

Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen

Anspruch und Wirklichkeit

Rolf Haubl

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz resultieren nicht nur aus der primären Aufgabe, sondern auch aus den formellen und informellen Beziehungen, in welche die Aufgabe eingebettet ist. Formelle Arbeitsbeziehungen regeln, wer wem auf wessen Anweisung wie zuarbeitet. Dagegen sind Arbeitnehmer in informellen Arbeitsbeziehungen über Sympathie und Antipathie verbunden. Beide Regelungen können konvergieren, aber auch zu Konflikten führen.

Der Einfachheit halber sei aus der Perspektive eines Arbeitnehmers zwischen Vorgesetzten und Kollegen unterschieden. Zusammen bilden sie ein Netzwerk betrieblicher Integration. Sind die Beziehungen »gut«, so darf angenommen werden, dass sich die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz verringern. Dagegen werden sie durch »schlechte« Beziehungen vermehrt.

Wann Beziehungen gut oder schlecht sind, ist dabei freilich immer auch eine Frage des Selbstverständnisses: So mag ein Arbeitnehmer einen Kollegen schätzen, weil der ihn kommentarlos machen lässt, was er will, während es ein anderer Arbeitnehmer in der gleichen Situation gut findet, von seinem Kollegen frühzeitig vor drohenden Fehlern gewarnt zu werden.

Vorgesetzte und Kollegen können drei Arten von sozialer Unterstützung bieten: kognitive, emotionale und praktische. Welche dieser Hilfen ein Arbeitnehmer benötigt, hängt von seiner konkreten Situation am Arbeitsplatz ab. Er kann sie einfordern, aber auch ablehnen, wenn sie ihm angeboten werden. Idealerweise bekommt er, was er braucht. Aber Vorgesetzte und Kollegen können seinen Bedarf auch falsch einschätzen und ihm deshalb eine Hilfe anbieten, die nicht hilft. Es kann sogar sein, dass der Arbeitnehmer selbst nicht genau weiß, was er benötigt, um seine Situation zu verbessern.

1. Vorgesetzte

Vorgesetzte bestimmen maßgeblich mit, wie groß die psychische Belastung eines Arbeitnehmers ist, indem sie ein Matching zwischen Arbeitsanforderungen und Arbeitsfähigkeit – bei vorausgesetzter Arbeitsbereitschaft – anstreben.

Eine solche Passung muss immer wieder neu überprüft und eingerichtet werden. Ernsthaft betrieben, ist sie gesundheitsrelevant. So weisen Arbeitnehmer, die sich von ihren Vorgesetzten hinreichend sozial unterstützt fühlen, ein geringeres arbeitsbezogenes Burn-out-Risiko auf als diejenigen, denen es an einer solchen Unterstützung mangelt (vgl. Hollmann 2010).

Allerdings wissen Vorgesetzte häufig nicht, wie sie Einfluss auf die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter nehmen können (vgl. Schulte/Bamberg 2002), spielen gelegentlich sogar herunter, dass sie überhaupt über einen solchen Einfluss verfügen. Oft realisieren sie zu wenig, dass ihnen eine Vorbildfunktion zukommt, ob sie wollen oder nicht: Wie sie mit sich selbst und insbesondere mit ihren eigenen psychischen Belastungen (vgl. Kuhnke-Wagner/Heidenreich/Brauchle 2011) umgehen, setzt praktische Standards.

2. Kollegen

Kollegialität ist eine Form praktischer Solidarität, die Konkurrenz nicht ausschließt, aber ruinöse Konkurrenz verhindert. Wenn sich Arbeitnehmer als Kollegen verstehen, dürfen sie von der begründeten Erwartung ausgehen, bei Bedarf die Hilfen und den Schutz, formell wie informell, zu erhalten, die sie benötigen – allerdings nur dann und so lange, wie zu erwarten steht, dass sie in vergleichbaren Situationen bereit sind, ebenso zu handeln.

Von ihrer Gruppendynamik her ist Kollegialität ein arbeitsethisch basierter Gruppendruck, der deviantes Arbeitshandeln erschwert oder es korrigiert. Sie ermöglicht aber auch, Widerstand gegen Vorgesetzte zu mobilisieren, die unzumutbare Forderungen stellen oder sonst wie ihre Macht missbrauchen (vgl. Haubl 2005).

Empirisch betrachtet (Eurofound 2010) hat der Prozentsatz derjenigen Arbeitnehmer, die von regelmäßiger kollegialer Hilfe bei der Arbeit berichten, von 65 Prozent im Jahre 2005 auf 71 Prozent im Jahre 2010 zuge-

nommen. Im selben Zeitraum sind Hilfestellungen durch Vorgesetzte von 58 auf 47 Prozent gesunken.

Kollegialität hat ihre Grenzen: Untereinander darauf zu achten, dass niemand psychisch überfordert wird und sich dadurch psychisch überlastet, ist mehr, als erwartet werden darf.

Frau A

Frau A hat im Abstand von einem Jahrzehnt zwei Gesundheitskrisen erlebt, die sie von sich aus als Burn-out bezeichnet. Die erste Krise, die sich als Erschöpfung mit einer Vielzahl von unspezifischen psychosomatischen Symptomen manifestiert, hat sie ohne professionelle Hilfe durchgestanden. Die zweite Krise, die sie in die Klinik führt, zeigt dasselbe Störungsbild, weshalb sie sich dieses Mal an ihre Hausärztin wendet, die ihren Zustand aber wohl nicht ernst genug nimmt, sodass Frau A erneut allein zurechtkommen muss, was ihr aber nicht gelingt. Erst als eine gute Freundin ihr nachdrücklich rät, sich um professionelle Hilfe zu kümmern, sucht sie eine Psychotherapeutin auf, die sie für eine kurze Zeit ambulant behandelt. Von ihr lässt sie sich überzeugen, einem Klinikaufenthalt zuzustimmen.

