

Bößneck Jana

**Gesundheitsförderung für Erwerbstätige mit
psychischen Belastungen**

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Prof. Dr. sc. med. Thomas Müller

Bibliographische Beschreibung:

Bößneck, Jana:

Gesundheitsförderung für Erwerbstätige mit psychischen Belastungen.

Roßwein, Hochschule Mittweida/ Roßwein (FH), Fakultät
Soziale Arbeit,
Bachelorarbeit, 2013

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema der Gesundheitsförderung für Erwerbstätige mit psychischen Belastungen.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf einer intensiven Literaturrecherche, durch die eine vorhandene Fragestellung ermittelt und Lösungsmöglichkeiten ermittelt werden sollen. Dafür wurden verschiedenste Quellen genutzt, u.a auch eine Studie der IGA.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

0. Einleitung	9
1. Der Begriff Gesundheit	10
2. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz	14
2.1. Risikofaktoren.....	18
2.1.1.Quellen psychischer Fehlbelastungen.....	19
2.1.2.Arbeitsorganisation.....	20
2.1.3.Arbeitsumgebung.....	21
2.1.4.Soziale Beziehungen bei der Arbeit.....	22
2.1.5.Betriebliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen.....	23
2.1.6.Private Einflüsse.....	24
2.1.7.Zusammenfassung.....	25
2.2. Auswirkungen psychischer Belastungen am Arbeitsplatz.....	26
2.2.1.Dauerstress.....	27
2.2.2.Angststörungen.....	29
2.2.3.Depressive Störungen.....	31
3. Betriebliche Gesundheitsförderung	32
3.1. Was ist betriebliche Gesundheitsförderung?.....	33
3.2. Kernprozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	34

3.3. Die vier Leitlinien	36
3.4. Die Rolle von Management und Führungskräften in der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	37
3.5. Die Ebenen der Intervention.....	39
3.6. Ansatzpunkte der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	41
3.7. Praxisbeispiel: Betriebliche Gesundheitsförderung anhand von Pflege- und Sozialdiensten.....	42
3.7.1. Gesundheit thematisieren.....	42
3.7.2. Mitarbeiter sensibilisieren.....	43
3.7.3. Pragmatisches Vorgehen und externe Unterstützungsmöglichkeiten.....	44
3.7.4. Interne Öffentlichkeitsarbeit	45
3.7.5. Partizipation.....	46
3.7.6. Verschiedenheit der Belegschaft Nutzen	47
3.7.7. Netzwerke bilden.....	47
4. Ressourcen als Präventionsmaßnahmen	49
4.1. Arten von Gesundheitsressourcen	49
4.1.1. Arbeitsbezogene Ressourcen.....	50
4.1.2. soziale Gesundheitsressourcen.....	51
4.1.3. Persönliche Ressourcen.....	55

4.1.4.Zusammenfassung als tabellarische Übersicht der Ressourcen.....	58
5. Fazit.....	60
Literaturverzeichnis.....	62

Abkürzungsverzeichnis

DIN	-	Deutsches Institut für Normung
BKK	-	Betriebskrankenkassen
IGA	-	Initiative für Gesundheit und Arbeit
ISO	-	„International Organization for Standardization“
WHO	-	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Gesundheitsdimensionen (vgl. Naidoo/Wills (2003) S 6).....	11
Abbildung 2:	Belastungs-Beanspruchungs-Konzept (Jungmanns (2005) S 4).....	15
Abbildung 3:	Quellen psychischer Belastung (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 17).....	20
Abbildung 4:	Quellen psychische Fehlbelastungen aus dem BereichArbeitsorganisation (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 11).....	21
Abbildung 5:	Quellen psychische Fehlbelastungen aus dem Bereich Arbeitsumgebung (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 11).....	22
Abbildung 6:	Quellen psychische Fehlbelastungen aus dem Bereich soziale Beziehungen bei der Arbeit (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 12)	23

Abbildung 7:	Quellen psychische Fehlbelastungen aus dem Bereich betriebliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 13).....	24
Abbildung 8:	Quellen psychische Fehlbelastungen aus dem Bereich private Einflüsse (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 13)	25
Abbildung 9:	relevanteste/ unrelevanteste Quellen psychische Fehlbelastungen über alle Bereiche hinweg (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 14)	26
Abbildung 10:	Schema zur Entstehung und den Folgen von Stress (vgl. Lohmann-Haislah (2012) S 18)	28
Abbildung 11:	die vier Ebenen der Angstreaktionen (Bungart (2007) S 6) 18.....	30
Abbildung 12:	die vier Ebenen der Depressionssymptome (Bungart (2007) S 7).....	31

Abbildung 13:	die vier Kernprozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung (Spicker/Schopf (2007) S 37)	35
Abbildung 14:	Rolle der Führungskräfte in der betrieblichen Gesundheitsförderung (Spicker/Schopf (2007) S 40).....	37
Abbildung 15 :	Vier Ebenen der Intervention (Spicker/Schopf (2007) S 42).	40
Abbildung 16:	Betriebliche Gesundheitsförderung/ Strategien für Pflege- und Sozialdienste (Spicker/Schopf (2007) S 58).....	48
Abbildung 17:	Ressourcenmodell (Nagel/Petermann (2012) S 31).....	50
Abbildung 18:	Ressourcenaspekte (Nagel/Petermann (2012) S 38-40).....	53
Abbildung 19:	Übersicht über Ressourcen, die ein Schutzschild gegen Stress und seine Folgen bieten (Nagel/Petermann (2012) S 32).....	59

0. Einleitung

„Medien sprechen von „Burnout als Volkskrankheit des 21. Jahrhunderts“, Wissenschaftler sehen ein „Zeitalter der Depression“.

Tatsache ist: Viele Menschen in Deutschland leiden unter psychischen Erkrankungen – mit beträchtlichen Folgen für Volkswirtschaft, Unternehmen und natürlich für die betroffenen Personen und ihre Familien“

(BKK (2012) S 9)

Die Arbeit eines Menschen kann sich sowohl positiv als auch negativ auf die Gesundheit des Einzelnen auswirken. Besonders Unternehmen haben dabei einen großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ihrer Angestellten. Im Durchschnitt verbringt der Erwerbstätige ungefähr zwei Drittel seines Lebens auf Arbeit.

Dabei sind körperliche Belastungen immer wieder ein Thema in der Gesundheitsförderung, aber mehr noch nehmen die psychischen Belastungen immer mehr zu. Untersuchungen zeigen, „[...] dass Arbeits-, Zeit- und Leistungsdruck stark angestiegen [sind] und dass diese Entwicklung Folgen hat: Immer mehr Beschäftigte fühlen sich stark belastet und leiden darunter“ (Kratzer/Dunkel/Becker u.a. (2011) S 13). Das heißt gleichzeitig auch, dass psychische Erkrankungen immer häufiger der Grund für Fehlzeiten und den frühzeitigen Einstieg ins Rentenalter sind. Genau deshalb gewinnen Prävention und

Gesundheitsförderung von psychischen Belastungen und Erkrankungen einen höheren Stellenwert als bisher angenommen.

In dieser Arbeit beschäftige ich mich genau mit diesen psychische Belastungen bei Erwerbstätigen. Was sind überhaupt diese psychischen Belastungen? Welche psychischen Erkrankungen können daraus entstehen? Welche präventiven Ressourcen gibt es und was kann betriebliche Gesundheitsförderung tun?

1. Der Begriff Gesundheit

Die Literatur bietet zu dem Begriff Gesundheit eine große Bandbreite an Bedeutungen. Es gibt eine Vielzahl an Sichtweisen oder Konzepten von Gesundheit. Eine genaue Definition wird als kaum möglich gesehen und daher weitestgehend vermieden. Einige verschiedene Begriffsklärungen „...stammen aus den Bereichen Literatur, Philosophie, Medizin, Soziologie, Psychologie und Psychiatrie mit unterschiedlichen Dimensionen wie Störungsfreiheit, Leistungsfähigkeit, Rollenerfüllung, Wohlbefinden, Anpassung, Homöostase und Flexibilität. Bei allen Gesundheitsdefinitionen sind oft mehrere Dimensionen zu finden“ (Händler (2008) S 10).

Ich beziehe mich bei meiner Begriffsbestimmung von Gesundheit auf die Gesundheitsdimensionen nach

Naidoo/Wills. Nach ihrem Verständnis von Gesundheit, sind die Autoren „...der Meinung, dass Gesundheit als Ganzes zu verstehen ist, die unterschiedliche Dimensionen umfasst, deren Einflüsse und Wechselwirkungen untereinander berücksichtigt werden müssen“ (Händler (2008) S 11).

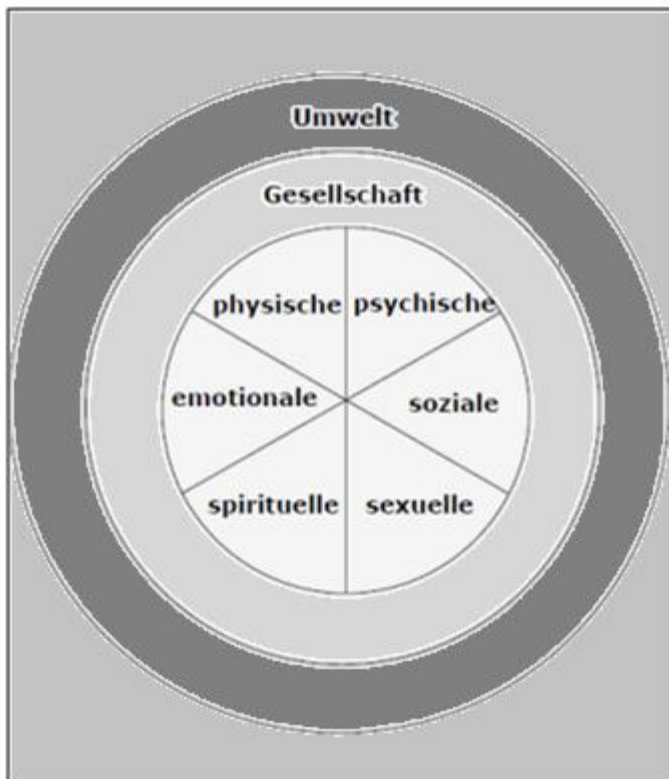


Abbildung 1: Gesundheitsdimensionen (vgl. Naidoo/Wills (2003) S 6)

Wie festzustellen ist bezieht sich der innere Kreis der Abbildung 1 auf die Gesundheitsdimensionen des Einzelnen. Erkennbar ist auch, dass Naidoo/Wills den Zustand der Gesundheit nicht nur auf den physischen Bereich also auf den Körper des Menschen reduzieren, sondern ebenfalls soziale Gesundheit, sexuelle Gesundheit, spirituelle Gesundheit, emotionale Gesundheit und physische Gesundheit dazu zählen. Schon die Gesundheitsdefinition der WHO von 1946 erklärte, dass Gesundheit nicht nur aus dem körperlichen Wohlbefinden besteht:

"Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen" (Hommel/Spranger (2009) S 246).

