

Guten Tag meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen der Vorbereitungsgruppe begrüße ich Sie sehr herzlich zu der diesjährigen gemeinsamen Tagung von Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB und der Diakonie Deutschland hier in Erkner. Ich bitte Sie Ihre Handys auszuschalten, zum einen stört das Klingeln dieser Geräte und zum anderen haben DAK und AOK die dauernde Erreichbarkeit durch die Firma als einen der belastenden Faktoren heutiger Arbeitsverhältnisse gekennzeichnet (DAK-Report, S. 82 ff; Amok 2012, S.1). Sie sind sich allerdings in der Interpretation der Zahlen nicht einig (DAK sagt, das komme kaum vor) Sie werte Zuhörerinnen und Zuhörer können also jetzt etwas für Ihre Gesundheit tun. Sie bleiben auch mit ausgeschaltetem Smartphone wichtig für Ihr Unternehmen und Ihre Freunde.]

Nach dem langjährig erprobten Wechsel zwischen eher strukturellen Versorgungsthemen und solchen der fachlichen Weiterentwicklung widmet sich die diesjährige Tagung einem anderen aber nicht minder wichtigen Aspekt sozialpsychiatrischer Arbeit. Die vor uns liegenden Vorträge und Arbeitsgruppen beschäftigen sich damit, welchen Einfluss fachliche Entwicklungen auf die Gesundheit von den Beschäftigten, auf die Gestaltung von Arbeitsverhältnissen haben oder haben können und wie, und mit welchen Mitteln auf die darin liegenden Herausforderungen reagiert wird. Welche Mittel, Konzepte und Strategien wir haben und für die Gesundheit aller Beschäftigten nutzen können. Die große Resonanz auf diese Tagung zeigt die Wichtigkeit und auch die Notwendigkeit, dass sich Diakonie und BeB nicht nur mit Fragen der fachlichen Weiterentwicklung sondern auch mit Fragen der Gestaltung von Arbeitsverhältnissen auseinandersetzen müssen. Mit diesem Einführungsbeitrag werde ich versuchen das Feld ein wenig abzustecken, in dem wir uns bewegen.

Ein Blick in den Arbeitsalltag weist auf Probleme hin: „Muss das alles wirklich sein?“, „Wie sollen wir diese Aufgabe auch noch bewältigen, wenn Sie uns Personal kürzen?“ Wo bleibt die Qualität unserer Arbeit bei dem hohen Krankenstand?“ Diese und ähnliche Fragen höre ich in den letzten Jahren zunehmend und drängender. Scheinbar immer öfter wenden sich die Mitarbeitenden sozialer Einrichtungen und Dienste an die Leitungen und Dienstvorgesetzten und fragen nach Wegen aus der Zwickmühle von formalen und strukturellen Anforderungen an und Begrenzungen für die Arbeit und den formulierten fachlichen Ansprüchen. Sie fragen nach Lösungen für das bestehende Dilemma die zu recht immer deutlicher formulierten Erwartungen der Psychiatrie-Erfahrenen an Dienste und ihre

Mitarbeitenden, den wachsenden Druck der Ökonomisierung und eigene private Bedürfnisse und fachliche Vorstellungen in Einklang zu bringen. Die Zunahme der Fehltage in den Einrichtungen auch auf Grund psychischer Überlastungssyndrome scheint da bisweilen ein eindeutiges Alarmzeichen für eine chronische Überforderung zu sein.