Dass es Frau A so schwerfällt, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, schreibt sie selbst einem Verhaltensmuster zu, das sie von sich gut kennt. Sie erlebt sich als eine Person, der es vor allem daran gelegen ist, die völlige Kontrolle über sich und ihr Leben zu haben. Und die dementsprechend Angst hat, die Kontrolle zu verlieren. Deshalb, betont Frau A, Sorge sie – beruflich wie privat – stets dafür, dass andere nicht wirklich realisieren, wie schlecht es ihr geht. Selbst ihrer Hausärztin macht sie etwas vor.

Es hat den Anschein, als versuche sie, ihre Schwäche nicht nur vor anderen, sondern auch vor sich selbst zu verbergen. So geht sie immer wieder krank zur Arbeit, obwohl sie sich sicher ist, dass weder ihre Vorgesetzten noch ihre Kolleginnen dies von ihr erwarten! Mehr noch: Frau A ist sich sicher, dass sie auf volles Verständnis treffen würde, da sie das Betriebsklima in ihrer Abteilung, in der sie seit Langem arbeitet, als sehr gut erlebt.

Da sie krank zur Arbeit geht, kommt es zu Fehlern. Merken es die Kolleginnen, bügeln sie diese Fehler stillschweigend aus. Eine offene Aussprache darüber findet aber offenbar nicht statt, da Frau A den Eindruck erweckt, keinesfalls auf ihre Überlastung angesprochen werden zu wollen. Das lässt ein leistungszentriertes Selbstbild vermuten, das sie dazu zwingt, sich als grenzenlos belastbar darzustellen. Krank zu sein bedeutet für sie, die Kon-

trolle zu verlieren. Und da sie sich ihre Kontrollillusion erhalten will, darf sie sich nicht eingestehen, krank und deshalb leistungsgemindert zu sein, was aber ihre Überlastung steigert, womit sie in einen Teufelskreis gerät.

»Ich hatte mehr das Gefühl, ich sei in einer Art Hamsterrad, und wenn ich das jetzt zulasse, dass ich aufhöre zu rennen in diesem Rad, bricht alles ein. [...] weil, umso mehr Ruhe ich mir gönnt hab, umso schlimmer wurde auch der körperliche, ähm, Schmerz, sag ich mal, den man dann auf einmal wahrnimmt. [...] Für mich war das wie eine Art, ähm, Versagen, wenn ich das zugebe, dass ich gesundheitlich nicht mehr kann.«

Wenn ihre Kolleginnen Frau A zwar ansprechen, es aber bei deren Erklärung, es gehe ihr gut, belassen, machen sie ein Dilemma deutlich. Stillschweigend die Fehler auszubügeln ist einerseits Ausdruck ihrer Kollegialität, zugleich halten sie damit aber – ungewollt – einen untragbaren Zustand aufrecht.

»Auch meine beiden Zimmerkolleginnen haben [meine Überlastung] dann irgendwann schon gemerkt. Und haben mich auch angesprochen. Und selbst da wollte ich es immer noch nicht zugeben und auch nicht gerne hören und hab gesagt: ›Okay, macht euch keine Gedanken‹.«

Kollegialität ist noch keine Freundschaft, folglich gibt es vergleichsweise enge Grenzen für persönliches Engagement. Und so verwundert es nicht, wenn es erst eine »gute Freundin« von Frau A wagt, die Situation offen anzusprechen.

Im Unterschied zu manchen Kolleginnen, die ihren Vorgesetzten gegenüber ihre grenzwertige Belastung herausstellen, habe sie, sagt Frau A, das nie getan. Heute wisse sie, »dass es scheinbar ab und zu doch angebracht sein kann, das zu äußern, damit, ähm, der andere zumindest ungefähr 'nen Wind davon kriegt, ähm, wie grad die Lage ist«.

Wer soziale Unterstützung am Arbeitsplatz benötigt, muss sich seinen Bedarf eingestehen, darum bitten und sie schließlich auch annehmen. Wie der Fall von Frau A belegt, ist dies nicht selbstverständlich. Ein überhöhtes Ideal-Selbst kann verhindern, sich rechtzeitig Hilfe zu holen.

»Den Druck mach ich mir auch zum großen Teil selbst, weil meine eigenen Anforderungen, mh, immer sehr hoch sind und ich es dann nicht so erfüllen kann, wie ich es gerne hätte.«

Nachdem sie dem Rat ihrer Freundin gefolgt ist und sich in die Klinik begeben hat, kann Frau A mit ihrer Erschöpfung offener umgehen: Ihre Vorgesetzten und ihre Kolleginnen sind über ihren Klinikaufenthalt informiert, zeigen Verständnis für ihre Situation und bieten ihr an, sie auf dem Laufenden zu halten. So richten sie einen kontinuierlichen E-Mail-Kontakt und auch Besuche ein, an denen sich sogar einer ihrer Chefs beteiligt.

Der Arbeitgeber will sie halten, und auch Frau A selbst lässt keinen Zweifel daran, dass sie beabsichtigt, an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Wenn sie sich eine Veränderung vornimmt, dann eine Reduzierung der überwertigen Bedeutung, die das Unternehmen für ihr Leben hat:

»Weil, die Firma war zumindest so eine Konstante in meinem Leben, die ich auch immer hoch priorisiert habe. Also die Firma kam quasi direkt nach meinem Ehemann, und erst dann kam ich. Und da hab ich mich immer sehr ins Zeug gelegt, dass zumindest die Firma funktioniert.«

Ob und wie weit es ihr gelingt, ihren guten Vorsatz umzusetzen, bleibt abzuwarten. Denn sie verweist darauf, dass in der Unternehmenskultur, die in ihrer Branche herrscht, viele Arbeitnehmer unterwegs sind, die freiwillig an die Grenze ihrer Belastbarkeit gehen:

»Die Leute treffen dann eben auch ihre eigene Entscheidung und sagen: ›Du kannst mir jetzt fünfmal sagen, ich soll jetzt 'ne Pause machen, ich entscheide es, mein Job, meine Arbeit, ich bleibe jetzt sitzen.«