Unter physischer Gesundheit verstehen Naidoo/Wills den körperlichen Zustand nicht krank zu sein aber auch die Fitness. Zur psychischen Gesundheit dagegen zählen vor allem ein positives Selbstwert- und Lebensgefühl. Auch laut Definition der WHO gehören zur menschlichen Gesundheit vor allem die psychische Gesundheit und das psychische Wohlergehen. Die WHO bestätigte auf der Konferenz zur psychischen Gesundheit, „...dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt.“ (WHO Europa (2005) S 3). Ebenso wichtig wie physische und psychische Gesundheit ist die emotionale Gesundheit. Darunter wird „...das Erkennen von Emotionen Angst,

Freude, Trauer und Ärger sowie die Fähigkeit, Gefühle auch angemessen ausdrücken zu können“ (Ewles/Simnett (2007) S 22) verstanden. Durch die emotionale Gesundheit „...manchmal auch als affektive Gesundheit bezeichnet“ (Ewles/Simnett (2007) S 22) wird dem Einzelnen der richtige Umgang mit Stress, Anspannung, Depressionen und Sorgen ermöglicht (vgl. Ewles/Simnett (2007) S 22).

Des Weiteren zählt zur Gesundheit des Einzelnen ebenfalls die soziale Gesundheit. Darunter versteht man „... die Fähigkeit, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und aufrechterhalten zu können“ (Ewles/Simnett (2007) S 22).

„Die sexuelle Gesundheit betrifft die Bereitschaft und Fähigkeit seine eigene Sexualität befriedigend ausdrücken zu können“ (Händler (2008) S 12). Die WHO definiert sexuelle Gesundheit wie folgt: „Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen.“ Um sexuelle Gesundheit erlangen zu können ist eine positive Einstellung zur Sexualität notwendig und es muss die Möglichkeit gegeben sein angenehme und sichere Erfahrungen im Bereich der Sexualität machen zu können. (vgl. WHO/Europa)

Desweiteren zählt noch zur Gesundheit des Menschen die spirituelle Gesundheit. Dies ist die Fähigkeit moralische

und religiöse Grundsätze und Überzeugungen in die Praxis umsetzen zu können (vgl. Händler (2008) S 12).

Des Weiteren stellen auch die beiden äußeren Kreise der Abbildung 1 weitere Einflüsse auf die Gesundheit des Einzelnen dar.

Die gesellschaftliche Dimension bezieht sich dabei darauf wie die Strukturen der Gesellschaft, beispielsweise Unterkunft, Nahrung, Einkommen, Einfluss auf die Gesundheit des Einzelnen hat. Die Dimension der Umwelt beschäftigt sich mit Einflüssen wie Wohnverhältnissen, Trinkwasser, Luftverschmutzung (vgl. Händler (2008) S 12).

2. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Psychische Belastung ist nach DIN ISO 10075-1 „... die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (Junghanns (2005) S 3). Belastungen werden nach ISO 10075 wertneutral definiert. Belastungen können positive und/oder negative Wirkungen auf die Beschäftigten haben. Lediglich durch den individuellen Umgang damit wird entschieden, welche entsprechenden Effekte diese auf den Einzelnen haben. Unterschiedliche psychischen Faktoren wirken sich unterschiedlich auf den jeden Einzelnen aus (vgl. Junghanns (2005) S 3-4).

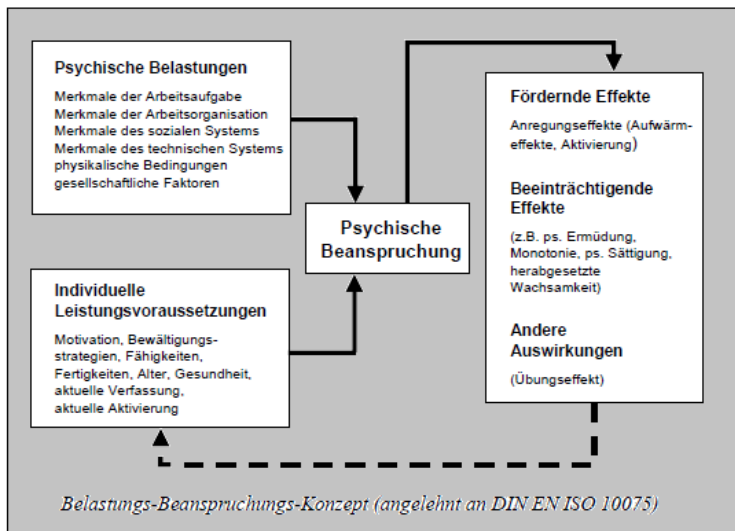


Abbildung 2: Belastungs-Beanspruchungs-Konzept (Junghanns (2005) S 4)

„Das Modell [Abbildung 2] zeigt, dass Einflüsse aus der Arbeit auf den Menschen mit seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen und seinen Bewältigungsstrategien einwirken“ (Junghanns (2005) S 4). Dabei erkennt man in dem Belastungs-Beanspruchungs-Konzept wie die psychischen Belastungen und individuellen Leistungsvoraussetzungen zusammen die psychische Beanspruchung ergeben. Je besser also die eigenen Ressourcen umso besser kommt der Erwerbstätige mit der psychischen Beanspruchung zurecht.

Psychische Belastungen sind im Bereich der Erwerbstätigkeit, wie in der Abbildung 2 dargestellt, die Einflüsse aus der Arbeit. Darunter fallen Faktoren wie die Arbeitsaufgabe an sich, die physikalische und soziale Arbeitsumgebung sowie die Arbeitsorganisation und der Ablauf. Aber auch Arbeitsmittel und der Arbeitsplatz spielen eine wichtige Rolle. Sind beispielsweise nicht genügend Arbeitsmaterialien vorhanden, dann erhöht sich dadurch die psychische Belastung des Erwerbstätigen. Je besser allerdings die eigenen individuellen Leistungsvoraussetzungen sind, umso besser kommt man wiederum mit dieser Belastung zurecht. Dabei können die eigenen Ressourcen in zwei Bereiche untergliedert werden. Es gibt einmal die psychischen Voraussetzungen wie Fähigkeiten, Fertigkeiten, Erfahrungen, Kenntnisse, Anspruchsniveau, Motivation, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Einstellungen und Bewältigungsstrategien. Zum zweiten gibt es dann noch andere Voraussetzungen, die nicht nur im Berufsleben eine wichtige Rolle spielen, wie Gesundheit, Alter, Geschlecht, körperliche Konstitution, Ernährung, Allgemeinzustand und die aktuelle Verfassung (vgl. Joiko/Schmauder/Wolff (2010) S 11-12). Wie oben bereits genannt führen die psychische Belastung und die individuellen Voraussetzungen des Einzelnen zur psychischen Beanspruchung. Nach DIN EN ISO 10075-1 ist diese „[...]die unmittelbare (nicht langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in

Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ (Junghanns (2005) S 3). Dabei wird der psychischen Beanspruchung eine Doppelrolle zugewiesen, da diese sowohl positive als auch negative Folgen haben kann.

Einerseits findet der Erwerbstätige seine Arbeit abwechslungsreich und fühlt sich motiviert und angeregt, weil er Erfolgserlebnisse hat. Dadurch tritt eine positive kurzfristige psychische Beanspruchung in Kraft, wobei die Anregungseffekte wie Aufwärmung und Aktivierung auftreten. Bewältigt man positiv wiederholt eine psychische Belastung, genannt Übungseffekt, wirkt sich das beispielsweise auch positiv auf die individuellen Leistungsvoraussetzungen des Einzelnen aus. Es kann also u.a. zu einer Weiterentwicklung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie zu einer höheren Motivation kommen. Ebenfalls verbessert sich das allgemeine Wohlbefinden, welches wiederum zu einer besseren Gesunderhaltung führt (vgl. Joiko/Schmauder/Wolff (2010) S 11-13).

Werden allerdings die Leistungsvoraussetzungen des Einzelnen über- oder unterfordert kommt es durch die psychische Belastung zur Fehlbeanspruchung. Es kommt also zu beeinträchtigenden Effekten wie Ermüdung, Monotonie oder Unkonzentriertheit. Diese Effekte können langfristig gesehen zu gesundheitlichen Beschwerden und

Krankheiten führen und haben ebenfalls Einfluss auf Verhalten und Leistung des Erwerbstätigen. Beispielsweise können allgemeine psychosomatische Störungen, wie Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, erhöhter Nikotin-, Alkohol-, Medikamentenkonsum und Leistungsminderung gefolgt von Fehlzeiten und Frühverrentung auftreten (vgl. Joiko/Schmauder/Wolff (2010) S 11-13). „Stress wird bei weitem als die gefährlichste Folge psychischer Fehlbelastung angesehen...“ (Riechert (2011) S 25).

Die Auswirkungen von psychischer Fehlbelastung werden im Punkt 2.2 Auswirkungen psychischer Belastungen am Arbeitsplatz näher beschrieben.

2.1. Risikofaktoren

In diesem Teil beschäftige ich mich mit den Risikofaktoren, die psychische Fehlbelastungen begünstigen bzw. hervorrufen können. Grundlage für die folgenden statistischen Befragungen ist die Studie der IGA (Initiative Gesundheit und Arbeit) aus dem IGA-Report 5: Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten.