Zunächst ist fest zu stellen, dass die Komplexität sozialer Arbeit zugenommen hat: Beispiele dafür sind die Ausdifferenzierung der Sozialgesetzgebung und deren innere Widersprüche, die damit verbundenen Abgrenzungstendenzen der Sozialleistungsträger bzgl. ihrer Zuständigkeit oder die steigenden Erfolgserwartungen und Forderungen nach Effektivität und Effizienz, die unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen und die Öffentlichkeit an die Soziale Arbeit richten. Zusätzlich stellt die Diskrepanz zwischen der Erwartung Soziale Arbeit möge soziale Probleme befrieden oder lösen und der sinkenden Bereitschaft oder Akzeptanz die dafür notwendigen Mittel bereit zu stellen, Mitarbeitende immer öfter vor nur schwer erfüllbare Arbeitsanforderungen. Im Übrigen scheinen die Individualisierung der Lebenslagen der Klientinnen und Klienten und die damit verbundenen Anforderungen sehr individuell Hilfen zu entwickeln Mitarbeitende bisweilen über die Maßen zu beanspruchen. Die darauf folgenden Antworten und Reaktionen von Seiten der Politik, der Sozialverwaltung aber auch von manchen Führungskräften in sozialen Einrichtungen wirken manchmal und vielleicht ebenso zunehmend ratlos, orientierungslos, so als ob ihnen/uns selbst keine Antworten einfallen, wir selber gerne wüssten, wo es lang geht. (vgl. Salize 2012)

Seit mehreren Jahren weisen die Gesundheitsreports der großen Krankenkassen einen sich ähnelnden Befund aus: die Zahl der durch psychische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeitstage steigt kontinuierlich. Die DAK weist in ihrem aktuellen Gesundheitsbericht 2012 eine Steigerung dieser AU-Tage seit 1997 um 165 % nach. Psychische Erkrankungen (also F-Diagnosen nach ICD 10) sind, bezogen auf die Anzahl der Fehltage, heute auf Platz zwei der Ursachen. 14,5, % aller Fehltage der DAK-Versicherten werden hierdurch verursacht.

Besonders beunruhigen muss dabei, dass „zwei Branchen [auf]fallen ...“, die auch im AU-Geschehen insgesamt an der Spitze liegen: Im Gesundheitswesen verzeichnen Beschäftigte 301 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 VJ wegen psychischer Störungen und liegen damit 48 Prozent über dem DAK-Durchschnitt. Auch in der Öffentlichen Verwaltung haben die Beschäftigten weit mehr AU-Tage wegen F-Diagnosen als im Durchschnitt. Psychische Erkrankungen verursachen hier 269 AU Tage pro 100 VJ, das entspricht 32 Prozent über dem Durchschnitt. (DAK-Report 2013, S. 45 f). Ähnliche Befunde gibt es von der Amok und der Barmer-GEK.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass es nach DAK-Bericht nur 5,5 % der AU-Fälle sind, die die 14,5 % der AU-Tage verursachen [also wenn jemand erkrankt, dann lange]; es sind zwar heute doppelt so viele Erwerbstätige von psychischen Erkrankungen betroffen, aber insgesamt sind es nur 4,5 % aller Erwerbstätigen, während rund 20 % der Erwerbstätigen an Atemwegserkrankungen und 12 % an Muskel-Skelett-Erkrankungen (Platz 1 der AU-Statistik) leiden (s. DAK-Report S.28). In den Berichten der verschiedenen Krankenkassen besteht in einem wesentlichen Aspekt Einigkeit: bei den AU-Tagen der „harten“ psychiatrischen Diagnosen, gibt es so gut wie keine Veränderungen, was mit der in verschiedenen Forschungen nachgewiesenen unveränderten Prävalenz psychischer Erkrankungen einhergeht. Und schließlich, ein letzter Befund, der prozentuale Anteil psychischer Erkrankungen korreliert auch mit dem Alter. Junge Menschen sind relativ weniger davon betroffen als ältere. Es addieren sich also altersbedingte somatische Erkrankungen (vor allem Muskel und Skeletterkrankungen] und psychische Probleme.