Frau K

Frau K arbeitet in einem Baumarkt, in dem seit Jahren ein Personalabbau stattfindet. Zum einen sind es generell weniger Mitarbeiter, zum anderen werden Fachkräfte zunehmend durch Aushilfskräfte ersetzt. Diese haben eine sehr viel geringere kollegiale Bindung, was sich dadurch bemerkbar macht, dass sie sich bei jeder passenden Gelegenheit der Verantwortung zu entziehen suchen. Dadurch entsteht für Frau K und andere Fachkräfte eine Mehrarbeit, wozu auch gehört, sich mit Kunden auseinandersetzen zu müssen, die verärgert sind, weil sie keine oder nur unzureichende Beratung erhalten. Bei den wenigsten Vorgesetzten findet sie für die daraus resultierende Überforderung die soziale Unterstützung, die sie benötigt. So berichtet sie von einem Vorgesetzten, mit dem sie an einem früheren,

aber strukturgleichen Arbeitsplatz konfrontiert war, der keinerlei Pausen zuließ.

»Er war sehr grenzüberschreitend, also [er ist] mit bis in den Aufenthaltsraum [gefolgt]. Hat immer geguckt, wenn wir nicht im Laden waren, wo wir sind. Hat die Zeit gestoppt, wie lange wir auf der Toilette waren, ja, so. Hat auch immer hinter einem gestanden, also wenn man irgendwas gemacht hat, so mit ein bisschen Distanz hat er da immer beobachtet, wie man es macht und wie schnell oder wie genau.«

Aber unabhängig von einem solchen Vorgesetzten ist es die steigende Kundenzahl pro Mitarbeiter, die ausreicht, um überfordert zu sein:

»Also da war ziemlich viel Kundenandrang, kein Personal wie überall. Und ich hab's gespürt, das wird mir zu viel, aber ich hab viel zu spät wieder reagiert. Man denkt ja immer, man muss weitermachen, es wird schon wieder, ja. [...] zu spät um Hilfe gebeten [...] man hätte ja vielleicht sagen können: »Hier, das ist mit einer Person nicht zu schaffen.««

Vorgesetzte frühzeitig zu informieren und soziale Unterstützung einzuklagen, fällt ihr nicht leicht. Da ist zum einen die Angst vor Kündigung: »Wer es nicht schafft, kann gehen«. Zum anderen ist es die Erwartung an die eigene Leistungsfähigkeit, die enttäuscht wird und beschämt: »Warum schaffst du das nicht, und warum klappt das nicht?«

Schlägt die Beschämung in Wut um – »Bei mir ist auch viel Wut, ja« –, dann kann es sein, dass sie sich nunmehr für ihre Wut schämt. Denn sie hat keinen Ort, an dem sie diese äußern könnte. Auf die Frage, wo sie mit ihrer Wut hingehet, antwortet sie resigniert: »in meinen Körper«. Folglich wendet sie ihre Aggressionen gegen die eigene Person.

Die Kollegenschaft erlebt sie nicht als Hilfe. Zwar gebe es Mitarbeiter, die »robuster« seien und auch mal Widerstand leisten würden, – »die lassen sich nichts sagen, die geben gleich Widerworte, die – ja, die treten auch mal mit dem Fuß auf«, die meisten verhielten sich aber genauso eingeschüchtert wie sie selbst: »Aja, weil jeder seinen Job braucht, weil jeder sein Geld braucht, ja.« Und kommt es zu einem Wutausbruch, dann – nimmt man Frau K beim Wort – in einer kindlichen Form. Wer mit dem Fuß auftritt, ist ohnmächtig und verletzt eher sich selbst als den, der die Macht hat.

3. Die Realität sozialer Unterstützung

Das Bild, das unsere Interviewpartner von sozialer Unterstützung entwerfen, ist zwiespältig. So schildern sie Kollegen und Vorgesetzte, die ihre zunehmende psychische Belastung gar nicht wahrnehmen, dann diejenigen, die sie zwar wahrnehmen, aber nicht ernst nehmen oder sogar aus eigenen Interessen heraus schönreden, schließlich diejenigen, die bereit sind, Unterstützung zu bieten, aber nicht wissen, wie sie das bewerkstelligen sollen, ohne die Betroffenen zu kränken.

Fasst man die Aussagen in den Interviews zusammen, so haben sich die meisten Interviewpartner in der Zeit, bevor es zu ihrem Zusammenbruch gekommen ist, zwar soziale Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten gewünscht, aber oftmals Schwierigkeiten gehabt, eine solche Unterstützung auch erfolgreich einzufordern. Damit einher geht eine Unsicherheit, wo denn in den Organisationen der geeignete Ort ist, das Thema der psychischen Überlastung anzusprechen. Relevante Akteure, wie Betriebsärzte und Betriebsräte, tauchen in unseren Interviews – auch auf Nachfrage – nur am Rande auf.

Die meisten unserer Interviewpartner behandeln ihre psychische Überlastung am Arbeitsplatz zunächst als ein individuelles Problem zu geringer psychischer Belastbarkeit. Die Überlastung auf überfordernde Arbeitsbedingungen zurückzuführen, thematisieren sie oft erst dann, wenn sie darauf angesprochen werden. Dementsprechend kommt es in den Fällen einer anstehenden Wiedereingliederung auch so gut wie nicht vor, dass die betroffenen Arbeitnehmer vorhaben, über weniger belastende Arbeitsbedingungen zu verhandeln. Eher beabsichtigen sie, den Arbeitgeber zu wechseln, was ein Hinweis darauf sein mag, dass sie eine solche Verhandlung als beschämend erleben, gepaart mit der antizipierten Enttäuschung, damit sowieso keinen Erfolg zu haben.