Allgemein ist noch festzustellen, dass Fehlbelastungen niemals nur von einem Risikofaktor hervorgerufen werden, sondern von einer Kombination aus mehreren Risikofaktoren, aber auch abhängig von der jeweiligen

Bewältigungsstrategie des Einzelnen sind (vgl. Riechert (2011) S 25). In diesem Abschnitt werde ich die Einflüsse aus der Arbeitssituation und den dazugehörigen Arbeitsbedingungen mithilfe dem oben genannten IGA-Report 5 kurz darstellen. Dabei werden vor allem die Antworten der Befragten in den Vordergrund gerückt.

2.1.1. Quellen psychischer Fehlbelastungen

In Abbildung 3 sind die Quellen möglicher psychischer Belastungen dargestellt. Wie zu erkennen ist macht der Arbeitsplatz als Ursache psychischer Fehlbelastungen den prozentual höchsten Anteil aus. Gesellschaftliche Entwicklungen und Familie folgen erst in einem gewissen Abstand. Die kleinste Quelle war für die Befragten die Freizeit (vgl. Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 17).

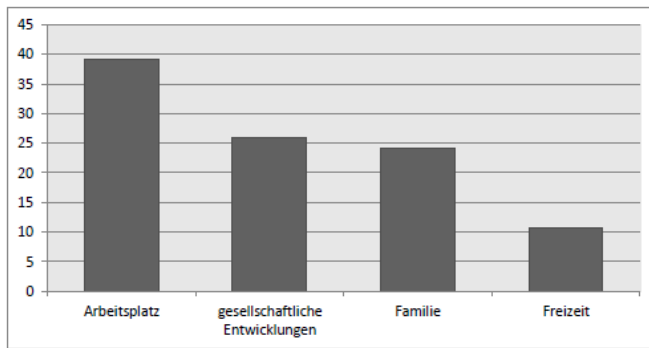


Abbildung 3: Quellen psychischer Belastung (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 17)

2.1.2. Arbeitsorganisation

Abbildung 4 bezieht sich auf den Bereich Arbeitsorganisation. Wie zu erkennen ist gaben die meisten (81,5Prozent) Zeitdruck und (53,65Prozent) Bürokratie an. Ebenfalls knapp ein Drittel nennen noch zusätzliche Belastungen wie wechselnde Einsatzorte, Dienstreisen und Arbeitsunterbrechungen durch Störungen, sowie ungünstige Arbeitszeiten wie Schichtarbeit. Geringer dagegen werden psychische Belastungen durch isolierte Arbeit ausgelöst (vgl. Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 11) Allerdings arbeiten heutzutage nur noch sehr wenige Menschen allein und für sich. Lediglich Existenzgründer arbeiten die ersten 12 Monate häufig isoliert (vgl. Channel Partner (2006))

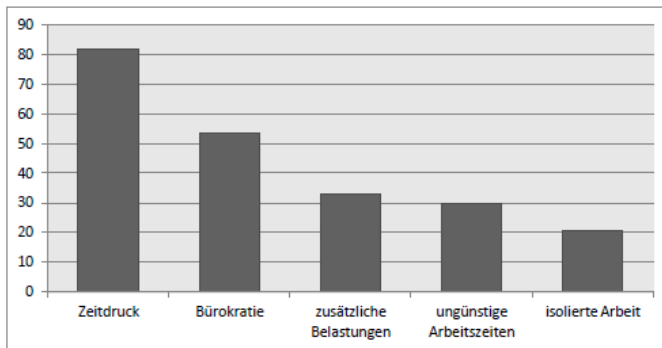


Abbildung 4: Quellen psychische Fehlbelastungen aus dem Bereich Arbeitsorganisation (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 11)

2.1.3. Arbeitsumgebung

Ein weiterer Risikofaktor ist die Arbeitsumgebung von den Befragten. Am meisten (61,7Prozent) werden psychische Fehlbelastungen durch Belastungen der Arbeitsumgebung, wie Lärm und Klima, selbst verursacht. 47,3 Prozent gaben unergonomische (u.a. beengte Arbeitsräume) Arbeitsplätze an und mehr als ein Viertel nannten unergonomische (u.a. optische/ akustische Signale, ungünstig gestaltete Maschinen) Arbeitsmittel (vgl. Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 11-12).

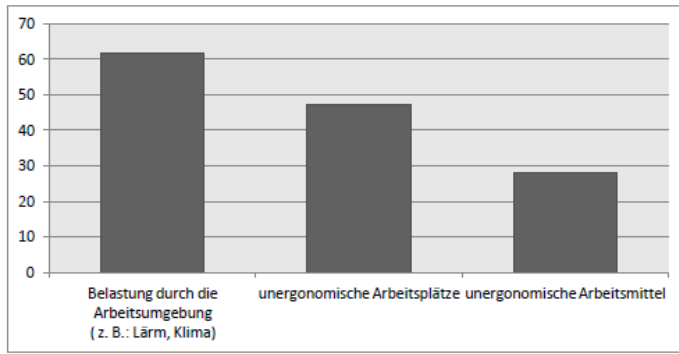


Abbildung 5: Quellen psychische Fehlbelastungen aus dem Bereich Arbeitsumgebung (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 11)

2.1.4. Soziale Beziehungen bei der Arbeit

Im Bereich soziale Beziehungen bei der Arbeit gaben 78,3 Prozent schlechtes Führungsverhalten und 57,6 Prozent Konflikte sowie Spannungen an (vgl. Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 12).

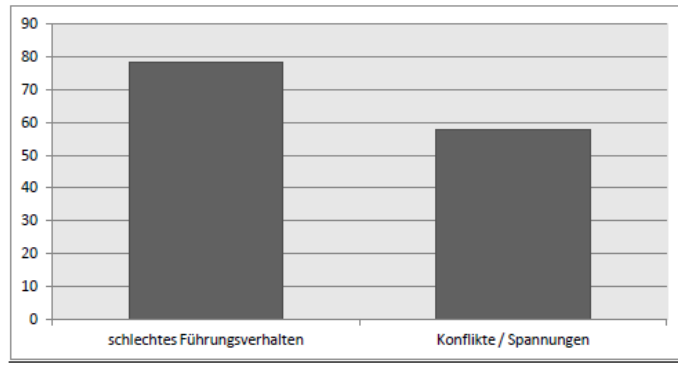


Abbildung 6: Quellen psychische Fehlbelastungen aus dem Bereich soziale Beziehungen bei der Arbeit (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 12)

2.1.5. Betriebliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Fast Dreiviertel der Befragten im IGA-Report 5 im Bereich Rahmenbedingungen aus denen Fehlbelastungen entstehen können gaben Arbeitsplatzunsicherheit an, aber auch ein das Betriebsklima spielt für fast zwei-drittel eine wichtige Rolle. Ebenfalls fehlen berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und vielen machen auch veränderte Arbeitsbedingungen zu schaffen (vgl. Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 12-13).

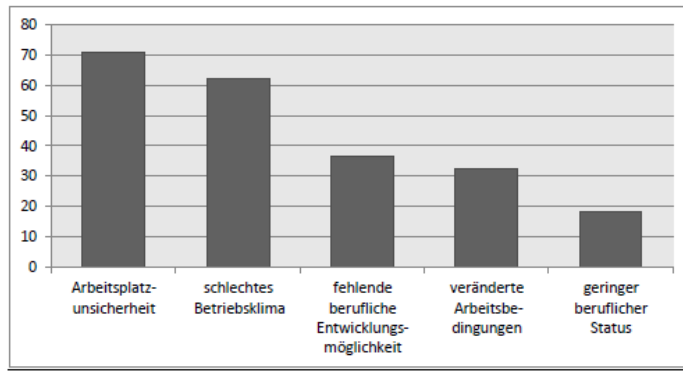


Abbildung 7: Quellen psychische Fehlbelastungen aus dem Bereich betriebliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 13)

2.1.6. Private Einflüsse

Fehlende oder auch gestörte soziale Beziehungen geben die meisten als Ursache für Fehlbelastungen an. Knapp die Hälfte fühlt sich von finanziellen Problemen belastet. Aber nur ein Drittel fühlen sich durch Hausarbeit/ Kindererziehung/ Pflege von Angehörigen oder gesundheitliche Probleme belastet (vgl. Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 13).

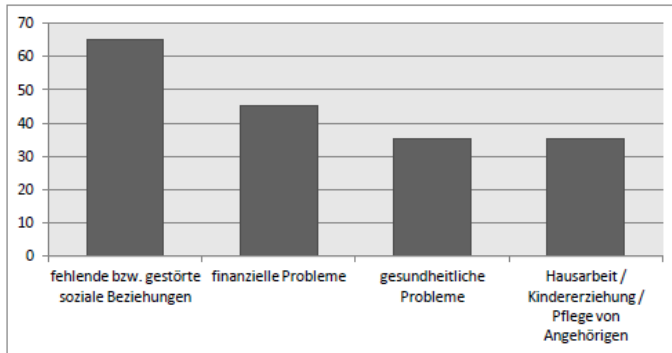


Abbildung 8: Quellen psychische Fehlbelastungen aus dem Bereich private Einflüsse (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 13)

2.1.7. Zusammenfassung

In dieser Tabelle werden abschließend all jene Merkmale dargestellt, die von den Befragten des IGA-Report 5 Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten, am meisten und am wenigsten genannt wurden (vgl. Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 14).

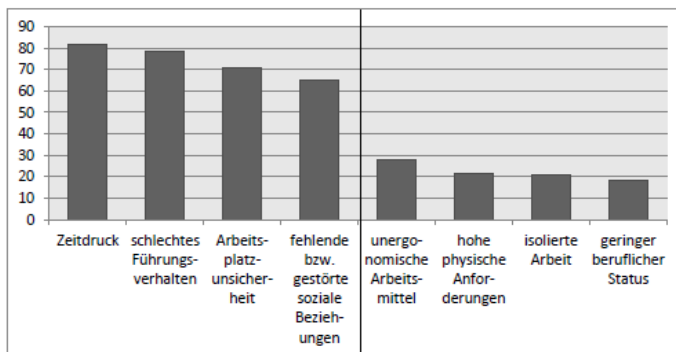


Abbildung 9: relevanteste/ unrelevanteste Quellen psychische Fehlbelastungen über alle Bereich hinweg (Paridon/Bindzius/Windemuth u.a. (2004) S 14)

2.2. Auswirkungen psychischer Belastungen am Arbeitsplatz

In den letzten Jahrzehnten nahm die Anzahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen immer weiter zu. Allein im Zeitraum von 2001 bis 2010 stiegen diese von bundesweit 33,6 Millionen Arbeitsunfähigkeitstagen auf 53,5 Millionen. Psychische Erkrankungen sind heutzutage die vierthäufigste Erkrankung und sind die häufigste Ursache für Frühberentung aufgrund von Krankheit. Der Anteil innerhalb der letzten 17 Jahre stieg von 15,4 Prozent auf 40 Prozent (vgl. BKK (2012) S 9).

