

Mobbing



Deister Weser Kliniken

Bad Münden im Weserbergland

Verhaltensmedizin · Psychosomatik

Inhalt

■ Einleitung	1
■ Häufigkeit von Mobbing	2
■ Dauer von Mobbing	3
■ Mobbingstrategien	4
■ Mobbingursachen	4
■ Mobbingphasen	6
■ Mobbingauswirkung	8
■ Stationäre medizinische Rehabilitation	9
■ Das Konzept	12
■ Die stationäre Behandlung	12
■ Der Behandlungsablauf	13
■ Weiteres Vorgehen	16
■ Die Nachsorge	17
■ Die Qualitätssicherung	17
■ Die Aufnahme modalitäten	17
■ Literaturverzeichnis	17



Dr. med. Dieter Pütz
Chefarzt Psychosomatik und Verhaltensmedizin
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
Naturheilverfahren, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin

Deister Weser Kliniken

Fachklinik für Verhaltensmedizin und Psychosomatik
Fachklinik für Onkologie
Lug ins Land 5
31848 Bad Münster
Telefon 05042/600-212
Telefax 05042/600-600
E-Mail muehler@dwk.mediclin.de
www.mediclin.de

© MediClin AG
Stand: August 2004
Z/Öffentlichkeitsarbeit, Offenburg
Text: Dr. med. Dieter Pütz, Deister Weser Kliniken, Bad Münster
Satz und Litho: DIVA, Weisweil

Der Psychosomatiker und Sozialmediziner kommt im Rahmen seiner Tätigkeit vermehrt mit Patienten in Kontakt, die psychische Belastung am Arbeitsplatz beschreiben. Hier sind vorrangig Ängste zu nennen.

Ängste am oder um den Arbeitsplatz:

- Die Befürchtung, wachsenden Anforderungen durch zusätzliche Qualifikation, die Einbeziehung neuer Technologien, nicht gewachsen zu sein.
- Unter Stressbelastung, Flexibilisierung, Rationalisierung zu leiden und davon betroffen zu sein.

In diesem Zusammenhang ist Mobbing zu einem Thema geworden.

Vor dem Hintergrund populär-wissenschaftlicher Veröffentlichungen von Heinz Leymann wird Mobbing seit Anfang der 90er Jahre in der deutschsprachigen Öffentlichkeit diskutiert. Zwischenzeitlich wurde der Begriff auch in den Duden aufgenommen.

Davon Betroffene sehen sich am Arbeitsplatz als Opfer von Machenschaft der anderen. Sie fühlen sich Schikane hilflos ausgeliefert. Sie sehen in dieser Art der Behandlung die Gründe für die im Zusammenhang mit der Arbeit auftretenden Beschwerden bzw. Krankheitssymptome.

Viele dieser Beschwerden sind häufig Anlass für eine psychotherapeutische Behandlung.

Der Begriff selber leitet sich von dem englischen Verb „to mob“ ab: „herfallen über, sich stürzen auf, anpöbeln“ und beschreibt einen Prozess, Mitarbeiter zu schikanieren.

Zapf legt eine eher enge Definition über Mobbing vor, wenn er sagt:

„Mobbing beinhaltet, dass jemand am Arbeitsplatz von Kollegen, Vorgesetzten oder Untergebenen schikaniert, belästigt, drangsaliert, beleidigt, ausgegrenzt oder beispielsweise mit kränkenden Arbeitsaufgaben bedacht wird und der oder die Mobbingbetroffene unterlegen ist. Wenn man etwas als Mobbing bezeichnen möchte, dann muss dies häufig und wiederholt auftreten (mindestens ein Mal pro Woche) und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken (mindestens 6 Monate). Es handelt sich nicht um Mobbing bei einmaligen Vorfällen. Es handelt sich auch nicht um Mobbing, wenn zwei etwa gleich starke Parteien in Konflikt geraten (Zapf 1999).“

Zapf legt Wert darauf, dass seine Definition eine mehr oder weniger aktive Rolle des Opfers nicht ausschließt. Er sieht Mobbing als eine extreme Form sozialer Stressoren an. Das ist auch das Konzept der meisten Forschergruppen.

Obwohl erst wenige Untersuchungen vorliegen, die sich ausschließlich mit Mobbing am Arbeitsplatz beschäftigen, ist beim Mobbing vom Teil eines stresstheoretischen Konzeptes auszugehen.

Häufigkeit von Mobbing

Die Studien zur Häufigkeit von Mobbing schwanken stark in ihren Befunden. Dafür sind unterschiedliche Erhebungsstrategien und Selektionseffekte verantwortlich zu machen. So werden z.B. eigene Aussagen der Opfer herangezogen, zu denen Zapf allerdings bemerkt: „Insgesamt gibt es doch nur wenig Anlass anzunehmen, dass sich jemand ohne Grund als Mobbingopfer bezeichnet, und es ist eher zu erwarten, dass man seinen Opferstatus vertuscht.“

Daneben finden sich ausgewählte Stichproben, die natürlich für allgemeine Rückschlüsse auf das Vorkommen in der Bevölkerung nicht hinreichend sind.

Ähnliche Erhebungsmethoden führen allerdings auch zu ähnlichen Ergebnissen. In den umfangreichen Studien von Einarsen und Skogstad in Norwegen gaben 1,2% der Befragten an, mindestens wöchentlich gemobbt zu werden. Leymann berichtet von einem Mobbinggrad von 3,5%.

Beide Untersuchungen beruhen auf beachtlichen Stichprobengrößen (N = 7.787 bzw. 2.438). Eine vor nicht all zu langer Zeit in Deutschland durchgeführte Studie kommt zu einer Mobbinghäufigkeit von 2,9% (N = 1.995).