4. Familiarisierung

Sind die Beziehungen eines Arbeitnehmers zu seinen Kollegen und Vorgesetzten als Ressourcen sozialer Unterstützung zu betrachten, so bestehen sie nicht losgelöst von deren privaten Beziehungen, vor allem in der Familie. »Gute« familiäre Beziehungen können »schlechte« Arbeitsbeziehungen

entschärfen – und umgekehrt. Besonders gefährdet sind Personen, die über keine Kompensationsmöglichkeiten verfügen. Bedrohlich wird es, wenn sich psychische Belastungen aufgrund unbewältigter Beziehungskonflikte in beiden Lebensbereichen wechselseitig verstärken.

Frühe Beziehungserfahrungen eines Menschen schlagen sich in Beziehungsmustern nieder, die dann die kommenden Beziehungen vorstrukturieren. Die Psychoanalyse nennt diesen Vorgang Übertragung (Herold/Weiß 2014). Übertragungen sind konservativ, das heißt: Sie tendieren – gegen die bekundeten Intentionen – dazu, neue Beziehungen so zu gestalten, wie es die vorhergehenden waren. Dadurch werden aber die aktuellen Beziehungen mehr oder weniger stark verkannt.

So kann es am Arbeitsplatz zu einer Familiarisierung (Erdheim 1992) kommen. Wo sie besteht, werden Arbeitsbeziehungen nach dem Vorbild familiärer Beziehungen erlebt und gestaltet. Dadurch können rätselhafte Konflikte auftreten, die man erst versteht, wenn bewusst wird, dass zum Beispiel ein Arbeitnehmer deshalb immer wieder einen Streit mit seinem Vorgesetzten vom Zaun bricht, weil er sich unbewusst an ihm für die Unterwerfung zu rächen versucht, die er durch seinen Vater erlitten hat.

Frau I

Frau I ist Sozialarbeiterin in der Suchthilfe. Sie stammt aus einem Elternhaus, das sie selbst als verwahrlost beschreibt. Bis heute werde sie von ihren Eltern ausgenutzt, ohne deren Aufmerksamkeit und Anerkennung zu bekommen, wonach sie sich aber sehnt, weshalb es ihr nicht dauerhaft gelingt, sich von dieser Vergangenheit zu lösen. In einer der ambulanten Psychotherapien, die sie gemacht hat, wird ihr bewusst, dass sich in ihrer Berufswahl ihre Familiengeschichte spiegelt. Sie sei, wie sie selbst es formuliert, immer auch die Sozialarbeiterin ihrer Herkunftsfamilie gewesen. So sehe sie viele Parallelen zwischen den Verhaltensweisen ihrer Eltern und den Verhaltensweisen ihrer Klientel.

»Dass ich mir so Bereiche suche, wo das immer so an meine Vergangenheit irgendwie so – also, dass ich das so irgendwie in Verbindung bringe. Mir war das bisher nicht bewusst.«

In dem Team, in dem sie arbeitet, findet sie bei den Kollegen keine Unterstützung. Im Gegenteil: Sie beobachtet eine missbräuchliche Verstrickung zwischen ihren Kollegen und deren Klientel.

»[Die Kollegen haben] private Kontakte mit Klienten. Dass die zu Geburtstagen eingeladen werden oder so. [...] die gehen halt alle da zusammen viel Bier trinken, sind auch gerne mal betrunken, gemeinsam. Also manchmal – ich sage es jetzt ganz offen – manchmal habe ich auch [die Vorstellung], also, dass auch die Sucht verbindet.«

Wegen solcher unprofessioneller Verhaltensweisen möchte Frau I eigentlich den Arbeitsplatz wechseln. Auch gibt sie an, ihre Klientel immer schlechter zu ertragen, denn die Süchtigen seien, Krankheit hin oder her, schlicht asozial. Sie würden nicht arbeiten wollen, sondern richteten sich in einer parasitären Existenz ein, weshalb die Sozialarbeit erfolglos bleibe.

Nun läge es nahe, dass sich Frau I an ihre Vorgesetzte wenden würde, um sie über diese Situation und ihre Unzufriedenheit zu informieren. Aber sie sucht das Gespräch mit ihr nicht. Denn in ihrer Wahrnehmung ist die Vorgesetzte keine Vertrauensperson, sondern selbst jemand, der unberechenbar agiert und alle Bemühungen bestraft, die Situation aufzuklären. Genau das, so Frau I, habe eine ihrer Freundinnen erleben müssen.

Für Frau I kommt hinzu, dass die Geschäftsführerin sie an ihre Mutter erinnert, was ihre Hemmung verstärkt, sich Hilfe suchend an sie zu wenden.

»Also jetzt, ohne dass ich wieder vom Elternhaus anfangen will – aber die hat auch so Allüren an sich, die mich schwer an meine Mutter erinnern; und – ach. Aber das ist die Geschäftsführerin, mit der muss ich reden, wenn ich da was ändern will; und seit zwei Jahren schiebe ich das vor mir her, ja, ja, ja, hm.«

Frau I wünscht sich, in der Klinik so mutig zu werden, dass sie sagt, was zu sagen ist, auch auf die Gefahr hin, gekündigt zu werden.

Beschreibt Frau I ihre Situation treffend, befindet sie sich in einem sozialen System, das – von wenigen Ausnahmen abgesehen – geschlossen ist. Ihre Kollegen und ihre Vorgesetzten sind derart miteinander verstrickt, dass sie auf keine soziale Unterstützung von ihnen zu hoffen braucht. Im Gegenteil: Frau I ist diejenige, die als gestört erscheint. Sie fürchtet sich, dagegen vorzugehen, weil ihr dann die Kündigung drohe. Zudem hat sie auch deshalb große Schwierigkeiten, sich zu behaupten, weil sie permanent

an ihre Kindheit erinnert wird. So erkennt sie in der wahrgenommenen Asozialität ihrer Klientel und ihrer Kollegen, die sich vor jeder Verantwortung drücken, ihre Eltern wieder, von denen sie sich von Kindheit an ausgenutzt fühlt.