2.2.1. Dauerstress

„Dauerstress ist ein über Wochen andauernder, erhöhter Erregungslevel, der durch Erholungspausen nicht mehr ausreichend abgebaut werden kann“ (Nagel/Petermann (2012 S 29)).

Kurz anhaltende Stresssituationen sind in der Regel kein Problem. Tritt für einen Moment Stress auf reagiert der Körper mit Hormonausschüttung wie Cortison, Adrenalin und Noradrenalin. Dabei steigen Blutzuckerspiegel, Herzschlag und Blutdruck. Der Körper mobilisiert also seine Kraftreserven und macht sich kampfbereit. Im günstigsten Fall erholt sich der Körper davon auch wieder, wenn die entsprechende Situation vorbei ist.

Besteht allerdings nicht ausreichend Erholungszeit oder dauert die Stresssituation länger, dann versucht sich der Körper anzupassen. Dieser läuft also die ganze Zeit auf Hochtouren. Damit sinken jedoch gleichzeitig Belastbarkeit und Bewältigungsfähigkeit, was unter anderem eine Schwächung des Immunsystems zur Folge hat. Wird daraus eine chronische Stressreaktion dann wirkt sich dies zu einer Erschöpfungsreaktion aus, die dann wiederum zu organischen Erkrankungen führen kann.

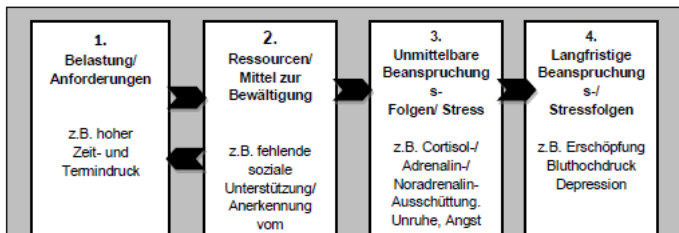


Abbildung 10: Schema zur Entstehung und den Folgen von Stress
(vgl. Lohmann-Haislah (2012) S 18)

In Abbildung 10 ist der ganze Vorgang schematisch vereinfacht dargestellt:

„Zeit- und Termindruck (1), ohne Unterstützung und Anerkennung vom Vorgesetzten (2), löst zunächst eine vermehrte Hormonausschüttung (3) aus, wir werden unruhig, vielleicht auch ängstlich. Im Normalfall ist die Aufgabe, die Anforderung jedoch bald erledigt, der Zeitdruck lässt nach, wir entspannen und erholen uns am Abend, während des Nachtschlafes oder am Wochenende. Bei ständigem Zeit- und Termindruck hält jedoch die Erregungsreaktion an. Dieser dauerhafte hochtourige Zustand führt dann irgendwann zu Erschöpfung und kann Bluthochdruck oder Depressionen (4) nach sich ziehen“ (Lohmann-Haislah (2012) S 18).

Spezifische Folgen von Dauerstress sind beispielsweise Angststörungen, depressive Störungen, Missbrauch und

Süchte, Gewaltbereitschaft oder auch Burnout. „Den größten Anteil an den psychischen Erkrankungen bundesweit haben die sog. Angststörungen und depressiven Störungen. Sie sollen deshalb im Folgenden näher betrachtet werden“ (Bungart (2007) S 5). Außerdem werde ich noch die Burnout Erkrankung als Folge psychischer Fehlbeanspruchung kurz näher darstellen.

2.2.2. Angststörungen

„Gesunde Angstreaktionen lösen den Stressmechanismus aus und schützen uns vor Gefahren, indem sie uns schnell und zuverlässig warnen und Energien bereitstellen. Bei manchen Menschen treten solche Alarmreaktionen jedoch auch in Situationen auf, die eigentlich keine Gefahr bedeuten. Sie verselbstständigen sich...“ (Nagel/Petermann (2012) S 29).

Ängste wie Zukunftsangst und Arbeitsplatzverlust entstehen in Deutschland vor allem aufgrund der hohen Arbeitslosenrate. Angst an sich ist vor allem ein lebenswichtiges Warnsignal, um auf Bedrohungen und Störungen reagieren zu können. Wenn allerdings heftige Angstreaktionen auftreten, ohne dass Gefahren vorhanden sind, dann nennt man das eine Angststörung, Hauptsymptome dabei sind vor allem Phobien und Panikattacken (vgl. Bungart (2007) S 6).

Phobische Ängste kennzeichnen sich durch eine langanhaltende und intensive Angst vor einem bestimmten Objekt, einer bestimmten Situation oder einer Begegnung. Beispielsweise wird eine bestimmte Situation angstvoll ertragen oder ganz vermieden, was unter anderem erhebliche Beeinträchtigungen in der Lebensführung zur Folge hat. Häufig erkennt der Betroffene selbst, dass seine Angst unbegründet ist und nicht auf eine körperliche oder andere psychische Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. Bungart (2007) S 6).

Die Angstreaktionen können in vier Ebenen unterteilt werden (siehe Abbildung 11):

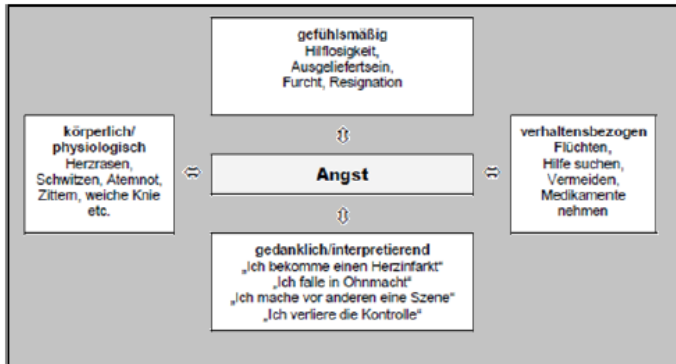


Abbildung 11: die vier Ebenen der Angstreaktionen (Bungart (2007) S 6)

Angststörungen haben häufig einen längeren Verlauf. Die Zeitdauer beträgt zwischen erstmaligem Auftreten und der

Diagnose fünf bis fünfzehn Jahre und werden je nach Zeitdauer immer intensiver. Angststörungen haben also häufig eine längere Vorgeschichte, und zeigen so wie wichtig es ist diese so früh wie möglich zu behandeln. Oft sind Angststörungen mit Depressionen verbunden (vgl. Bungart (2007) S 6).

2.2.3. Depressive Störungen

„Depressionen sind affektive psychische Störungen, die mit dauerhaft (mindestens zwei Wochen fast durchgängig) gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit, Erschöpfung, emotionaler Abstumpfung, Antriebslosigkeit und verschiedensten körperlichen Beschwerden einhergehen“ (Nagel/Petermann (2012 S 29).

Nur wenige suchen aufgrund von den typischen Anzeichen einer Depression einen Arzt auf. Die Patienten suchen meistens den Arzt aufgrund der körperlichen Beschwerden auf (vgl. Bungart (2007) S 7). Die Symptome können ebenfalls in vier Ebenen eingeteilt werden (siehe Abbildung 12):

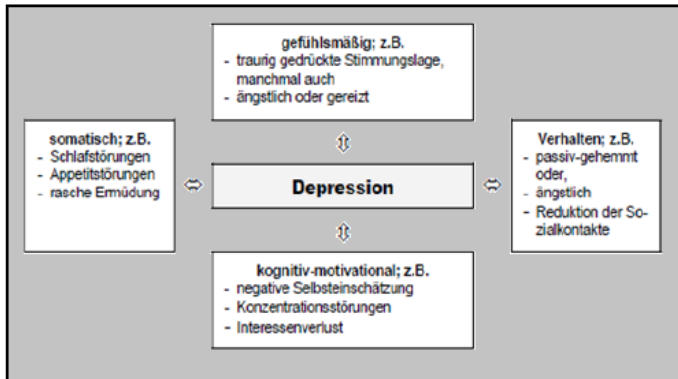


Abbildung 12: die vier Ebenen der Depressionssymptome (Bungart (2007) S 7)

Depressionen treten in Phasen auf, d.h. die Symptome gehen meistens nach sechs bis acht Monaten zurück. Allerdings treten bei mehr als fünfzig Prozent erneut depressive Episoden auf und es folgt ein längerfristiger Verlauf (vgl. Bungart (2007) S 7).

3. Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wurde in den letzten Jahren immer wichtiger und nahm zunehmend an Bedeutung zu. Außerdem wurde diese ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik (vgl. Händler (2008) S 15).

Nach der Weltgesundheitsorganisation ist die Gesundheitsförderung der „Prozeß der Befähigung von Menschen, ihre Gesundheit zu verbessern, indem sie

bemächtigt werden, Faktoren, die für ihre Gesundheit relevant sind, zu beeinflussen“ (Dür/Pelikan (1998) S 14). Laut dieser Definition ist Gesundheitsförderung ein Prozess der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit. Gleichzeitig soll außerdem Krankheiten präventiv vorgebeugt werden durch „...Beeinflussung salutogener Faktoren/Determinanten (z.B. Wissen, Fähigkeiten, Präferenzen, Möglichkeiten) oder pathogener Faktoren (z.B. Mangel an Wissen, Fähigkeiten, Präferenzen, Möglichkeiten), die für die Gesundheit von Personen, Populationen und von sozialen Systemen/Settings relevant sind“ (Händler (2008) S 16).

3.1. Was ist betriebliche Gesundheitsförderung?

„Als Betriebliche Gesundheitsförderung bezeichnet man systematische Interventionen in privaten und öffentlichen Betrieben, durch die gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen vermehrt werden sollen. Die primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Effekte werden durch gleichzeitige und aufeinander bezogene Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens erzielt“ (Pracht (2008) S 11).

