).

Im Rahmen des Case Managements werden individuelle Probleme angesprochen und konkrete Lösungsansätze entwickelt (Bildungsplanung, berufliche Rehabilitation, psychotherapeutische Behandlung, Schuldnerberatung). Das Empowerment Training hat zum Ziel die sozial Kompetenz und die Fähigkeit zur eigenständigen Lebensgestaltung durch Arbeit und gemeinsamen Austausch innerhalb einer fixen Gruppe zu fördern. Im Entspannungstraining wird ein Ausgleich zu den belastenden Arbeits- und Lebensbedingungen geschaffen, um durch Förderung der Ruhe und Ausgeglichenheit die persönlichen Veränderungsprozesse zu unterstützen.

Einzelbetreuung / Case-Management.

Case Management entstand in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts in den USA und Großbritannien als Arbeitskonzept im Gesundheitswesen, in der SeniorInnenarbeit und in der Jugendwohlfahrt.

Für KlientInnen/ PatientInnen, die sich in komplexen Lebenssituationen befinden und eine Vielfalt an verschiedenen Dienstleistungen in Anspruch nehmen, soll Case Management bedarfsgerechte und flexible Hilfe gewährleisten. Durch Koordination der verschiedenen Unterstützungsangebote soll die Effizienz und die Qualität der Betreuungsabläufe verbessert werden. Gleichzeitig wird die Abhängigkeit der KlientInnen vom Hilfesystem gemindert und ihre Selbstbestimmungsfähigkeit

gefördert, indem Betroffene lernen ihre eigenen Ressourcen auszuschöpfen und weitere notwendige Ressourcen aus der Umwelt zu aktivieren.

Obwohl es verschiedene Definitionen von CM gibt, gibt es eine Übereinstimmung in den Grundsätzen:

- Der/die KlientIn / PatientIn wird in seiner/ihrer individuellen Lebenssituation gesehen. Dies beinhaltet persönliche Kompetenzen, Interessen, Ressourcen und Bedürfnisse, beachtet aber auch den Bezugsrahmen zu den Lebenswelten und damit zusammenhängende Faktoren.
- CM vernetzt und koordiniert notwendige Dienstleistungen und sorgt für eine Kontinuität der entsprechenden Versorgung (Kooperation mit verschiedenen Partnern – Dienstleistern und Laien)
- CM strebt gezielte Hilfeleistung und effiziente Ergebnisse an. Dies schließt auch die Weiterentwicklung und eine Sicherung der Qualität mit ein.

Die Integration von Klientenbedürfnissen und vorhandenen Ressourcen sowie die Verantwortung für die Kooperation zwischen Akteuren unterschiedlicher Professionen verlangen von CMInnen umfassende Kompetenzen:

- Klinische, therapeutische und edukative Kompetenz für die psychosoziale Betreuungsarbeit.
- Kommunikations- und Interaktionskompetenz
- Administrative Kompetenz
- Hohe Fähigkeit zur Selbstorganisation
- System- und Strukturkenntnisse bezüglich rechtlicher Grundlagen, Dienstleistungsangebot, Finanzierungs- und Fördermöglichkeiten, Kenntnisse der Aufgaben unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen
- Ökonomische und politische Kompetenzen

Case Management – Ablauf und Methoden

Ganzheitliche Analyse der Lebenssituation mit besonderem Augenmerk auf die persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen der KlientInnen

1. Ziele werden gemeinsam mit den KlientInnen erarbeitet, definiert und gegebenenfalls korrigiert
2. Im Rahmen des Betreuungsplanes übernehmen CMInnen unterschiedliche Rollen
3. CMInnen haben die Aufgabe die Umsetzung des Unterstützungsplanes zu koordinieren und zu kontrollieren, bei ihnen liegt auch die finanzielle Verantwortung.
4. Betreuungsverläufe im Rahmen des CM; werden dokumentiert und evaluiert

CM kann nicht von einzelnen Betreuungspersonen umgesetzt werden, es ist immer an entsprechende Rahmenbedingungen von Fördergebern, Zusammenarbeit der unterschiedlichen Einrichtungen und an fachliche Kompetenz gebunden. Wesentlicher Bestandteil ist auch die Bereitschaft zur strukturellen Arbeit und die Fähigkeit nachvollziehbare und überprüfbare Schritte zu setzen und diese zu dokumentieren und überprüfen zu lassen.

Empowerment

Krankheit / Behinderung und die daraus resultierenden sozialen Folgen geben vielen Menschen das Gefühl hilflos zu sein und ihr Leben nicht mehr selbst gestalten zu können. Sie fühlen sich abhängig von anderen Menschen und von Institutionen. Durch entmutigende Erfahrungen resigniert ziehen sie sich weitgehend aus der aktiven Beteiligung an ihrer Lebensplanung zurück.

Empowerment = Selbstbemächtigung = Anstiftung zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens

Ziele von Empowerment

- Wiederentdecken alter und Entwicklung neuer Ressourcen einer autonomen Lebensgestaltung
- Erschließung und Vernetzung von sozialen Ressourcen
- Selbstverfügungskräfte stärken

Empowerment geht von einer professionellen Haltung aus, die nicht die Defizite und die Lebensunfähigkeit der Personen in den Mittelpunkt stellt, sondern den Stärken und Fähigkeiten Aufmerksamkeit schenkt, auch in Lebensabschnitten der Schwäche und Verletzlichkeit das Leben eigenmächtig zu gestalten.

Basis ist eine Philosophie der Menschenstärke, die auf 6 Bausteinen beruht:

1. Vertrauen in die Fähigkeiten jedes Einzelnen zu Selbstgestaltung und gelingendem Lebensmanagement
2. Akzeptanz von Eigen-Sinn und der Respekt auch vor unkonventionellen Lebensentwürfen
3. Respektieren der „eigenen Wege“ und der „eigenen Zeit“ der Klienten, Verzicht auf strukturierte Hilfspläne und eng gefasste Zeithorizonte
4. Verzicht auf entmündigende Expertenurteile über die Definition von Lebensproblemen, Problemlösungen und wünschenswerte Lebenszukünfte
5. Orientierung an der Lebenszukunft des Klienten
6. Orientierung an einer „Rechte-Perspektive“ und ein parteiliches Eintreten für Selbstbestimmung und soziale Gerechtigkeit

Ziel des Empowerment-Trainings im Rahmen von Horizonte 40+ ist die Balance zwischen beruflichem Engagement und persönlicher Zufriedenheit. Am Training nehmen ausschließlich Frauen teil. Themen der Gruppen- und Einzelarbeit sind „Grenzen wahrnehmen – Grenzen setzen.“, Unterstützungsmöglichkeiten aktivieren und in Anspruch nehmen, Möglichkeiten der Ruhe und Entspannung schaffen.

Die Gruppe dauert 4 Monaten. Parallel dazu wird Einzelcoaching nach Vereinbarung angeboten.

Tiefenentspannung mittels Trance

Die Tiefenentspannung mittels Trance hat seine Wurzeln in der Hypnosetherapie nach Milton Erikson (1901 – 1980). Er betrachtete die Hypnose als besonders intensive Form der Kommunikation, in deren Rahmen es möglich ist Lösungen und Ziele auf überwiegend „non-direktivem“ Weg zu erarbeiten, mittels indirekter Botschaften z.B. durch Metaphern. Ziel ist es, die jedem Menschen innewohnenden

Ressourcen, Persönlichkeitsmerkmale und Erfahrungen wieder zugänglich zu machen und die KlientInnen so bei der Verwirklichung ihrer Ziele zu unterstützen.

Im Gegensatz zu psychotherapeutischen Schulen, die entweder einen sprachlich-rationalen oder einen emotional-motivationalen Zugang wählen, steht bei der Arbeit mit Hypnose die vorbewußte Informationsverarbeitung in der Trance im Vordergrund.

Trance ist ein veränderter Bewusstseinszustand, der mit Schlaf, Koma oder Narkose verglichen werden kann. Sie wird unterschiedlich vom Wachbewusstsein erlebt und führt zu Prozessen, die sich deutlich vom Alltagserleben abheben.

Bower (1981) belegt diese These vom Sonderzustand. Unter Stress sinken intellektuelle Leistungen (Wortschatztest bei gleichzeitigem Schmerz durch Eiswasser), bei Personen in Trance wird die Leistungseinbuße reduziert.

Hypnosetherapie wird vor allem bei psychosomatischen Erkrankungen, Phobien, Angstzuständen, Depressionen, in der Traumabearbeitung, und der Schmerztherapie, bei Suchterkrankungen und in der Rehabilitation angewendet.

Folgende Wirkungen der Hypnose wurden mittels empirischer Studien untersucht und bestätigt: Milderung von Operationsfolgen in der Chirurgie, Senkung des Bluthochdrucks, Verringerung von Beschwerden bei Asthma, Verlängerung der Überlebenszeit bei Krebspatienten, Linderung von Schmerzzuständen; Bewältigung von Ängsten und Phobien, Verbesserung von Schlafstörungen, Förderung der Abstinenz bei Rauchern und der Gewichtsreduktion bei Adipösen (www.hypnomega.at):

Die Hypnotherapie erweitert die Hypnose durch die tiefenpsychologische Betrachtungsweise der Störungsgenese mit praktischen verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen.

Die Tiefenentspannung mit Trance wirkt vegetativ entspannend und fokussiert Aufmerksamkeit und Konzentration. Über beide Wege können körperliche Vorgänge beeinflusst werden und so einen Weg zu somatischen und psychischen Veränderungen bilden.

Die Mitarbeit des/der KlientIn in Form von Selbsthypnose ist eine Erweiterung der Behandlung (Agnes Kaiser Rekkos: Die Fee, das Tier und der Freund – Hypnose in der Psychosomatik).

FORSCHUNGSFRAGE

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen Frauen, die Gesundheitsberufen tätig sind und eine gesundheitliche Einschränkung haben. Untersucht werden Verhaltens- und Erlebnism Merkmale in Bezug auf Beruf und Arbeitswelt, mögliche Zusammenhänge mit den vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen, sowie der Effekt psychosozialer Interventionen auf die Verhaltens- und Erlebnism Merkmale einer Teilgruppe.

These 1: Besteht ein Zusammenhang zwischen AVEM- Ergebnis und gesundheitlicher Beeinträchtigung

1a. Personen mit Wirbelsäulenbeschwerden finden sich überwiegend in Risikogruppe A.

1b. Personen mit Burnout finden sich überwiegend in Risikogruppe B.

These 2: Wirkung von psychosozialen Interventionen auf Dimensionen des AVEM - Ergebnisses:

2a. Case-Management (Behandlung 1)
Distanzierungsfähigkeit der TeilnehmerInnen erhöht sich.
Resignationstendenz sinkt.

2b. CM + Empowerment (Behandlung 2)
Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit sinkt.
Erleben sozialer Unterstützung steigt.

2c. CM + Entspannung (Behandlung 3)
Verausgabebereitschaft sinkt.
Innere Ruhe und Ausgeglichenheit steigt.

METHODE

Testverfahren

AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) ist ein Testverfahren für arbeits- und gesundheitspsychologische Fragestellungen und ermöglicht die Erfassung von Verhaltens- und Erlebensmerkmalen im Bezug auf Arbeit, Beruf und damit verbundenen Bereichen ermöglicht. Er gibt Aufschluss über den Umgang der betreffenden Personen mit beruflichen Anforderungen und der Beziehung zwischen persönlichen Ressourcen und dem Mitgestalten eigener Beanspruchungsverhältnisse.