So ohnmächtig und alleingelassen, wie sie sich als Kind in ihrer Familie gefühlt haben dürfte, so ohnmächtig und alleingelassen fühlt sie sich an ihrem Arbeitsplatz. Da alle miteinander verstrickt sind, weiß sie nicht, an wen sie sich wenden kann:

»Also, sagen wir mal, wenn ich jetzt vielleicht mal, wenn wir einen anderen Betriebsrat hätten, hätte ich mich vielleicht schon mal im Laufe der Jahre – also ich hätte zumindest mal eine Beratung, wie ich mich da verhalten soll.«

So quält sie sich mit Phantasien, endlich einmal allen zu sagen, was sie wirklich über deren empörendes Verhalten denkt: »Klar habe ich Aggressionen.« Aber sie traut sich nicht, was dazu führt, dass sie im Hinblick auf ihre Klientel fast schon zynisch erklärt, es sei ihr »Job, das denen nicht zu sagen«. Und so verzichtet sie auf Konfrontationen, aus »Angst, das die mir kündigen«, wenn sie auf Konfrontationskurs ginge, wie es zu ihrem Selbstverständnis als Suchtberaterin gehört. Wenn sie sich für »beratungsmüde« hält, verwundert das in Anbetracht des Dilemmas, in dem sie sich befindet, nicht.

Freilich wird Frau I, solange sie mitspielt, nicht wissen, ob ihre Ängste berechtigt sind. Da sie aufgrund ihrer lebensgeschichtlichen Erfahrungen aber Sanktionen für wahrscheinlich hält, wenn sie nicht mitspielt, scheut sie eine Realitätsprüfung. Vom Klinikaufenthalt erwartet sie sich die soziale Unterstützung für eine Konfrontation, die sie am Arbeitsplatz – wie in ihrer Herkunftsfamilie – scheut.

Frau I ist ein eindrucksvolles Beispiel dafür, dass sich traumatische und konflikthafte Familienverhältnisse am Arbeitsplatz reinszenieren, was es auch für die Betroffenen selbst schwer macht, den Realitätsgehalt ihrer Wahrnehmungen zu ermessen. Frau I hat vermutlich aufgrund ihrer Psychotherapieerfahrungen eine ungefähre Vorstellung von dieser Übertragungsdynamik, bleibt aber vorerst in ihr gefangen. Sich aus dieser Gefangenschaft zu befreien lässt sich als Therapieziel ausmachen: Mut zu fassen und zu zeigen, wer sie ist, wenn sie sich nicht länger verstellt und aufhört, gute Miene zum bösen Spiel zu machen.

5. Stigmatisierung und Selbststigmatisierung

Wie Vorgesetzte und Kollegen mit Arbeitnehmern umgehen, die am Arbeitsplatz erkennbar sozial auffällig werden, weil sie psychisch überlastet oder gar psychisch krank sind, hängt unter anderem von den Vorurteilen ab, die sie haben. Vorurteile sind Vorstellungen, die aus einer Gemengelage von realistischen und verzerrten Erwartungen an das Fühlen, Denken und Handeln der Betroffenen bestehen. Dabei kommt es nicht selten vor, dass ihre Kollegen und Vorgesetzten so mit ihnen umgehen, dass sie nicht anders können, als sich auffällig zu verhalten. Ist das der Fall, liegt eine sich selbst erfüllende negative Prophezeiung vor.

Vorurteile über psychische Überlastungen und Erkrankungen können die Chancen der Betroffenen auf Erfolg im Arbeitsleben erheblich erschweren: bei der Stellensuche, bei der Laufbahnentwicklung und bei der Wiedereingliederung am Arbeitsplatz nach Beendigung eines Klinikaufenthalts.

Leiden Arbeitnehmer an psychischen Überlastungen, dann kommen zu den dadurch verursachten Leistungsdefiziten noch die Angriffe auf ihren Selbstwert hinzu, die von vorurteilsbeladenen Kollegen und Vorgesetzten ausgehen.

- Befragungen von Arbeitgebern zeigen, dass sie psychisch kranke Arbeitnehmer eher nicht einstellen würden, wenn sie um deren Erkrankung wüssten, gleich, wie arbeitsfähig und arbeitsbereit die Betroffenen zum Zeitpunkt der Einstellung sind (Baer 2007).
- Angenommen, zwei gleich gut qualifizierte Arbeitnehmer würden sich auf dieselbe Stelle bewerben, der eine somatisch, der andere psychisch krank, dann bekäme der somatisch Kranke sehr wahrscheinlich den Vorzug (Brohan et al. 2012).
- Dabei bestehen Unterschiede in der Stigmatisierung gemäß dem vorliegenden Krankheitsbild. Während Arbeitgeber bei Bewerbern, die an einer Depression leiden, schon sehr zurückhaltend sind, sinken die Einstellungschancen bei einer Schizophrenie gegen null (Manning/White 1995).
- In vielen Fällen geht die Stigmatisierung von Personen mit einer psychischen Überlastung oder Krankheit mit deren Selbststigmatisierung einher: So würden auch die Betroffenen selbst in der (vorgestellten) Rolle

eines Arbeitgebers keine arbeitsfähigen und arbeitsbereiten Bewerber einstellen, wenn sie von deren Erkrankung wüssten.

- Selbststigmatisierung ist ein Handicap, das den Selbstwert und das Selbstwirksamkeitsgefühl des Betroffenen weiter mindert (Corrigan/Watson/Barr 2006). Oft erzeugt sie eine sich selbst erfüllende negative Prophezeiung, die zu Fehlwahrnehmungen verleitet: Indem die Betroffenen erwarten, diskriminiert zu werden, übersehen sie, dass Diskriminierungen tatsächlich nur in einem Bruchteil der Fälle vorkommen (Stuart 2006).

Alles in allem tragen Stigmatisierung und Selbststigmatisierung, indem sie Defizite betonen, maßgeblich dazu bei, dass die Betroffenen ihr Leistungspotenzial nicht annähernd ausschöpfen können – und es meist auch gar nicht erst versuchen.