Aufgrund dieser Definition von Pracht zielt betriebliche Gesundheitsförderung auf die Stärkung der persönlichen Kompetenzen des einzelnen Arbeitnehmers und

Arbeitgebers ab. Dies kann beispielsweise durch die Gestaltung und Veränderung von Arbeitsbedingungen und Strukturen erreicht werden. Allerdings kann nur dann eine Veränderung erreicht werden, wenn alle Mitarbeiter aber auch Management, Führungskräfte, Betriebsräte ihren Beitrag leisten. Positiven Folgen von diesem Ansatz sind dann nicht nur die gesteigerte Gesundheit, die zunehmende Motivation und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten, sondern auch eine gesteigerte Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Organisation (vgl. Händler (2008) S 18).

Betriebliche Gesundheitsförderung verläuft nach drei Ansätzen: „Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Teilnahme aller Beteiligten und Stärkung persönlicher Kompetenzen“ (Spicker/Schopf (2007) S 36).

3.2. Kernprozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein langfristiger Prozess, wodurch die gesundheitliche Situation jedes Einzelnen verbessert werden soll. Dieser Prozess verläuft in vier Kernprozessen ab: Ist-Analyse, die Planung von Maßnahmen, die Umsetzung von Maßnahmen und die Evaluation (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 37).

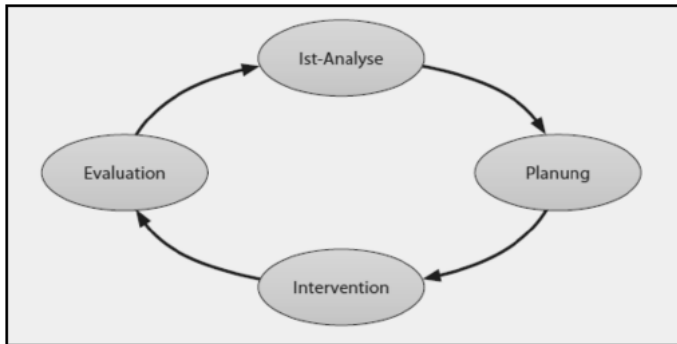


Abbildung 13: die vier Kernprozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung (Spicker/Schopf (2007) S 37)

Die betriebliche Gesundheitsförderung beginnt damit, dass die gesundheitliche Situation der Beschäftigten systematisch erhoben wird. Dabei werden Instrumente und Methoden angewandt bei denen das Wissen und die Sichtweise der Mitarbeiter mit einbezogen wird. Eine gewissenhafte Ist-Analyse ist der Grundstein für den weiteren Verlauf. Bei der Planung werden aufgrund der Ergebnisse der Ist-Analyse die weiteren Ziele und Maßnahmen festgelegt. Ebenso wird eine weitere Handlungsabfolge für die nächste Phase, die Intervention, erarbeitet. In dieser Phase schließlich werden die geplanten Maßnahmen durchgeführt. Dabei ist vor allem die Bereitschaft aller Beteiligten von großer Bedeutung. In der letzten Phase kommt es zu einer Bewertung und Reflexion der umgesetzten Prozesse. Die Ergebnisse werden ausgewertet. Dies kann intern oder auch extern

erfolgen. Sind nicht die angestrebten Ziele oder Verbesserungen eingetreten, beginnt der ganze Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung von vorn (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 37-38).

3.3. die vier Leitlinien

Die Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung können nachhaltig nach den Leitlinien der Luxemburger Deklaration durchgesetzt werden. Diese gliedern sich in Partizipation, Integration, Projektmanagement und Ganzheitlichkeit (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 39).

Im Sinne der Partizipation wird die gesamte Belegschaft an dem Prozess beteiligt. Damit wird die Eigenverantwortung der Mitarbeiter gefördert und somit gleichzeitig die Akzeptanz gegenüber der betrieblichen Gesundheitsförderung erhöht. Durch die Leitlinie der Integration wird die betriebliche Gesundheitsförderung bei allen Entscheidungen in allen Bereichen berücksichtigt. Dadurch wird diese kontinuierlich in die Unternehmenskultur eingebunden. Es ist allerdings auch möglich, dass die betriebliche Gesundheitsförderung zunächst nicht in allen Bereichen der Organisation eingesetzt wird. Der ganze Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung wird außerdem nach dem Leitfaden Projektmanagement sorgfältig strukturiert und

dokumentiert. Das erleichtert sowohl das angestrebte Ziel zu erreichen als auch den ganzen Prozess nachvollziehen zu können. Im Sinne der Ganzheitlichkeit dient betriebliche Gesundheitsförderung sowohl der Risikoreduktion als auch der Förderung von Gesundheitspotenzialen (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 39-40).

3.4. Die Rolle von Management und Führungskräften in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Management und Führungskräfte sind eine wichtige Voraussetzung dafür, dass betriebliche Gesundheitsförderung Erfolge zeigt und nachträgliche verankert werden kann.

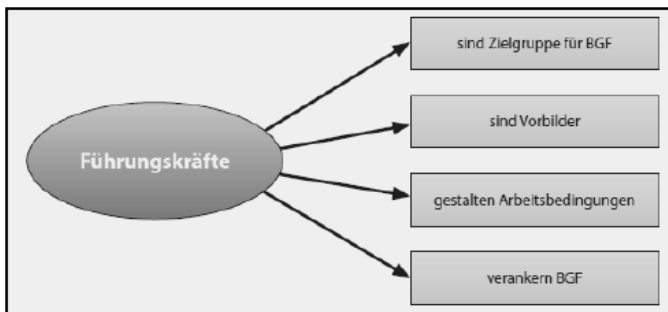


Abbildung 14: Rolle der Führungskräfte in der betrieblichen Gesundheitsförderung (Spicker/Schopf (2007) S 40)

Führungskräfte stehen oft unter einem hohen Leistungsdruck und hoher Verantwortung. Zusätzlich bekommen sie wenig Anerkennung in ihrer Arbeit. Sie benötigen also eine hohe körperliche, psychische und soziale Gesundheit, um Stress und Belastungen gut aushalten zu können. Daher sind Führungskräfte auch eine Zielgruppe der betrieblichen Gesundheitsförderung. Gleichzeitig sind sie auch Vorbilder für ihre Mitarbeiter. Ihr Verhalten nehmen diese als gewünschtes Verhalten wahr. Die Fähigkeiten der Stressbewältigung übertragen sich damit auf die Mitarbeiter. „Führungskräfte, die Mechanismen der Stressentstehung und -verarbeitung kennen, sind sie eher in der Lage, Stresssymptome bei ihren MitarbeiterInnen zu erkennen und rechtzeitig einzugreifen“ (Spicker/Schopf (2007) S 41). Zeigen die Führungskräfte, dass ihnen die Gesundheitsförderung wichtig ist, führt das automatisch zu Verhaltensänderungen bei den Mitarbeitern. Außerdem beeinflussen diese gleichzeitig sowohl auch Motivation und Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiter, als dass sie auch Arbeitsplätze, Arbeitsorganisation und das soziale Miteinander innerhalb der Organisation gestalten (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 40- 41). „Je positiver Führungskräfte wahrgenommen werden, desto geringer sind die emotionale Erschöpfung und die reduzierte Leistungsfähigkeit, d.h. das Burn- Out- Risiko der

MitarbeiterInnen wird reduziert“ (Spicker/Schopf (2007) S 41).

Führungskräfte können also ihre Führungsrolle nutzen, um dafür zu sorgen, dass Gesundheitsförderung in allen Bereichen und Entscheidungen der Organisation berücksichtigt wird (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 40- 42).

3.5. Die Ebenen der Intervention

Unter Intervention versteht man die konkrete Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Dabei ist es sinnvoll zwischen vier Ebenen zu unterscheiden. In Abbildung 15 werden die vier Interventionsebenen kurz mit beispielhaften Maßnahmen dargestellt (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 42).

	Reduktion von Belastungen	Aufbau von Ressourcen
Organisation (verhältnisorientiert)	<ul style="list-style-type: none"> ■ ergonomische Veränderungen ■ Anschaffung von Hebehilfen ■ (Neu-)Gestaltung von Arbeits- und Pausenräumen ■ Einrichtung von rauchfreien Zonen ■ bessere Pausenregelung u. a. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gestaltung von Teambesprechungen ■ autonome Gestaltung von Dienstplänen ■ Arbeitsaufgaben mit hohen Entscheidungsspielräumen ■ Beteiligungsmöglichkeiten ■ Erhalt von Arbeitsplätzen für ältere MitarbeiterInnen u. a.
Person (verhaltensorientiert)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rückenschule ■ Bewegungs- und Ernährungsprogramm ■ Haut- und Infektionsschutz ■ Raucherentwöhnung ■ Sucht-Prävention u. a. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Seminare zu Stress- oder Konfliktmanagement ■ Führungskräfte-Trainings ■ Willkommensfeier für neue MitarbeiterInnen ■ Job-Rotation u. a.

Abbildung 15 : Vier Ebenen der Intervention (Spicker/Schopf (2007) S 42).

Verhältnisorientierte Maßnahmen beziehen sich auf die Veränderung von Arbeitssituationen und Arbeitsbedingungen. Im Gegensatz dazu zielen verhaltensorientierte Maßnahmen vor allem auf die Veränderung des Mitarbeiterverhaltens ab. Legt man den Schwerpunkt auf die verhältnisorientierten Maßnahmen können diese eine dauerhafte Veränderung wenn möglich dauerhafte Verbesserung gewährleisten. Die verhaltensorientierten Maßnahmen dagegen sollen diese vielmehr ergänzen und unterstützen (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 42).

3.6. Ansatzpunkte der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung bezieht sich auf alle Faktoren und Bereiche innerhalb der Organisation, die Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter nehmen. Sie nimmt vor allem die Ursachen von Belastungsfaktoren und weniger die Symptome von Stressfaktoren in den Blick.

Wenn die Unternehmenskultur ihre Priorität nicht nur auf die wirtschaftlichen Ziele setzt, sondern auch der Gesundheit der Mitarbeiter einen hohen Stellenwert einräumt, dann schafft dies ein positives Klima innerhalb der Organisation. Dazu gehört vor allem eine Führung, die viel Wert auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter legt. Die fördert die Belastungs-, Beanspruchungs-, Handlungs- und Lösungskompetenz sowie den sozialen Zusammenhalt (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 44).