Dadurch wird es möglich Risiken bezüglich psychischer oder psychosomatischer Gefährdung zu erkennen.

Das Verfahren schließt an gesundheitspsychologische Konzepte an, die die Art und Weise, wie sich Menschen beanspruchenden Situationen stellen, zum entscheidenden Kriterium psychischer Gesundheit machen – (Konzept des Kohärenzerlebens von Antonovsky, die Ressourcen-Theorie von Becker (Becker & Minsel) und Udris, das transaktionale Streß- und Koping- Konzept von Lazarus (Lazarus & Folkmann).

Das Testverfahren kann zur Unterstützung von gesundheitspsychologischen Interventionen genutzt werden. Einerseits um individuelle gesundheitsfördernde Verhaltens- und Erlebensmuster ab – und gesundheitsfördernde aufzubauen, andererseits um Verhaltens- und Erlebensmuster auch in Zusammenhang mit den Arbeits- und Lebensbedingungen zu betrachten und als Grundlage für arbeitsgestalterische Maßnahmen heranzuziehen.

Im Rahmen eines Modellversuches zur Gesundheitsförderung im Pflegebereich in zwei Krankenhäusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes wurde dieser Test angewendet, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu evaluieren und Veränderungen zu dokumentieren. Zu Beginn des Projektes 1996 sowie 2003 und 2005 wurden Prä-Post-Vergleiche mit diesem Fragebogen durchgeführt.

Im Aufbau des Verfahrens werden folgende Faktoren erfasst:

1. **Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit** - Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben
2. **Beruflicher Ehrgeiz**- Streben nach beruflichem Aufstieg

3. **Verausgabungsbereitschaft**-Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen
4. **Perfektionstreben**-Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung
5. **Distanzierungsfähigkeit**-Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit)
6. **Resignationstendenz bei Misserfolg**-Neigung sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben
7. **Offensive Problembewältigung**-aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen
8. **Innere Ruhe und Ausgeglichenheit**-Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts
9. **Erfolgerleben im Beruf**-Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten
10. **Lebenszufriedenheit**-Zufriedenheit mit der gesamten, auch über den Beruf hinausgehenden Lebenssituation
11. **Erleben sozialer Unterstützung**-Vertrauen in die Unterstützung durch nahe stehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit

Die 11 genannten Dimensionen werden in 3 Sekundärfaktoren zusammengefasst.

Sekundärfaktor 1 umfasst die Dimensionen 1-5 und zeigt Merkmale, die das Arbeitsengagement widerspiegeln.

Sekundärfaktor 2 gibt durch die Dimensionen 6-8 Aufschluss über die persönliche Widerstandsfähigkeit und das Bewältigungsverhalten gegenüber Belastungen.

Sekundärfaktor 3 fasst die Dimensionen 9-11 zusammen und gibt Aufschluss über das Erfolgerleben in der Arbeit, die Lebenszufriedenheit und das Erleben sozialer Unterstützung.

Die Auswertung des Verfahrens und der Zusammenhang der Dimensionen ermöglichen die Zuordnung individueller Profile und ihre Bewertung im Sinne des Gesundheitsaspektes.

Es werden 4 Typen von Verhaltens- und Erlebnismustern unterschieden:

Typ G entspricht weitgehend dem definierten Gesundheitsideal. Das Engagement gegenüber der Arbeit ist deutlich aber nicht exzessiv ausgeprägt. Es zeigt sich eine starke Tendenz zum beruflichen Ehrgeiz, aber mittlere Werte in der Verausgabungstendenz. Die Resignationstendenz gegenüber Misserfolgen ist gering, offensive Problembewältigung und innere Ruhe und Ausgeglichenheit zeigen hohe Werte. Positive Aspekte des Lebensgefühles werden zum Ausdruck gebracht – durch höchste Werte bei beruflichen Erfolgserlebnissen, Lebenszufriedenheit und dem Erleben sozialer Unterstützung.

Typ S soll auf Schonung hinweisen und das entsprechende Verhältnis zur Arbeit charakterisieren. Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben zeigen sehr niedrige Werte. Die Distanzierungsfähigkeit ist besonders ausgeprägt.

Die Resignationstendenz ist niedrig, das zeigt, dass das verringerte Engagement nicht im Zusammenhang mit Resignation gesehen werden kann. Innere Ruhe und Ausgeglichenheit sowie Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung sind hoch. Kennzeichen des S- Typs sind neben Schonung die Lebenszufriedenheit.

Risikotyp A zeigt überhöhtes berufliches Engagement durch Höchstwerte in den Bereichen Bedeutsamkeit der Arbeit, Verausgabungsbereitschaft und Perfektionstreben. Besonders niedrige Werte in der Distanzierungsfähigkeit zeigen, dass es den Personen schwer fällt, von beruflichen

Inhalten und Problemen Abstand zu gewinnen. Dem übermäßigen Engagement stehen eine geringe Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, eine hohe Resignationstendenz und ein geringes Erleben von Ruhe und Ausgeglichenheit gegenüber. Ergänzt wird das Bild durch geringe Werte in den Bereichen Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung, die ein eingeschränktes Lebensgefühl vermitteln.

Des Arbeitsverhaltens- und Erlebnisprofil entspricht dem eines „workaholics“ (andauerndes übersteigertes berufliches Engagement, starker Ehrgeiz, Ruhelosigkeit, Unfähigkeit zur Ruhe und Entspannung) und trägt gesundheitliche Risiken in sich, die sich signifikant erhöhen können, wenn der Betroffene aber trotz seiner Anstrengung keine emotionale Entsprechung (Anerkennung, Unterstützung) erfährt.

Risikotyp B zeigt ähnlich wie Typ S geringe Ausprägungen im Arbeitsengagement. Im Gegensatz zu S zeigt B aber auch eine beschränkte Distanzierungsfähigkeit, hohe Resignationstendenzen, eine geringe Fähigkeit zur offensiven Problembewältigung sowie einen hohen Mangel an innerer Ruhe und Ausgeglichenheit.

Ebenso niedrig sind alle Werte, die die Faktoren bezüglich Lebenszufriedenheit widerspiegeln.

Kennzeichen dieses Profils sind Resignation, Motivationseinschränkung, geringe Belastbarkeit und Unzufriedenheit mit der Lebenssituation. Nach gesundheitspsychologischen Erkenntnissen weisen diese Merkmale auf ein **Burnout-Syndrom** hin.

Ablauf:

75 Frauen aus Gesundheitsberufen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden getestet. 24 Frauen dieser Gruppe nahmen an einer der psychosozialen Interventionen – Case Management (9 Frauen), Case Management + Empowerment (8 Frauen) bzw. Case Management + Tiefenentspannung (7 Frauen) – teil. Sie wurden nach 4 Monaten neuerlich getestet.

Zielgruppe:

Altersstruktur

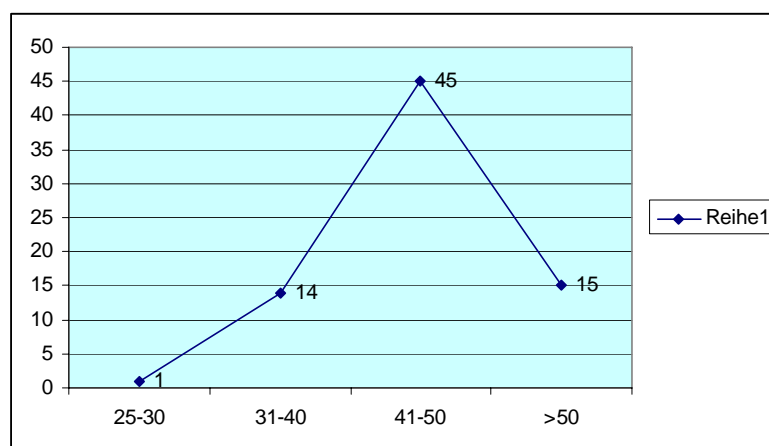


Abb1: Altersstruktur / Gesamtstichprobe 75 Personen

Das durchschnittliche Alter der Frauen beträgt 44,43 Jahre.
 Die jüngste Testperson ist 25 Jahre alt, die älteste 55.

Berufsgruppen:

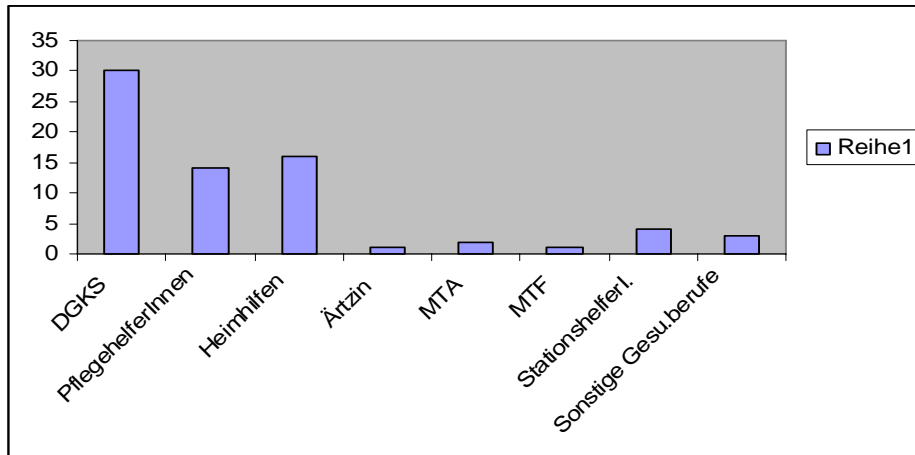


Abb.2: Berufsgruppen/ Gesamtstichprobe

Die überwiegende Zahl der Frauen sind diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern (30), gefolgt von Heimplaten (18) sowie Pflegehelferinnen (14). In den anderen Berufsgruppen befinden sich 1 und 5 Frauen..

Beschäftigungsdauer

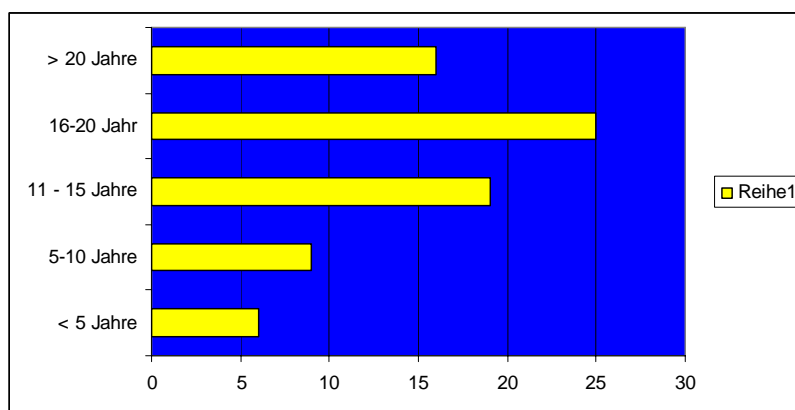


Abb. 3: Die durchschnittliche Dauer der Berufstätigkeit beträgt in der Gesamtstichprobe 15,4 Jahre, die Testperson mit der kürzesten Beschäftigungsdauer war 2 Jahre beschäftigt, die längste Dienstzugehörigkeit beträgt 30 Jahre. Die meisten Testpersonen waren zwischen 16 und 20 Jahren in ihrem Beruf tätig.