Eine Prävalenzrate von Mobbing gemäß der oben angegebenen Definition zwischen 1,2% und 3,5% dürfte für Deutschland realistisch sein. D.h., wenn diese Zahlen zutreffen, wäre in einem 1000-Mann-Betrieb zu einem gegebenen Zeitpunkt von 12 bis 35 Mobbingopfern auszugehen.

Geschlechtsverteilung

Die meisten Studien zeigen ein deutliches Übergewicht an Frauen.

Dies kann mehrere Gründe haben. Möglicherweise sind Frauen eher bereit gesundheitliche Probleme zuzugeben und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es kann aber auch sein, dass Frauen deshalb stärker vom Mobbing betroffen sind, weil sie in Branchen arbeiten, die anfälliger für Mobbing sind.

Es zeigt sich, dass etwa 2/3 der Personen, die als Mobbingopfer befragt wurden, Frauen waren. Die meisten Autoren sind sich einig, dass Mobbing kein frauenspezifisches Phänomen ist.

Häufigkeit in unterschiedlichen Branchen

Untersuchungen in Deutschland zeigen relativ große Unterschiede in der Häufigkeit von Mobbing innerhalb einzelner Branchen.

In Untersuchungen von Zapf sind Mobbingbetroffene im Gesundheits- und Sozialbereich im Verhältnis von 7:1 überrepräsentiert. D.h., während in diesem Bereich laut statistischem Jahrbuch 2,5% der Beschäftigten arbeiten, stammen in zwei Stichproben von Mobbingbetroffenen 16% bzw. 22% aus diesem Bereich.

Mobbingbetroffene aus dem Erziehungsbereich (3:1), in der öffentlichen Verwaltung (3,5:1) und dem Kreditgewerbe (etwa 3:1) sind deutlich überrepräsentiert. In den Bereichen Verkehr und Handel, Gaststättengewerbe, im Baugewerbe, Energie/Wasser sowie in der Landwirtschaft sind Mobbingbetroffene hingegen unterrepräsentiert. Ähnliche Befunde werden auch von Einarsen und Skogstad und Leymann berichtet.

Für die erstaunlich hohen Werte der Untersuchungen im Gesundheits- und Sozialbereich können viele Hypothesen zur Erklärung herangezogen werden.

Bei kleinsten Familienbetrieben, wie sie häufig in der Landwirtschaft, dem Gaststätten- und im Baugewerbe vorkommen, kann angenommen werden, dass Mobbing dort seltener vorkommt oder aber auch nie zugegeben würde. Auch wegen der in diesen Bereichen häufig existierenden kurzfristigen Beschäftigungsverhältnisse dürfte es weniger zu langwierigen Mobbingprozessen kommen, da man bei ungünstigen Bedingungen das Beschäftigungsverhältnis eher wieder aufgibt.

Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im öffentlichen Dienst jedoch stellt sich die Situation genau umgekehrt dar: Bei einem Arbeitsplatzwechsel müssten die Privilegien und Sicherheiten des öffentlichen Dienstes aufgegeben werden. Die beruflichen Kenntnisse lassen sich möglicherweise in der Privatwirtschaft nicht gleichwertig einsetzen.

Übereinstimmend zeigt sich, dass Mobbing zum Großteil ein Problem der Angestellten, Beamten und Führungskräfte ist. Weniger ein Problem von Arbeitern im Produktionsbereich.

Dauer von Mobbing

Die Dauer des Prozesses ist ein wichtiges Unterscheidungskriterium zwischen alltäglichen Reibereien und Mobbing.

In den skandinavischen Studien wird von einer durchschnittlichen Dauer von 18 Monaten, bei Leymann von 15 Monaten berichtet.

In so genannten Mobbingopferstichproben – hier finden sich in der Regel schwerere Mobbingfälle als in repräsentativen Querschnittstudien – liegen die Mittelwerte für die Dauer zwischen drei und vier Jahren.

Diese Zahlen belegen noch einmal, dass Mobbing keine kurze, vorübergehende Episode, sondern vielmehr einen jahrelangen zermürbenden Prozess darstellt.

Mobbingstrategien

Auch hier hat Zapf nachweisen können, dass in den verschiedenen Studien, unabhängig ob theoriegeleitet, intuitiv oder empirisch gestützt, übereinstimmend folgende Mobbingstrategien gefunden wurden:

- Mobbing über organisatorische Maßnahmen, die schwerpunktmäßig die Arbeitsaufgaben und den Entzug von Entscheidungskompetenzen betreffen.
- Soziale Isolierung:
Es wird nicht mehr mit der betroffenen Person gesprochen. Kollegen lassen sich von ihr nicht mehr ansprechen. Sie wird gemieden, ausgegrenzt.
- Angriffe auf die Person und ihre Privatsphäre, indem man sie lächerlich macht, Witze über sie und ihr Privatleben reißt.
- Verbale Aggression in Form von Drohungen, Anschreien, Kritisieren oder Demütigungen vor versammelter Mannschaft.
- Androhung oder Ausübung körperlicher Gewalt.
- Einsatz von Gerüchten.

Dieser Einsatz von Gerüchten ist in deutschsprachigen Studien Mobbingstrategie Nummer 1 unter dem Stichwort „Gerüchteküche.“

Mobbingursachen

Zur Klärung der Ursache von Mobbing liegen zur Zeit praktisch noch keine methodisch strengen empirischen Studien vor. Die Hinweise verdichten sich aber, dass mögliche Ursachen in den Faktoren Organisation, Gruppe, Mobbingtäter und Mobbingopfer gesucht werden können.

- Mobbingbetroffene arbeiten unter schlechteren Arbeitsbedingungen.
- Sie haben mehr Belastung am Arbeitsplatz, weniger Handlungsspielraum und weniger soziale Unterstützung.

Die schlechteren Arbeitsbedingungen können aber auch Folge des Mobblings sein.