Ebenso sinnvoll ist eine gesundgerechte Arbeitsgestaltung. Die Arbeitsorganisation müsste so gestaltet werden, dass die Mitarbeiter beispielsweise Einfluss auf die eigenen Arbeitsbedingungen nehmen können. Folgerichtig sind auch Handlungsspielräume innerhalb der Tätigkeit und Möglichkeiten zur kollegialen Unterstützung ein Merkmal gesunder Arbeitsorganisation. Die Arbeit sollte zudem im Gleichgewicht zwischen Anforderungen und Kompetenzen stehen. Sowohl Überforderung als auch Unterforderung

können zu psychischer Fehlbelastung führen (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 44- 45).

Ebenfalls unterstützt eine Arbeitszeitregelung, welche die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht, die Vermeidung von Stress. Einen wichtigen Beitrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung leistet auch die Aus- und Weiterbildung vom Personal, da erst beispielsweise dann erweiterte Handlungsspielräume genutzt werden können, wenn die Beschäftigten qualifiziert sind, diese zu nutzen (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 45).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass „[...] die Reduktion von arbeitsbedingten Erkrankungs- und Gefährdungsquellen mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung konzeptionell aufeinander abgestimmt werden“ (Spicker/Schopf (2007) S 45) müssen.

3.7. Praxisbeispiel: betriebliche Gesundheitsförderung anhand von Pflege- und Sozialdiensten

3.7.1. Gesundheit thematisieren

Das Ziel von Gesundheitsorganisationen sind immer Gesundheit und Wohlbefinden ihrer Klienten. Daran orientieren sich deren Aufgaben. Dennoch wird in

Gesundheitsorganisationen meistens nicht mehr Wert auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter gelegt wie in anderen Organisationen. Auch hier muss zunächst ein betriebliches Gesundheitsbewusstsein geschaffen werden.

Die Einführung wird hierbei erschwert durch die Gesundheitsaufgabe nach außen und die geringe Gesundheitsorientierung nach innen. Das Thema Gesundheit kann hier durch die Eingliederung von betrieblicher Gesundheitsförderung in Strukturen und Prozesse eingebracht werden. Durch interne Öffentlichkeitsarbeit kann man die Mitarbeiter darauf aufmerksam machen, dass betriebliche Gesundheitsförderung ein internes Ziel wird. Gleichzeitig sollte man die Führungskräfte auf dieses Thema hin sensibilisieren durch verschiedene Seminare oder einfache Trainings (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 59).

3.7.2. Mitarbeiter sensibilisieren

Mitarbeiter sind oft so sehr auf das Wohlergehen und die Gesundheit der Klienten geeicht, dass kaum auf die eigene Gesundheit geachtet wird. Häufig existiert zusätzlich das Bild des Einzelkämpfers und es bieten sich keine freien Zeiten um Belastungen zu thematisieren. Außerdem sind kaum Strukturen zur Entlastung wie Supervision vorhanden. Zudem wird das Ansprechen von Belastungen

als berufliche Schwäche angesehen und so steigt die prozentuale Wahrscheinlichkeit von beruflicher Überlastung (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 59-60).

Um die Mitarbeiter also sensibilisieren zu können, ist es zunächst wichtig das Bild des Einzelkämpfers aufzubrechen. Gleichzeitig müssen Gelegenheiten geschaffen werden, wo diese ihre Belastungen ansprechen können und es müssen Ressourcen sowie Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 59-60).

3.7.3. Pragmatisches Vorgehen und externe Unterstützungsmöglichkeiten

Damit betriebliche Gesundheitsförderung nachhaltigen Erfolg zeigt, muss eine pragmatische Vorgehensweise gewählt werden. Gleichzeitig schont dies Ressourcen wie Zeit und Geld und entlastet alle Beteiligten. Es hilft ebenfalls den roten Faden nicht zu verlieren. Zunächst müssen also die Erwartungen der Beteiligten geklärt, konkrete Ziele gesetzt und Schwerpunkte definiert werden (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 60-61).

Allerdings stehen nicht nur Pflege- und Sozialdienste unter einem besonders hohen wirtschaftlichen Druck. Sie haben nur einen kleinen finanziellen, personellen und zeitlichen Rahmen zur Durchführung von betrieblicher

Gesundheitsförderung. Daher müssen bevor externe Möglichkeiten in Betracht gezogen werden, vor allem die fachlichen und finanziellen Ressourcen geklärt werden. Außerdem muss sich über Fördermöglichkeiten informiert werden. In Deutschland kann man sich beispielsweise an die gesetzlichen Krankenkassen wenden (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 60-62).

3.7.4. Interne Öffentlichkeitsarbeit

Durch interne Öffentlichkeitsarbeit wird der Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung für alle Beteiligten nachvollziehbar und verständlich. Dadurch erhöhen sich Akzeptanz, Beteiligung und Verständnis. Dabei ist zu beachten je größer die Organisation desto planmäßiger muss die interne Öffentlichkeitsarbeit erfolgen (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 62-63).

Da viele Mitarbeiter in Pflege- und Sozialdiensten als Außendienstmitarbeiter tätig sind, muss besonders auf die Kommunikation geachtet werden. Jeder muss ausreichend über Maßnahmen und Erfolge der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgeklärt werden. Es müssen also mehr Teambesprechungen und Austauschmöglichkeiten stattfinden. Dafür muss wiederum mehr Zeit eingeplant werden. Sinnvoll wären für die interne Öffentlichkeitsarbeit je nach Größe des Unternehmens ein oder mehrere Verantwortliche oder Teamleiter. Zur Kommunikation

können außerdem Informationsaushänge gemacht und Infobroschüren ausgelegt werden. Ebenfalls von Nutzen ist die Nutzung von elektronischen Medien besonders von Intranet und Email, um alle Beteiligten auf dem Laufenden zu halten (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 62-63).

Als Bindeglied zwischen Mitarbeitern und Managementebene dienen vor allem die Teamleiter. Gleichzeitig sind diese auch wichtige Schlüsselfiguren bei der Umsetzungen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Häufig entscheidet ihr Engagement und Unterstützung wie dieser Prozess abläuft und auch wie vor allem Außendienstmitarbeiter für Projektaktivitäten erreicht und integriert werden können. Durch ihren hohen Belastungsfaktor sind Teamleiter aber auch eine wichtige Zielgruppe der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 64).

3.7.5. Partizipation

Unter Partizipation versteht man die Möglichkeit, dass Mitarbeiter ihren Erfahrungen und Einschätzungen einbringen können. Bei Pflege- und Sozialdiensten ist dies besonders für Außendienstmitarbeiter eine Methode sich in den Prozess einbringen zu können. Kommen sich Mitarbeiter oder andere Beteiligte an dem Prozess ausgeschlossen vor, verringert dies Motivation und

Bereitschaft dieser und kann sich theoretisch in jeder Phase negativ auswirken (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 63-64).

Möglichkeiten um Partizipation zu ermöglichen sind Befragungen, Gesundheitszirkel, Projekt- und Arbeitsgruppen und Gesundheitsangebote (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 63-64).

3.7.6. Verschiedenheit der Belegschaft nutzen

Zunächst müssen die verschiedenen Zielgruppen genau definiert werden. Daraus erschließen sich die unterschiedlichen Arbeitssituationen und damit auch die gesundheitlichen Belastungen. Gleichzeitig können unterschiedliche Sichtweisen von unterschiedlichen Menschen den ganzen Prozess optimieren (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 65).

Andererseits ist es wenig sinnvoll alle Verschiedenheiten gleichzeitig zu bearbeiten. Es müssen vor allem Prioritäten gesetzt werden und es muss Schritt für Schritt vorgegangen werden (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 65-66).

3.7.7. Netzwerke bilden

Der Hauptpunkt hierbei ist die Kontaktherstellung mit anderen Pflege- und Sozialdiensten, besonders mit jenen

die bereits Erfahrungen mit Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung gemacht haben. Es empfiehlt sich eventuell ein gemeinsames Netzwerk aufzubauen, um Erfahrungen auszutauschen aber auch Expertenwissen und für die gemeinsame Entwicklung von Maßnahmen und Methoden (vgl. Spicker/Schopf (2007) S 67).

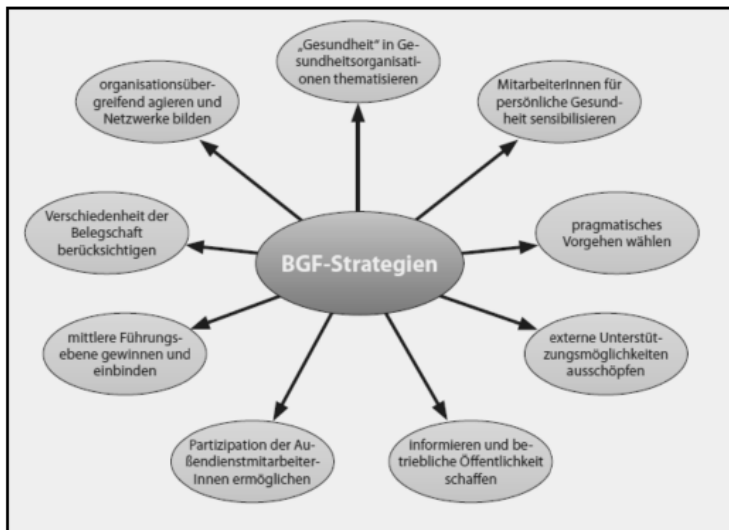


Abbildung 16: Betriebliche Gesundheitsförderung/ Strategien für Pflege- und Sozialdienste (Spicker/Schopf (2007) S 58)

4. Ressourcen als Präventionsmaßnahme

.Niemand kann den Belastungsfaktoren der Umwelt besonders die der Arbeitswelt entfliehen. Stattdessen gibt es Methoden diese Belastungen zu überstehen. Die eigenen Ressourcen des Menschen helfen diesem dabei. „Der Begriff der Ressourcen in der Arbeits- und Gesundheitspsychologie nach Richter & Hacker (1998) bezeichnet Mittel, die es erlauben, die eigenen Ziele anzustreben und unangenehme Einflüsse zu reduzieren“ (Nagel/Petermann (2012) S 31). Ressourcen dämpfen also die Wirkung von Stressoren, die unsere Gesundheit schädigen können. Sie bewirken, dass der Einzelne Belastungen als weniger stressvoll empfindet. Der Ressourcenansatz ist ein salutogenetischer Ansatz. Bei diesem geht es darum die Gesundheit zu fördern und nicht die Krankheit zu bekämpfen (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 32- 33).