Beschwerdenbild

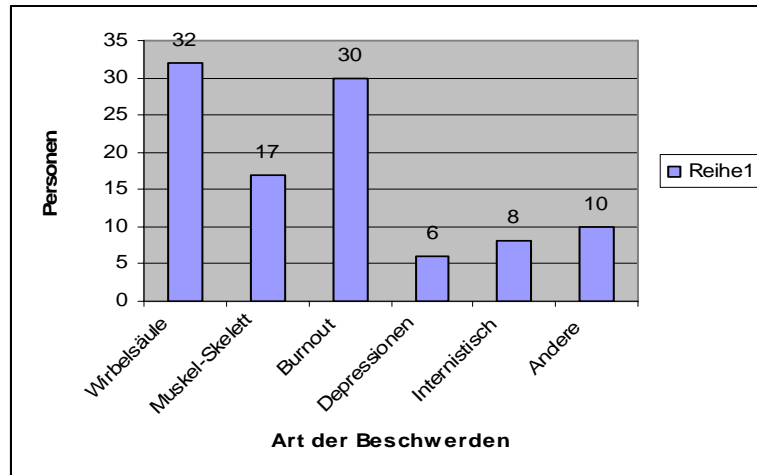


Abb.4 : Beschwerden / Gesamtstichprobe

Nahezu die Hälfte der Frauen leiden an Erkrankungen der Wirbelsäule(32), die zweitgrößte Gruppe sind Frauen mit Burnout (30), gefolgt von Muskel-Skeletterkrankungen (17). 8 Frauen leiden an Internistischen Erkrankungen („Schilddrüsenleiden, Autoimmunerkrankungen, Bluthochdruck), 6 an Depressionen, von Allergien sind 4 Frauen betroffen, bei den 10 „anderen“ Erkrankungen handelt es sich um Beeinträchtigungen der Atemwege, Sinnesorgane, Krebserkrankungen, Neurologische Erkrankungen sowie andere psychische Erkrankungen. Sie betreffen nur wenige Frauen (1-2). Die Gesamtzahl von 75 wird überschritten, da Multimorbidität ein großes Problem darstellt – Auftreten mehrerer Beschwerdebilder – siehe Abb. 6 + 7.

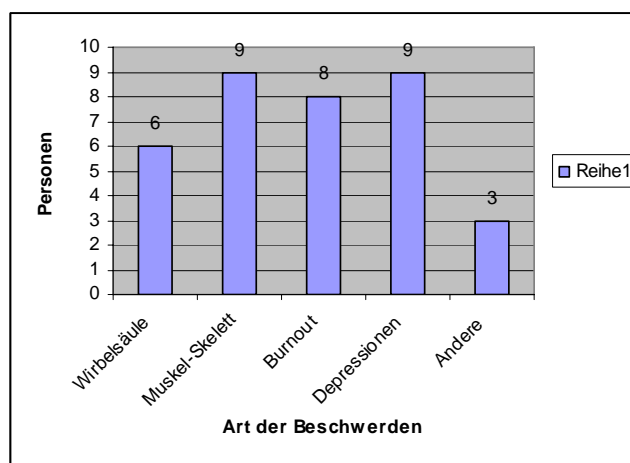


Abb.5 Beschwerden/ Teilstichprobe

Bei den 24 Frauen überwiegen Muskel-Skelett-Erkrankungen (9) und Depressionen (9), 8 Frauen leiden an Burnout, 6 an Erkrankungen der Wirbelsäule und drei Frauen an anderen Erkrankungen (neurologische Beeinträchtigung, Allergie, Atemwegserkrankung). Auch hier gibt es Frauen mit mehreren Erkrankungen.

Multimorbidität

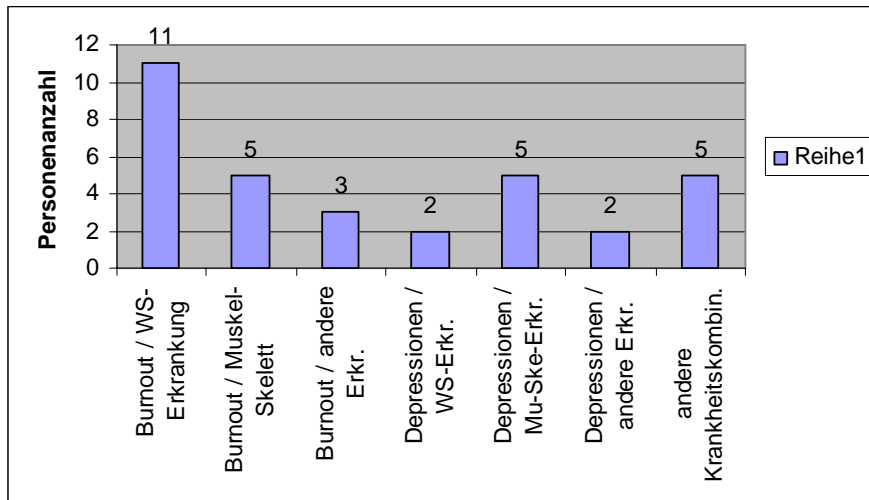


Abb.6. Multimorbidität / Gseamtstichprobe

33 Frauen sind von mehreren Erkrankungen betroffen, die häufigste Kombination ist Burnout in Verbindung mit einer Wirbelsäulen-Erkrankung. Jeweils 5 Frauen leiden an Burnout bzw. Depressionen in Verbindung mit einer Muskel-Skelett-Erkrankung und unter anderen Krankheitskombinationen., 3 Frauen sind von Burnout und einer anderen Beeinträchtigung betroffen. Jeweils 2 haben eine Depression und eine Wirbelsäulen-Erkrankung bzw. eine andere Beeinträchtigung.

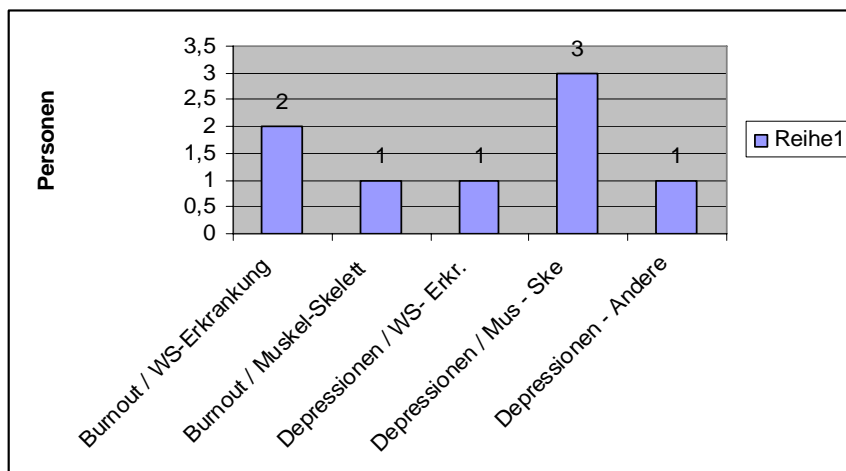


Abb.7 Multimorbidität / Teilstichprobe

Von den 24 Frauen der Teilstichprobe sind acht Frauen von mehreren Krankheiten betroffen, 3 von ihnen leiden sowohl an Depressionen als auch an einer Beeinträchtigung des Muskel-Skelett-Apparates, 2 Frauen sind von Burnout in Verbindung mit einer Wirbelsäulenerkrankung betroffen, Burnout mit Muskel-Skelett-Erkrankung, Depressionen mit einer Wirbelsäulen-Erkrankung bzw. mit einer anderen Erkrankung betrifft jeweils eine Frau.

Medikation

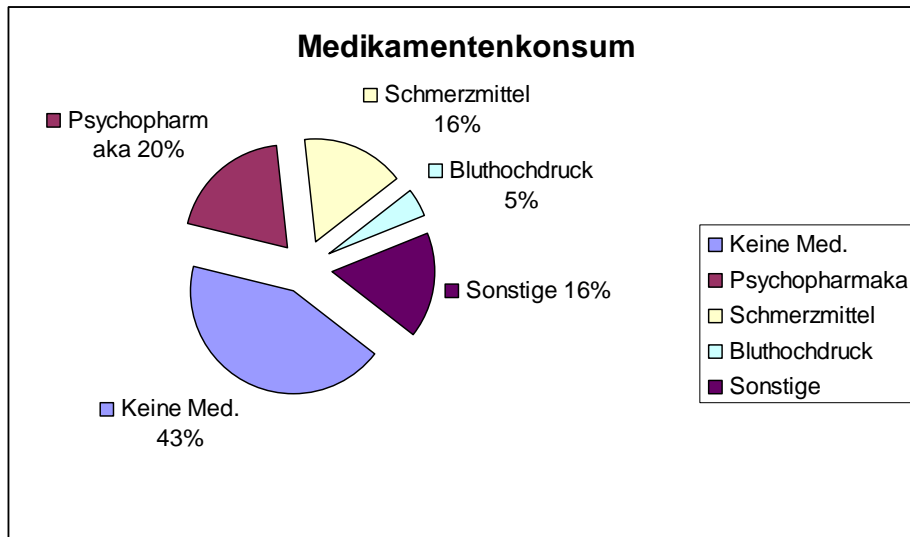


Abb.8: Medikation / Gesamtstichprobe

Mehr als die Hälfte der Frauen nimmt täglich Medikamente ein. 37 Frauen nehmen keine oder nur fallweise Medikamente zu sich (Schmerzmittel), 17 Frauen nehmen regelmäßige Psychopharmaka (vorwiegend Antidepressive, Beruhigungs- und Schlafmittel), 14 täglich Schmerzmittel, 4 Medikamente gegen Bluthochdruck und 14 Frauen diverse Medikamente (Schilddrüsenpräparate, blutzuckersenkende Mittel,..)

ERGEBNISSE

Verteilung der Ergebnisgruppen

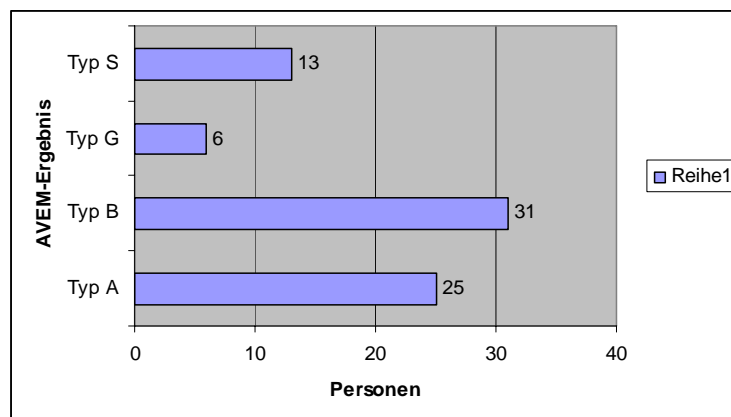


Abb9.: Verteilung auf Ergebnisgruppen / Gesamtstichprobe

Die Auswertung der Testergebnisse zeigt, dass die meisten Frauen (31) dem Typ B (Risiko Burnout) angehören, gefolgt von 25 Frauen in Typ A (Risiko workaholic), 13 Frauen gehören zu Typ S (Schonung) und 6 Frauen sind in der Gruppe des Typs G (gesund)

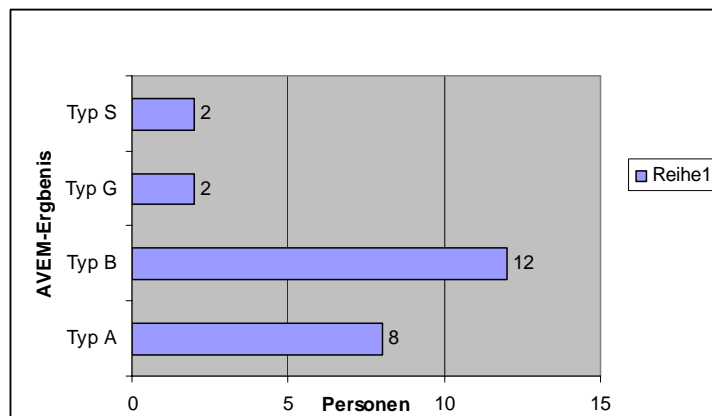


Abb.10 Verteilung auf Ergebnisgruppen/ Teilstichprobe

Von den Frauen, die eines der psychosozialen Interventionsangebote angenommen haben, entsprechen 12 Typ B, gefolgt von 8 Frauen Typ A, jeweils bei 2 Frauen entsprach das Ergebnis Typ S bzw. Typ G.