Mobbe ich jemanden, informiere ich ihn nicht mehr, führt das zu Arbeitsproblemen. Das gilt natürlich nicht für alle Fälle. Darauf weist ja auch die ungleiche Verteilung von Mobbing in den unterschiedlichen Branchen hin. Gründe, die in der Organisation liegen, müssen eine Rolle spielen.

Außerdem gibt es verschiedene Hinweise auf die Bedeutung des sozialen Systems.

- In mehreren Studien wird Neid als eine wichtige Ursache für Mobbing genannt. In der Untersuchung von Vartia sogar in etwa 63% der Fälle.
- Selbstaussagen belegen, dass Wettbewerb um die Gunst des Vorgesetzten bzw. der Versuch, anders sein zu wollen als die anderen, weitere wichtige Gründe für Mobbing sind.
- Auch an Außenseiter-Sündenbock-Phänomene ist hier zu denken.

So lässt sich nachweisen, dass Personen, die sich von ihren Arbeitskollegen unterscheiden, stärker mobbinggefährdet sind. In Übereinstimmung damit waren in einer Untersuchung von Leymann mehr als fünf Mal so viele Behinderte wie nicht Behinderte vom Mobbing betroffen. In einer Untersuchung von Zapf und Bühler unterschieden sich Mobbingbetroffene stärker von ihren Arbeitskollegen als eine Vergleichsgruppe.

Untersuchungen aus dem Schulbereich legen nahe, dass es durchaus bestimmte Opfercharakteristiken gibt, die die Wahrscheinlichkeit, zum Mobbingopfer zu werden, erhöhen.

Sie werden als ängstlich und unsicher, vorsichtig, sensibel und ruhig beschrieben. Es gibt Hinweise darauf, dass Neurotizismus und ein geringes Selbstwertgefühl mit Mobbing zusammenhängen. Zapf und Bühler fanden geringe soziale Kompetenz, aber auch erhöhte Leistungsbereitschaft und Gewissenhaftigkeit bei den Mobbingbetroffenen.

Den Selbstaussagen der Opfer zufolge gehört die Person des Täters zu den Hauptursachen von Mobbing. Empirisch gesichert ist dabei, dass die Täter überdurchschnittlich häufig Männer in Vorgesetztenpositionen sind. Von ihnen kann angenommen werden, dass sie aufgrund der betrieblichen Machtposition häufig von Mobbing profitieren.

In den britischen Untersuchungen dominiert sogar die Anschauung, dass der Täter und dessen Charakteristik eine wesentliche Rolle beim Mobbing spielen. Hier wird vielfach davon ausgegangen, dass der Täter ein Vorgesetzter ist, der seine Mitarbeiter schikaniert. Inkompetenz, Feindseligkeit und Konkurrenz werden dabei als Ursachen angegeben.

Es muss aber angemerkt werden, dass es sich äußerst schwierig gestaltet, Daten direkt von den Tätern zu erhalten.

Letztendlich spricht vieles dafür, dass alle angesprochenen Ursachen eine Rolle spielen.

Entscheidend ist vor allem, dass nicht alle Mobbingfälle über einen Kamm geschert werden können, da einmal die eine und einmal die andere Ursache überwiegt. Insofern ist kein klares Ursachewirkungsprinzip auszumachen, sodass Zapf zusammenfassend feststellt:

- Auf Seiten der Täter findet er mikropolitisch bedingtes Mobbing. Er meint damit, dass ein oder mehrere Täter aufgrund eines mehr oder weniger nachvollziehbaren rationalen Kalküls mobben und fasst dieses unter den Begriff „inoffizielle Personalarbeit.“ („Wer so arbeitet, den werden wir schon los werden. Wenn die Firma das nicht schafft, schaffen wir es.“)
- Des Weiteren sieht er Mobbing aus persönlichen Gründen. Hier geht es um Gefühle der Minderwertigkeit, der Bedrohung des eigenen Status. Mobbing wird hier als Strategie zur Selbstwertstabilisierung angesehen. Es scheint vieles dafür zu sprechen, dass es in der Konstellation mit nicht souveränen Führungskräften und leistungsstarken Mitarbeitern ein erhöhtes Mobbingrisiko gibt.
- Als weiterer Bereich wird so genanntes nicht bewusstes Mobbing beschrieben. Hier geht es z.B. darum, dass Ärger so lange ertragen wird, bis es zu irgendeinem Zeitpunkt dazu kommt, dass Überreaktionen auftreten.

Ursachen beim Opfer

Die Sichtweise des Opfers wird sehr kontrovers gesehen.

Während Leymann die Ursachen nicht beim Mobbingopfer sieht, gibt es dennoch klare Hinweise darauf, dass z.B. ein geringes Selbstwertgefühl oder mangelnde soziale Kompetenz bzw. Selbstunsicherheit des Opfers mit dazu beitragen, dass es überhaupt in die Opferrolle gerät.

Mit Hinweis auf Zapf und Bühler folgert Zapf: „Andererseits bringen Mobbingopfer nicht selten ein übertriebenes Selbstbewusstsein und eine moralische Überlegenheit zum Ausdruck. Sie stellen sich damit ungewollt ins Abseits. Leistungsbereitschaft kann zur Schau gestellt werden, oder von den anderen zumindest so empfunden werden. Gewissenhaftigkeit kann auch Rigidität, Unnachgiebigkeit und das Beharren auf den eigenen Vorstellungen beinhalten.“

Hier wird vermutlich auch das Phänomen zu sehen sein, dass nicht wenige Mobbingopfer unter keinen Umständen klein begeben wollen. Sie führen zum Teil einen jahrelangen Kampf gegen die Ungerechtigkeiten, die ihnen widerfahren sind.

Mobbingphasen

Der typische Verlauf gliedert sich in folgende Phasen:

- Es beginnt damit, dass ein Konflikt entsteht, der in der nächsten Phase durch „Psychoterror“ fortgesetzt wird, und dann durch arbeitsrechtliche Maßnahmen abgelöst wird.
- Es kommt zu ärztlichen und/oder psychologischen Fehldiagnosen, die die Situation verschlimmern und endet damit, dass das Arbeitsverhältnis zwangsweise beendet wird.

Fasst man das Gesagte und die bisherigen Untersuchungen zusammen, zeigt sich ein sehr heterogenes Bild hinsichtlich Definition, Verbreitung, Ursachen und Hintergründe des Mobbingkonzeptes.

Zapf kommt aufgrund seiner Untersuchung der wichtigsten Literatur zu den folgenden Risikofaktoren:

1. Die subjektive Einschätzung des Opfers, dass die Chancen, einen akzeptablen alternativen Arbeitsplatz zu finden, gering sind. Wobei diese subjektive Einschätzung auf objektiven Gegebenheiten beruhen kann und in der Regel auch beruht.
2. Eine Arbeitstätigkeit in den Bereichen öffentliche Verwaltung, Gesundheit und Soziales, Erziehung und Unterricht.
3. Ein schlechtes Betriebsklima mit insbesondere wenig gegenseitiger sozialer Unterstützung.
4. Eine Arbeitsgruppe, in der es oft zu Frustrationen und Neid kommt und die deshalb dazu neigt, sich einen Sündenbock zu suchen.
5. Stressfaktoren wie Unsicherheit bei der Arbeit und arbeitsorganisatorische Probleme.
6. Eine wenig unterstützende Führung mit insbesondere schlechtem Informationsfluss.
7. Eine Situation, in der Entscheidungsträger in einer Firma glauben, personalbezogene Entscheidungen, vor allem Entlassungen, nur über Mobbing realisieren zu können.
8. Eine ungünstige Vorgesetzten-/Untergebenenkonstellation in der Form, dass sich ein Vorgesetzter von einem Mitarbeiter leistungsmäßig bedroht fühlt.
9. Die Tendenz von Personen, sich in sozialen Situationen unsicher zu verhalten, aufkommende Konflikte zu spät wahrzunehmen und solche Konflikte eher zu vermeiden.
10. Hohe Leistungsorientierung und/oder Gewissenhaftigkeit/Rigidität mit der Tendenz, durch das eigene Verhalten das Verhalten von Kollegen und Vorgesetzten direkt oder indirekt in Frage zu stellen bzw. (berechtigte) Kritik so zu äußern, dass sie von Kollegen und Vorgesetzten nicht akzeptiert, sondern als persönlicher Angriff verstanden wird.



Betriebliche Stellung der Mobber

Vergleicht man die Häufigkeit der Beteiligung von Vorgesetzten, Kollegen und Untergebenen beim Mobbing, dann zeigt sich, dass mit Ausnahme der Studie von Leymann in allen europäischen Untersuchungen stets in über 50% aller Fälle, im deutschsprachigen Raum sogar in über 70%, Vorgesetzte am Mobbing beteiligt sind.

Daraus ist zu schließen, dass das Vorgesetztenverhalten insgesamt für das Mobbinggeschehen von zentraler Bedeutung zu sein scheint.

Mobbing durch Untergebene, vor allem ausschließlich durch Untergebene, kommt hingegen insgesamt seltener vor. Das hängt auch damit zusammen, dass ihnen unter anderem die formalen und rechtlichen Möglichkeiten gegenüber den Vorgesetzten fehlen.

Mobbingauswirkung

Alle empirischen Studien zu Mobbing zeigen einhellig, dass die Betroffenen ungewöhnlich hohe Befindensbeeinträchtigungen aufweisen.

Es finden sich folgende Symptome bzw. Beschwerden: Angespanntheit, Nervosität, Kopfschmerzen, Schlafschwierigkeiten, depressive Verstimmungen, obsessives Verhalten, Angststörungen etc.

Am häufigsten wurden psychosomatische Beschwerden, depressive Verstimmungen sowie Angststörungen untersucht. Überdurchschnittlich häufig kommt es zu ständiger Angespanntheit und Schlafproblemen. Weiterhin werden Konzentrationsprobleme und gehäuftes Auftreten von Fehlern berichtet.

Umstritten ist derzeit, ob Mobbing zu einem posttraumatischen Stresssyndrom (PTSD) führen kann. Das hängt davon ab, ob man die sich meist über eine längere Zeit erstreckenden Mobbinghandlungen als eine Traumasituation auffassen kann.

Ein Kennzeichen ist, dass dem Opfer das traumatische Ereignis immer und immer wieder durch den Kopf geht und es kaum einen anderen vernünftigen Gedanken fassen kann.

Mit einem PTSD-Symptom gehen depressive Verstimmungen und obsessives Verhalten einher. Letzteres heißt, dass die Betroffenen sich unaufhörlich mit ihrem Fall beschäftigen und einen Drang verspüren, jedem davon zu erzählen.

Nun finden wir unter den Mobbingopfern aber auch viele Menschen mit eher zwanghafter Persönlichkeitsstruktur! Und es ist vor einem inflationären Gebrauch des Begriffes PTSD zu warnen.

Leymann beschreibt das Erkrankungsbild in Abhängigkeit von der Dauer der Mobbinghandlung. Er berichtet von Unwohlsein kurz nach Mobbingbeginn, über eine posttraumatische Belastungsstörung nach ca. sechs Monaten, bis hin zu chronischen Verläufen mit gegebenenfalls der ICD-Diagnose „andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung.“

Auch in anderen Untersuchungen zeigte sich eine Verbindung zwischen der erlebten Häufigkeit von Mobbinghandlungen und der Stärke psychischer Befindensbeeinträchtigungen.

Da die Handlungsmöglichkeiten beim Mobbing sehr eingeschränkt sind, werden potenzielle Helfer mit ihrer eigenen Hilflosigkeit konfrontiert.

Wenn nun die eigene Mobbingssituation immer wieder zwanghaft erzählt wird, führt das auch bei Angehörigen im Laufe der Zeit zur Ablehnung.

Das „Genervtsein“ der Zuhörer und die eben damit einhergehende Hilflosigkeit, nichts ändern zu können, kann für den Mobbingbetroffenen dazu führen, dass sich seine Depressivität noch verstärkt. Das geschieht über den Verlust positiver Verstärker und erlernter Hilflosigkeit. Insgesamt wird dadurch die Belastungssituation verschärft. Wir wissen, dass soziale Unterstützung sich in vielen Untersuchungen als Puffer gegen Stress erwiesen hat.

Therapeutische Ansätze im Rahmen einer stationären medizinischen Rehabilitation

Die zunehmende Anzahl von Patienten mit Mobbingproblemen erfordert ein angemessenes Behandlungsangebot. Dabei gehen wir davon aus, dass Hauptbestandteil der Mobbingbehandlung in der Klinik die Kombination von verhaltenstherapeutisch fundierter Einzel- und Gruppentherapie mit ausgesuchten Bausteinen zur Symptomatik und zur Arbeitsplatzproblematik darstellen sollte.

Gemeinsam mit dem Bezugstherapeuten wird eine individuelle Verhaltens- und Bedingungsanalyse sowie eine konkrete Zielplanung erstellt.

Im weiteren Verlauf erfolgt die Einbindung in die unterschiedlichen Gruppen eines stationären Behandlungsangebotes, das Ergotherapie, themenzentrierte Angebote, Entspannungsverfahren, Sportangebote und Soziotherapie beinhaltet.

Der Vorteil eines eigenen therapeutischen Angebots für Mobbing deckt sich mit den Vorteilen jedes indikationsbezogenen Therapieangebotes.

Die Patienten fühlen sich in ihrer als besonders wahrgenommenen Problematik ernst genommen und verstanden. Sie haben die Möglichkeit, im Rahmen dieser Behandlung ihre besondere Situation der Arbeitsplatzstörung oder des Mobblings verstehen zu können, indem sie ein individuelles Modell ihrer Situation mit den Krankheitsfolgen kennen lernen.

Vor allem sind uns folgende Aspekte wichtig:

- Geklärt werden soll die Frage „Was ist mit mir in dieser Firma, mit diesen Arbeitskollegen, diesem Vorgesetzten passiert?“
- Die Organisation bzw. das Unternehmen/die Firma.
- Es wird versucht, die Sicht der Mobber zu analysieren und zu verstehen.
- Die eigenen Anteile der Mobbingopfer werden unter die Lupe genommen.

Der nächste Schritt erfordert dann Veränderungskompetenz oder Bewältigungsverhalten zu erlernen.

Daraus folgt die Antwort auf die Frage, „Was kann ich nach dem Aufenthalt ganz konkret und in welcher Reihenfolge unternehmen, um eine Verbesserung meiner Situation zu erreichen?“.

Dieses Vorgehen hilft sicherlich denjenigen, die dadurch krank geworden sind oder zu erkranken drohen und bisher keine Möglichkeit hatten, zu verstehen, was da mit ihnen geschieht.

Es hilft aber auch all denen, die unter Anspannungen am Arbeitsplatz leiden, denen die Arbeit keinen Spaß mehr macht, die sich z.B. aufgrund mangelnder Leistungsbereitschaft ein Alibi für weitere Bequemlichkeiten verschaffen wollen. Hier vermittelt der Begriff Mobbing, dass nur der andere bzw. die Arbeitsplatzsituation für die Beschwerden oder das Unwohlsein verantwortlich sind und nicht auch die eigene Person – was so nicht stimmt.

Diese Gemobbten verlangen stets nach Verhältnisprävention – erst muss der Vorgesetzte weg, dann kann ich wieder arbeiten – und lehnen Verhaltensprävention – was hat das denn auch mit meinem Verhalten zu tun – ab. Sie sehen in ihrer eigenen subjektiven Wahrnehmung häufig andere Personen oder Strukturen als die alleinigen Verursacher ihrer Probleme. Sie nehmen sich als Opfer wahr und können zunächst nur schwer eigene Anteile erkennen.

Es ist notwendig, eine ausgewogene Analyse vorzunehmen. Danach werden auf dem Hintergrund der Konfliktsituation am Arbeitsplatz die verhaltenstherapeutischen Aspekte der Kognition, der Emotion, der Verhaltensebene und der körperlichen Reaktion beim Patienten beleuchtet.

Es werden die „Teufelskreise“ im Rahmen der Problematik analysiert. Gemeinsam mit dem Patienten wird ein funktionales Modell erarbeitet, das transparent und plausibel erscheint. Dies kann eine veränderte Sichtweise sein oder auf der Verhaltensebene können neue Konfliktlösestrategien im Sinne einer aktiven Klärung erarbeitet werden.

Es kann aber auch nach intensiver Auseinandersetzung mit der Mobbingproblematik der Entschluss zu kündigen reifen, um neue Wege in Angriff zu nehmen.

Wesentliche Bausteine sind hier:

- Bewältigung von Ärger
- Stressbewältigung
- Aufbau von Copingstrategien
- Aufbau von Selbstsicherheit
- kognitive Restrukturierung
- Einübung von Kommunikationsverhalten
- Emotionsinduzierende Techniken

Im Rahmen der Bearbeitung können die verhaltenstherapeutischen Aspekte auch bei den so genannten Mobbern analysiert werden. Das erhöht das eigene Verständnis und kann das funktionale Bedingungsmodell sinnvoll erweitern.

Es ist wiederum wichtig, sich klar zu machen, dass es immer nur individuell gestrickte beispielhafte Lösungsansätze geben kann. Die gemobbten Patienten unterscheiden sich eben in vielfältiger Hinsicht.

- So lernt eine Gruppe von ihnen sich gegen die Mobbingattacken durch aktive Problemlösung zu wehren. Mit der Hoffnung, etwas innerhalb des Betriebes ändern zu können, treten sie die Arbeit wieder an. Sie sind auch zuversichtlich, eine Änderung herbeizuführen.
- Eine andere Gruppe hat eher die Neigung, das Arbeitsverhältnis zu kündigen. Hier finden wir oft ältere Arbeitnehmer, die für die Betriebe zu teuer sind. Sie erleben Arbeitsplatzveränderungen bzw. erhalten mehr oder weniger offen die Botschaft, dass sie in der bisherigen Form nicht mehr erwünscht sind. Solche Patienten retten sich über längere Arbeitsunfähigkeitszeiten in die vorübergehende Arbeitslosigkeit. Sie hoffen, früher oder später berentet zu werden. Hier können Hilfen darin bestehen, einen „geordneten Rückzug“ anzutreten.
- Wieder andere Mobbingopfer sind durch die Erfahrung charakterisiert, dass sie „am Arbeitsplatz keinen Blumentopf mehr gewinnen können“. Sie lernen, sich ein dickeres Fell zuzulegen. Damit schützen sie sich vor den Angriffen von Kollegen und Vorgesetzten. Sie versuchen, eine gewisse Zeit die Arbeit in der Firma durchzuhalten, um sich existenziell abzusichern bzw. sich eine neue Stelle zu suchen. Die Vorstellung, für eine überschaubare kurze Zeit zur Existenzsicherung die aktuell schwierige Situation auszuhalten, kann dem Patienten einen neuen, anderen Sinn für diese Zeit geben. Er kann lernen, sich zu schützen und so diese Zeit zu überstehen.

Wichtig ist, dass die Patienten durch das Verstehen ihrer Situation, durch das Erarbeiten einer Perspektive und durch neu gelernte Bewältigungsschritte ihr Selbstwertgefühl steigern bzw. wieder finden.

Besondere Probleme im Umgang mit Mobbingpatienten

Menschen, die unter Mobbing am Arbeitsplatz leiden, stellen für die Therapeuten eine besondere Herausforderung dar.

Sie haben mit dem Begriff Mobbing auch eine Möglichkeit gefunden, die subjektive Folge von Konflikten oder Schikanen am Arbeitsplatz in Form von Beschwerden und Symptomen zu etikettieren und damit auch besser auszudrücken.

Eine ausgewogene Analyse stellt eine therapeutische Möglichkeit dar, den Patienten daran zu hindern, alle Dinge auf andere zu attribuieren.

Aufkommender Widerstand zementiert diese Sichtweise und kann dazu führen, dass ich alles nur noch auf mich beziehe. Daraus resultiert wiederum die Gefahr, dass ich als Versager bestätigt bin und mich hilflos fühle.

Um die Patienten zu einer angemessenen Auseinandersetzung zu motivieren, ist eine hohe Flexibilität des Therapeuten erforderlich.

Wichtig für den Erfolg der Therapie ist aber nicht zuletzt auch das Modellverhalten der Therapeuten. Wichtig ist auch das Klima im Team und in der Klinik.

Gerade diese Dinge stehen in besonderer Weise im Blickpunkt der Mobbingopfer und beeinflussen in hohem Maße auch die Glaubwürdigkeit des therapeutischen Vorgehens.



Das Konzept

Unser therapeutisches Konzept orientiert sich an der Verhaltensmedizin, die wirksam, wissenschaftlich begründet und wirtschaftlich ist.

Wir wenden Erkenntnisse und Tatsachen an, die Untersuchungen und Forschung über das menschliche Verhalten gewonnen haben. Dabei ist es uns wichtig, Lösungen für die aktuell bestehenden Probleme zu finden und nicht Krankheitssymptome aufgrund lange zurückliegender Kindheitsereignisse zu rekonstruieren.

Die stationäre Behandlung

Als Nachteil einer stationären Behandlung kann gelten, dass die Patienten während dieser Zeit aus ihrem sozialen Umfeld genommen werden. Sie können auch ihrer Arbeit nicht nachgehen.

Wenn sich die Patienten jedoch erst einmal auf die Behandlung eingelassen haben, gibt es kein besseres Lernfeld, als eine verhaltensmedizinische psychosomatische Fachklinik.

Dabei sind die Kombinationen verschiedener Behandlungsangebote (Gruppentherapie, Ergo-, Sport- und soziotherapeutische Maßnahmen, Musiktherapie, Körperarbeit etc.) ebenso hilfreich wie die Tatsache, dass Mitpatienten mit ähnlichen Krankheitsbildern als Modell zur Verfügung stehen.

So ist oftmals die Herausnahme des Erkrankten aus seinem sozialen Umfeld unabdingbare Voraussetzung für eine Besserung.

Der häufig gehörte Einwand, eine solche Herausnahme sei ja nur für kurze Zeit möglich, danach kehre der Patient in sein unverändertes soziales Umfeld zurück, lässt sich entkräften.

Durch die stationäre Behandlung hat sich der Patient verändert. Er verfügt über andere und bessere Verhaltensmöglichkeiten, und wenn er dann während der stationären Behandlung bereits Gelegenheit hatte, im Rahmen einer therapeutischen Belastungserprobung die neuen Bewältigungsstrategien in seinem ursprünglichen sozialen Umfeld zu üben, so trägt dies zu einem guten Transfer in den Alltag bei.

Damit dieser Transfer erhalten bleibt, ist eine enge Kooperation mit den Nachbehandlern von Seiten der Klinik unabdingbar.

Der Behandlungsablauf

Da viele Patienten hier erstmalig mit dem Kontext einer psychosomatischen Fachklinik in Berührung kommen, werden sie in den ersten Tagen von einem Patenpatienten betreut. Ein Mitpatient, der schon länger in der Klinik ist, übernimmt diese Aufgabe.

Außerdem nehmen alle neu angereisten Patienten an einer Einführungsveranstaltung teil, die Informationen über unser Behandlungskonzept und die Vorstellung von der aktiven Mitarbeit jedes Einzelnen vermittelt. So werden Ängste vor der Behandlung abgebaut und erste wichtige Kontakte zu Mitpatienten und Therapeuten geknüpft.

Am Tag der Aufnahme wird der Patient durch den behandelnden Bezugstherapeuten (ärztlicher oder psychologischer Verhaltenstherapeut) aufgenommen. Der Bezugstherapeut ist Ansprechpartner für die gesamte Dauer der stationären Behandlung für alle Belange des Patienten.

Ärztliche Untersuchung und erstes therapeutisches Gespräch sind Bestandteile des Aufnahmetages. Daraus ergeben sich ein psychiatrischer/körperlicher Befund, eine Arbeitsdiagnose wird formuliert und diagnostisch-medizinische Maßnahmen (z.B. EKG, EEG, Labor etc.) werden geplant.

In der folgenden ersten Therapiesitzung geht es darum, die Therapieziele zu ermitteln und festzulegen. Gemeinsam mit dem Patienten plant der Bezugstherapeut die einzelnen Therapieschritte, die dann in den verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien aber auch in der Einzeltherapie sowie unterstützenden therapeutischen Maßnahmen umgesetzt werden.

Wir halten folgende Gruppentherapien vor:

- Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung
- Gruppe zur Verbesserung der sozialen Kompetenz
- Verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Problemlösegruppe
- Entspannungstraining nach Jacobson
- Indikationsbezogene, störungsspezifische, verhaltenstherapeutische Gruppen

Angebote aus der Sporttherapie (mit Schwimmbad und Turnhalle), der Ergotherapie, der physikalischen Therapie und der Soziotherapie komplettieren das Behandlungsprogramm.

Dabei ist gerade die Soziotherapie von besonderer Bedeutung. Sie steht für soziale Beratung der Patienten und bei der Planung der externen Belastungserprobung zur Verfügung. Auch bei der Entlassung des Patienten nach Hause und der damit notwendigen Nachsorge ist sie ein wesentlicher Bestandteil.

Das Spezialprogramm

Nach der ausführlichen Anamnese und der eingehenden körperlichen Diagnostik werden die Patienten mit chronischen Konflikten am Arbeitsplatz mit ihrem subjektiven Krankheitsmodell konfrontiert:

- Welche Vermutungen hat der Patient über die Ursachen der Gesundheitsstörungen?
- Wie „objektiv und realistisch“ sind diese Vermutungen?
- Welche Schlussfolgerungen zieht der Patient selber aus seinem Krankheitsmodell (z.B. Änderungsversuche, Aufgabe von Lösungsversuchen und Resignation, Delegation der Verantwortung an andere)?
- Welche Schlussfolgerungen und Therapieversuche hat das soziale Umfeld des Patienten bisher unternommen?
- Welche Maßnahmen führten bislang (eventuell kurzfristig) zur Verbesserung?
- Welche Maßnahmen hatten keinerlei Einfluss auf die Beschwerden?
- Welche führten sogar zu Verschlechterungen?
- Auf welche Maßnahmen hat sich der Patient bisher nicht eingelassen? Weshalb?
- Welche Maßnahmen sieht der Therapeut, um das bestehende Krankheitsmodell des Patienten konstruktiv zu nutzen oder zum Positiven zu ändern?

Diese subjektiven Krankheitsüberzeugungen sind für die weitere Behandlung des Patienten äußerst wichtig, da sie erklären, weshalb er bestimmte Schritte unternimmt bzw. unterlässt.

Alle Patienten nehmen an einer Informationsgruppe teil, deren zentrale therapeutische Aufgabe es ist,

- sie über die Grenzen einer passiven Therapie zu informieren und aufzuklären
- sie zur Übernahme von Selbstverantwortung für den Behandlungserfolg zu ermutigen
- ihnen Kompetenzen zur Selbstkontrolle zu vermitteln.

Dazu gehören Informationen über den heutigen Kenntnisstand bezüglich der Entstehung ihrer Gesundheitsstörung, Therapiemöglichkeiten, Nachsorge, Einfluss von Sport, Ernährung und Entspannungsverfahren.

Die konkrete Vorgehensweise jeder interaktionellen Gruppensitzung ist ein Problemlösesatz.

Dabei stellt die Bearbeitung der Problematik eines Patienten mit Hilfe der Gruppe den Hauptbestandteil dar.

Elemente der Ärger-/Stressbewältigung, Selbstsicherheitsübungen, kognitive Übungen, Einüben von Kommunikationsverhalten über Rollenspiel, Körperwahrnehmung, rational emotive Therapie etc. werden von Fall zu Fall eingesetzt.

Als wesentliches Merkmal der Gruppe sind neben Gruppenregeln auch transparente, für den Einzelnen nachvollziehbare Ziele zu verstehen.

Ein Klima gegenseitigen Vertrauens und weitgehender Angsfreiheit

Konkret sieht das wie folgt aus:

Edukativ werden den Patienten grundlegende Informationen zu der Problematik Mobbing einschließlich einer möglichen Definition angeboten. Es geht um die Vermittlung eines allgemeinen Konflikt- bzw. Stressmodells, ergänzt durch ein auf die Mobbingproblematik abgezieltes „Teufelskreismodell“.

Ein anderer Schwerpunkt ist die Analyse und Bearbeitung des so genannten Fremdanteils. Hier werden die organisatorischen oder strukturellen Probleme der Organisation, des Unternehmens oder der Firma, in der der Patient arbeitet, herausgearbeitet. Das trägt zu einem besseren Verständnis der Problematik bei. Daneben wird auch die Situation des Mobbers zu analysieren versucht.

Der Patient schildert zunächst aus seiner Sicht die schikanoösen Verhaltensweisen des so genannten Mobbers. Dem folgt eine vertiefende Betrachtungsweise, indem die Motive, Ansichten und Probleme des Mobbers zu untersucht werden. Dabei handelt es sich um eine Art Rollentausch. Die Motive, Absichten und gegebenenfalls Probleme des Mobbers werden dem Patienten deutlich gemacht.

Ein weiterer Baustein ist das Herausarbeiten der Eigenanteile. Es sollte verdeutlicht werden, dass Kränkungen, Enttäuschungen, fehlende Problemlösestrategien oder die Tatsache, nicht „Nein“ sagen zu können, hier führend sind.

Bevor als letzter Baustein dann Veränderungsmotivation aufgebaut wird, durch die der Patient erfahren sollte: „Was ist meine spezielle Sichtweise? Was will ich eigentlich für die Zukunft und welche Strategien ergeben sich hinsichtlich einer Lösung?“

Anhand des Konfliktmodells werden die Patienten dann gebeten, ihre spezielle Situation unter den genannten Gesichtspunkten zu schildern oder zu reflektieren. Dabei fällt es ihnen zunächst leicht, die externen Anteile der Organisation, die mit Hilfe von Organigrammen erarbeitet werden, oder auch die Anteile der Mobber zu erkennen.

Im weiteren Verlauf wird der Fokus auf die Eigenanteile gelegt. Die Botschaft ist, dass eine Veränderung der Situation nur durch Veränderung beim Patienten erfolgen kann.

Weiteres Vorgehen

Die psychologische Diagnostik, die erst dann möglich ist, wenn der Patient sich mit seinem Krankheitsverständnis angenommen fühlt, trägt zur Klärung der häufig bestehenden psychosomatischen Gesundheitsstörungen bei. Es befinden sich eben häufig depressive, selbstunsichere oder ängstliche Patienten in der Gruppe der Patienten, die mit Mobbing leben müssen.

Die entsprechenden Störungsbilder werden dann in themenzentrierten Gruppentherapien und im Rahmen der Einzelgespräche behandelt. Hier sind insbesondere Verfahren zur Angstbewältigung, Selbstsicherheitstraining, Entspannung (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Entspannungsgymnastik) und Strategien zur Verminderung depressiven Verhaltens (kognitive Umstrukturierung, Aktivitätstagebücher, positive Verstärker) zu nennen.

Maßnahmen der balneophysikalischen Abteilung und Sporttherapien ergänzen dieses Behandlungsprogramm im Sinne einer Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit. Gleichzeitig folgen tagesstrukturierende Maßnahmen, um über positive Aktivitäten dem Patienten einen Einblick in die vorhandene Leistungsfähigkeit zu geben.

Im Rahmen der Soziotherapie finden Informationsvermittlung und Hilfestellung im Zusammenhang mit Fragen der Schwerbehinderung, Arbeitsplatzsicherung, Wiedereingliederungshilfen etc. statt.

Komplementäre Angebote aus dem Bereich der Naturheilverfahren ergänzen das Behandlungsprogramm.

Die Nachsorge

Unsere Patienten nehmen einen **Projektvertrag** und einen **Reha-Plan** für die Zeit nach der stationären Behandlung mit. Da, wo es erforderlich ist, halten wir sie an, bereits während des stationären Aufenthaltes verbindliche Termine mit den **Nachbehandlern** zu vereinbaren. Wir sorgen dafür, dass unser **Entlassungsbericht** innerhalb von sieben Tagen vorliegt. Die Möglichkeit einer **Intervallbehandlung** besteht.

Die Qualitätssicherung

Der Qualitätssicherung dienen die Weiterbildung der qualifizierten Mitarbeiter, die Basisdokumentation, der Entlassungsfragebogen, die Beurteilung des Therapieerfolges durch Patienten und Therapeuten sowie die Nachbefragung der behandelten Patienten.

Die Aufnahmemodalitäten

Leistungs- und Kostenträger der stationären Behandlung sind die Rentenversicherungsträger gemäß § 15 SGB VI, Krankenkassen nach § 40 Abs. 2 SGB V und Privatversicherungen.

Die Deister Weser Kliniken sind eine so genannte „gemischte Krankenanstalt“ i.S.d. § 4 Abs. 5 der Musterbedingungen der Privaten Krankenversicherungen, in denen keine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung durchgeführt werden.

Die Zuweisung erfolgt auf Veranlassung bzw. Genehmigung der Rentenversicherungsträger bzw. der jeweils zuständigen Krankenkasse aufgrund einer Antragstellung durch den Patienten oder auf Initiative des behandelnden Arztes.

Mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen besteht ein Versorgungsvertrag gemäß § 111 SGB V.

Die Kliniken sind zur Durchführung von Anschlussheilbehandlungen (AHB) der Indikationsgruppe 10 b, e, f, k zugelassen.

Aufnahmemöglichkeit besteht grundsätzlich an jedem Werktag, sobald uns eine schriftliche Kostenzusage vorliegt.

In Einzelfällen ist ein Vorgespräch erforderlich.

Literaturverzeichnis

Einarsen & Skogstad (1966):
Prevalence and risk groups of bullying and harrassment at work
European Journal of Work and Organizational Psychology, 5, 185–202

Leymann, H. (1993):
Mobbing – Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann
Reinbeck: Rowohlt

Leymann, H. (1996):
The content and development of mobbing at work
European Journal of Work and Organizational Psychology, 5, 165–184

Zapf & BÜHLER (1998):
Exclusion an stigmatization at work
J.W. Goethe-University Frankfurt: Department of Psychology

Zapf, D. (1999a):
Mobbing in Organisationen
Ein Überblick zum Stand der Forschung
Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 43, 1–25

Die Präsenz der MediClin