4.1. Arten von Gesundheitsressourcen

Es gibt drei Arten von Gesundheitsressourcen (siehe Abbildung 16).

Zum ersten gibt es die Ressourcen, „[...]die durch Merkmale der Tätigkeit, des Arbeitsplatzes, der Ausführungsbedingungen, der Arbeitsumwelt und Organisation wirken“ (Nagel/Petermann (2012) S 32). Zum

zweiten entstehen Ressourcen auch durch soziale Unterstützung und dann gibt es noch die persönlichen Ressourcen, die durch persönliche Einstellung, persönliche Überzeugung, Selbstbild und der körperlichen und geistigen Fitness entstehen.

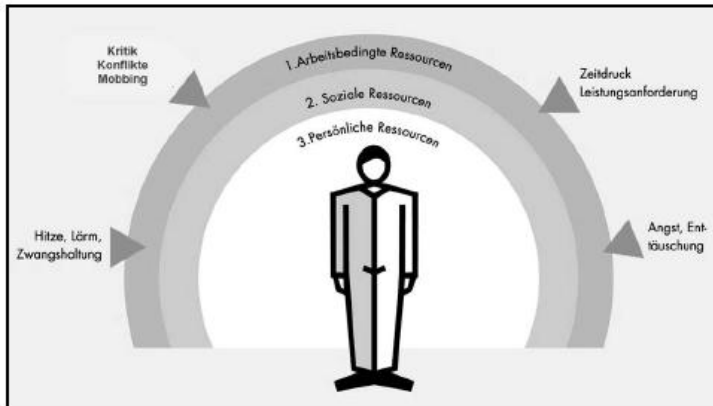


Abbildung 17: Ressourcenmodell (Nagel/Petermann (2012) S 31)

4.1.1. Arbeitsbezogene Gesundheitsressourcen

„Arbeitsbezogene Gesundheitsressourcen sind Ressourcen, die aus den verschiedensten Merkmalen der Arbeit eines Menschen hervorgehen und ihm helfen, Belastungen zu mindern oder ihre Bewältigung zu erleichtern“ (Nagel/Petermann (2012) S 33).

Dabei unterscheidet man mehrere Arten: Tätigkeitsbezogene Ressourcen, Organisationsbezogene Ressourcen, Arbeitsplatzbezogene Ressourcen,

Arbeitsumweltbedingungen und Ausführungsbedingungsbezogene Ressourcen (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 33).

Tätigkeitsbezogene Ressourcen bezieht der Einzelne aus seinen Möglichkeiten am Gesamtprozess mit zu wirken. Er verwirklicht sich durch seine Tätigkeiten selbst und erhält für das Erfüllen seiner Aufgaben Belohnung und Anerkennung. Organisationsbezogene Ressourcen entstehen aus der Planung von Abläufen und aus dem betrieblichen Aufbau sowie aus den Regelungen innerhalb des Betriebes. Arbeitsplatzbezogene Ressourcen ergeben sich beispielsweise aus den Lichtverhältnissen und der Ergonomie des Arbeitsplatzes. Gibt es außerdem ein gesundheitsförderndes Ambiente worin sich der Mitarbeiter wohlfühlt, dann können auch aus den Arbeitsumweltbedingungen Ressourcen gezogen werden. Im Bereich der Ausführungsbedingungsbezogenen Ressourcen zählen vor allem Bedienbarkeit und Qualität der Arbeitsmittel. Die Hilfsmittel müssen an die konkrete Arbeitsaufgabe angepasst sein (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 33).

4.1.2. Soziale Gesundheitsressourcen

„Soziale Gesundheitsressourcen sind Quellen für Gesundheit, die aus unserer Verfügung über

unterstützende soziale Netzwerke erwachsen. Durch unsere Beziehung zu und in diesen Netzen erhalten wir Unterstützung, die uns hilft, Belastungen abzubauen oder deren Bewältigung zu erleichtern“ (Nagel/Petermann (2012) S 36).

Ein soziales Netz zeichnet sich durch die Beziehungen zu den Menschen aus, die den Einzelnen umgeben. Durch das soziale Umfeld, also durch beispielsweise Familie Freunde, Arbeitskollegen, Vorgesetzt, erfährt er Liebe, Information, Anerkennung, Pflege oder Unterstützung (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 37).

Die Qualität und Unterstützung des sozialen Netzwerkes hängt von den Ressourcenaspekten ab. Sie bestimmen wie stark das soziale Netz ist.

Man kann diese Aspekte in zwei Untergruppen unterteilen: auf der einen Seite gibt es die prozess- und ablaufbezogenen sozialen Ressourcenaspekte und auf der anderen Seite die aufbau- und strukturbezogenen sozialen Ressourcenaspekte. In der folgenden Abbildung 14 sind einige ausgewählte Gesichtspunkte, die zu den jeweiligen Ressourcenaspekten gehören, dargestellt.

Prozess- und ablaufbezogene soziale Ressourcenaspekte	Aufbau- und Strukturbezogene soziale Ressourcenaspekte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Führung und Wertschätzung als Mensch ▪ Teamarbeit, Teamgeist, Kooperation und Wettbewerb ▪ Kommunikation und Netzwerke ▪ Einbindung/ Integration ▪ Solidarität und Hilfeleistung ▪ Anerkennung und Respekt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammensetzung, Vollständigkeit der Architektur ▪ Innere Strukturen für Führung, Kommunikation, Entscheidung ▪ Stabilität ▪ Leitlinien und Normen ▪ Regelungen und Abläufe ▪ Vernetzung mit anderen Kooperationspartnern

Abbildung 18: Ressourcenaspekte (Nagel/Petermann (2012) S 38-40)

Einerseits haben soziale Netze eine beschützende Wirkung. Sie dienen der Stressbewältigung und bieten sozialen Rückhalt. Dabei ist es völlig irrelevant ob diese Unterstützung tatsächlich erfolgt, viel mehr zählt das Gefühl in Stresssituationen mit dieser rechnen zu können (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 37).

Hier ein kleines Beispiel aus vielleicht der eigenen praktischen Erfahrung: *„Stellen Sie sich vor, Sie laufen im*

dunklen Wald mutterseelenallein und fürchten sich. Wie würde sich Ihr Gefühl wandeln, wenn ein zweiter Mensch mit Ihnen ist? In den meisten Fällen wird sich die Angst sofort auflösen, obwohl die objektive Gefahr die gleiche bleibt. Ähnliche Phänomene hat die Arbeitspsychologie beobachtet: Durch soziale Unterstützung wird die wahrgenommene Arbeitsleistung und Last gemindert, auch wenn sie noch gar nicht anders verteilt ist“ (Nagel/Petermann (2012) S 37).

Andererseits haben soziale Netze eine mobilisierende Wirkung auf den Einzelnen. Soziale Beziehungen sind Energiequellen und lassen den Einzelnen zur Hochform auflaufen, wenn sein Umfeld ihn bewundert. Um gemeinsame Werte, Überzeugungen und Ziele zu verwirklichen, werden mehr Entbehnungen und Kräfte aufgewendet als, wenn man als Einzelkämpfer arbeitet (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 37).

Ein weiteres Beispiel aus der Praxis verdeutlicht die mobilisierende Wirkung: *„Lehrreich war das Ereignis „Flut in Dresden 2002“. Viele Tausende arbeiteten Tag und Nacht, um Dresdner Kunstschätze vor den Fluten zu retten. Sie schaufelten Sand, sie schleppten Säcke, standen dabei stundenlang im Wasser. Ihre Motivation war nicht zu bremsen. Als die Flut bereits zurückgegangen war und keine Säcke mehr benötigt wurden, jedoch niemand davon Notiz nehmen wollte, griff ein Lastwagenfahrer zu einem spektakulären Mittel. Als der LKW mit Säcken voll*

beladen war, kippte er vor den Augen aller die Ladefläche nach oben und ließ die Säcke einfach zu Boden fallen. Er wollte sagen: Bitte versteht es endlich. Es werden keine Säcke mehr gebraucht! Obwohl es der 3. Oder 4. Einsatztag war, empfanden die Helfer keine Müdigkeit. Jeder war ergriffen und beseelt, bei diesem wichtigen gemeinschaftlichen Ereignis dabei zu sein, sich einzubringen, sich als wichtig wahrzunehmen, die Kraft des „Wir“ zu fühlen und Geborgenheit als Teil symbiotischen Ganzen zu spüren. Niemand jammerte, niemand fragte: Was bekomme ich für meinen Einsatz? Das sinngeladene selbstständige Handeln in der Gemeinschaft war es, was befriedigte [...]“ (Nagel/Petermann (2012) S 37).

Zusammenfassend ist also zu sagen, dass „[...] Psychische und somatische Belastungsfolgen durch den Puffer „soziale Unterstützung“ abgefangen, aufgelöst, abgeschwächt“ (Nagel/Petermann (2012) S 37) werden.

4.1.3. Persönliche Ressourcen

Bei hoher Belastung haben besonders die persönlichen Ressourcen einen hohen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Mitarbeiter, die über viele persönliche Ressourcen als Ausgleich verfügen, empfinden hohe Belastungen weniger stresshaft als Mitarbeiter, die über

nicht so viele persönliche Ressourcen verfügen (vgl. Kodalle (2001) S 58).

Zu persönlichen Ressourcen zählen beispielsweise Urvertrauen, Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, positive Selbstinstruktion, realistischer Optimismus, aktives Handeln, Akzeptanz und Selbststeuerung (siehe Abbildung 18).

Urvertrauen beispielsweise entwickelt sich schon in den ersten Lebensjahren. Sie ermöglicht die angstfreie Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt. Während viele anderen Ressourcen aufbaubar sind, gilt dies für Urvertrauen nicht. Arbeitet man mit Kollegen zusammen, die dieses Urvertrauen nicht entwickeln konnten, dann hilft es bei diesen emotionale Zuverlässigkeit, Gerechtigkeit und Güte zu zeigen (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 43).

Ebenfalls wichtig ist ein hohes Selbstwertgefühl oder auch Selbstvertrauen genannt. Dies hilft dabei Herausforderungen gut meistern zu können. Neigt der Einzelne jedoch zur Selbstüberschätzung, dann hat diese den gegenteiligen Effekt. Sie führt dann zu Enttäuschungen aufgrund von zu hoher Selbst- und Fremderwartung (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 43).