Zusammenhang: Ergebnisgruppe –Beschwerdenbild

Die angegebenen Beschwerden wurden von den Frauen beim Erstgespräch genannt.

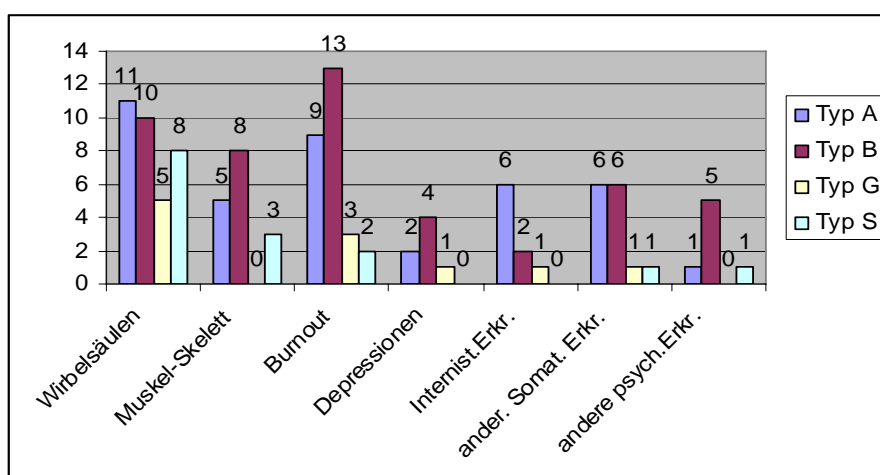


Abb.11:Zusammenhang zwischen AVEM-Testergebnis und Beschwerdenbild/ Gesamtstichprobe
Häufigkeit der Beschwerden in den einzelnen Ergebnisgruppen,

In der Gesamtstichprobe befanden sich von 74 Personen mit Wirbelsäulenbeschwerden 11 in Gruppe/ Typ A, 10 Personen mit Wirbelsäulenbeschwerden bei Typ B, 5 Personen zählten zur Gruppe / Typ G und 8 Personen waren dem Typ S zugehörig.

Bei anderen Muskel-Skelett-Erkrankungen ist die Aufteilung: 5 Personen in Typ A, 8 Personen in Typ B, keine Testperson in Typ G und zwei Personen in Typ S.

Unter Burnout leidende Frauen fanden sich in Typ A 9, in Typ B 13, in Typ G 3, in Typ S 2.

Personen mit Depressionen fanden sich im Typ A 5, in Typ B 7, niemand in Typ G und eine Person in Typ S.

Bei anderen psychischen Erkrankungen sind jeweils eine Person den Typen A und S zugehörig, 5 Personen werden zu Typ B gezählt.

Alle weiteren Beeinträchtigungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Neurologische Erkrankungen, Krebs, Allergien und Internistische Erkrankungen sind in sehr geringem Ausmaß vertreten. Frauen mit diesen Beeinträchtigungen sind ausschließlich in Typ A oder Typ B vertreten, in Typ G und Typ S ist keine der Personen vertreten.

Daraus ergibt sich eine Gesamtsumme, die über 75 liegt, das ergibt sich aus der Tatsache, das mehrere Frauen mehr als eine Beeinträchtigung haben.

3 Personen konnten nicht zugeordnet werden, da zwei Typen gleiche Prozentwerte aufwiesen.

Zuordnung Testergebnis – Beschwerdebild

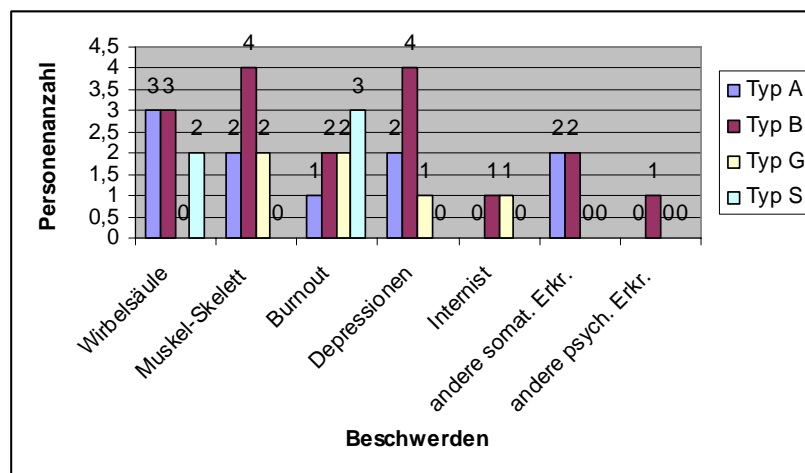


Abb. 12 Zuordnung AVEM-Ergebnis / Beschwerdenbild / Teilstichprobe(vor der Behandlung)

Unter den 24 Frauen, die an einer der psychosozialen Intervention teilnahmen, fanden sich bei den Frauen mit Wirbelsäulenbeschwerden 3 in Typ A, 3 Frauen in Typ B und 2 Frauen in Typ S, keine in Typ G. Frauen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen teilten sich in Typ A 2, Typ B 4, TypG 2 und Typ S 0 auf. Frauen mit Burnout waren wie folgt vertreten: Typ A 2, Typ B 4, Typ G 2, Typ S 3. Mit Depressionen Typ A 2, Typ B 4, Typ G 1, Typ G 0. Frauen mit Krankheiten die eher selten vertreten sind lassen sich folgendermaßen zuordnen: Neurologische Erkrankungen 2/Typ A, Krebs 1/Typ G, Allergien 1/Typ B, Internistische Erkrankung 1/Typ G, Atemwege 1/ Typ B. In dieser Gruppe lagen keine Herz-Kreislauf und keine sonstigen Erkrankungen vor.

Auch hier ist die Zahl der Erkrankungen höher als die Anzahl der Frauen, weil es auch in dieser Gruppe Frauen mit Multimorbidität gibt.

Zusammenhang zwischen Beschwerden und AVEM-Typ:

Da ein Teil der Erkrankungen sehr selten vorhanden ist, sind kaum Auffälligkeiten identifizierbar.

Bei den Personen, die an Wirbelsäulenerkrankungen leiden (34), entsprechen 11 Frauen Typ A, 10 Frauen Typ B, 5 Frauen Typ G, und 8 Frauen Typ S.

Typ G und Typ S treten tendenziell häufiger auf als erwartet, Typ B dagegen tendenziell geringer als erwartet.

Das Ergebnis ist statistisch marginal signifikant: $\chi^2_{(3/74)} = 6,988$ $p = 0,072$

Beim Burnout beträgt die asymptotische Signifikanz bei Gruppe 1 0,33, in Gruppe 2 0.153.

Auch hier befinden sich zwar die meisten Personen mit Burnout in Gruppe B, das Ausmaß lässt aber keine Rückschlüsse auf einen Zusammenhang von Beschwerdebild und Arbeitsverhalten- und -erleben zu.

Veränderungen in den Testergebnissen/ Gruppe 2

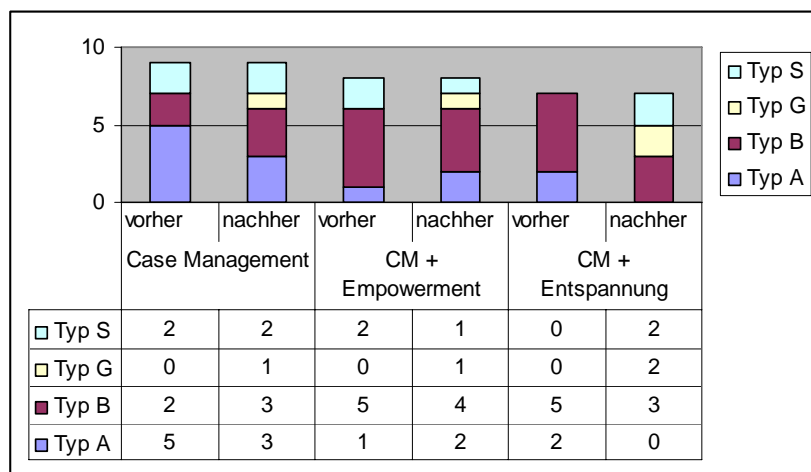


Abb13: Im Vergleich beider Testergebnisse ergibt sich eine Verschiebung in der Typenzuordnung.. Das heißt, dass sich bei einigen Frauen das Arbeitsverhalten und -erleben über den Zeitraum zwischen den beiden Testungen ändert.

	Behandlungsart	1. Case Management		2. CM + Empowerment		3. CM + Entspannung		Gesamtergebnis		Tendenz
		Vorher	Nachher	Vorher	Nachher	Vorher	Nachher	Vorher	Nachher	
1	Subjektive Bedeutsamkeit d. Arbeit	68,11	55,89	58,88	49,00	48,71	33,29	59,38	47,00	F _(1/21) 5,554 p= 0,028
2	Beruflicher Ehrgeiz	57,22	50,33	58,63	53,25	42,71	50,29	53,46	51,29	
3	Verausgabungsbereitschaft	79,11	77,22	80,50	77,22	80,50	67,38	78,17	65,79	F _(1/21) 8,333 p = 0,009
4	Perfektionsstreben	75,11	62,11	58,63	35,00	60,00	51,14	65,21	49,88	F _(1/21) 14,168 P = 0,001
5	Distanzierungsfähigkeit	39,78	48,44	57,00	76,25	35,29	62,71	44,21	61,71	F _(1/21) 11,684 P = 0,003
6	Resignationstendenz bei Misserfolg	55,22	61,71	58,75	60,63	73,43	49,14	61,71	57,75	
7	Offensive Problembewältigung	43,00	34,89	44,13	36,88	23,00	48,43	37,54	39,50	
8	Innere Ruhe und Ausgeglichenheit	49,33	59,67	45,13	35,75	39,71	54,46	45,13	54,46	F _(1/21) 3,332 P = 0,082 F_(2/21) 3,853 p = 0,038 F_(1/21) 8,290 p = 0,009
9	Erfolgserleben im Beruf	24,67	29,22	45,38	27,00	23,14	29,00	31,13	28,42	
10	Lebenszufriedenheit	16,11	28,22	19,75	22,63	9,00	39,57	15,25	29,67	F _(1/21) 6,745 P = 0,017
11	Erleben sozialer Unterstützung	16,22	19,00	22,13	24,75	21,71	36,00	19,79	25,88	

Tabelle1: Veränderungen nach Behandlungsarten anhand der Mittelwerte der Teilstichprobe / Signifikanzen: $x_p \leq 0,05$ $xx_p \leq 0,01$ $xxx_p \leq 0,001$

Die oben angeführte Tabelle zeigt die Werte der einzelnen Dimensionen des AVEMs an und die Veränderungen innerhalb des Untersuchungszeitraumes.