Dies erscheint mir wichtig im Hinblick darauf, dass dies im Bereich der Sozialpsychiatrie so kritisch diskutiert wird. Denn von einer Reihe von Trägern kenne ich Schilderungen und Aussagen über das Problem alternder Belegschaften. Der finanzielle Druck, die auseinandergehende Schere von Kostensteigerung und Refinanzierung und die damit relativ stagnierende Zahl von Arbeitsplätzen [vulgo: es gibt kaum neue oder frei werdende Arbeitsplätze (abgesehen von Mangel in der Pflege)] führen eben auch zu einer abnehmenden Mobilität von Beschäftigten und damit zu einem Anstieg des Altersdurchschnitts. Auch darum müssen wir uns kümmern.

Und was ist mit dem Burn-out-Syndrom? Stimmt es trotz der zitierten Befunde, dass die Arbeit uns krank macht? Produzieren wir mit den sich ändernden Arbeitsbedingungen in großem Stile Mitarbeitende, die unter dem Burnout leiden? „Gerade ... [zu dieser] Frage hat sich in den letzten Jahren ein neuer Akzent zur Rolle der Arbeitswelt ausgebildet: die enorme Aufmerksamkeit die dem Burnout-Syndrom zukommt. Mittlerweile ist das Burnout-Syndrom geradezu zur Metapher für psychische Leiden geworden, deren Hauptursache in der Arbeitswelt vermutet“ wird. [DAK-Report 2013, S. 29] Während die DAK schlussfolgert, dass die Daten nicht eindeutig sein, positioniert sich die AOK hier eindeutig und warnt vor dem dramatischen Anstieg, insbesondere bei Beschäftigten in sozialen Berufen (AOK-Report, 2012, S.2). Sicher ist, dass die Berichterstattung zum Thema Burnout zugenommen hat (Werner, 2012). Dabei geraten einerseits Prominente wie der Hamburger Koch Tim Mälzer oder der ehemalige Schalcker Trainer Ralf Rangnick in den Blickpunkt und vor allem nach dem tragischen Selbstmord des Torwarts Robert Enke hat die Berichterstattung zugenommen. Also, kommen nun neben den somatischen Erkrankungen auch noch psychische Erkrankungen hinzu?

Insgesamt zeigt sich allerdings eher eine Verschiebung von somatischen Erkrankungen hin zu F-Diagnosen, denn „im Jahr 2012 hat der Krankenstand in etwa wieder den Stand des Jahres 2000 erreicht. Das heißt, bei etwa der gleichen Anzahl von Fehltagen insgesamt haben die psychischen Erkrankungen an Bedeutung gewonnen, vermutlich "auf Kosten" von somatischen Diagnosen. Es verhält sich also nicht so, dass psychische Erkrankungen zusätzlich ("on top") zum somatischen Krankenstand hinzukommen, sondern sie substituieren somatische Diagnosen. Die Struktur des Krankenstands hat sich bei etwa gleichem Volumen verändert. (DAK-Report. S. 110f)

Beobachten wir also nun mehr Erkrankungen oder nur andere? Professor Wittchen, Leiter des Institutes für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Dresden führt dazu aus: „Etwa 15 % [der Bevölkerung, WB] haben in diesem Moment eine behandlungsbedürftige psychische Störung, über den Verlauf eines Jahres hinweg haben sogar 30 % irgendwann in dieser Zeit eine solche Störung“ (Wittchen, S. 69). Aber, [so Wittchen weiter, WB], abgesehen von „wellenförmige(n) Verläufe(n) oder zeitgebundene(n) Trends ... haben ... psychische Störungen in diesen [letzten, WB] drei Jahrzehnten weder zu- noch abgenommen.“ (Wittchen, S. 70)

Was sich aber verändert hat, ist die Anzahl der Diagnosen und die Differenzierung des Diagnosespektrums. Eines der in den letzten Jahren dafür sicher symptomatisch stehenden Beispiele ist die von Jörg Blech im Spiegel als „Modediagnose“ bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, die sich bei der Pharmazeutischen Industrie in beeindruckenden Wachstumsraten der entsprechend entwickelten Psychopharmaka niedergeschlagen hat. Und Blech weiter: „Wenn das DSM-5 im Mai gültig wird, könnten Millionen Menschen auf einen Schlag in psychisch kranke verwandelt werden. Die Schusseligkeit etwas soll zur „leichten kognitiven Störung“ werden, der Jähzorn zur „disruptiven Launenfehlregulationsstörung“, die Völlerei zur „Fressgelage-Störung“, die [zu lang andauernde, WB] Trauer zur „Major Depression“, die Tage vor den Tagen zur „prämenstruellen dysphorischen Störung“.“ (Blech, S. 113) Also zukünftig noch mehr Kranke?

Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage ist selbstverständlich nicht nur der Ausweitung der medizinischen Diagnostik und der damit verbundenen Pathologisierung menschlicher Eigenschaften und Verhaltensweisen geschuldet. Der Stressreport Deutschland 2012 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin erkannte für das Gesundheits- und Sozialwesen, dass die Stress-Faktoren „verschiedenartige Arbeiten gleichzeitig betreuen“ und „starker Termin- und Leistungsdruck“ als besonders relevant. Auffällig ist hier ebenfalls, dass „das Gesundheits- und Sozialwesen in hohem Maße durch Anforderungen durch die Beschäftigungssituation belastet [ist, WB], da hier alle Werte über denen der

Gesamtstichprobe liegen.“ (Bundesanstalt, 2012, S. 65) Als ‚Beschäftigungssituation‘ wurden in dieser Erhebung: Befristetes Arbeitsverhältnis, negative wirtschaftliche Lage des Betriebes und Umstrukturierungen in den letzten 2 Jahren definiert.

Hinzu kommen ein geändertes Bewusstsein über psychische Belastungen und eine geänderte Wahrnehmung psychischer Probleme. Es scheint heute, zumindest für die Durchschnitts- bzw. Erwerbsbevölkerung nicht mehr so stigmatisierend zu sein, sich zu eigenen psychischen Problemen zu bekennen. Dies wird unterstützt durch Befunde der DAK in einer Reihe von Interviews mit Ärzten. „Entgegen der aktuellen Debatte sind Entwicklungen in der modernen Arbeitswelt bei weitem nicht der einzige Grund für die Zunahme der Fehltag mit psychischer Ursache. Ein ebenso gewichtiger Grund ist die Sensibilisierung bei Hausärzten und Patienten, die dazu führt, dass psychische Probleme häufiger [auch von Patienten, WB] angesprochen werden, häufiger als früher als krankheitswertig betrachtet werden und häufiger als früher zu entsprechend dokumentierten Krankschreibungen führt.“ (DAK-Report, S. 110)

Auch wenn die Bundesanstalt einleitend bemerkt, dass „eine Arbeit gänzlich ohne psychische Anforderungen undenkbar ist“ (Bundesanstalt, 2013 S.1] und festhält, dass „Insgesamt ... hinsichtlich der psychischen Anforderungen aus Arbeitsinhalt und Arbeitsorganisation festzuhalten [bleibt, WB], dass – die Höhe der Anforderungen sich beim Blick auf alle Befragten seit dem letzten Befragungszeitpunkt im Großen und Ganzen auf recht hohem Niveau stabilisiert hat und nur einige wenige Anforderungen geringfügig zurückgegangen sind“ (Bundesanstalt für Arbeitsschutz, 2012, S. 48), so können die Ergebnisse den Eindruck, der von vielen Mitarbeitenden im Sozial- und Gesundheitswesen geschildert wird, durchaus bestätigen. Im diesem Teil des Arbeitsmarktes haben das Umstrukturierungstempo und die Anforderungen an Flexibilisierung (im Hinblick z.B. auf die Personenzentrierung der Hilfen, die Ausschreibungspraxis für Berufsfördernde Maßnahmen oder die inhaltlichen Zieländerungen in der Kinder- und Jugendhilfe) sowie der ökonomische Druck auf die Dienstleister deutlich zugenommen. Wenngleich das Tempo und die Rigidität der Veränderungen von denen in der verarbeitenden Industrie (ich erinnere hier z.B. an den Umgang mit den Opel-Beschäftigten) noch weit entfernt sind, so liegen in der Verknüpfung von erhöhtem Druck und relativer Orientierungslosigkeit oder Ziellosigkeit möglicherweise schon ein Kern des Problems aber vielleicht auch ein Hinweis auf Lösungsansätze. Eines scheint mir klar zu sein, in dieser Gemengelage sind Führungskräfte besonders gefragt. Markus Baumanns, Unternehmensberater, der sich in einem Gastkommentar im Hamburger Abendblatt gegen gesetzliche Regelungen zur Verhinderung von Burnout äußert, stellt dazu folgende Fragen: „Gebe ich als Führungskraft Orientierung ...? Hilfe ich dabei, Prioritäten zu