6. Selbstenthüllen oder Verschweigen?

Die Angst vor Stigmatisierung kann dazu führen, dass psychisch überlastete und kranke Arbeitnehmer ihre Situation so lange wie möglich zu verbergen suchen. In der Tat besteht ein Dilemma: Die Überlastung offenzulegen kann entlasten, aber auch mehr belasten. Entlastung entsteht zum Beispiel dadurch, dass ein Verhalten, das als Leistungsverweigerung erscheint, nunmehr eine Erklärung findet, die soziale Unterstützung mobilisiert. Eine Offenlegung kann aber auch die psychische Belastung erhöhen, weil nunmehr die stigmatisierenden Vorurteile von Kollegen und Vorgesetzten greifen. Selbst wenn diese nicht sonderlich ausgeprägt sind, kann es zu Verunsicherungen in der Kommunikation kommen.

Einer englischen Untersuchung zufolge würden drei Viertel der befragten Arbeitgeber sich wünschen, um die psychische Überlastung und Erkrankung eines Arbeitnehmers zu wissen (Henderson et al. 2013). Was mit diesen Informationen geschieht, entzieht sich aber der Kontrolle des Betroffenen, weshalb absolute Freiwilligkeit gewährt sein muss.

Und da Arbeitgeber stets daran interessiert sind, ihr Humankapital profitabel einzusetzen – oder anders gesagt: da Arbeitsplätze keine herrschaftsfreien Räume sind –, ist zu Recht Vorsicht geboten. Dies bestätigt eine Befragung von 317 deutschen Psychiatern, die aufgrund ihrer Erfahrungen

geschätzt haben, wie es in der Praxis um psychisch kranke Arbeitnehmer steht (Mendel/Hamann/Kissling 2010):

- Nur 16 Prozent der berufstätigen Patienten informieren ihren Vorgesetzten darüber, dass sie an einer psychischen Erkrankung leiden. (Alle Prozentangaben sind Mittelwerte der Schätzungen.)

Denn:

- 27 Prozent der Patienten werden von ihrem Vorgesetzten aufgrund ihrer psychischen Erkrankung stigmatisiert, 31 Prozent von ihren Arbeitskollegen;
- 23 Prozent werden gemobbt;
- 22 Prozent erhalten eine plötzliche Aufgabenänderung ohne Rücksprache mit ihnen;
- 18 Prozent werden gegen ihren Willen in eine andere Abteilung versetzt;
- 39 Prozent der Vorgesetzten zeigen eine mangelnde Bereitschaft, die Arbeitsbedingungen des Patienten an dessen momentane Belastbarkeit anzupassen;
- 18 Prozent der Patienten drängen auf Kündigung.

Deshalb:

- 38 Prozent der befragten Psychiater raten ihren Patienten davon ab, ihre Vorgesetzten am Arbeitsplatz über ihre psychische Erkrankung zu informieren.

Frau F

Frau F hat eine Lebensgeschichte, die in ihrem Rückblick von Vernachlässigungen, physischer und psychischer Gewalt sowie tiefen Enttäuschungen über ihre engen Bezugspersonen geprägt ist. In beruflicher Hinsicht finden sich große Anstrengungen, um sich ständig weiterzuqualifizieren, was in einem abgeschlossenen Studium gipfelt, mit dem sie eine »gehobene Stellung« zu erreichen sucht. Aber es gelingt ihr nicht. Kennzeichnend für ihr Berufsleben ist eine Reihe von mehr oder weniger langfristigen Arbeitsverträgen, die meist vorzeitig enden, weil der Arbeitgeber sie ohne eine

Option auf Weiterbeschäftigung auslaufen lässt oder ihr kündigt. Erhält sie eine Begründung, dann zeigt die stets das gleiche Muster:

»Sie sind nicht mehr tragbar [...] Sie stören den Betriebsfrieden, Sie verursachen zu viele Gerüchte« [...] sie halten mich dafür nicht reif genug und ich würde mich nicht gut benehmen können.«

Frau F selbst fühlt sich ungerecht behandelt und dafür bestraft, dass sie sich als Einzige traue, auf Missstände in den Arbeitsbedingungen hinzuweisen, über die ihre Kollegen hinwegsehen. Aus diesem Verhalten zieht sie einerseits ein gewisses Selbstbewusstsein, andererseits hat sie sich auch nicht unter Kontrolle: Sie sei nun einmal »nicht diplomatisch«.

Die Vorfälle, die Frau F erzählt, sind nicht ohne Plausibilität. In allen Organisationen wird strategisch-taktisch gehandelt, um sich eigene Vorteile zu verschaffen. Offene und verdeckte Konkurrenz ist an der Tagesordnung, Solidarität nicht unbedingt zu erwarten. Diese »dunkle Seite« (vgl. Ortmann 2010) einer Organisation wird aus guten Gründen so lange wie möglich auch in der Dunkelheit belassen, da bedingungslose Aufrichtigkeit die Zusammenarbeit nicht leichter macht, sondern die Komplexität der Interaktionen erhöht. Vor diesen Hintergrund gestellt, vertritt Frau F einen Anspruch, der alle überfordert, weil er den Latenzschutz, den Organisationen einrichten (vgl. Haubl 2010), einzureißen droht. Dass sie dabei auf sich selbst keine Rücksicht nimmt, sondern sich schadet, präsentiert sie als Authentizitätsmarker.

Frau F beklagt, dass ihre Kollegen für ihre feige Anpassung belohnt würden, während man ihren Mut und ihre Leistungen nicht anerkenne. Und das von jeher. So leidet sie an einem kumulierten Anerkennungsman- gel, aus dem sie ableitet, endlich die Belohnungen erhalten zu müssen, die sie verdient habe. Sie ist voll ohnmächtiger Wut, um die sie weiß, die sie aber nicht kontrollieren kann:

»Es gibt so einen Zusammenhang zwischen dieser maßlosen Wut über Ungerechtigkeiten, und dann fall ich in ein totales Tief. [...] dass ich mit meiner Wut nicht klarkomme.«

Aus dieser Wut heraus entwertet sie ihre Kollegen und Vorgesetzten permanent, sodass diese auch keinen Grund haben, sich konstruktiv mit ihr auseinanderzusetzen.

Selbst positiven Zuwendungen misstraut Frau F. So berichtet sie etwa, sie sei in einem Fall von einer Personalreferentin nur deswegen eingestellt worden, weil diese sich damit an der Geschäftsleitung habe rächen wollen:

»Die hat mich eingestellt, und sie ist gegangen [...] meine Vermutung war, weil, die hat eine Rechnung mit denen zu begleichen gehabt. [...] Unbewusst. Sie hat mich rausgesucht, weil nämlich anhand meiner Zeugnisse man den Eindruck bekommt, ich bin ein Querdenker und Stressmacher.«

Vermutlich braucht Frau F ihre Wut, um ihre Verzweiflung in Schach zu halten, die sie gepackt hält. Folgerichtig bricht sie dann auch in einem Moment zusammen, kann mit Weinen nicht mehr aufhören, in dem sie keine Hoffnung mehr sieht, dass ihr – so wie sie es erlebt – jemals Gerechtigkeit widerfahren wird.

»Hoffnungen, die ich mal in meinem Leben hatte, sind weg. [...] Und ich glaube nicht mehr dran, dass man jemals anerkennen wird, was ich kann, dass ich wer bin.«

Zu diesem Zeitpunkt hat sie eine Vorgesetzte, der sie halbwegs vertraut, vermutlich deshalb, weil sie weiß, dass es in deren Familie auch jemanden mit einer psychischen Erkrankung gibt. Ihr berichtet sie von ihrer Situation, findet Verständnis und nimmt deshalb deren Rat an, sich in eine Klinik zu begeben.

Dort erhält sie die Diagnose »emotional instabile Persönlichkeit vom impulsiven Typ«, die sie für sich in die Diagnose »Borderline« übersetzt, da sie diese – während einer früheren ambulanten psychotherapeutischen Kurztherapie – recherchiert und für sich als zutreffend erkannt hat:

»Und ich hab das früher befürchtet und wollte das aber nie vertiefen und mich da nie damit beschäftigen. Ich denke, es stimmt. Das macht mich echt fertig.«

Inzwischen ist Frau F aber bereit, sich ernsthaft mit ihren psychischen Problemen auseinanderzusetzen. Hat sie in der früheren Therapie die Deutung ihrer Therapeutin, sie entwerte ihre Vorgesetzten und Kollegen, als »unverschämte« zurückgewiesen und sofort einen Abbruch der Therapie erwogen, nimmt sie sich nunmehr vor, zugänglicher zu sein und anzuerkennen, »dass ich [...] manchmal [mit meiner Kritik] unter die Gürtellinie gehe.

Aber ich mache es nicht sozialverträglich, ich mach es aggressiv. Subtil aggressiv. Das weiß ich.«

Ein Ziel von Frau F wird sein müssen, sich ihrem destruktiven Neid (vgl. Haubl 2014) zu stellen. Denn der bringt sie dazu, Vorgesetzten und Kollegen alle Verdienste abzusprechen und sie als Hochstapler zu entlarven.

»Ich komm damit nicht klar [...], ich halte sie [Vorgesetzte und Kollegen] für lang nicht so professionell und qualifiziert und so toll, wie sie auftreten und meinen, dass sie das wären. Und es gibt nicht wenige Leute, die so sind. Grad wenn sie länger in irgendeinem Berufsbereich sind oder in irgendeiner Stelle und merken, sie haben ihre soziale Hierarchie, ihren Platz in dieser Hierarchie, der sehr machtvoll ist, auch gefestigt. Und solche Leute sind für mich die pure Provokation. [...] Und wo ich merke, man versucht, mich irgendwie so in eine Struktur hineinzuholen, wo ich so Untergebene sein soll. Aber ich mach das nicht mit.«

7. Führung psychisch kranker Arbeitnehmer

Handelt es sich wie im Fall der hier vorgestellten ich-strukturell gestörten Patientin um eine gravierende psychische Erkrankung, dann ist anzunehmen, dass ein sechs- bis zwölfwöchiger Aufenthalt in einer Klinik nicht ausreicht, um sie zu kurieren. Insofern kehrt ein solcher Arbeitnehmer nicht »nach der Krankheit« an seinen Arbeitsplatz zurück, sondern eher – wie etliche unserer Fälle zeigen – als ein psychisch Kranker, der gebessert und damit wieder leistungsfähiger ist, aber weiterer psychotherapeutischer Begleitung bedarf.

Auf die Arbeitssituation bezogen heißt das: Die Wunschvorstellung greift zu kurz, dass mit dem formalen Abschluss der betrieblichen Re-Integrationsphase kein weiterer Unterstützungsbedarf bestünde. Je schwerer die psychische Erkrankung ist, desto länger anhaltend sind ihre Folgen. Unsere Befunde legen nahe, zwei Phasen zu unterscheiden: die Phase der Reintegration im engeren arbeitsrechtlichen und arbeitstechnischen Sinne und die Phase einer Nachsorge, die in einer achtsamen Begleitung besteht. (Vgl. dazu auch den Aufsatz von Haubl und Engelbach in diesem Buch, »Raus aus der Klinik, rein ins Leben – Überlegungen zum Entlassungsmanagement nach stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung«.)

Die Führung psychisch vulnerabler Arbeitnehmer müsste zu den Aufgaben ihrer Vorgesetzten gehören. Soweit unsere Erfahrungen reichen, zählt

es aber bislang nicht zu deren Kernkompetenz, mit Betroffenen hinreichend sensibel über bleibende psychische Gesundheitsrisiken zu sprechen.

Wer immer in einem Unternehmen ein aufrichtiges Interesse daran hat, psychisch kranke Arbeitnehmer zu halten, der sollte – neben unbedingter Freiwilligkeit – eine bestimmte Haltung einnehmen und folgende Gesprächsregeln beachten:

- Vermeiden Sie psychosomatische Laiendiagnosen.
- Sprechen Sie konkrete arbeitsbezogene Verhaltensweisen an, die – in jüngster Zeit – negativ aufgefallen sind.
- Vermeiden Sie es, alle diese Verhaltensweisen auf die Erkrankung des Arbeitnehmers zurückzuführen.
- Zeigen Sie Gesprächsbereitschaft, ohne Druck auszuüben.
- Vermeiden Sie eine Bagatellisierung, aber auch eine Dramatisierung der Situation.
- Drohen Sie dem kranken Arbeitnehmer nicht mit Sanktionen, machen Sie ihm aber zu gegebener Zeit klar, was Sie von ihm – auch an Bereitschaft, sich professionell behandeln zu lassen – erwarten.
- Bieten Sie ihm an, dazubeizutragen, die benötigte professionelle therapeutische Hilfe zu finden.

Darüber hinaus ist an Maßnahmen zu denken, die die gesamte Belegschaft betreffen:

- Holen Sie psychisch kranke Arbeitnehmer aus einer drohenden Isolation heraus, indem sie ihrer Belegschaft geeignete Fortbildungsmöglichkeiten anbieten, die deutlich machen, wie viele Menschen von psychischen Erkrankungen betroffen sind.
- Informieren Sie sich und Ihre Belegschaft im Rahmen solcher Fortbildungen darüber, was von einem Arbeitnehmer mit einem bestimmten Krankheitsbild realistisch(erweise) zu erwarten ist.
- Bauen Sie langfristig ein Netzwerk von inner- und außerbetrieblichen Institutionen auf, die für Prävention und Rehabilitation als Teil einer salutogenen Organisationskultur zur Verfügung stehen.

Inzwischen gibt es zahlreiche Aufklärungsprogramme, die genutzt werden können. Allerdings sind keine Wunder zu erwarten. Untersuchungen zei-

gen, dass die vorhandenen Programme nur mäßig erfolgreich sind (Szeto/Dobson 2010). Zu den minimalen Erfolgsbedingungen gehört: Die Programme müssen an den Ängsten ansetzen und dürfen Probleme in der Aufgabenerfüllung wie in der sozialen Integration am Arbeitsplatz nicht herunterspielen.

Literatur

- Baer, Niklas (2007): Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? In: *Zeitschrift für Sozialhilfe* 1, S. 32–33.
- Brohan, Elaine/Henderson, Claire/Wheat, Kay/Malcom, Estelle/Clement, Sarah/Bartley, Elizabeth A./Slade, Mike/Thornicroft, Graham (2012): Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in workplace. In: *BMC Psychiatry* 12, S. 11.
- Corrigan, Patrick W./Watson, Amy, W./Barr, Leah (2006): The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. In: *Journal of Social and Clinical Psychology* 25, S. 875–884.
- Erdheim, Mario (1992): Kultur und Sozialisation. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 28, S. 265–278.
- Eurofound (2010): Fünfte Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010, <https://www.eurofound.europa.eu/de/surveys/european-working-conditions-surveys/fifth-european-working-conditions-survey-2010> (Abruf am 2.2.2017).
- Haubl, Rolf (2005), Risikofaktoren im Machtgebrauch von Führungskräften. In: *Freie Assoziation* 8, S. 7–24.
- Haubl, Rolf (2010): Latenzschutz und Veränderungswiderstand. Grundfragen psychodynamisch-systemischer Organisationsberatung. In: Schnoor, Heike (Hrsg.): *Psychodynamische Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 197–209.
- Haubl, Rolf (2014): Neid am Arbeitsplatz. In: Vedder, Günther/Pieck, Nadine/Schlichting, Brit/Schubert, Andrea/Krause, Florian (Hrsg.): *Befristete Beziehungen. Menschengerechte Gestaltung von Arbeit in Zeiten der Unverbindlichkeit*. München, Mehring: Hampp, S. 61–71.
- Henderson, Claire/Williams, Paul/Little, Kirsty/Thornicroft, Graham (2013): Mental health problems in the workplace. Changes in employers'

- knowledge, attitudes and practices in England 2006–2010. In: *British Journal of Psychiatry* 202 (suppl. 55), S. 70–76.
- Herold, Reinhard/Weiß, Heinz (2014): Übertragung. In: Mertens, Wolfgang W. (Hrsg.): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. 4. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, S. 1005–1020.
- Hollmann, Detlef (2010): Vorgesetzte können Burnout am Arbeitsplatz reduzieren. Eine Studie im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung, <http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/pid/vorgesetzte-koennen-burnout-am-arbeitsplatz-reduzieren/> (Abruf am 2.2.2017).
- Kuhnke-Wagner, Iris-Andrea/Heidenreich, Jan/Brauchle, Gernot (2011): Psychosoziale Arbeitsbelastungen und depressive Symptome bei Führungskräften: Ansatz für präventive Strategien. In: *Psychotherapeut* 2011 56, H. 1, S. 26–33.
- Manning, Cressidia/White, Peter D. (1995): Attitudes of employers to the mentally ill. In: *Psychiatric Bulletin* 19, S. 541–543.
- Mendel, Rosmarie/Hamann, Johannes/Kissling, Werner (2010): Vom Tabu zum Kostenfaktor – Warum die Psyche plötzlich ein Thema für Unternehmen ist In: *Wirtschaftspsychologie aktuell* 2, S. 23–27.
- Ortmann, Günther (2010): *Organisation und Moral. Die dunkle Seite*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Schulte, Mathias/Bamberg, Eva (2002): Ansatzpunkte und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Führungskräften. In: *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 33, S. 369–384.
- Stuart, Heather (2006): Mental illness and employment discrimination. In: *Current Opinion Psychiatry* 19, S. 522–526.
- Szeto, Andrew/Dobson, Keith S. (2010): Reducing the stigma of mental disorders at work: A review of current workplace anti-stigma intervention programs. In: *Applied and Preventive Psychology* 14, S. 41–56.