Es zeigt sich, dass die Verausgabungsbereitschaft (78,17) und das Perfektionsstreben (75,11) bei den untersuchten Frauen überdurchschnittlich hohe Werte haben, Lebenszufriedenheit (15,25) und das Erleben sozialer Unterstützung (19,79) sehr niedrige. Ebenfalls niedrig ist das Erfolgserleben im Beruf (31,13). Mittlere Werte weisen die Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (59,38) und beruflicher Ehrgeiz (53,46) auf. Überdurchschnittlich hoch ist die Resignationstendenz, (61,71), offensive Problembewältigung (37,54) sowie Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (45,13) zeigen knapp unterdurchschnittliche Werte.

Wirkung von psychosozialen Interventionen:

Die folgenden Abbildungen zeigen die Wirkung der drei Behandlungsarten auf die Verhaltens- und Erlebensmerkmale im Bezug auf Arbeit und Beruf und die damit verbundenen Bereiche auf.

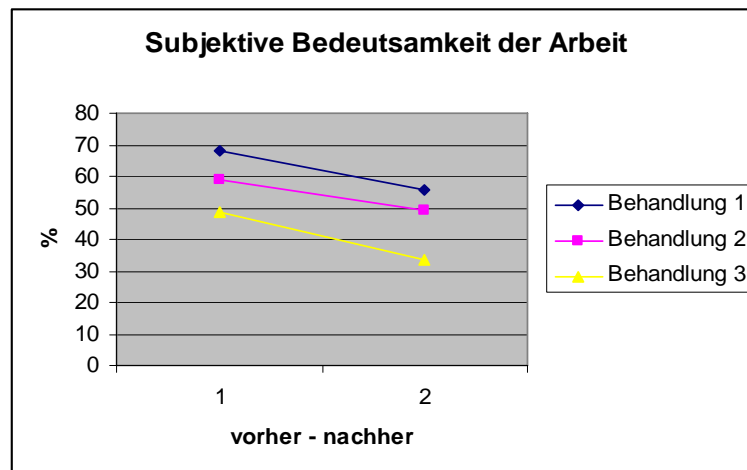


Abb.14

Bei der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit zeigt sich eine signifikante Veränderung über die Zeit:

$$F_{(1/21)} 5,554 \quad p = 0,028$$

Es gibt aber keine signifikante Wechselwirkung zwischen Veränderung und Behandlung. Das Ausmaß der Veränderung ist bei allen drei Behandlungsarten gleich. Unterschiede im Ausmaß der „Subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit“ zwischen den TNInnen der drei Behandlungsarten lassen sich nicht feststellen

Ähnliche Ergebnisse zeigen die Dimensionen Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit – auch bei ihnen zeigt sich eine Veränderung über die Zeit, aber keine Wechselwirkung mit der Behandlung oder Unterschiede zwischen den Behandlungsarten. Verausgabungsbereitschaft und Perfektionsstreben sinken, Distanzierungsfähigkeit und Lebenszufriedenheit steigen.

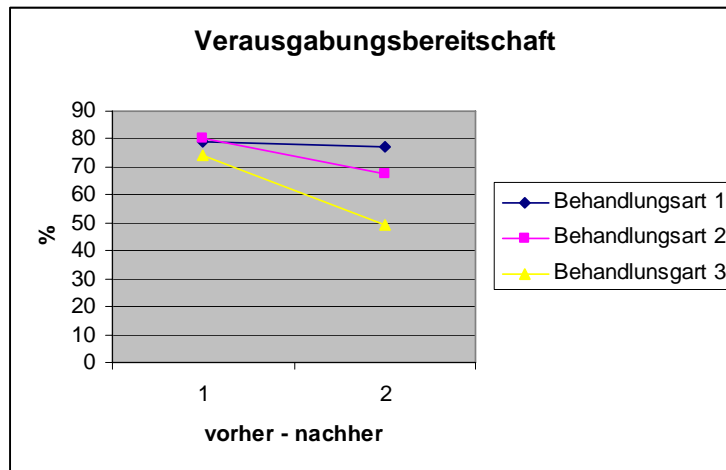


Abb. 15: Statistische Signifikanz: $F_{(1/21)} 8,333$ $p = 0,009$

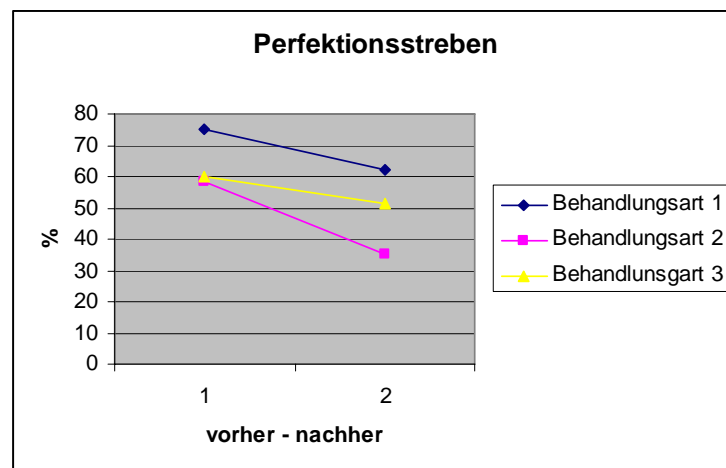


Abb. 16: Statistische Signifikanz: $F_{(1/21)} 14,168$ $P = 0,001$

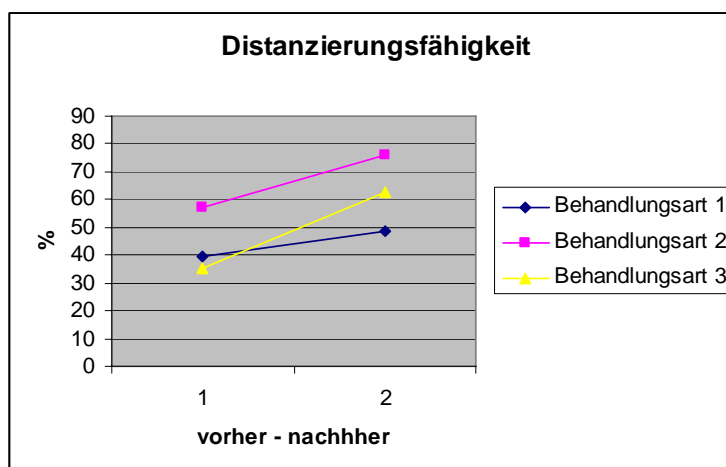


Abb. 17: Statistische Signifikanz: $F_{(1/21)} 11,684$ $P = 0,003$

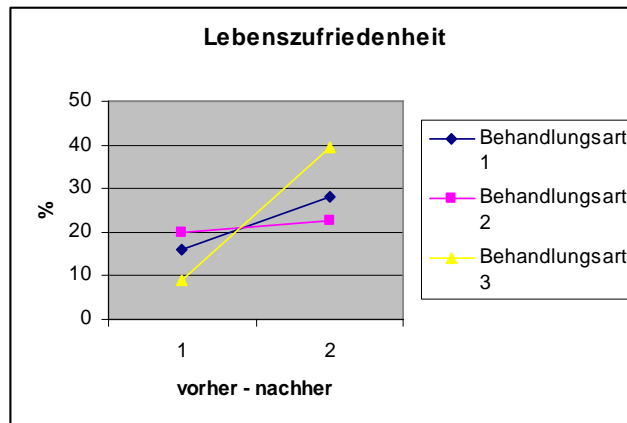


Abb. 18: Statistische Signifikanz: $F_{(1/21)} 6,745$ $P = 0,017$

Bei den Dimensionen Beruflicher Ehrgeiz, Resignationstendenz, offensive Problembewältigung, Erfolgserleben im Beruf, sowie Erleben sozialer Unterstützung gibt es zwar tendenzielle Veränderungen, das Ausmaß der Veränderungen ist allerdings nicht statistisch signifikant.

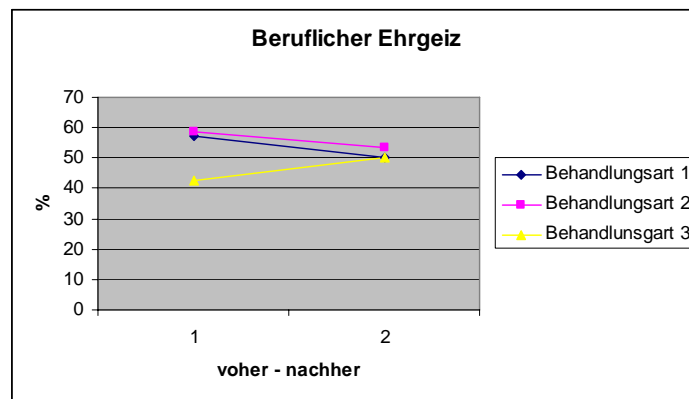


Abb. 19

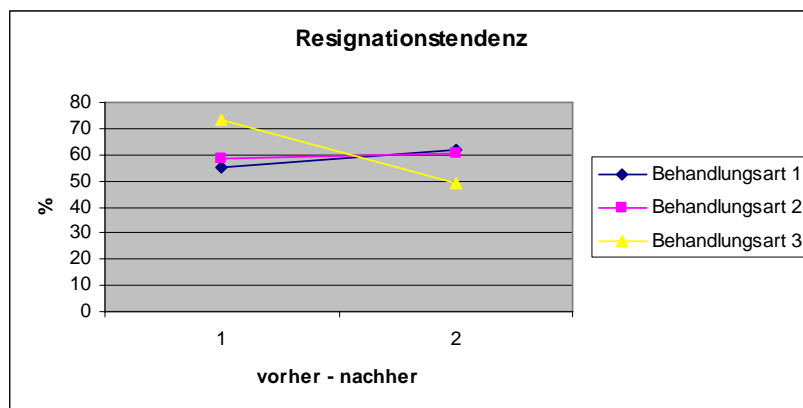


Abb. 20

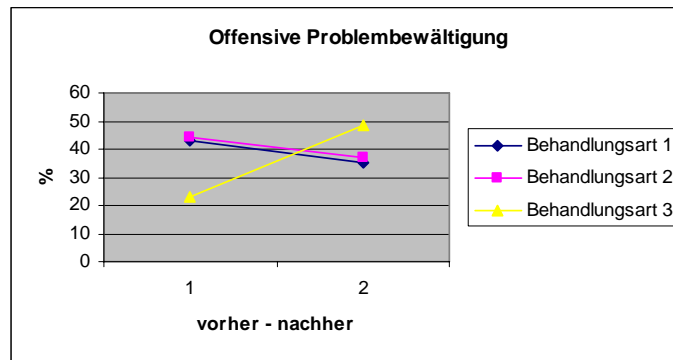


Abb. 21

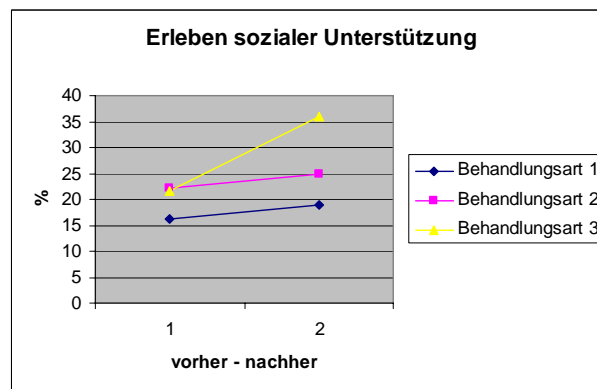


Abb. 22

Auffallende Veränderungen gibt es bei Dimension „Innere Ruhe und Ausgeglichenheit“. Hier zeigt sich eine signifikante Wechselwirkung zwischen Veränderung und Behandlung, d.h. die Behandlungsarten unterscheiden sich darin, wie sich die Werte über die Zeit verändern. Signifikante Veränderungen ergeben sich durch Behandlungsart 3 (CM + Tiefenentspannung). Die Innere Ruhe und Ausgeglichenheit steigt (von 39,71 auf 69,14).

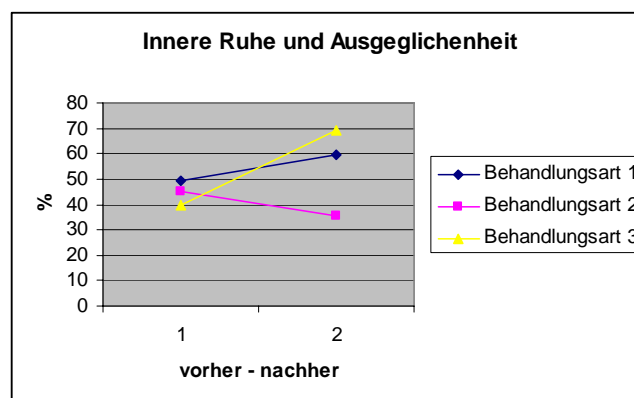


Abb. 23 Statistische Signifikanz bei Behandlungsart 3
 $F_{(1/21)} 3,332$ $P = 0,082$, $F_{(2/21)} 3,853$ $p = 0,038$ signifikante Wechselwirkung
 Zwischen Veränderung und Behandlung.
 $F_{(1/21)} 8,290$ $p = 0,009$ signifikante Veränderung über die Zeit

Da keine 2. Testungen bei einer Kontrollgruppe ohne Behandlung durchgeführt wurde, können die Veränderungen nicht auf die Behandlung zurückgeführt werden. Die Werte könnten grundsätzlich variabel sein und eine Veränderung wäre dann auch ohne Behandlung möglich.

DISKUSSION

Fragestellung und Methode

Die vorliegende Studie hat sich dem Arbeitsverhalten und -erleben von Frauen aus Gesundheitsberufen mit gesundheitlichen Einschränkungen gewidmet.

Themen der Untersuchungen sind der Zusammenhang zwischen Arbeitsverhalten und -erleben und dem individuellen Beschwerdebild sowie die Wirkung von psychosozialen Interventionen auf das Arbeitsverhalten und -erleben bei den getesteten Frauen.

Im Zusammenhang von Arbeitsverhalten und -erleben mit dem Beschwerdebild wurde angenommen, dass Frauen mit Wirbelsäulenerkrankungen überwiegend im AVEM-Ergebnis dem Risikotyp A angehören, der dem Arbeitsverhaltens- und Erlebensmuster eines „workaholics“ entspricht, Frauen mit Burnout hauptsächlich in die Risikogruppe B, dem Burnout-Typ angehören.

Für die erste Untersuchung wurden 75 Frauen mittels AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster) einem Testverfahren für arbeits- und gesundheitspsychologische Fragestellungen unterzogen. Die Auswertung in 4 Ergebnis-Typen wurde mit den gesundheitlichen Einschränkungen in Verbindung gebracht.

In der Frage der Wirkungsweise von psychosozialen Interventionen wurde Augenmerk auf die Wirkung der angewendeten Methoden auf spezielle Faktoren des AVEM gelegt. In den speziellen Fragestellungen wurde davon ausgegangen, dass

1. Case Management (Behandlung 1 / Einzelbetreuung) die Distanzierungsfähigkeit der KlientInnen erhöht und die Resignationstendenz senkt.
2. Eine Kombination aus Case Management und Empowerment-Training (Gruppenselbsterfahrung) sollte die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit senken und die soziale Unterstützung steigern.
3. Case Management und Entspannungstraining soll die Verausgabungsbereitschaft reduzieren und die innere Ruhe und Ausgeglichenheit fördern.

Dazu wurden die 24 Frauen, die die Angebote in Anspruch nahmen nach 4 Monaten noch einmal befragt.

Ergebnis

Die Fragestellung ob es einen **Zusammenhang zwischen Arbeitsverhalten und -erleben und Beschwerdebild** gibt, lässt sich nicht eindeutig beantworten.

Zwar entspricht das Arbeitsverhalten und -erleben von Frauen mit Wirbelsäulen leicht überwiegend dem Risiko-Typ A (A=11, B=10, G=5, S=8), die Aufteilung ist aber laut statistischer Auswertung nur marginal signifikant.

Arbeitsverhaltens und –erlebensmuster, die dem Typ A entsprechen (überhöhtes Engagement, hohe Verausgabebereitschaft und Perfektionsstreben bei niedriger Distanzierungsfähigkeit, verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, geringe Ruhe und Ausgeglichenheit) führen in Gesundheitsberufen, die durch körperliche und psychische Belastungsfaktoren gekennzeichnet sind, zu gesundheitlichen Störungen.

Der hohe Anteil an Typ B lässt vermuten, dass Wirbelsäulen-Beschwerden auch auf Burnout hinweisen könnten. Sowohl Ursachen für Burnout (hohe/überhöhte Erwartungshaltung und Leistungsansprüche, fehlende Anerkennung, mangelnde Entscheidungsfreiheit und geringer Handlungsspielraum) als auch emotionale Symptome wie Erschöpfung, Schuldgefühle Selbstzweifel, reduzierte Selbstachtung, Ohnmachtgefühle sind psychische Stressoren, die zu somatischen Beschwerden führen können. Muskelanspannungen und Muskelverkrampfungen verursachen möglicherweise bei den betroffenen Frauen Schmerzen und/oder nachhaltige Beeinträchtigungen. In der Beratungs- und Betreuungsarbeit im Rahmen des Projektes Horizonte 40+ stehen im Erstgespräch oft körperliche Beschwerden als Grund der Kontaktaufnahme im Vordergrund. Oft stellt sich erst im Laufe einer längerfristigen Betreuung heraus, dass die Betroffenen auch psychische Probleme haben.

Höher als erwartet fällt auch der Anteil jener Frauen aus, die trotz Beschwerden dem Typ G angehören und somit „gesundes“ Verhalten zeigen. Hier kann auf Antonovskys Gesundheits-Krankheits-Kontinuum verwiesen werden, das besagt, dass Gesundheit und Krankheit einander nicht ausschließen. Es kann eine gesunde Reaktion auf Beschwerden sein, rechtzeitig Beratung und Unterstützung in Anspruch zu nehmen und Perspektiven zu entwickeln, bevor eine gesundheitliche Einschränkung lebensbeeinträchtigend und damit vielleicht existenzbedrohend wird. Möglicherweise sind diese Frauen in der Lage ihre Lebens- und Arbeitsbereich den gesundheitlichen Umständen entsprechend zu gestalten.

Auffällig ist auch die hohe Anzahl an Typ S – Personen. Schonverhalten (geringe Bedeutsamkeit der Arbeit, niedrige Verausgabebereitschaft, starke Distanzierungsfähigkeit) kann bereits eine Reaktion auf eine gesundheitlich belastende Situation sein. Das damit verbundene Arbeitsverhalten kann eine Strategie sein, schwierige Rahmenbedingungen zu bewältigen.

In seltenen Fällen gibt es Personen, die mit falschen Vorstellungen oder unter dem Druck einen Arbeitsplatz zu finden einen Pflege- und Betreuungsberuf ergriffen haben und erst im beruflichen Alltag erkennen, dass ihnen dieser Tätigkeitsbereich nicht entspricht. Sie sind auf der Suche nach anderen beruflichen Möglichkeiten. Das Beschwerdebild dient dann eher als Vorwand um das Beratungsangebot in Anspruch nehmen zu können.

Frauen der Gesamtstichprobe mit Burnout befinden sich zwar überwiegend in der Gruppe des Risikotyps B, allerdings ergibt auch hier die statistische Auswertung keine Auffälligkeiten.

13 der insgesamt 27 Frauen mit Burnout entsprechen auch im AVEM- Ergebnis dem Arbeitsverhalten und –erleben des Typ B.

9 Frauen gehören dem Typ A an. Da es für Burnout verschiedene Stufen gibt, in denen die Symptome unterschiedlich ausgeprägt sind, ist es möglich, dass sich diese Frauen in einem frühen Stadium des Burnout befinden (z.B. Stadium 1 – Zwang sich zu beweisen) und die Verhaltens- und Erlebensmuster eher dem Typ A entsprechen, aber trotzdem Beschwerden und ein Leidensdruck vorhanden ist.

3 Frauen mit Burnout in Typ G werfen wieder die Frage auf, inwieweit sich „Gesunde“ auch wirklich gesund fühlen und verhalten bzw. inwieweit „Kranke“ Anzeichen von Erkrankungen aufweisen.

Möglich wäre auch, dass diese Frauen bereits medizinische und/oder psychosoziale Hilfe in Anspruch genommen haben und die Beratungsstelle ausschließlich zur Berufsberatung und –information aufsuchen.

2 Frauen Typ S können ähnlich wie bei den Wirbelsäulen-Erkrankungen auf einen inneren Rückzug als Verhalten auf eine belastende Situation hinweisen.

Wie beim Burnout sind auch bei allen anderen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit den Ergebnis-Typen des AVEM keine Auffälligkeiten nachzuweisen. Das liegt möglicherweise an der niedrigen Personenanzahl, die sich aus der Vielfalt der Erkrankungen für die einzelnen Beschwerdebilder ergibt.

Fraglich ist auch, ob sich Arbeitsverhalten und –erleben von unterschiedlichen Menschen wirklich auf 4 Ergebnistypen einschränken lässt. Menschen leben unter individuellen Voraussetzungen, sie verfügen über unterschiedliche Gesundheitsressourcen, haben unterschiedliche Lebensweisen, eigene Gesundheitskonzepte und reagieren deshalb auch unterschiedlich auf die Rahmenbedingungen des Arbeitslebens.

Offen bleibt auch inwieweit es eine Wechselwirkung zwischen Arbeitsverhalten und –erleben und gesundheitlichen Beschwerden gibt. Genauso wie Belastungsfaktoren gesundheitliche Störungen hervorrufen können, ist es möglich, dass gesundheitliche Einschränkungen Belastungsfaktoren im Arbeitsleben hervorrufen und so das Arbeitsverhalten und –erleben verändern.

In der Fragestellung bezüglich der **Wirkung von psychosozialen Interventionen** lassen sich bei allen Faktoren des AVEM tendenzielle Veränderungen feststellen, allerdings ist nur ein Teil davon statistisch signifikant.

Die Faktoren Bedeutsamkeit der Arbeit, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, und Lebenszufriedenheit zeigen eine signifikante Veränderung über die Zeit, weisen allerdings keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen den Behandlungsarten auf.

Die Dimensionen Beruflicher Ehrgeiz, Resignationstendenz, offensive Problembewältigung, Erfolgserleben im Beruf sowie Erleben sozialer Unterstützung zeigen tendenzielle Veränderungen, sind aber nicht statistisch signifikant.

Ausschließlich der Faktor Innere Ruhe und Ausgeglichenheit zeigt sowohl eine signifikante Veränderung über die Zeit als auch eine signifikante Wechselwirkung zwischen Veränderung und Behandlung.

Die Nebenfragen zur Wirkung von psychosozialen Interventionen lassen sich auf Grund der vorliegenden Werte folgendermaßen beantworten:

Bei Frauen, die Case Management in Anspruch genommen haben erhöht sich, wie angenommen, die Distanzierungsfähigkeit (von 39,78 auf 48,44). Anders als angenommen steigt allerdings die Resignationstendenz (von 55,22 auf 61,71).

TeilnehmerInnen, die zusätzlich zum Case Management an einem Empowerment-Training teilnahmen, verzeichnen ein Sinken der „subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit“ (von 58,88 auf 49,00) sowie eine Zunahme des „Erlebens sozialer Unterstützung“ (von 22,13 auf 24,75).

Personen die neben dem Case Management vom Angebot des Entspannungstrainings Gebrauch machten, zeigen sinkende Werte in der Verausgabungsbereitschaft (von 80,50 auf 67,38) und einen signifikanten Anstieg der „Inneren Ruhe und Ausgeglichenheit“ (von 39,71 auf 54,56).

Da es bei der zweiten Testung keine Kontrollgruppe ohne Behandlung gibt, ist es schwer, die Veränderungen auf die Behandlungen zurückzuführen. Statistisch gesehen können die Werte grundsätzlich variabel sein und sich auch ohne Behandlung verändern. Andererseits können die Behandlungsarten auch als Kontrollgruppen untereinander gesehen werden, da es ja auch ersichtliche Unterschiede in den Veränderungen zwischen den Behandlungsarten gibt (Case Management mit bzw. ohne zusätzliche Intervention).

Aus den unterschiedlichen Werten vor und nach den Behandlungen lassen sich zumindest Tendenzen in den unterschiedlichen Ergebnissen erkennen.

Durch das Case Management verbessern sich die Werte der Faktoren „Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit“, „beruflicher Ehrgeiz“, „Verausgabungsbereitschaft“, „Perfektionsstreben“, „Innere Ruhe und Ausgeglichenheit“, „Erfolgserleben im Beruf“, „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“. Dies ergibt sich wahrscheinlich aus dem positiven Erleben von Beratung und Unterstützung in einer schwierigen Lebenssituation.

Allerdings verschlechtern sich die Werte bei „Resignationstendenz“ und „offensiver Problembewältigung“. Diese Werte hängen möglicherweise mit der Tatsache zusammen, dass sich trotz Beratung und Betreuung äußere Umstände nicht ändern (berufliche Möglichkeiten, soziale und ökonomische Einschränkungen) und eine wesentliche Veränderung behindern.

Im Rahmen des Empowerment-Trainings ergibt sich eine Verbesserung der Werte von „Subjektiver Bedeutsamkeit der Arbeit“, „Verausgabungsbereitschaft“, „Perfektionsstreben“, „Distanzierungsfähigkeit“, „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“.

Eine Verschlechterung der Werte ist bei den Faktoren „Resignationstendenz“, „offensive Problembewältigung“, „Innere Ruhe und Ausgeglichenheit“, „Erfolgserleben im Beruf“ zu erkennen.

Positive Veränderungen werden durch die verschiedenen Übungen und Erfahrungen in der Gruppe bewirkt, ausschlaggebend ist auch der gemeinsame Austausch und die Solidarität und Unterstützung innerhalb der Gruppe.

Gleichzeitig wurden die TeilnehmerInnen sensibilisiert, Probleme wurden bewusst. Das führt oft zu einer Verschlechterung des Befindens. Dabei muss auch der kurze Zeitraum der Behandlung zwischen den Testungen berücksichtigt werden. Gesundheitliche Einschränkungen und damit verbundene Probleme entstehen meistens über einen langen Zeitraum, auch persönliche Problemlösungen und Entwicklung neuer Kompetenzen brauchen ihre Zeit.

Ausschließlich beim Entspannungstraining gibt es eine Verbesserung der Werte bei allen Faktoren. Sie liegen auch in ihrem Ausmaß überwiegend über den Werten der anderen beiden Behandlungsarten.

Damit wären auch die Ergebnisse der empirischen Studien zur Wirkung von Hypnose und Trance bestätigt. Die Reduktion von Stress und das Fokussieren der Aufmerksamkeit und Konzentration beeinflussen somatische und psychische Vorgänge und führen so zu Veränderungen, ohne dass real vorhandene Probleme direkt angesprochen und bearbeitet werden. Diese Entwicklung ist auch über den kurzen Zeitraum von 4 Monaten möglich. Damit ist das Entspannungstraining die wirksamste Form der 3 Behandlungsarten. Die Förderung innerer Ruhe und Entspannung wirkt sich offensichtlich auch positiv auf andere Verhaltens- und Erlebensfaktoren aus (siehe Ergebnis Abb. 14 – 23, Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, Verausgabungsbereitschaft, Distanzierungsfähigkeit,

Lebenszufriedenheit, Resignationstendenz, offensive Problembewältigung, Erleben sozialer Unterstützung).

Dieses Ergebnis bestätigt die Notwendigkeit von Stressbewältigung in helfenden Berufen (Spranger H. & EU-team@inter-uni.net 2005) und gibt Anlass zur Überlegung, ob die Förderung von Strategien zur Entspannung nicht die Grundlage von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und zur persönlichen und beruflichen Weiterbildung sein sollte.

Eigenkritik:

Eine Kontrollgruppe ohne Behandlung wäre für die Interpretation der Behandlungsergebnisse von Vorteil gewesen. gewesen.

Ein Augenmerk auf Personen mit Multimorbidität und der Zusammenhang von verschiedenen Krankheitskombinationen mit den AVEM-Ergebnissen wäre sinnvoll und interessant.

Allerdings ist fraglich ob der AVEM wirklich eine sinnvolle Methode für eine Studie dieser Art ist, da Typisierungen immer auch mit Normierung und Einschränkung verbunden sind und sich die Frage stellt ob sich menschliches Handeln und Erleben in diesem Maß normieren lässt.

Qualitative Interviews wären interessant, müssten dann aber von externen Personen durchgeführt werden, da eine Befragung von KlientInnen bezüglich des eigenen Betreuungsangebotes immer schwierig ist.

Schlussfolgerung und Ausblick:

Personen, die in Gesundheitsberufen arbeiten sind starken körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Die schwierigen Rahmenbedingungen im Arbeitsumfeld wirken sich auf das Arbeitsverhalten und –erleben aus und können auch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.

Es stellt sich die Frage welche Interventionen notwendig und sinnvoll sind, um Gesundheit zu stärken und zu erhalten, nicht nur im Sinne der Arbeitsfähigkeit sondern auch des Wohlbefindens.

In Rahmen der vorliegenden Studie konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden, ob Arbeitsverhalten und –erleben mit gesundheitlichen Beschwerden in Zusammenhang stehen. Tendenzen gibt es, eventuell würde eine Untersuchung mit einer größeren Personengruppe eindeutiger Ergebnisse bringen.

Fraglich ist ob der Einsatz des AVEM – Testverfahrens alleine für die Erfassung von individuellen Problemen sinnvoll ist. Allerdings könnte er als im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (z.B. als Ergänzung zu einer MitarbeiterInnenbefragung) auf belastende Faktoren im hinweisen und der Entwicklung zielgerichteter Interventionen unterstützen. In einem Wiener Krankenhaus wurde dieses Verfahren bereits angewendet.

Bei der Untersuchung der Wirkung von psychosozialen Interventionen hat sich die Behandlungsart Case Management in Verbindung mit Tiefenentspannung als besonders wirksam erwiesen.

Die Förderung der inneren Ruhe und Entspannung wirkt sich auch positiv auf andere Faktoren des Arbeitsverhaltens und –erleben aus.

Während viele Angebote im Rahmen von Weiterbildungen und Gesundheitsförderung möglicherweise die Tendenz noch besser und noch perfekter zu werden unterstützen und damit wieder Stress

verursachen, bietet Entspannungstraining eine Möglichkeit sich von den täglichen Anforderungen Abstand zu gewinnen und so den Weg für Veränderungen zu öffnen.

Dies entspricht auch einigen der „10 Gebote“ für ein entspanntes Leben:

Kultur der Stille; Verlangsamung des Lebens, Kultur der Muße, Eroberung des Selbst“ (aus Danzer/Rattner 1999 S. 64-65):

Daraus ergeben sich interessante Ansatzpunkte für weitere Forschungen – z.B. die Wirkungsweise verschiedener Entspannungstechniken, etwa in Verbindung mit anderen Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Weiterbildung aber auch im Bezug auf Arbeitsverhalten und –erleben.

Das heißt aber keineswegs, dass auf Möglichkeiten der Reflexion und Weiterbildung verzichtet werden kann. Individuelle Gesundheitsförderung und die Möglichkeit zur Reflexion durch Supervision, Einzel- und Gruppentherapie sowie entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen sind für eine „gesunde“ Arbeit im Pflege- und Betreuungsbereich unumgänglich.

Ebenso können weder individuelle noch die betriebliche Gesundheitsförderung eine notwendige Veränderung der Rahmenbedingungen, der Arbeitsorganisation und der vorhandenen Strukturen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereiches ersetzen.

Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

U. Schaarschmidt und A. Fischer

Name: Vorname: Geschlecht:

Beruf: Schulabschluß: Alter:

Wir bitten Sie, einige Ihrer üblichen Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten zu beschreiben, wobei vor allem auf Ihr Arbeitsleben Bezug genommen wird. Dazu finden Sie im folgenden eine Reihe von Aussagen.

Lesen Sie jeden dieser Sätze gründlich durch und entscheiden Sie, in welchem Maße er auf Sie persönlich zutrifft.

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Zeichen an:

trifft überhaupt nicht zu
... überwiegend nicht
... teils/teils
... überwiegend
... trifft völlig zu

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗

Bitte beachten:
Voller Kreis heißt, daß Sie der Aussage **völlig** zustimmen, leerer Kreis heißt, daß Sie **überhaupt nicht** zustimmen.

1. Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
2. Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
3. Wenn es sein muß, arbeite ich bis zur Erschöpfung. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
4. Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
5. Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
6. Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
7. Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, daß ich sie überwinde. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
8. Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
9. Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
10. Mit meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
11. Mein Partner/meine Partnerin¹ zeigt Verständnis für meine Arbeit. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
12. Die Arbeit ist mein ein und alles. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
13. Berufliche Karriere bedeutet mir wenig. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗
14. Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung. ⊗ ⊗ ⊗ ⊗ ⊗

¹ bzw. die Person, zu der die engste persönliche Beziehung besteht



© Copyright 1996 Swets & Zeitlinger B.V., Lisse: Swets Test Services, Frankfurt.
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieser Veröffentlichung darf reproduziert, übertragen, überschriften, gespeichert oder in eine Fremdsprache oder Programmiersprache übersetzt werden, gleich in welcher Form, ob elektronisch, mechanisch, magnetisch, optisch oder sonstige, ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Verlegers.

15. Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als daß ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefern.
16. Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme.
17. Mißerfolge kann ich nur schwer verkraften.
18. Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir: Jetzt erst recht!
19. Ich bin ein ruheloser Mensch.
20. In meiner bisherigen Berufsaufbahn habe ich mehr Erfolge als Enttäuschungen erlebt.
21. Im großen und ganzen bin ich glücklich und zufrieden.
22. Meine Familie interessiert sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme.
23. Ich könnte auch ohne meine Arbeit ganz glücklich sein.
24. Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig.
25. Ich arbeite wohl mehr als ich sollte.
26. Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen.
27. Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten.
28. Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen.
29. Mißerfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung.
30. Ich glaube, daß ich ziemlich hektisch bin.
31. Wirkliche berufliche Erfolge sind mir bisher versagt geblieben.
32. Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen.
33. Von meinem Partner/meiner Partnerin² wünsche ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme.
34. Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Atmen.
35. Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen.
36. Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten.
37. Was immer ich tue, es muß perfekt sein.
38. Feierabend ist Feierabend, da verschwende ich keinen Gedanken mehr an die Arbeit.
39. Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr.

² bzw. von der Person, zu der die engste persönliche Beziehung besteht

40. Ich bin mir sicher, daß ich auch die künftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann.
41. Ich glaube, ich bin ein ruhender Pol in meinem Umfeld.
42. In meiner beruflichen Entwicklung ist mir bisher fast alles gelungen. ...
43. Ich kann mich über mein Leben in keiner Weise beklagen. ...
44. Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung.
45. Ich wüßte nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte.
46. Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen.
47. Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt.
48. Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin.
49. Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag.
50. Ich verliere leicht den Mut, wenn ich trotz Anstrengung keinen Erfolg habe.
51. Ein Mißerfolg kann bei mir neue Kräfte wecken.
52. Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten.
53. Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet. ...
54. Von manchen Seiten des Lebens bin ich ziemlich enttäuscht.
55. Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung.
56. Es gibt Wichtigeres im Leben als die Arbeit.
57. Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel.
58. In der Arbeit verausgabe ich mich stark.
59. Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muß, obwohl sie noch verbessert werden könnte.
60. Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit.
61. Wenn ich irgendwo versagt habe, kann mich das ziemlich mutlos machen.
62. Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strengere mich um so mehr an.
63. Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt.
64. Meine beruflichen Leistungen können sich sehen lassen.
65. Es dürfte nur wenige glücklichere Menschen geben als ich es bin. ...
66. Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da.

Vielen Dank!

Quellenverzeichnis

Arbeitskreis Frauen und Gesundheit: Frauen und Gesundheit(en) / Verlag Hans Huber 1998
ISBN 3-456-83107-2

Badura B., Litsch m., Vetter Ch.(Hrsg). Fehlzeiten-Report 1999 / Vlg. Springer /
ISBN 3-540-66520-X

Blättner B. & EU-team@inter-uni.net: Salutogenetische Grundlagen. Health Promotion &
Promotion on Health: Orientierung an Ressourcen, edition@inter-uni.net, Graz 2005

Blumberg W., Paireder K., Niederberger K.(Institut f. Berufs- und
Erwachsenenbildungsforschung an der Universität Linz): Erhaltung und Förderung der
Arbeitsfähigkeit, Studie im Rahmen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft AEIOU Linz
2005

Bundesanstalt f. Arbeitsschutz/ Demmer H., Küpper B.: Belastungen bei Arbeitsplätzen, die
überwiegend mit Frauen besetzt werden, Wirtschaftsverlag NW Dortmund 1984 (ISBN 3-88
314-346-4

Bundesministerium f. Arbeit, Gesundheit u. Soziales (Hrsg.): Geschlecht und Arbeitswelten /
BMAGS 1998 ISBN 3-85010-039-1

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: Österreichischer Frauengesundheitsbericht
2005/2006 / BMGF 2006 ISBN 3-900019-33-9

Danzer Gerhard, Rattner Josef: Der Mensch zwischen Gesundheit und Krankheit / Primus
Verlag 1999, ISBN 3-89678-143-X

Demmer Hildegard., Küpper Bettina.: Belastungen bei Arbeitsplätzen, die überwiegend mit
Frauen besetzt werden, Forschungsbericht Nr. 383 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz,
Wirtschaftsverlag Bremerhafen 1984, ISBN 3-88 314-346-4

Enzmann Dirk, Kleiber Dieter: Helfer-Leiden Stress und Burnout in psychosozialen Berufen /
Asanger Verlag, Heidelberg 1989, ISBN 3-89334-143-9

EU-team@inter-uni.net: Vorstellung regulativer Verfahren – Systematik, Beschreibung und
Stand der Forschung. edition@inter-uni.net, Graz 2005

Fabach Sabine: Burnout – Wenn Frauen über ihre Grenzen gehen Vlg. Orell-Füssli/ Zürich
2007

Flick Uwe (Hrsg.) Wann fühlen wir uns gesund/ Vlg. Juventa / 1998 ISBN 3-7799-1180-9

Flick Uwe (Hrsg.) Alltagswissen von Gesundheit Vlg. Asanger/ Heidelberg 1991 ISBN 3-89334-185-4

Franke J. Optimierung von Arbeit und Erholung F. Enke Vlg./ Stuttgart 1998 ISBN 3-432-30671-7

Friedl Werner/ Kompetenzzentrum Schloss Wolfsberg:: Burnoutstudie , im Auftrag der GPA 2007

Freudenberger h./ North G.: Burn out bei Frauen / Wolfgang Krüger Vlg. 1985
ISBN 3-8150-0628-1

Goger Karin, Tordy Christian: Wozu Case-Management? SiO (/Sozialarbeit in Österreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik 1/06

Hasselhorn H.-M. et al: NEXTnurses' early exit study, EU 2002-2005
www.next-study.net

Heinl H., Heinl P.: Körperschmerz-Seelenschmerz / Vlg. Kösel 2004 / ISBN 3-446-34478-6
Jahrbuch f. Kritische Medizin Bd. 24: Frauen-Gesundheit / Argumente –Vlg. 1995
ISBN 3-88619-803-0

Hurrelmann K., Laaser U.: Handbuch der Gesundheitswissenschaften 2003 / Juventa Vlg.
1998 ISBN 3-7799-0784-4

Janko W.: Arbeitszufriedenheit und Job Involvement (Diplomarbeit / Uni Wien 1999)

Jork K., Peseschkian N (Hrsg.): Salutogenese und Positive Psychotherapie / Vlg Hans Huber
2003 ISBN 3-456-83086-6

Klesse r., Sonntag u., Brinkmann M., Maschewsky-Schneider U: Gesundheitshandeln von Frauen / Campus Vlg. 1992 ISBN 3-593-34647-8

Krenn Manfred/ Vogt Marion (FORBA): „Ältere Arbeitskräfte in belastungsintensiven Tätigkeitsbereichen: Probleme und Gestaltungsansätze“. (Studie im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien und der Gewerkschaft Bau-Holz)Wien 2004

Krenn Manfred (FORBA): Mobile Pflege und Betrauung als interaktive Arbeit, Qualitative Studie im Auftrag des Forschungsinstitutes des Wiener Roten Kreuzes im Rahm der EQUAL- Entwicklungspartnerschaft AEIOU 2004

Lorenz R.: Salutogenese: / E. Reinhardt- Vlg. 2004 ISBN 3-497-01697-7

Lutz R./ Mark N.: Wie gesund sind Kranke? / Vlg. F. Angewandte Psychologie 1995
ISBN 3-8017-0882-9

Mandl Hermine/ Wolf Andrea: „Trotzdem Gesund“ Studie im Rahme der EQUAL-
Entwicklungspartnerschaft „BlickWechsel – Neue Perspektiven für den Gesundheits- und
Sozialbereich“ Wien 2006

Maschewsky-Schneider U.: Frauen sind anders krank / Juventa 1997 ISBN 3-7799-0895-6

Maschewsky-Schneider U. (Hrsg.): Frauen- das kranke Geschlecht? / Vlg. Leske + Budrich
1996 ISBN 3-8100-1516-6

Meyer A., Freyberger H., v. Kerekjarto, Liedtke R., Speidel H. (Hrsg.) Jores Praktische
Psychosomatik / Verlag Hans Huber – Bern, Göttingen.Toronto, Seattle 1996
ISBN 3-456-82104-2

Olbricht I.: Was Frauen krank macht / Kösel –Verlag 1993 / ISBN 3-466 30341

Pass P.F. & EU-team@inter-uni.net: Tiefenpsychologische Grundlagen – Therapeutische
Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit, edition@inter-uni.net, Graz
2005

Paulus P.: Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit / Vlg. Hogrefe Göttingen1994
ISBN 3-8017-0701-6

Perrar K.M.: Zum Verhältnis von Burnout und psychischem Stress in der Krankenpflege
Verlag Shaker, Aachen 1995 ISBN 3-8265-0430-5

Petzold Hilarion/ Heil Hildegund: Psychotherapie und Arbeitswelt / Junfermann-Verlag,
Paderborn 1985, ISBN 3-87287-201-3

Schaarschmidt U., Fischer A.: AVEM Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster(
Manual, Swets Test Services, Frankfurt 1996

Schmidtbauer W.: Hilfloze Helfer / Rowohlt TB Vlg. GmbH., Reinbek bei Hamburg 1992
ISBN 3 499 19196

Schwarzer R.: Stress, Angst und Handlungsregulation / Vlg. Kohlhammer, Stuttgart 2000
ISBN 3-17-015992-5

Simonton O.C., Matthews Simonton S., Crieghton J: Wieder gesund werden / Rowohlt 1992
1490- ISBN 3 499 19199 7

Singer Kurt: Kränkung und Kranksein, Verlag R. Piper GmbH.& Co.KG, München 1988
ISBN 3-492-11681-7

Speizer F.E., Willett W.C. + div.: Nurses' Health Study USA ab 1976

Spranger h. & EU-team@inter-uni.net, Regulationsbiologische Grundlagen-Paradigmen und naturwissenschaftliche Grundlagen regulativer Verfahren, edition@inter-uni.net, Graz 2005

Stiftung Warentest: Gesunder Rücken Berlin 1996

Ulich Eberhard: Arbeitspsychologie / Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 2005,
ISBN 3-7281-2998-4, ISBN 3-7910-2442-6

Wagner A. Das Empowermentkonzept (2001) www.a-wagner-online.de/empowerment/emp2.htm

Waller H.: Gesundheitswissenschaft / Vlg. Kohlhammer 1995/2002 ISBN 3-17-01714-7

Wissenschaftliche Arbeitsstelle d. Oswald-von-Nell-Breuning-Hauses (Hrsg.): Jahr buch für Arbeit und Menschenwürde Band 4: Hauptsache Gesund / Lit-Verlag 2003
ISBN 3-8258-65