setzen? Stärke ich die Stärken eines Mitarbeiters, anstatt mich an seinen Schwächen abzarbeiten? Höre ich aufmerksam zu? Zeige ich Wertschätzung? Nenne ich Defizite und Fehler beim Namen? Geben und nehmen wir, Mitarbeiter und Vorgesetzte, gegenseitig Feedback, sodass jeder weiß, woran er ist?“ (Baumanns, 2013) Hier besteht Handlungsbedarf, denn wie der Stressreport auch aufzeigt, bleibt „die soziale Unterstützung ein weiteres wichtiges Bewältigungsmittel in der Auseinandersetzung mit Stress und Stressfolgen ... [durch] ... Häufige Hilfe/Unterstützung vom direkten Vorgesetzten hinter den anderen Aspekten der sozialen Unterstützung zurück, nicht einmal 60 Prozent erfahren regelmäßig Unterstützung von Chef oder Chefin (Bundesanstalt 2012, S.76 f) während 89 % der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen dies durch gute Zusammenarbeit mit den direkten Kollegen/innen erfahren. Wir werden hören, was die Referentinnen und Referenten zu diesem Themenkomplex beitragen.

Abschließend will ich noch auf ein Moment hinweisen, das mir im Hinblick auf die Frage wichtig ist, welchen Einfluss wir auf die Resilienz-Fähigkeit von Mitarbeitenden haben. Als soziale Wesen sind wir alle auf das Eingebunden-sein in soziale Netze angewiesen. Bereits Ende der 1980er Jahre zeigten Sozialwissenschaftler die Wichtigkeit von Partnerschaften, Familien- bzw. Verwandtschaftsbeziehungen und zum Teil auch Nachbarschaften für persönliche Netzwerke auf. Diese Beziehungen wurden als besonders wichtig für emotionale Stärke, Gefühle von Geborgenheit, als Vermittler von Anerkennung und Wertschätzung und als Orte an denen Netzwerkmitglieder einbezogen sind in die Bewältigung von belastenden Situationen gekennzeichnet. (vgl. Barth, 1998)

Die gesellschaftlichen Individualisierungsprozesse der Industrialisierung, die uns und unsere Lebenslagen auch in den letzten 20 Jahren des ausufernden neoliberalen Turbokapitalismus geprägt haben, sind immer wieder daraufhin diskutiert worden, dass sie einerseits eine Befreiung von tradierten Zwangs-Beziehungen darstellen aber andererseits auch den Verlust an Bindungen. Insbesondere familiäre, verwandtschaftliche und nachbarliche Beziehungen seien in ihrem Umfang eingeschränkt und in ihrer Bedeutung geschwächt worden.“ (Diewald, 1991, zit. nach Barth, 1998). Die Zunahme individueller Entscheidungsspielräume wurde erkaufte mit der abnehmenden Qualität von Solidargemeinschaften. (vgl. Barth 1998). Jeder einzelne ist zwar im Hinblick auf gesellschaftliche Zwänge und Rollen freier geworden aber auch mehr auf sich selbst zurück geworfen. Das christliche Gebot „Liebe Deinen Nächsten wie dich selbst“ hat sich, so mein Eindruck zum Motto „wenn jeder an sich selber denkt, ist an alle gedacht“ verwandelt.

Aus diesem Wissen über die Bedeutung sozialer Netzwerke entwickelten sich professionelle Netzwerkkonzepte Sozialer Arbeit und darin sind schon die Ansätze für die heutigen Debatten der Sozialraumorientierung erkennbar. Während also die professionalisierte Soziale Arbeit für die Klientel die Bildung sozialer Netzwerke forderte und zu schaffen, zu unterstützen suchte, sind diese für die Professionellen selber nur wenig in den Blick genommen worden. Und die bis dato beinahe selbstverständlich integrierenden gesellschaftlichen Institutionen wie Gewerkschaften, Parteien oder die Kirchen verlieren kontinuierlich an Boden. Mir erscheint dies als Erklärungsansatz für die bisweilen unglaublich hohen Erwartungen an soziale Unternehmungen, diese mögen auch für die Beschäftigten selber Gesundheit, gesellschaftliche Akzeptanz, Sicherheit und vielleicht sogar Geborgenheit bereitstellen, durchaus hilfreich.

Wenn also in Hamburg über 50 % der Bevölkerung in Singlehaushalten leben (in Deutschland sind es rund 40 %) und Hamburg gleichzeitig Platz 1 bei der Anzahl der Fehltage durch psychische Erkrankungen nachweist, so kann dies zum Nachdenken anregen. Aber zu Ihrer Beruhigung kann ich auch sagen, dass der Krankenstand in Hamburg insgesamt leicht unter dem Bundesdurchschnitt liegt (DAK-Report) und das Glücksbarometer (Veröffentlicht von der Deutsche Post) Hamburg als glücklichste Stadt der Republik präsentiert. Na das ist doch was: krank aber glücklich.

Ich wünsche uns eine anregende, uns positiv stressende und fordernde Tagung.

Literatur:

Barmer-GEK – Gesundheitsreport 2012, Hamburg 2012;

Barth, Prof. Dr. Stephan: Soziale Unterstützung, o.J., http://www.stephan-barth.de/sozialeunt.htm#_ftn118, Download 2013-04-05

Barth, Prof. Dr. Stephan: Individualisierung und soziale Beziehungen, <http://www.hb.fh-muenster.de/opus/fhms/volltexte/2011/712/pdf/Individualisierung.pdf>, Download 2013-04-05

Baumanns, Markus: Mit Gesetzen gegen Burn-out?, Kommentar im Hamburger Abendblatt vom xx.02.2013, S. 59;

Blech, Jörg: Wahnsinn wird normal; Der Spiegel, Heft 4/2013, S. 111 – 119;

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Stressreport Deutschland 2012 – Die wichtigsten Ergebnisse, Dortmund 2013

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): Lohmann-Haislah, A. - Stressreport Deutschland 2012 - Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Dortmund/Berlin/Dresden 2012

DAK Gesundheitsreport 2013 - Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update psychische Erkrankungen - Sind wir heute anders krank?, Hamburg 2013;

Frances, Prof. Allen: „Die Grenze zwischen Normalität und psychiatrischer Krankheit ist sehr unscharf“; Interview in Psychologie Heute, Heft April 2013, S. 60 - 64

Salize, Hans Joachim: Sozialpsychiatrie – wohin?, Psychiatrische Praxis 2012; 39: 199 -201

Werner, Cornelia: Die lange Geschichte vom Burn-out, Hamburger Abendblatt vom 17.11.2012

Wido – Wissenschaftliches Institut der Amok – Fehlzeiten-Report 2012, Berlin 2012;

Wittchen, Prof. Hans-Ulrich: „Warum sollte die Psyche gesünder sein als der Rest des Körpers?“; Interview in Psychologie Heute, Heft Januar 2013, S. 68 – 74;