Positive Selbstinstruktion und realistischer Optimismus sind ebenfalls zwei wichtige persönliche Ressourcen. Während positive Selbstinstruktion die eigene positive Motivation ist, neigen Optimisten zum positiven Denken. Sie sehen in jeder Situation das Positive und konzentrieren

sich mehr auf die Lösungen als auf mögliche Behinderungen (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 43).

Unter aktivem Handeln versteht man beispielsweise das Verlassen der Opferrolle und die Übernahme von Verantwortung. Diese Entwicklung ist wichtig für die Ausbildung von Selbstkritik. Dies wird wiederum zur Verantwortung der eigenen Fehler und derjenige lernt daraus. Menschen in der Opferrolle dagegen handeln passiv. Sie verweigern alle Einsicht und suchen die Verantwortung ihrer Fehler bei anderen. Bei diesen Menschen besteht ein erhöhtes Risiko eine Depression zu entwickeln. Aber auch die Anpassungsfähigkeit gehört zur Ressource aktivem Handelns. Schon die Evolution hat bewiesen, dass sich die Anpassungsfähigsten durchsetzen. Vor allem die Offenheit für neue Kurse oder Arbeitstechniken helfen dem Einzelnen (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 43- 44).

Die persönliche Ressource Akzeptanz zeichnet sich vor allem durch den Realitätssinn aus. Es bedeutet beispielsweise eine Situation so zu erkennen wie sie auch in Wahrheit ist und sich nicht auf Illusionen einzulassen. Erkennt man die Realität zu spät und sind rettende Aktionen so überfällig, dann kann das wiederum zu neuen Belastungen führen (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 44- 45).

Zur Selbststeuerung gehören beispielsweise eine gesunde Lebensweise, Disziplinertheit sowie effektive

Lern- und Arbeitsmethodiken (vgl. Nagel/Petermann (2012) S 45-46).

4.1.4. Zusammenfassung als tabellarische Übersicht der Ressourcen

Ressourcen – Aspekte		
Arbeitsbezogene	Soziale	Persönliche
Arbeitstätigkeit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sinnerfüllung ▪ Freiheitsgrade ▪ Handlungsspielraum ▪ Entscheidungs-Spielraum ▪ Verantwortung ▪ Partizipationsmöglichkeit ▪ Aufgabenvielfalt ▪ Lernmöglichkeiten ▪ Entwicklungschancen ▪ Herausforderung ▪ Qualifikations-potenzial ▪ Aufgabenbezogene Information/ Kommunikation ▪ Feedback ▪ Erfolgsmöglichkeiten ▪ Planbarkeit 	Soziale Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Führung ▪ Teamarbeit/ Kooperation ▪ Kommunikation ▪ Netzwerken ▪ Solidarität/ Hilfe ▪ Einbindung ▪ Anerkennung/ Respekt ▪ Vertrauen ▪ Mitgefühl/ Liebe etc. Partner im Netzwerk <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kollegen, Vorgesetzte ▪ Familie, Freunde etc. ▪ Gesellschaft/ Politik Gütekriterien des Netzes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabilität ▪ Leitlinien ▪ Regeln und Abläufe ▪ Verquickung mit anderen Netzen etc. 	Positives denken <ul style="list-style-type: none"> ▪ Innere Überzeugungen ▪ Selbstvertrauen ▪ Überzeugung von eigener Wirksamkeit ▪ Erkennen eines Sinns ▪ Widerstandsfähigkeit ▪ Engagement ▪ Mut zum Risiko ▪ Selbststeuerung ▪ Urvertrauen ▪ Selbstwertgefühl ▪ Positive Selbstinstruktion ▪ Realistischer Optimismus Aktives Handeln <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivation ▪ Lösungsorientierung ▪ (Selbst-) Verantwortung ▪ Flexibilität, Anpassung ▪ Erholungsfähigkeit Akzeptanz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realitätssinn ▪ Gelassenheit, Loslassen ▪ Verzeihen, Güte Selbststeuerung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesunde Lebensweise ▪ Disziplin/ Planungsneigung ▪ Lern-/ Arbeitsmethodiken
Arbeitsbedingungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsmittel ▪ Qualität der Hilfssysteme (Wissensmanagement, Regelwerke) 		
Arbeitsplatz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergonomie, Licht etc. 		
Arbeitsumwelt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klima, Lärm, Gerüche etc. 		
Organisation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufbauorganisation 		

Abbildung 19: Übersicht über Ressourcen, die ein Schutzschild gegen Stress und seine Folgen bieten (Nagel/Petermann (2012) S 32)

5. Fazit

Meine Bachelorarbeit handelte von dem Thema Gesundheitsförderung für Erwerbstätige mit psychischen Belastungen,

Im ersten Teil dieser Arbeit bin ich zunächst der Klärung von dem Begriff Gesundheit nachgegangen. Dabei stellte ich fest, dass Gesundheit von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Dazu zählt auch die Erwerbstätigkeit von jedem Einzelnen. Dadurch wurde deutlich, dass Arbeit und Gesundheit sehr eng miteinander verknüpft sind. Daraufhin beschäftigte ich mich zunächst theoretischem mit psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Dabei stellte sich heraus, dass psychische Belastungen Umwelteinflüsse sind und durch Überbelastung oder auch Unterbelastung hervorgerufen werden. Gleichzeitig werden Sie unterschiedlich von jedem Einzelnen wahrgenommen und verarbeitet. Daraufhin nutzte ich eine Studie der IGA, um direkt zu erfahren, welche Umstände bei den Beschäftigten zu erhöhter psychischer Belastung führten. Dabei traten vor allem Faktoren wie Zeitdruck, schlechtes Führungsverhalten und Arbeitsplatzunsicherheit auf.

Daraufhin beschäftigte ich mich besonders mit den Folgen von diesen psychischen Belastungen also den psychischen Erkrankungen. Die häufigsten waren vor allem depressive Störungen und Angststörungen. Ich

stellte diese kurz dar und vermied aufgrund von Platzmangel eine ausführlichere Darstellung.

In den letzten beiden Teilen befasste ich mich sowohl mit Gesundheitsförderung als auch mit einer Präventionsmöglichkeit, die alle Menschen in sich tragen: den Ressourcen. Dabei stellte sich für mich persönlich heraus, dass der Prozess der Gesundheitsförderung wesentlich umfangreicher ist als gedacht und besonders von jedem Mitarbeiter selbst abhängig ist. Interessant waren für mich auch die Ressourcen eines jeden Menschen. Es ist überraschend wie viele Ressourcen jeder Mensch hat und woher wir diese beziehen.

Alle möglichen Situationen und Umstände helfen uns dabei wiederum Belastungssituationen und -faktoren zu überstehen, die ebenfalls aus Situationen und Umständen heraus entstehen. Dieser Prozess ist wie ein Kreislauf aufgebaut, der niemals endet wird. Betriebliche Gesundheitsförderung und unsere Ressourcen können uns lediglich dabei helfen Stressfaktoren zu reduzieren und abzumildern.

Literaturverzeichnis

BKK Bundesversand (Hrsg.) (2012):

Kein Stress mit dem Stress. Lösungen und Tipps für Führungskräfte und Unternehmen. Mit vielen Arbeitshilfen und Praxisbeispielen. Essen.

Bungart, J. (2007):

Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz und die Möglichkeiten von Unterstützungssystemen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben.

In: Zeitschrift Impulse 36/2005, S. 47-52

Dür W. & Pelikan J. (Hrsg) (1998):

Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung und Evaluation.

Wien: Facultas Universitätsverlag.

Ewles, L., Simnett, I. (2007):

Gesundheit fördern. Ein praktischer Leitfaden.

Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Hommel, H., Spranger, H. (2009):

Erster Projektbericht 2009 aus der Skizze „Gesundheit in Lebensentwurf, Lebensplanung und Lebensstil“ – ein Beitrag zur Regulativen Medizin.

Norderstedt: GRIN Verlag

Händler, K. (2008):

Qualitätssicherung und Evaluation in der betrieblichen Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung von Klein- und Mittelunternehmen. Wien.

Joiko, K., Schmauder, M., Wolff, G. (2010):

Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten. Dortmund-Dorfeld: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Kodalle, K.-M. (2001):

Arbeit und Lebenssinn. Eine aktuelle Herausforderung in historischer und systematischer Perspektive. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH.

Kratzer, N., Dunkel, W., Becker, K., Hinrichs, S. (Hrsg.) (2011):

Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement. Berlin.

Lohmann-Haislah, A. (2012):

Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund.

Lövelt, K. (2013):

Burnout. Die Entwicklung einer ausgebrannten Gesellschaft. Modediagnose oder ernstzunehmendes Problem?. Facultas-Verlag.

Nagel, U., Petermann, O. (2012):

Psychische Belastungen, Stress, Burnout?: So erkennen Sie frühzeitig Gefährdungen für Ihre Mitarbeiter und beugen Erkrankungen erfolgreich vor. Heidelberg: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.

Naidoo, J., Wills, J. (2003):

Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/ BZgA.

Paridon, H., Bindzius, F., Windemuth, D., Hanßen-Pannenhäusen, R., Boege, K., Schmidt, N., Bochmann, F. (2004):

Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit. Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten. Essen: BKK Bundesversand

Spicker, I., Schopf, A. (2007):

Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste. Springer-Verlag/Wien.

Pracht, H. (2008):

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) – Was ist das? GRIN Verlag.

Riechert, I. (2011):

Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche. Von der Prävention bis zur Wiedereingliederung. Hamburg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Onlinequellen

Junghanns G. (2005):

Die Normen zur Psychischen Belastung und deren praktische Bedeutung. (14. Dresdner Arbeitsschutz-Kolloquium „Neue Regelungen im Arbeitsschutz“) abgerufen am 24.06.2013 von <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/699376/publicationFile/46765/Dresdner-Kolloquium-2005-14.pdf>

Channel Partner (2006):

Statistik: Acht von zehn Existenzgründern arbeiten allein - Business-Tipps - Management & Karriere - ChannelPartner: abgerufen am 25.06.2013 von http://www.channelpartner.de/knowledgecenter/management_karriere/203228/index.html

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Chemnitz, 02.07.2013

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift