

Die psychische Gesundheit fördern:

Strategien und Umsetzungsbeispiele für Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen



Ein Themenpapier des ONGKG

Wissenschaftlich begleitet von



Ludwig Boltzmann Institut
Health Promotion Research



WHO Collaborating Centre
for Health Promotion in Hospitals and Health Care

Impressum

Konzept, Text, Redaktion: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Christina Dietscher

Lektorat: Astrid Loidolt

Alle: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research

Für den Inhalt verantwortlich:

Verein ONGKG – Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder
Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

ZVR-Zahl: 963896246

Kontakt: www.ongkg.at

© 2013

Inhalt

Einleitung	5
1 Hintergrund: Definitionen und gesellschaftliche Bedeutung psychischer Gesundheit.....	7
1.1 Die besondere Bedeutung von Stress für die psychische und körperliche Gesundheit	8
1.2 Wie können Gesundheitseinrichtungen zur Förderung der psychischen Gesundheit beitragen?	10
2 Die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen fördern	11
2.1 Verbreitung stressbedingter psychischer Gesundheitsprobleme bei MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen.....	11
Stress bei der Arbeit.....	12
Burnout, psychische Arbeitsunfähigkeit und Depression	12
Substanzabhängigkeit.....	13
2.2 Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit bei MitarbeiterInnen.....	13
Primärprävention und Förderung der psychischen Gesundheit.....	14
Angemessene Bearbeitung bestehender arbeitsrelevanter Probleme der psychischen Gesundheit.....	16
Berufliche Rehabilitation und Wiedereingliederung.....	17
2.3 Zusammenfassung: Wichtige Punkte für den Erhalt und die Förderung der psychischen Gesundheit der MitarbeiterInnen.....	18
3 Die psychische Gesundheit von PatientInnen fördern	20
3.1 Welche Probleme mit der psychischen Gesundheit können bei PatientInnen auftreten?	20
Stress und Ängste als unerwünschte Nebenwirkung einer stationären Einweisung	20
Psychische Ko-Morbidität bei körperlichen Erkrankungen.....	21
Psychischer Hospitalismus.....	21
3.2 Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit bei stationären PatientInnen und BewohnerInnen	22
Primärpräventive Maßnahmen	22
Erkennen, Bearbeiten und Rehabilitation bestehender psychischer Probleme von PatientInnen und BewohnerInnen.....	25
3.3 Zusammenfassung: Wichtige Punkte für den Erhalt und die Förderung der psychischen Gesundheit von PatientInnen und BewohnerInnen.....	27
4 Die psychische Gesundheit in der Region fördern	28

4.1	Verbesserung des Behandlungszugangs und systematische Information über Angebote.....	28
4.2	Öffentlichkeitsarbeit zur Entstigmatisierung	29
4.3	Kooperation mit nicht-klinischen Settings	29
4.4	Zusammenfassung: Wichtige Punkte für Förderung der psychischen Gesundheit in der Region	30
5	Organisationale Rahmenbedingungen zur Förderung der psychischen Gesundheit	31
5.1	Probleme / Epidemiologie	31
5.2	Betriebliche Interventionen.....	32
6	Anschlüsse an Grundkonzepte Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen.....	34
6.1	Psychische Gesundheit und die 18 Kernstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen.....	34
6.2	Seelische Gesundheit und die 5 Standards der Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen.....	36
7	Checklisten.....	38
7.1	Psychische Gesundheit als Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	38
7.2	Die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen fördern	39
7.3	Die psychische Gesundheit der PatientInnen fördern.....	40
7.4	Die psychische Gesundheit in der Region fördern	41
8	Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in ONGKG-Mitgliedseinrichtungen	42
9	Literatur.....	45

Einleitung

Nach großen Fortschritten auf dem Gebiet der körperlichen Gesundheit und im Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung rücken Probleme der psychischen Gesundheit zunehmend in den Vordergrund des Krankheitspektrums: Nach Zahlen der WHO sind Depressionen weltweit bereits die Hauptursache für (Berufs)Unfähigkeit. Pro Jahr begehen 800 000 Menschen Selbstmord. Und psychische Erkrankungen gelten als wichtiger Risikofaktor für körperliche Erkrankungen und Verletzungen¹.

Betroffen sind nicht nur einzelne Personen, sondern die Gesellschaft insgesamt – stehen doch psychische Gesundheitsprobleme auch in Zusammenhang mit erhöhten Risiken für Schulabbruch, Alkohol- und Drogenkonsum, Kriminalität und wirtschaftliche Einbußen durch mangelnde gesellschaftliche Produktivität⁽¹⁾. Nicht zuletzt führt der Anstieg psychischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen zu einem steigenden Anteil an Krankenständen und Invaliditätspensionen. Laut WIFO-Berechnungen für Österreich entfielen im Jahr 2010 über 2,6 Millionen Krankenstandstage der ASVG-Versicherten auf psychische Erkrankungen. 2008 begründeten psychische und Verhaltensstörungen bei ArbeiterInnen und Angestellten rund 40 % aller Neuzugänge zur Invaliditätspension⁽²⁾.

Verbesserungen der Versorgungsqualität und der Versorgungszugänge sind wichtig, können aber nur bedingt Abhilfe schaffen. Da die psychische Gesundheit von Ereignissen und Rahmenbedingungen im gesamten Lebensverlauf beeinflusst wird, müssen auch Maßnahmen zu ihrem Schutz und zu ihrer Förderung alle Lebensbereiche betreffen – von der Unterstützung für werdende Eltern bis zu Angeboten für die letzte Lebensphase.

Der großen und alle gesellschaftlichen Berei-

che umspannenden Bedeutung der psychischen Gesundheit tragen zahlreiche politische Dokumente Rechnung. Sowohl die WHO als auch die EU setzen bereits seit vielen Jahren Schwerpunkte im Bereich der psychischen Gesundheit.

So hat die WHO Europa erst im September 2013 einen neuen europäischen Aktionsplan für die psychische Gesundheit verabschiedet. Dieser umfasst sieben Ziele, die auf Information und Bewusstseinsbildung, Prävention und Verbesserung der Versorgung abzielen⁽³⁾.

Auf EU-Ebene wurde 2008 unter slowenischer Präsidentschaft der European Pact for Mental Health and Wellbeing verabschiedet⁽⁴⁾. Er bildet eine der Grundlagen für das aktuelle EU-Programm „Joint Action on Mental Health and Well-Being“, das im Februar 2013 gestartet wurde und vier Bereiche umfasst: Die Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz und in der Schule, Maßnahmen zur Verringerung von Depressionen und Selbstmord, den Ausbau gemeindenaher Versorgungssysteme und die Integration der psychischen Gesundheit in alle Politikbereiche².

In Österreich ist der psychischen Gesundheit ein eigener Zielbereich in den nationalen Rahmen-Gesundheitszielen gewidmet. Unter Ziel 9 werden eine verbesserte Gestaltung von Arbeitsplätzen, die Stärkung der Lebenskompetenzen und Maßnahmen zur Gewalt- und Suchtprävention, eine breite Entstigmatisierung und die umfassende und bedarfsgerechte Versorgung Betroffener sowie deren Integration in die Gesellschaft gefordert. Bezugnahmen auf die psychische Gesundheit finden sich aufgrund der Breite des Themas aber auch in fast allen anderen der zehn Rahmen-Gesundheitsziele⁽⁵⁾. Als Grundlage für die bundesweite Umsetzung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit

¹ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/, besucht am 24.10.2013

² <http://ec.europa.eu/eahc/news/news216.html>, besucht am 24.10.2013

eine nationale Strategie zur psychischen Gesundheit erarbeitet ⁽⁶⁾.

Auch der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat kürzlich ein Strategiepapier zur psychischen Gesundheit veröffentlicht, das vor allem auf die Verbesserung der Versorgung Betroffener und den Ausbau präventiver Maßnahmen in Österreich abstellt ⁽⁷⁾.

Eine wichtige Anlaufstelle für die Umsetzung der psychischen Gesundheitsförderung in unterschiedlichen Settings ist der Fonds Gesundes Österreich. Er bietet Projektförderungen und Materialien im Bereich psychische Gesundheit an, so etwa Leitfäden zur Burn-out-Prävention ⁽⁸⁾ und zur Mobbing-Prävention und -intervention ⁽⁹⁾ für Betriebe.

In wie weit sind Krankenbehandlungseinrichtungen von Problemen der psychischen Gesundheit betroffen, und wie können sie zur Förderung der psychischen Gesundheit beitragen?

Zum einen ist der Gesundheitssektor ein großer **Arbeitgeber**. Krankenbehandlungseinrichtungen zählen aufgrund der Kombination unterschiedlicher körperlicher wie psychischer Belastungsfaktoren traditionell zu den am stärksten belastenden Arbeitsplätzen. Internationalen Studien zufolge treten Probleme der psychischen Gesundheit in diesem Sektor besonders häufig auf. Aufgrund der hier erforderlichen Arbeit von Menschen an Menschen müssen diese Probleme auch im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für Fehler und Qualitätsmängel gesehen werden. Die systematische Förderung der psychischen Gesundheit von MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen ist daher im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des betrieblichen Gesundheitsmanagements dringend angezeigt (→ vgl. Kapitel 2).

Zum anderen sehen Krankenbehandlungseinrichtungen, Wohn- und Pflegeheime jährlich

eine große Zahl von **PatientInnen bzw. BewohnerInnen**. Psychische Komorbiditäten sind eine häufige Begleiterscheinung körperlicher Erkrankungen. Werden diese nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt, stellt dies ein Risiko für den weiteren Krankheits- bzw. Genesungsverlauf dar. Unabhängig davon kann der Kontakt mit einer Krankenbehandlungseinrichtung für sich genommen einen Stressor und damit ein Risiko für die psychische wie körperliche Gesundheit der PatientInnen darstellen. Das Erkennen und Behandeln psychischer Komorbiditäten sollte daher ebenso zum Versorgungsstandard gehören wie Strategien der allgemeinen Stressreduktion für die PatientInnen bzw. BewohnerInnen (→ vgl. Kapitel 3).

Last but not least verfügen VertreterInnen der Gesundheitsberufe über ein hohes Maß an Anerkennung in der **Bevölkerung** und eine große Expertise in Krankheits- und Gesundheitsfragen. Sie können ihren guten Ruf nutzen, um sich für eine weitere Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, die weitere Verbesserung einer angemessenen und gemeindenahen Versorgung und mehr Wissen um die psychische Gesundheit in der Bevölkerung einzusetzen (→ vgl. Kapitel 4).

Psychische Gesundheitsförderung im Krankenbehandlungssektor trägt nicht nur zur Stabilisierung bzw. Steigerung der Gesundheit von MitarbeiterInnen, PatientInnen und BewohnerInnen bei, sondern letztlich auch zu mehr Qualität und Effizienz in diesem Sektor. Die VertreterInnen des österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) rufen daher alle österreichischen Krankenbehandlungs- und Betreuungseinrichtungen auf, die Förderung der psychischen Gesundheit für ihre MitarbeiterInnen und PatientInnen klar als unternehmerische Verantwortung anzuerkennen und systematisch auszubauen (→ vgl. Kapitel 5).

1 Hintergrund: Definitionen und gesellschaftliche Bedeutung psychischer Gesundheit

In der europäischen WHO-Region sind psychische Erkrankungen und Störungen des seelischen Wohlbefindens auf dem Vormarsch und bereits jetzt verantwortlich für 20 bis 25 % der Krankheitslast, das ist der drittgrößte Anteil an der gesamten Krankheitslast ⁽¹⁰⁾. Jeder zehnte EU-Bürger hat bereits Erfahrungen mit psychischen Beeinträchtigungen gemacht, laut Robert Koch Institut erkrankt die Hälfte der EU-Bevölkerung im Verlauf des Lebens mindestens einmal an einer psychischen Störung ⁽¹¹⁾, in manchen EU-Staaten sind Depressionen bereits das verbreitetste Gesundheitsproblem. Pro Jahr begehen EU-weit etwa 55.000 Menschen Selbstmord, davon drei Viertel Männer. Damit ist der Suizid bei Männern eine der häufigsten Todesursachen ⁽¹²⁾.

Österreich stellt keine Ausnahme zu diesem Trend dar: Laut Daten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger ist hierzulande ein außergewöhnlicher Anstieg an psychischen Erkrankungen zu verzeichnen ⁽⁷⁾, wobei Depressionen zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Erkrankungen zählen ⁽¹¹⁾. Laut Gesundheitsbericht 2009 litten 6,7 % der männlichen und 10,9 % der weiblichen österreichischen Wohnbevölkerung unter chronischen Angstzuständen oder Depressionen ⁽¹³⁾. Bei Kindern und Jugendlichen dürften etwa 10 % eines Jahrgangs von psychosozialen Problemen, insbesondere Angststörungen, aggressiv-dissozialen Störungen und ADHS, betroffen sein. Problematische Entwicklungen zeigen sich auch im Bereich der Essstörungen ⁽¹³⁾.

Was bedeutet das für einzelne Menschen und Populationen? Ein wichtiger Aspekt ist das hohe persönliche Leid, das mit psychischen Erkrankungen verbunden sein kann: Die noch immer bestehende Stigmatisierung und Diskriminierung führt häufig dazu, dass sich Be-

troffene psychische Erkrankungen nicht eingestehen und daher keine oder erst sehr spät Behandlung suchen. Damit steigt auch das Risiko einer Verschlechterung des psychischen wie körperlichen Gesundheitszustands. So erhöhen etwa Depressionen zusammen mit sozialer Isolation und geringer sozialer Unterstützung das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ⁽¹⁾, und es gibt Indizien für einen Zusammenhang zwischen Depression und Diabetes ⁽¹⁴⁾.

Die psychische Gesundheit hat aber auch einen starken Bezug zum Allgemeinwohl, wie dies etwa in einer Definition der WHO zum Ausdruck kommt. Demnach ist die psychische Gesundheit ein Zustand, „in dem der Einzelne seine intellektuellen und emotionalen Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen und produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, einen Beitrag für seine Gemeinschaft zu leisten“ ⁽¹⁵⁾. Die europäischen Gesundheitsminister definierten im Rahmen einer WHO-Konferenz zur psychischen Gesundheit im Jahr 2005 diese als „ein allgemeines öffentliches Gut, ein wesentlicher Teil der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bürger in Europa und ein grundlegendes Menschenrecht; sie ist eine Voraussetzung für ein lebensfähiges, sozial verantwortliches und produktives Europa, sie verstärkt den gesellschaftlichen Zusammenhalt und das Sozialkapital und verbessert die Sicherheit des Lebensumfelds“ ⁽¹⁶⁾.

Psychische Gesundheit wird also als Voraussetzung für gesellschaftliches Funktionieren beschrieben. Umgekehrt führt ein Mangel an psychischer Gesundheit zu verminderten Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe. Psychisch belastete Personen finden sich besonders häufig in sozio-ökonomisch benachteiligten Gruppen. Da psychische Beein-

trächtigungen oft über Jahre andauern, begünstigen sie nicht selten eine weitere ökonomische und soziale Abwärtsspirale. Negative Auswirkungen auf ganze Familien und

Nachbarschaften können die Folge sein.

Der Schutz und die Förderung der psychischen Gesundheit sind damit wesentlich für die Gesellschaft insgesamt.

1.1 Die besondere Bedeutung von Stress für die psychische und körperliche Gesundheit

Probleme der psychischen Gesundheit haben vielfältige Entstehungsursachen. Neben Vererbung und sozialer Prägung in der Familie sind es auch die zunehmenden Anforderungen an die Lebensbewältigung und die Notwendigkeit des Umgangs mit Zukunftsunsicherheiten, die zu einem Anstieg von Ängsten, Depressionen und Burnout führen.

Empirische Daten legen nahe, dass Stress in entwickelten Ländern einer der wichtigsten Risikofaktoren für psychische (und physische) Erkrankungen ist und sowohl die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen als auch die Mortalität (z.B. durch Suizid) erhöht. Zu den negativen Folgen von Stress gehören auch Auswirkungen auf Organisationen und die Gesellschaft insgesamt, wie etwa Gewalt oder Mobbing. Da benachteiligte Bevölkerungsgruppen potenziellen Stressoren – wie zum Beispiel Arbeitsplatzunsicherheit – überdurchschnittlich stark ausgesetzt sind und gleichzeitig über weniger gute Bewältigungsmöglichkeiten verfügen, sind sie besonders anfällig für die negativen Folgen von Stress ⁽¹⁷⁾.

Wodurch wird Stress ausgelöst, und wie wirkt er? Von Stress wird dann gesprochen, wenn zwischen inneren und äußeren Anforderungen und Belastungen einerseits und inneren und äußeren Ressourcen andererseits auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene ein Ungleichgewicht entsteht. Das mangelnde Gleichgewicht wird subjektiv als emotional negative Beanspruchung wahrgenommen und für das eigene Wohlbefinden als bedrohlich erlebt ⁽¹⁷⁾. Ob es zu diesem Ungleichgewicht kommt, hängt sowohl von persönlichen Bewältigungskompetenzen als auch von situativen Unterstützungsangeboten ab. Wodurch

individuelles Stresserleben ausgelöst wird, kann damit von Person zu Person sehr unterschiedlich sein.

Zu den möglichen Stressoren gehören Alltagsbelastungen (z.B. Zeit- und Termindruck, Lärm, Monotonie), körperliche Stressoren (z.B. Gewalterfahrung, Verletzung, Schmerz), Leistungsstressoren (z.B. organisatorische und technische Neuerungen), sozioökonomische Stressoren (z.B. niedriges Einkommen) und psychosoziale Stressoren (z.B. mangelnde Selbstachtung, Mangel an Kontrolle über Arbeits- und Privatleben, Angstzustände, Mobbing, Isolation, zwischenmenschliche Konflikte und Krisen), aber auch kritische Lebensereignisse und Lebensübergänge (z.B. Trennung, Verlust von engen Bezugspersonen oder des Arbeitsplatzes, berufliche Veränderungen, Pubertät, Elternschaft) und nicht zuletzt chronische Spannungen und Belastungen (z.B. dauerhafte Arbeitsüberlastung, mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben) ⁽¹⁷⁾.

Die evolutionsgeschichtlich positive Funktion von Stress ist, dass er uns hilft, alle verfügbaren Ressourcen für die angemessene Reaktion auf eine akute Bedrohung zu mobilisieren, und zwar insbesondere durch Flucht, Angriff bzw. Verteidigung. Dies geschieht durch Freisetzung bestimmter Hormone und durch eine Konzentration der verfügbaren Energie auf die willkürliche Muskulatur. Im Gegenzug dazu entzieht der Stress allen Körpersystemen, die nicht unmittelbar zur Reaktion benötigt werden – etwa dem Gehirn, der Verdauung oder dem Immunsystem – Energie.

Während unsere Vorfahren Stresssituationen

vor allem körperlich – entweder durch Kampf oder durch Wegrennen – bewältigten und dadurch den Stress körperlich verarbeiten und abbauen konnten, bieten unsere heutigen Lebensstile diese Möglichkeit oft nicht mehr in ausreichendem Maß. Heutige Stressoren sind nur selten angreifende Raubtiere oder gegnerische Krieger, sondern viel eher Zeitdruck, fällige Kreditraten oder schwierige KollegInnen. Auf diese Stressoren können wir, wollen wir sozial angepasst bleiben, nicht mehr körperlich reagieren. In Folge werden Stresshormone oft nicht ausreichend abgebaut, und der Stress kann über eine längere Zeit hinweg bestehen. Ist dies der Fall, sinkt die mentale Leistungsfähigkeit, und die Immunabwehr bleibt reduziert. Dadurch kommt es leichter zu entzündlichen Prozessen, und der Körper ist anfälliger für unterschiedlichste Folgeerkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Verdauungsprobleme, Übergewicht, Muskel- und Rückenschmerzen, aber auch Schlafstörungen und Störungen der Sexualfunktion. **Dauerstress in Verbindung mit Mehrfachbelastungen stellt demnach eine ernst zu nehmende Gefahr für die psychische und physische Gesundheit dar** ⁽¹⁷⁾.

Besonders dramatisch kann es werden, wenn in einer Stresssituation weder Flucht- noch Angriffsmöglichkeiten gesehen werden. In diesem Fall kann es zur völligen Erstarrung, zum Erleben von Kontrollverlust und im Extremfall zur Traumatisierung und zum Auftreten von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) kommen. Dies kann eine weitere Negativspirale in Gang setzen: Betroffene haben oft ein beeinträchtigtes Kommunikationsverhalten, wodurch sie leichter zu Außenseitern oder Mobbing-Opfern werden. Treten solche Phänomene auf, sollte bei der Bearbeitung immer auch an die Möglichkeit von PTSD gedacht werden ⁽¹⁸⁾.

Eine weitere Art von Stress wurde bislang weniger diskutiert, ist aber für die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen ebenso we-

sentlich: Nach Erkenntnissen aus der Hirnforschung gibt es neben dem bereits beschriebene Stresssystem, das immer dann aktiv wird, wenn konkrete Aufgaben zu bewältigen sind, noch ein zweites Stresssystem. Dieses wird immer dann aktiv, wenn keine konkreten Anforderungen zu bewältigen sind. Es handelt sich um jenen diffusen Aufmerksamkeitsanteil, mit dem wir unsere Umwelt kontinuierlich nach möglichen Gefahren absuchen. Dies ist etwa bei Tieren gut beobachtbar, die auch im Schlaf immer einen Teil der Aufmerksamkeit auf ihre Umgebung gerichtet halten, um potenzielle Bedrohungen rechtzeitig wahrzunehmen. Im Englischen wird dieses Stresssystem „default mode network“ (DMN) genannt ⁽¹⁹⁾. Für Jäger und Sammler war diese Form der gestreuten Aufmerksamkeit überlebensnotwendig. Der Nachteil war aber eine reduzierte Fähigkeit zur Konzentration auf eine spezifische Aufgabe.

Leider unterstützen auch viele moderne Arbeitsplätze den DMN-Modus – gilt es doch, ständig auf dem Sprung zu sein für mögliche, oft nicht planbare und oft beinahe gleichzeitig erforderliche Einsätze wie z.B. die Beantwortung von e-mails, das Pflegen von Kundenkontakten oder ein Telefongespräch. Der deutsche Autor Joachim Bauer bezeichnet dieses Multitasking etwas zynisch als „ADHS-Trainingslager“ ⁽¹⁸⁾: Wer permanent multitasken muss, verlernt dadurch, sich auf eine Aufgabe zu konzentrieren und wird zerstreut. Menschen im DMN-Modus machen mehr Fehler als Menschen mit fokussierter Wahrnehmung. Die dauerhafte Überaktivierung des Reiz- und Gefahrensuchsystems (Hypervigilanz) scheint neben der reduzierten Konzentration und Merkfähigkeit längerfristig auch psychische Erkrankungen einschließlich Demenzerkrankungen zu begünstigen ⁽¹⁸⁾.

Eine wichtige Konsequenz aus diesen Erkenntnissen ist, dass das Mutli-Tasken bei der Arbeit so weit wie möglich reduziert werden sollte.

1.2 Wie können Gesundheitseinrichtungen zur Förderung der psychischen Gesundheit beitragen?

Psychiatrische und therapeutische Einrichtungen und Abteilungen leisten bereits heute unverzichtbare, wenn auch ausbaufähige Beiträge zur Behandlung psychischer Erkrankungen. So hat eine internationale Arbeitsgruppe Leitlinien zur Gesundheitsförderung in der psychiatrischen Versorgung erarbeitet ⁽¹⁹⁾. Noch immer besteht Bedarf an einer Verbesserung von Informationen über, Zugänge zu und Finanzierung von Behandlungen psychischer Erkrankungen. Auch im Bereich der Rehabilitation und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach einer psychischen Erkrankung ist noch viel zu tun ⁽⁷⁾.

Thema dieses Papiers sind jedoch ressourcenorientierte Beiträge von Krankenbehandlungseinrichtungen zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie zur Primär- und Sekundärprävention psychischer Erkrankungen bei MitarbeiterInnen, PatientInnen und, soweit möglich, für die Bevölkerung im Einzugsgebiet. Entsprechende Ansätze und Strategien lassen sich sowohl aus dem Konzept des Gesundheitsfördernden Krankenhauses als auch aus den Erkenntnissen der Stressforschung und der Ätiologie psychischer Erkrankungen ableiten.

■ **MitarbeiterInnen:** Die Verbesserung, der Erhalt bzw. die Schaffung von Arbeitsbedingungen, die der psychischen Gesundheit zuträglich sind, ist unverzichtbar. In den Worten des Autors Joachim Bauer: „Die Arbeit muss an den Menschen angepasst werden, nicht umgekehrt“ ⁽¹⁸⁾. Strategien der betrieblichen Gesundheitsför-

derung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements können dies systematisch unterstützen.

- **PatientInnen:** Aufgrund seiner Wirkung auf das Immunsystem ist Stress auch im Kontext der Krankenbehandlung hoch relevant: Forschungen im Bereich der Psychoneuro-Immunologie zeigen immer wieder, dass Stressvermeidung und Stressabbau Heilungsprozesse unterstützen. So heilen Wunden bei wenig gestressten Menschen besser, und Medikamente können besser wirken. Für PatientInnen geht es daher nicht zuletzt um eine Reduktion von Stress und Belastungen im Zusammenhang mit einer bestehenden körperlichen Erkrankung und dem Kontakt mit der Krankenbehandlungseinrichtung, aber auch um die Früherkennung bestehender psychischer Belastungen (Komorbiditäten) bei körperlichen Erkrankungen, und um die Sicherstellung einer adäquaten Behandlung auch über die Entlassung hinaus;
- **Regionale Bevölkerung:** Für die Bevölkerung können Krankenbehandlungseinrichtungen Beiträge zur Reduktion der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und zur Verbesserung der Zugänge zur Versorgung z.B. durch Kooperation in Versorgungs- und Betreuungsnetzwerken oder durch die Kooperation mit anderen Settings wie z.B. Schulen oder Betrieben leisten.

2 Die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen fördern

„Was vor dem Hintergrund der ausgeführten neurobiologischen Zusammenhänge deutlich werden sollte, ist die immense, bis vor wenigen Jahren noch völlig vernachlässigte Bedeutung, die eine professionelle Beziehungsgestaltung und ein angstfreies Arbeitsklima für effektive und gute Arbeit haben.“ ⁽¹⁸⁾

Im Arbeitskontext sind Probleme der psychischen Gesundheit – von schlichter Unzufriedenheit mit dem Beruf über Burnout bis zu manifesten psychiatrischen Erkrankungen – mittlerweile bedeutsamer als arbeitsbedingte Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit. Für Österreich zeigen aktuelle Zahlen der Pensionsversicherungsanstalt, dass der Großteil der Invaliditätspensionen heute auf psychische Erkrankungen zurückzuführen ist ⁽²⁰⁾. Studien zufolge sind der Dienstleistungssektor und damit auch der Bereich der Krankenbehandlung besonders betroffen ⁽²¹⁾.

Es gibt gute Evidenz dafür, dass diese Probleme mit konkreten arbeitsbedingten Stressoren in Zusammenhang gebracht werden können. Zu diesen gehören eine geringe soziale Zugehörigkeit zum Betrieb, starke Hierarchien und Konkurrenz bei der Arbeit ⁽¹⁸⁾. Bauer zufolge sind derartige Stressoren weit verbreitet – wie er meint, entsprechen die Arbeitsbedingungen heute in weiten Bereichen einfach nicht den Bedürfnissen der Menschen ⁽¹⁸⁾.

Dies führt nicht nur zu persönlichem Leid, Belastungen des Privatlebens und erhöhten Risiken für körperliche Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Beeinträchtigung von Bluthochdruck und Immunsystem), sondern steigert auch die Wahrscheinlichkeit von Kündigungen, Fehlzeiten und Arbeitsunfällen ⁽¹⁷⁾.

Psychische Gesundheitsprobleme der MitarbeiterInnen sind damit keineswegs als deren Privatangelegenheit abzutun, sondern sollten auf Ebene der Organisation auch als Qualitätsproblem angesehen und dort gelöst werden.

Daraus folgt, dass rein personenorientierte Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der psychischen Gesundheit zu kurz greifen. Zusätzlich bedarf es gezielter Entwicklungen jener organisationalen Rahmenbedingungen, die für die Mitarbeitergesundheit relevant sind.

2.1 Verbreitung stressbedingter psychischer Gesundheitsprobleme bei MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen

In diesem Papier wird vor allem auf jene psychischen Probleme von MitarbeiterInnen eingegangen, die erwiesenermaßen über eine Gestaltung der beruflichen Rahmenbedingungen beeinflusst werden können. Manifeste psychiatrische Diagnosen, die natürlich auch

durch Arbeitsbelastungen beeinflusst werden können, aber zumeist noch viele andere Hintergründe haben und in jedem Fall einer spezifischen Therapie bedürfen, werden hingegen nicht behandelt.

Stress bei der Arbeit

Stresserfahrungen gehören zum Berufsleben und können, sofern es sich um den sogenannten Eustress handelt, durchaus förderlich für die Leistungserbringung sein. Wenn aber die Erholung zu kurz kommt, MitarbeiterInnen unter Dauerstress stehen, traumatische Erlebnisse am Arbeitsplatz oder Schwierigkeiten mit der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben hinzukommen, begünstigt Stress längerfristig die Reduktion der Leistungsfähigkeit, die Entstehung von Erschöpfungs- und Angstzuständen, Burnout, Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen.

Fast ein Drittel der europäischen ArbeitnehmerInnen leidet unter einem Übermaß an Stress, darunter überdurchschnittlich häufig MitarbeiterInnen mit mangelndem Entscheidungs- und Handlungsspielraum ⁽¹⁷⁾. Nach einer Studie von Biffi et al. ⁽²²⁾ sind in Europa zwischen 50 % und 60 % der krankheitsbedingten Arbeitsausfälle in der einen oder anderen Form auf Arbeitsstress zurückzuführen. Rechnet man sowohl die direkten medizinischen und betrieblichen Kosten als auch den durch Stress bedingten Wertschöpfungs- und Produktivitätsverlust mit ein, so kostet Stress bei der Arbeit jährlich 1,5 % bis 4 % des BIP.

Burnout, psychische Arbeitsunfähigkeit und Depression

Der Begriff „Burnout“ als Bezeichnung für die Erschöpfung bzw. das Ausbrennen beruflich engagierter Personen geht auf den New Yorker Psychoanalytiker Herbert Freudenberger zurück, der dieses Phänomen an sich selbst beobachtete und in den 1970er Jahren erstmals dazu publizierte ⁽²³⁾. Heute wird viel darüber diskutiert, ob Burnout eine eigene Krankheit oder ein Sammelbegriff für psychische Probleme wie z.B. Depressionen ist. Allerdings scheint einigermaßen Konsens darüber zu bestehen, dass die als Burnout bezeichneten Phänomene immer nur im beruflichen Kontext auftreten und daher einen klaren Arbeitsbezug haben.

Damit kann Burnout als arbeitspsychologisches Konzept verstanden werden, das die symptomatischen Auswirkungen langfristiger Anpassungsvorgänge an die Belastungen am Arbeitsplatz erfasst. In der ICD-10 wird Burnout als ein bedeutsamer Faktor anerkannt, der Probleme in der Lebensbewältigung abbildet, den Gesundheitszustand beeinflusst und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen kann. Es kann sich dabei um eine vorübergehende oder anhaltende Arbeitsüberlastung handeln, und Burnout gilt als Risiko für ernste psychiatrische Erkrankungen (ins-

besondere depressive Störungen) und körperliche Erkrankungen ⁽²⁴⁾.

Nach Maslach und Leiter ⁽²⁵⁾ wird Burnout definiert als „*index of the dislocation between what people are and what they have to do*“, d.h., als das Auseinanderklaffen persönlicher Eigenschaften und (beruflicher) Anforderungen. Das auf dieser Definition aufbauende Burnout-Messinstrument (Maslach Burnout Inventory) berücksichtigt die vier Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung, verminderte persönliche Leistungsfähigkeit und Involviertheit ⁽²³⁾.

Risikofaktoren für Burnout umfassen zum einen personenbezogene Faktoren, wie zum Beispiel ein geringes Selbstvertrauen, eine geringe Widerstandsfähigkeit (Resilienz), das berühmte „Helfersyndrom“, Fremdbestimmtheit (externer „Locus of Control“), zum anderen arbeitsbezogene Faktoren, wie zum Beispiel ein hohes Stressniveau, hohe Arbeitserwartungen und Arbeitsbelastungen, Rollenkonflikte und -unklarheiten, geringe Entscheidungsspielräume, geringe soziale Unterstützung und fehlendes Feedback. Im Gesundheitswesen kommt die Belastung durch das Leiden der KlientInnen hinzu, das in der

Fachsprache auch „Compassion Fatigue“ genannt wird ⁽²⁶⁾. Mobbing wird als weiterer Risikofaktor für Burnout genannt ⁽²³⁾.

Als persönliche Schutzfaktoren gegen Burnout gelten unter anderem emotionale Intelligenz, Resilienz, Verträglichkeit und Offenheit. Zu den situativen Schutzfaktoren gehören ein funktionierendes soziales Netz und eine unterstützende Umgebung. Eine jüngere Studie unterstreicht die Relevanz des sozialen Kapitals ⁽²⁷⁾.

Schätzungen zufolge gilt etwa ein Viertel der ArbeitnehmerInnen als Burnout-gefährdet. So ergab eine Erhebung der European Found-

ation for the Improvement of Living and Working Conditions, dass 23 % der europäischen ArbeitnehmerInnen ein so geringes Wohlbefinden am Arbeitsplatz aufweisen, dass Burnout oder Depressionen vermutet werden mussten ⁽²⁸⁾.

Laut der internationalen NEXT-Studie zur Arbeitssituation europäischer Pflegekräfte wiesen zwischen 30 % und 50 % der Befragten Burnout-Scores auf, die über den für die Gesundheitsberufe angelegten Normwerten liegen ⁽²⁶⁾. Damit erscheinen Angehörige dieser Berufsgruppe überdurchschnittlich betroffen.

Substanzabhängigkeit

MitarbeiterInnen in Krankenbehandlungseinrichtungen weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung besonders hohe Raten an Substanzmissbrauch auf. Dies trifft auf das Rauchen ebenso zu wie auf Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch. Einer der Gründe dürfte der hohe Stressfaktor bei der Arbeit sein, den man mit Nikotin oder anderen Substanzen zu bewältigen sucht.

Aufgrund des Tabufaktors sind Suchtphänomene bei Berufstätigen generell nicht gut erforscht. Für ÄrztInnen legen internationale Studien nahe, dass 5-10 % der Angehörigen dieser Berufsgruppe einen problematischen Suchtmittelkonsum aufweisen. Zu den am meisten verbreiteten Substanzen gehören Alkohol, Nikotin und Benzodiazepine ⁽²⁹⁾. Als Grund für den überdurchschnittlich hohen Medikamentenabusus bei ÄrztInnen wird u.a. der leichte Zugang bei entsprechenden pharmakologischen Kenntnissen genannt ⁽³⁰⁾.

Bei Pflegepersonen lassen Studien ähnliche Raten (5-10 % der Angehörigen der Berufsgruppe) vermuten. In besonders belastenden Abteilungen – z.B. onkologischen Abteilungen – wird der Anteil abhängiger Personen jedoch auf bis zu 15 % geschätzt ⁽³¹⁾. Belegt sind darüber hinaus auch hohe Raten von Tabakkonsum. Nach Studien aus verschiedenen europäischen Ländern liegt der Anteil der RaucherInnen in der Pflege und bei PflegegeschülerInnen durchwegs über 20 %, in einzelnen Ländern deutlich darüber ⁽³²⁾, ⁽³³⁾.

Während der Ge- bzw. Missbrauch bestimmter Substanzen auch als Qualitäts- und Sicherheitsproblem zu sehen ist – unter Substanzinfluss steigt die Fehlerwahrscheinlichkeit – kommt beim Rauchen noch ein Problem der Glaubwürdigkeit hinzu. Wenn ÄrztInnen oder Pflegepersonen nach Tabak riechen oder beim Rauchen gesehen werden, ist kaum davon auszugehen, dass sie ihren PatientInnen mit Überzeugungskraft empfehlen können, selbst nicht zu rauchen.

2.2 Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit bei MitarbeiterInnen

Natürlich tragen Personen selbst Verantwortung für ihre eigene – auch psychische – Ge-

sundheit, etwa durch regelmäßige Selbstreflexion und Entwicklung geeigneter Coping-

und Verarbeitungsstrategien für belastende Situationen. Belastungen bei der Arbeit, die sich aus strukturellen Gegebenheiten im Beruf ergeben, können aber von dem / der Einzelnen nicht oder nur sehr begrenzt selbst bearbeitet werden. Daher tragen Betriebe eine entsprechende Verantwortung für die Gestaltung der Arbeitssituation ihrer MitarbeiterInnen.

Gemäß den Grundkonzepten der Gesundheitsförderung können betriebliche Ansätze

zur Förderung der psychischen Gesundheit auf zwei Ebenen – der Veränderung der Situation und der gezielten Förderung und Unterstützung von Personen – ansetzen. Das Interventionsspektrum auf beiden Ebenen reicht von der Primärprävention bzw. Entwicklung und Förderung der psychischen Gesundheit über die Unterstützung und Stärkung bereits Betroffener bis zur gezielten Rehabilitation und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess.

Primärprävention und Förderung der psychischen Gesundheit

Im Sinne der bisherigen Ausführungen ist für den Erhalt und die Förderung der psychischen Gesundheit von ArbeitnehmerInnen eine möglichst Distress-freie Arbeitsumgebung günstig.

Wie sollten derartige Arbeitsumgebungen beschaffen sein? Die Fachliteratur stellt eine Reihe von unterschiedlichen, einander teilweise überschneidenden, teilweise ergänzenden Konzepten und Ansätzen zur Verfügung, die zur Charakterisierung solcher Arbeitswelten herangezogen werden können:

- Gemäß Antonovskys Salutogenese-Konzept sind verstehbare, bewältigbare und sinnhafte Lebensbedingungen der Gesundheit am zuträglichsten ⁽³⁴⁾. **Verstehbarkeit** kann im Arbeitskontext durch klare Regeln und Abläufe hergestellt werden. **Bewältigbar** ist die Arbeit dann, wenn eine Balance zwischen Arbeitsanforderungen, persönlichen Möglichkeiten und Unterstützung zur Leistungserbringung gegeben ist. Als **sinnhaft** wird die Arbeit erlebt, wenn eigene konstruktive Beiträge geleistet werden können.
- Ähnliche Perspektiven kommen aus der Gehirnforschung. Das SCARF-Modell nach David Rock beschreibt fünf neurologisch angelegte menschliche Grundbedürfnisse – Status, Sicherheit (certainty), Autonomie, Beziehung (relatedness) und Fairness. Werden diese Bedürfnisse be-

friedigt, fühlt sich der Mensch belohnt. Andernfalls wittert das Gehirn Gefahr („danger state“) und drosselt die Leistungsbereitschaft ⁽³⁵⁾. Umgelegt auf die Arbeitswelt bedeutet dies: Menschen wollen von Vorgesetzten und KollegInnen **akzeptiert** und tendenziell aufgewertet werden, sie brauchen **Sicherheit** über die Bedingungen und Möglichkeiten an ihrem Arbeitsplatz, sie schätzen **Handlungsautonomie und Gestaltungsfreiräume**, sie brauchen unterstützende **soziale Beziehungen**, und sie wollen, dass **die gleichen Regeln für alle** gelten. Aus der Gehirnforschung können wir darüber hinaus lernen, dass sich menschliche Gehirne nach immer wieder neuen Herausforderungen sehen und daher tendenziell an **abwechslungsreichen Arbeitsplätzen** besser funktionieren.

- Das **Job Demands-Control-Modell** von Theorell und Karasek ⁽³⁶⁾ fokussiert auf die Notwendigkeit einer Balance zwischen den beruflichen Anforderungen, den persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten und Entscheidungsspielräumen. Ist diese Balance nicht gegeben, kommt es entweder zur Unter- oder Überforderung mit entsprechenden gesundheitlichen Konsequenzen. Das Modell greift damit die von Antonovsky beschriebene Notwendigkeit der Bewältigbarkeit und das aus der Ge-

hirnforschung abgeleitete Grundbedürfnis nach Autonomie auf.

- Dies gilt in ähnlicher Weise für das **Job Demands-Resources-Modell** nach Demerouti et al. ⁽³⁷⁾, das die Arbeitsanforderungen in ein Verhältnis zu den für ihre Bewältigung zur Verfügung stehenden Ressourcen setzt. Besteht eine ausgewogene Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen (Arbeitsmittel, Zeit, soziale Unterstützung) und damit bewältigbar, ist die Arbeit gesund.
- Das **Modell der beruflichen Gratifikationskrisen** (efford-reward imbalance model) nach Siegrist ⁽³⁸⁾ orientiert sich eher an den neurologischen Grundbedürfnissen der Stausicherheit und der Fairness. Hier geht es darum, dass Menschen für ihre Leistungen angemessen belohnt werden wollen, und zwar sowohl materiell als auch in Form von Gerechtigkeit, Arbeitsplatzsicherheit und Aufstiegschancen.

Generell können alle betrieblichen Ansätze zur Sicherung bzw. Verbesserung der genannten Bedingungen als Beiträge zur psychischen Gesundheit der MitarbeiterInnen verstanden werden. Ein Ansatz, der die genannten Aspekte verbindet, ist ein 6-Punkte-Programm zur unternehmerischen Burnout-Prophylaxe nach Maslach und Knoll:

- **Sicherstellen einer angemessenen Arbeitsmenge:** Diese ist u.a. dadurch gekennzeichnet, dass Erholung möglich ist und eine Passung zwischen den Anforderungen und Fähigkeiten der MitarbeiterInnen besteht bzw. hergestellt wird.
- **Ermöglichen von Gestaltungsspielräumen:** Wo dies möglich ist, sollten keine zu einengenden Detailvorschriften formuliert werden. MitarbeiterInnen sollten Einflussmöglichkeiten auf ihr Arbeitstempo und auf die Art und Weise haben, wie sie ihre Arbeit erledigen.
- **Anerkennung geben:** Die finanzielle Entlohnung sollte angemessen sein, soziale Anerkennung durch Vorgesetzte und KollegInnen in Form von Rückmeldungen gegeben werden.
- **Arbeitsklima und Kollegialität:** Mit Konflikten sollte förderlich umgegangen werden, angemessene Möglichkeiten zum sozialen Austausch sollten gefördert und generell auf gute soziale Beziehungen bei der Arbeit geachtet werden.
- **Gerechtigkeit:** Die Arbeit sollte gerecht auf die verfügbaren MitarbeiterInnen verteilt, gleiche Leistung mit gleichem Lohn honoriert werden. Intrigen und der Bevorzugung Einzelner ist vorzubeugen.
- **Beachtung von Werten:** Die zu leistende Arbeit sollte moralisch und ethisch vertretbar sein, MitarbeiterInnen sollten nicht genötigt werden, PatientInnen bzw. BewohnerInnen zu übervorteilen oder zu täuschen.

Für die Umsetzung eines derart umfassenden Konzeptes sind insbesondere die Führungskräfte gefragt. Zur Förderung einzelner der genannten Aspekte können aber alle MitarbeiterInnen an ihrem jeweiligen Einflussbereich zumindest in Maßen beitragen.

Neben den genannten betrieblichen Maßnahmen gibt es eine Reihe weiterer Möglichkeiten, die psychische Gesundheit durch personenorientierte Ansätze zu erhalten bzw. zu stärken.

- **Stärkung persönlicher Reflexions- und Coping-Kompetenzen:** MitarbeiterInnen können durch allgemeine Stärkung ihrer persönlichen Fähigkeiten im Erhalt und der Förderung ihrer psychischen Gesundheit unterstützt werden. Dies kann die Stärkung persönlicher Reflexionsfähigkeiten ebenso umfassen wie die Entwicklung von Selbstmanagement-Techniken oder sozialen Fertigkeiten wie Kommunikations- und Konfliktlösekompetenzen.

- **Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die MitarbeiterInnen:** Auch betriebliche Angebote, die auf den ersten Blick keinen Bezug zur psychischen Gesundheit haben – z.B. Eltern- sowie Altersteilzeit, Sport- und Präventionsprogramme – können als wertschätzend empfunden werden und fördern damit ein Gefühl der betrieblichen Zugehörigkeit. Dazu kann auch gehören, den Kontakt zu bereits pensionierten MitarbeiterInnen aufrecht zu halten.
- **Supervision, Coaching:** Gerade bei helfenden Berufen spielt die Psychohygiene – die Verarbeitung belastender beruflicher Erlebnisse – eine wichtige Rolle für den Erhalt der psychischen Gesundheit. ExpertInnen empfehlen für diesen Sektor daher entsprechende Supervisions- und Coaching-Angebote. Spezifische Empfehlungen für die Selbstpflege von Angehörigen der Gesundheitsberufe bei Stress und Burnout hat Ingrid Kollak in ihrem Ratgeber zusammengestellt ⁽⁴⁰⁾.

Angemessene Bearbeitung bestehender arbeitsrelevanter Probleme der psychischen Gesundheit

Selbst bei optimaler Primärprävention und Gesundheitsförderung können nicht alle Belastungen abgefedert werden. Betriebe sollten sich daher regelmäßig einen Überblick über bestehende Belastungen ihrer MitarbeiterInnen verschaffen.

- **Evaluierung psychischer Fehlbelastungen als Voraussetzung für entsprechende Veränderungen:** Seit 01.01.2013 sind ArbeitgeberInnen gemäß einer Novelle des Arbeitnehmerschutzgesetzes (BGBl. I Nr. 118/2012) verpflichtet, Arbeitsplätze auch hinsichtlich psychischer Fehlbelastungen systematisch zu evaluieren und im Bedarfsfall entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Situation einzuleiten. Oft können bereits Kleinigkeiten einzelnen MitarbeiterInnen das Arbeitsleben erheblich erleichtern.
- **Krankenstands-Rückkehrgespräche:** Diese stellen eine individualisierte Form der Feststellung allfälliger Fehlbelastungen dar. Gerade bei unspezifischen Krankenständen können auch (psychische) Probleme am Arbeitsplatz eine Ursache sein. Im Rahmen eines Krankenstands-Rückkehrgesprächs können sich Vorgesetzte ein Bild von der Situation machen und entsprechende unterstützende Maßnahmen einleiten. Ein vertrauensvolles Klima zwischen MitarbeiterInnen und Führungskräften ist allerdings eine wichtige Voraussetzung dafür, dass diese Maßnahme funktioniert und nicht als Kontrolle oder Machtmissbrauch erlebt wird. Hilfreich ist es auch, solche Gespräche explizit als Willkommens-Gespräche zu definieren ⁽³⁹⁾.
- **Betriebliche Veränderungsmaßnahmen einleiten:** Sind psychische Fehlbelastungen primär auf die betriebliche Situation zurückzuführen – z.B. chronische Unterbesetzung in einer Abteilung – sind geeignete Maßnahmen auf Organisations-ebene zu ergreifen.
- **Unterstützung von Personen, Hilfe zur Selbsthilfe und zur Bewältigung persönlicher Krisen anbieten:** Sind MitarbeiterInnen an ihrem aktuellen Arbeitsplatz über- oder unterfordert, können Ver-

Wie bereits bei der Primärprävention und Förderung der psychischen Gesundheit können auch bei der Bearbeitung bestehender Probleme Maßnahmen auf Organisationsebene und Personenebene – entweder für sich oder kombiniert – zum Einsatz kommen.

änderungen des Aufgabenspektrums und der Entscheidungsbefugnisse oder interne Versetzungen Abhilfe schaffen. Auch auf die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen zugeschnittene Schulungen (z.B. zur Verbesserung des Selbstmanagements und der persönlichen Coping-Fähigkeiten) und berufliche Fort- und Weiterbildungen können die Situation verbessern.

Sind MitarbeiterInnen durch Konflikte am Arbeitsplatz belastet, kann die Unterstützung in der Konfliktbearbeitung bis hin

zum Beiziehen eines externen Mediators hilfreich sein.

Temporäre Belastungen können nicht zuletzt auch durch Krisen im privaten Bereich entstehen. Es ist für betroffene MitarbeiterInnen sehr unterstützend, wenn der Betrieb hier z.B. durch eine vorübergehende individuelle Gestaltung der Arbeitszeit unterstützen kann. In jedem Fall sollten personenorientierte Maßnahmen gemeinsam mit dem / der betroffenen MitarbeiterIn entwickelt werden.

Berufliche Rehabilitation und Wiedereingliederung

Eine immer wichtigere Rolle spielen die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit und die berufliche Rehabilitation z.B. nach einer Burnout- oder Suchterkrankung. Der Anstieg der Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen hat zur Verankerung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pension“ in der österreichischen Sozialversicherung geführt. Entsprechend gilt jeder Antrag auf Zuerkennung einer Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension gleichzeitig als Antrag auf Rehabilitation, und der weitere Ausbau der psychiatrischen Rehabilitation – sowohl stationär als auch ambulant – gehört zu den Maßnahmen, die der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in seiner Strategie zur psychischen Gesundheit der ÖsterreicherInnen formuliert hat ⁽⁷⁾.

Damit eine berufliche Rehabilitation gelingt, sind zumindest drei Schritte bedeutsam: das Erkennen und Ansprechen des Problems, die Motivation der Betroffenen zur Inanspruchnahme einer geeigneten Therapie und die Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung durch begleitende Maßnahmen.

■ **Das Problem erkennen und ansprechen:** Je besser die Vertrauensbasis zwischen Vorgesetzten und MitarbeiterInnen, desto eher kann ein betrieblich relevantes

Gesundheitsproblem direkt angesprochen werden. Wichtig ist, im Gespräch die Vertrauensbasis weiter zu fördern, nach Möglichkeit Existenzängste – die oft hinter einem Burnout- oder Suchtproblem stehen – abzumildern und Perspektiven der Behandlung und der beruflichen Wiedereingliederung aufzuzeigen. Aber nicht immer ist ein betriebsinternes Gespräch die beste Lösung. So gibt es etwa in der betrieblichen Suchtprävention den Ansatz, Präventionsworkshops mit ganzen Teams abzuhalten, um niemanden gegen seinen / ihren Willen zu „outen“ und Betroffenen die Möglichkeit zu geben, anonym mit externen ExpertInnen zu sprechen. Das österreichische Programm fit2work, das Personen, die bereits aus dem Arbeitsprozess herauszufallen drohen, mit maßgeschneiderten Angeboten unterstützt (<http://www.fit2work.at/home/>), bietet im Bedarfsfall ebenfalls die Möglichkeit zu einem anonymen Gespräch über berufliche Probleme und Lösungsmöglichkeiten.

■ **Zu einer geeigneten Problembearbeitung bzw. Therapie motivieren:** Ist ein Burnout- oder Suchtproblem weit fortgeschritten, kann es meist nicht mehr „on the job“ gelöst werden. Hier sind spezifische Behandlungsmaßnahmen erforderlich, die meist auch mit einem längeren

Krankenstand der Betroffenen einhergehen. Aufgrund der noch immer vorherrschenden Tabuisierung von Burnout- und Suchtphänomenen und aus Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes fällt es den Betroffenen oft schwer, diesen Schritt zu gehen. Hier bedarf es besonders einfühlsamer und kompetenter Unterstützung und Motivationsarbeit. Dabei kann es auch helfen, auf eigens für betroffene Berufsgruppen entwickelte Programme hinzuweisen. So gibt es etwa in Deutschland spezifische Suchtkliniken für abhängige Ärzte. Ermutigend sind die Behandlungsfortschritte, die in diesen Einrichtungen erzielt werden: Die Entwicklung spezifischer Programme, in denen die besonderen Problemstellungen abhängiger Ärzte berücksichtigt werden, führte dazu, dass

die Therapieergebnisse mit Abstinenzquoten von 70-80 % innerhalb eines Jahres weit über dem Durchschnitt liegen ⁽⁴¹⁾.

- **Die berufliche Wiedereingliederung unterstützen und begleiten:** Kommen MitarbeiterInnen von der Therapie zurück, ist darauf zu achten, dass jene Risikofaktoren, die die Entstehung der ursprünglichen Problematik begünstigt haben, nach Möglichkeit reduziert werden. Dazu können Versetzungen auf einen weniger belastenden Arbeitsplatz, die Reduktion der Arbeitszeit und generell das Bemühen um ein gutes soziales Klima gehören. Ist eine berufliche Wiedereingliederung nicht mehr möglich, sollten MitarbeiterInnen bei einem fairen und geordneten Übergang in die Pension unterstützt werden.

2.3 Zusammenfassung: Wichtige Punkte für den Erhalt und die Förderung der psychischen Gesundheit der MitarbeiterInnen

Probleme der psychischen Gesundheit stellen heute bei erwerbstätigen Personen den größten Teil der Gesundheitsprobleme dar.

Wie bei der körperlichen Gesundheit gilt auch für die psychische Gesundheit: **Vorbeugen ist besser als heilen.**

Zur Förderung, zum Erhalt und zur Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der MitarbeiterInnen im betrieblichen Kontext gehören:

- **Primärprävention und Förderung der psychischen Gesundheit** vor allem durch betriebliche Maßnahmen, insbesondere durch Sicherstellen einer angemessenen Arbeitsmenge, Ermöglichen von Gestaltungsspielräumen, das Ausdrücken von Anerkennung, die Förderung eines kollegialen Arbeitsklimas, Gerechtigkeit und Werteorientierung bei der Arbeit. Diese Maßnahmen können durch die Stärkung persönlicher Reflexions- und Coping-Kompetenzen der MitarbeiterInnen im Rahmen von Schulungen und Personalentwicklungsmaßnahmen, aber auch durch Supervisions- und Coaching-Angebote unterstützt und abgerundet werden.
- **Angemessene Bearbeitung bestehender arbeitsrelevanter Probleme der psychischen Gesundheit:** Risiken für die psychische Gesundheit sollten regelmäßig und systematisch erhoben werden, wie dies etwa im Rahmen der Evaluation psychischer Fehlbelastungen vorgesehen ist. Die dabei erkannten Probleme sollten einer sachgemäßen Bearbeitung zugeführt werden. Handelt es sich um strukturelle Probleme, müssen geeignete Maßnahmen auf Betriebsebene gesetzt werden. Handelt es sich um spezifische Probleme einzelner MitarbeiterInnen, sind dafür geeignete Lösungen gemeinsam mit dem / der MitarbeiterIn zu entwickeln. Diese können von einer Veränderung des Aufgabenbereichs bis zur Unterstützung in der Bearbeitung eines aktuellen Kon-

fliktiv reichen.

- Unterstützung der MitarbeiterInnen in der **beruflichen Rehabilitation und Wiedereingliederung**: Bei gravierenden psychischen Problemen helfen manchmal nur eine längere berufliche Auszeit und eine fachgemäße Therapie. Für den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in solchen Situationen sind zumindest drei Schritte erforderlich: das Erkennen und Ansprechen des Problems, die Motivation des / der MitarbeiterIn zu einer geeigneten Problembearbeitung bzw. Therapie und die Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung durch Reduktion jener Risikofaktoren, die ursprünglich das Auftreten des Problems begünstigt haben.

3 Die psychische Gesundheit von PatientInnen fördern

„Interventionen, welche erst dann einsetzen, wenn eine definierte seelische Störung besteht, kommen häufig zu spät und vermögen nur Teilaspekte der Störung zu beeinflussen, wenn sie sich auf die reine Kuration beschränken.“ ⁽¹⁹⁾

Dieses Kapitel behandelt Probleme der psychischen Gesundheit von PatientInnen, die im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen, mit durch körperliche Erkrankungen bedingten Spitalweisungen oder durch den Langzeitaufenthalt in einer stationären Einrichtung auftreten können.

Eigenständige psychiatrische Erkrankungen sind ein gesondertes Thema, dessen Behandlung den Rahmen dieses Papiers sprengen

würde. Da solche Erkrankungen natürlich auch Auswirkungen auf die Behandlung körperlicher Gesundheitsprobleme und die Selbstpflege der PatientInnen haben können, ist es allerdings erforderlich, im Rahmen der Anamnese bzw. während des Aufenthalts abzuklären, ob entsprechende Problematiken vorliegen, und diese im Fall des Falles einer Behandlung zuzuführen.

3.1 Welche Probleme mit der psychischen Gesundheit können bei PatientInnen auftreten?

(Stationäre) PatientInnen können in mehrfacher Hinsicht von Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit im Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung bzw. mit dem Aufenthalt betroffen sein. Dazu gehören:

- das Auftreten von Stress und Ängsten als Folge einer stationären Aufnahme;
- das Auftreten psychischer Komorbiditäten bei körperlichen Erkrankungen;
- das Auftreten von psychischem Hospitalismus und Deprivation als massive Folgen ungenügender psychischer Betreuung während stationärer Aufenthalte.

Stress und Ängste als unerwünschte Nebenwirkung einer stationären Einweisung

Stationäre Einweisungen – vor allem die Ungewissheit über den eigenen Zustand und der Aufenthalt in einer unvertrauten, der eigenen Kontrolle weitgehend entzogenen Umgebung – stellen für die meisten Menschen einen nicht unbeträchtlichen Stressor dar. Besonders bei vulnerablen Gruppen – Kinder, Schwerkranke und alte Menschen – können auch Traumatisierungen auftreten. Dieses Phänomen scheint leider kaum systematisch untersucht zu sein, sodass man wenig über die konkreten Auslöser und Stresslevels von

KrankenhauspatientInnen und BewohnerInnen stationärer Einrichtungen weiß. Dass Stress bei PatientInnen jedoch in mehrfacher Hinsicht klinisch bedeutsam ist, gilt als unbestritten. So haben etwa Fogelholm et al. ⁽⁴²⁾ festgestellt, dass PatientInnen auf den Stress einer Spitalweisung mit erhöhtem Blutdruck reagieren können. Die Forschung im Bereich der Psychoneuro-Immunologie zeigt, dass Stress zahlreiche nachteilige Wirkungen auf biologische Prozesse hat. Dazu gehört z.B. eine herabgesetzte Immunreaktion – so

entwickeln gestresste PatientInnen nach Schutzimpfungen weniger Antikörper und haben daher weniger Schutzeffekt durch die Impfung. Bekannt ist auch die Verzögerung der Wundheilung bei Stress ⁽⁴³⁾. Umgekehrt zeigen Studien, dass die Wirksamkeit klinischer Behandlungen signifikant gesteigert werden kann, wenn PatientInnen zugleich psychische Interventionen zum Stressabbau erhalten ⁽⁴⁴⁾. Aus der Gesundheitskompetenz-Forschung ist schließlich bekannt, dass Ängste und Stress im Zusammenhang mit einer Erkrankung und klinischen Einweisung selbst bei gut gebildeten Menschen die Fähigkeit herabsetzen, Informationen durch das medi-

zinische und pflegerische Personal ausreichend zu erfassen und danach zu handeln ⁽⁴⁵⁾. Schlechte Compliance oder Koproduktion und ungenügende Selbstpflege können die Folge sein.

Stress wirkt also der körperlichen Stabilisierung und Wiederherstellung zumindest in zweifacher Hinsicht entgegen: Zum einen erhöht er durch seine biochemische Wirkung körperliche Risikofaktoren wie Bluthochdruck und reduziert die körperlichen Abwehr- und Selbstheilungsmechanismen. Zum anderen wirkt er sich nachteilig auf die gesundheitsrelevante Handlungsfähigkeit der PatientInnen aus.

Psychische Ko-Morbidität bei körperlichen Erkrankungen

Insbesondere bei PatientInnen mit schwerwiegenden, funktionell stark beeinträchtigenden oder chronischen körperlichen Erkrankungen treten häufig parallel zur physischen Krankheit auch Probleme der psychischen Gesundheit auf. PatientInnen mit einer oder mehreren körperlichen Erkrankungen haben ein 1,5-2fach erhöhtes Risiko für eine psychische Beeinträchtigung ⁽⁴⁶⁾. So können bei etwa 50 % der Personen mit chronischen Rückenschmerzen auch psychische Beeinträchtigungen festgestellt werden. Chronische SchmerzpatientInnen haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein dreimal höheres Depressionsrisiko. Auch bei DiabetespatientInnen konnten klar erhöhte Risiken für Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit festgestellt werden ⁽⁴⁷⁾.

Zwar streiten ExpertInnen darüber, ob körper-

liche Erkrankungen psychische Erkrankungen begünstigen oder umgekehrt. Vieles deutet aber darauf hin, dass psychische Beeinträchtigungen häufig eine Folge körperlicher Erkrankungen sind. So können etwa mit der Erkrankung zusammenhängende Ängste und Ungewissheiten längerfristig Depressionen begünstigen. Und Medikamente (z.B. Analgetika, Blutdrucksenker, Schilddrüsenhormone), die in der Therapie vieler körperlicher Erkrankungen eingesetzt werden, können unerwünschte psychische Nebenwirkungen haben ⁽⁴⁷⁾.

Betroffene leiden nicht nur doppelt, sondern die vorliegende psychische Störung kann sich durch verminderte Fähigkeit zur Selbstpflege und zum Coping mit der körperlichen Erkrankung negativ auf die Stabilisierung und Heilung auswirken ⁽⁴⁶⁾.

Psychischer Hospitalismus

In besonders drastischen Fällen kann eine Spitalseinweisung oder der Langzeitaufenthalt in einer Pflegeeinrichtung – sowohl bei Kindern als auch bei alten Menschen – zum psychischen Hospitalismus führen. Darunter versteht man die negativen psychischen Begleit-

folgen eines stationären Aufenthalts, die durch mangelnde Umsorgung, Interaktion und Sinnesreize ausgelöst werden ⁽⁴⁸⁾. Bei Kindern kann Hospitalismus zu Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsstörungen führen, zu einer Erschütterung des Urvertrauens und zu

einem gestörten Bindungsverhalten im späteren Leben. Bei alten Menschen fördert er den psychischen wie körperlichen Abbau und das Auftreten von Demenz ⁽⁴⁸⁾.

Hospitalisierte Menschen sind oft schwer zu pflegen: Um das empfundene Aufmerksamkeits-Defizit auszugleichen, neigen sie zu regredierendem Verhalten wie z.B. dem Wunsch, gefüttert zu werden, es kann zu Einnässen und Einkoten kommen. PatientInnen, die aufgrund von Bettlägerigkeit keinerlei sensorische Abwechslung erleben, neigen darüber hinaus zur Erzeugung „eigener“ Stimulationen z.B. durch Selbstverletzungen, monotone Schaukelbewegungen oder Halluzinationen, um dadurch die Stimulation des Nerven-

systems aufrecht zu erhalten. Nicht zuletzt können Betroffene auf Annäherung und Stimulierung der Sinnesreize mit übermäßiger Abwehr reagieren, wenn sie diese als Bedrohung fehldeuten ⁽⁴⁸⁾.

Das Auftreten von psychischem Hospitalismus ist klar als Versagen der betreuenden Einrichtung und als Qualitätsproblem – vergleichbar medizinischen Fehlern – aufzufassen ⁽⁴⁸⁾. Besonders tragisch daran ist, dass die pflegerische Vernachlässigung, die das Auftreten von Hospitalismus begünstigt, in Folge – aufgrund der herabgesetzten Eigenständigkeit der PatientInnen – erst recht eine Zunahme des Pflegebedarfs nach sich zieht.

3.2 Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit bei stationären PatientInnen und BewohnerInnen

Die dargestellten Probleme legen nahe, wie wichtig die Unterstützung der psychischen Gesundheit von PatientInnen und BewohnerInnen nicht nur für deren individuelle Lebensqualität, sondern auch für ihre körperliche Stabilisierung und Wiederherstellung ist. Es sollte auch klar geworden sein, dass der Reduktion von Stress bzw. der Unterstützung

beim Coping mit Stress hierbei eine wichtige Rolle zukommt.

Trotz der immer kürzeren Verweildauern können Krankenbehandlungseinrichtungen dazu in unterschiedlicher Form beitragen. Pflegeeinrichtungen haben noch eine Reihe zusätzliche Möglichkeiten.

Primärpräventive Maßnahmen

Die bereits im Kapitel über die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen dargestellten Erkenntnisse aus der Salutogenese- und der Gehirnforschung – die Bedürfnisse nach Bewältigbarkeit, Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit, Status, Sicherheit (certainty), Autonomie, Beziehung (relatedness) und Fairness – gelten auch für PatientInnen und BewohnerInnen. Entsprechend können eine Reihe von Bedingungen abgeleitet werden, die im Falle des Kontaktes mit einer Krankenbehandlungseinrichtung bzw. eines stationären Aufenthalts die Befriedigung dieser Bedürfnisse unterstützen. Folgende Maßnahmen können die Herstellung dieser Bedingungen fördern:

- **Aufklärung und Information zum Aufenthalt, zu Gesundheitszustand, Behandlungsoptionen und eigenen Beiträgen:** Schon lange ist aus der Forschung bekannt, dass PatientInnen ein subjektiv erlebtes Aufklärungs- und Informationsdefizit als wesentlichen Belastungsfaktor ansehen ⁽⁴⁹⁾. Die Bereitstellung und Vermittlung **verständlicher und subjektiv ausreichender Informationen** sowohl über Gesundheitszustand und Behandlungsoptionen – einschließlich Zukunftsperspektiven – als auch über unterschiedliche Aspekte des Aufenthalts (z.B. Details zum Tagesablauf, Möglichkeit zum

sicheren Verwehren von Wertgegenständen) tragen nicht zuletzt zum Erleben der Situation als versteh- und bewältigbar bei und unterstützen das neuronale Bedürfnis nach Sicherheit. **Patientenorientierte Information ist daher eine ganz wesentliche Maßnahme zur Primärprävention von Stress während des Aufenthalts.** ExpertInnen für Gesundheitskompetenz empfehlen eine Reihe besonders effektiver Kommunikationsstrategien wie z.B. die Verwendung von Alltagssprache, die Kombination mündlicher mit schriftlichen Informationen, muttersprachliche Informationen und – besonders wichtig – die Aufforderung, Nachfragen zu stellen, um die subjektiven Informationsbedürfnisse zu befriedigen, und das Wiedergeben der erhaltenen Information mit eigenen Worten, um dadurch das Verständnis zu bestätigen⁽⁴⁵⁾.

- **Stressbewältigungs-Angebote für PatientInnen:** Stress begünstigt nicht nur die Entstehung körperlicher wie psychischer Erkrankungen, sondern er kann durch geeignete, erlernbare Interventionen messbar reduziert werden. Angebote zur Stressbewältigung wie z.B. Achtsamkeitstraining⁽⁵⁰⁾ – bzw. Weiterverweise auf solche Angebote im extramuralen Bereich – sollten daher ebenso selbstverständlich zur allgemeinen und spezifischen Patientenschulung gehören wie Schulungen über adäquate Ernährung und Bewegung bei bestimmten Diagnosen. Dies ist auch deshalb bedeutsam, weil die Erfahrung, Stress reduzieren zu können, bei den PatientInnen das Gefühl der Bewältigbarkeit der Erkrankung (Selbstwirksamkeit) unterstützt, woraus weitere positive Heilimpulse entstehen können⁽⁵¹⁾.
- **Klinisch-psychologische, psychotherapeutische und seelsorgerische Angebote:** Gerade bei ernsthaften Diagnosen stellen sich oft Fragen nach dem Warum. Die nach Antonovsky wichtige Erfah-

rung von Sinnhaftigkeit⁽³⁴⁾ kann durch psychologische, psychotherapeutische oder seelsorgerische Betreuung erheblich unterstützt werden.

- **Gemeinsame Zielvereinbarung – von der Compliance zur Koproduktion:** Bei vielen Diagnosen und auch in der Langzeitbetreuung sind Lebensqualität und klinische Parameter besser, wenn PatientInnen bzw. BewohnerInnen die Verantwortung nicht (vollständig) abgeben, sondern ihren eigenen Beitrag zur Gesundheit leisten. Durch diese Koproduktion haben sie ein besseres Erleben der Bewältigbarkeit der Situation und erfahren mehr Sicherheit und Autonomie. Im Gegensatz zur Compliance – dem Ausmaß, in dem PatientInnen die Anordnungen ihres Arztes oder Therapeuten befolgen – geht es bei Koproduktion um das gemeinsame Vereinbaren von Zielen, die für PatientInnen akzeptabel und befolgsam sind. Studien legen nahe, dass PatientInnen dazu eher bereit sind als zur Compliance. In der Profi-Patient-Kommunikation sollten Behandlungsziele und Wege zur Zielerreichung daher immer gemeinsam erarbeitet und vereinbart werden.
- **Respektvolle und wertschätzende Kommunikation:** Dazu gehört zum Beispiel, PatientInnen mit dem Familiennamen anzureden und mit und nicht über sie zu sprechen. Diese und ähnliche Kommunikationsstrategien tragen dem neuronalen Bedürfnis nach Status, aber auch den Bedürfnissen nach Beziehung und Fairness Rechnung. Anregungen zum Führen von Patientengesprächen hat der deutsche Arzt und Vorsitzende des deutschen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser Klaus-Diethart Hüllemann in einem Buch zusammengestellt⁽⁵²⁾.
- **Selbständigkeit und Aktivität erhalten und fördern:** Die Einbindung von PatientInnen bzw. BewohnerInnen in die Ver-

richtung von Alltagstätigkeiten (Vermeidung von Überversorgung) kann einen wichtigen Beitrag zum Erhalt und zur Förderung ihrer Selbständigkeit und zum Erleben von Sinnhaftigkeit leisten, sofern dies körperlich und psychisch möglich ist. Dadurch wird auch das Bedürfnis nach Bewältigbarkeit und Autonomie unterstützt.

- **Freundliche und anregende Gestaltung der räumlichen Umwelt:** Die ansprechende Gestaltung von Behandlungs- und Aufenthaltsräumen gibt Sicherheit und kann – nicht nur bei Kindern – entscheidend dazu beitragen, Angst zu nehmen. Bei der Behandlung von **AkutpatientInnen** spielen Faktoren wie Tageslicht oder der Blick aus dem Fenster auch eine nachgewiesene Rolle bei der Heilung. So zeigte eine Studie an 628 Patienten nach einem primären Herzinfarkt, dass jene, die in sonnigen Räumen untergebracht waren, eine kürzere Verweildauer und geringere Mortalität hatten als jene in dunklen Zimmern ⁽⁵³⁾. Es wird vermutet, dass eine ausreichende Menge an Tageslicht das subjektive Wohlbefinden und gewisse biochemische Prozesse unterstützt, die wiederum die Heilung begünstigen. Weitere Faktoren, die das Wohlbefinden von PatientInnen steigern können, sind ausreichend Platz, das Wahren der Privatsphäre und ein geringer Lärmpegel. Für **Personen in Langzeitbetreuung** kommt der räumlichen Gestaltung noch eine besondere zusätzliche Funktion zu: Um sensorischer Deprivation vorzubeugen oder sie rückgängig zu machen, ist es wichtig, im Lebensumfeld entsprechende Sinnesreize – z.B. Bilder an der Decke – anzubieten ⁽⁴⁸⁾. Die räumlichen und baulichen Beiträge zur Gesundheitsförderung werden zunehmend im Rahmen von Überlegungen zur evidenzbasierten Krankenhausarchitektur ⁽⁵⁴⁾ erforscht und diskutiert.

- **Begleitung und Besuche ermöglichen:** Für Personen mit einem funktionierenden sozialen Netzwerk können Besuche durch Verwandte und Freunde eine wesentliche Ressource für die Bewältigung der Krankheitssituation darstellen. Besonders wichtig ist dies für vulnerable Personen. Für kleinere Kinder, aber auch für SeniorInnen kann ein Krankenhausaufenthalt traumatisierende Wirkung haben – die Begleitung durch vertraute Personen gibt Sicherheit und wirkt präventiv. Bei Kindern hat sich daher seit längerem die Begleitung durch Eltern oder andere Vertrauenspersonen bewährt, wie dies auch in der internationalen EACH-Kinderrechtscharta ⁽⁵⁵⁾ gefordert wird.

Bei älteren Menschen besteht hinsichtlich der sozialen Betreuung im Behandlungskontext noch Nachholbedarf. So gibt es Betreuungslücken an der Nahtstelle Wohnheim – Krankenbehandlung. SeniorInnen sind z.B. beim Besuch von Ambulanzen häufig sich selbst überlassen bzw. müssen lange auf Bring- und Holdienste, was zu einer Überforderung und Verschlechterung ihrer Befindlichkeit führen kann. Ein gutes Beispiel für eine Verbesserungsmaßnahme ist das ehrenamtliche Team des Rotkreuz-Sozialdienstes Bruck / Mur (Stmk.), der Montag- bis Freitagvormittag wartende SeniorInnen betreut. Die Vorteile liegen auf der Hand: Rettungssanitäter müssen nicht mehr auf ihre PatientInnen warten, hilflose Menschen werden während der Wartezeit vom Sozialdienst betreut, das Pflegepersonal des Krankenhauses ist entlastet (<http://www.rotekreuz.at/stmk/dienststelle/n/bruckkapfenberg/bezirksstelle/ortsstelle/n/bruck-an-der-mur/was-wir-tun/pflege-betreuung/lkh-betreuungsdienst/>; besucht am 24.10.2013).

- **Besuchsdienste anbieten:** Besuchsdienste können gerade bei älteren, allein-stehenden PatientInnen einen wichtigen

Beitrag zur psychosozialen Gesundheit leisten. Sie unterstützen das neuronale Bedürfnis nach Beziehung, aber auch das Erleben der Situation als bewältigbar, indem Besuchsdienst den / die PatientIn z.B. durch Erledigen einfacher Hilfstätigkeiten entlastet. Damit ist auch dem klinischen Personal geholfen, und für die BesucherInnen ergibt sich der Benefit einer sinnvollen ehrenamtlichen Beschäftigung. Ein gutes Beispiel ist das Patientenhilfsteam Rudolfstiftung (Wien), das im Rahmen des ersten europäischen Modellkrankenhausprojekts für Gesundheitsförderung in den 1990er Jahren gegründet wurde und bis heute besteht ⁽⁵⁶⁾. Besuchsdienste können durch Maßnahmen wie Vorlesen, Erzählen, Betrachten von Fotos oder Bildern auch zur Vermeidung von psychischem Hospitalismus beitragen ⁽⁴⁸⁾.

- **Bonding unterstützen:** Ein besonders wichtiger Bereich für die Primärprävention psychischer Gesundheitsprobleme ist die Geburtshilfe. Die Förderung des Bondings ist ein wichtiger Aspekt der Unterstützung

der psychischen Gesundheit der Mutter wie des Babys. Studien zufolge wird dadurch das Risiko von Kindesvernachlässigung und -missbrauch reduziert und für Mütter das Risiko einer Wochenbettdepression senkt. Daher legt z.B. das Baby-friendly-Hospitals-Programm von WHO und UNICEF großen Wert auf Bonding auch nach Kaiserschnitt.

- **Humor:** Vor allem bei Kindern wird versucht, die psychische Befindlichkeit auch durch den gezielten Einsatz von Humor zu steigern. In Österreich bieten die Cliniclowns und die Roten Nasen / Clown Doctors entsprechende Angebote an (www.cliniclowns.at; www.rotenasen.at; besucht am 25.10.2013). Dass Humor auch für Erwachsene eine wirksame Medizin sein kann, betont der amerikanische Arzt Patch Adams, der in Humor und Freundschaft wichtige Grundlagen sowohl für die Heilung der PatientInnen als auch für die Burnout-Prophylaxe bei MitarbeiterInnen sieht (<http://www.patchadams.org>; besucht am 25.10.2013)

Erkennen, Bearbeiten und Rehabilitation bestehender psychischer Probleme von PatientInnen und BewohnerInnen

Aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Komorbiditäten ist deren systematische Erfassung und Behandlung sowohl für die Lebensqualität der Betroffenen als auch zur Unterstützung der körperlichen Heilung bedeutsam. Eine Reihe von Maßnahmen können hierfür empfohlen werden:

- **Screening:** Zum Erkennen einer psychischen Komorbidität ist es erforderlich, bereits im Rahmen des Aufnahmegesprächs entsprechende Screenings vorzunehmen. Ein Instrument, das bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 15 Jahren eingesetzt werden kann, ist die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), die auch auf Deutsch erhältlich ist ⁽⁵⁷⁾. Die HADS-D

dient der Erfassung von Angst und Depression bei PatientInnen mit körperlichen Erkrankungen oder (möglicherweise psychogenen) Körperbeschwerden.

Bei schweren Erkrankungen wie Brustkrebst hängt die Coping-Fähigkeit der Betroffenen in besonderem Maß von ihren psychosozialen Ressourcen ab. Hier wird etwa der Sense of Coherence (SOC)-Fragebogen nach Antonovsky empfohlen, um Personen zu identifizieren, die für psychischen Stress besonders anfällig sind. Je nach Ergebnis sollten Betroffenen maßgeschneiderte Unterstützungsangebote gemacht werden ⁽⁵⁸⁾.

Für geriatrische PatientInnen wird im Rahmen des multidimensionalen geriatrischen Assessments ⁽⁵⁹⁾ insbesondere auf das Vorliegen einer Depression geachtet. Dafür wird z.B. die Kurzfassung der Geriatrischen Depressionsskala nach Yesavage eingesetzt ⁽⁶⁰⁾.

Spezifische Instrumente stehen auch für die Früherkennung der Wochenbettdepression zur Verfügung. Trotz der hohen Prävalenzrate von 10-15 % werden die Symptome oft spät oder gar nicht erkannt. Daher empfehlen ExpertInnen ein Screening im Rahmen der Schwangeren-Nachsorge bei allen Müttern 6-8 Wochen postpartal, z.B. mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV oder der Edinburgh Postnatal Depression Scale ⁽⁶¹⁾.

Auch im Rahmen der Schwangerenbetreuung ist ein Screening auf Faktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum oder Gewalt in der Familie, die sich als bedeutsam für die psychische Gesundheit der Mutter wie des Ungeborenen erweisen können, in Kombination mit dem Anbieten von oder Weiterverweisen an entsprechende Angebote und Einrichtungen sinnvoll.

- **Sicherstellung einer adäquaten Behandlung in der Einrichtung und über die Entlassung hinaus:** In Krankenhäusern sind Teams je nach Station interdisziplinär zusammengesetzt oder es besteht die Möglichkeit, psychiatrische Konsiliar- und Liasondienste oder klinische PsychologInnen in die Diagnostik und Behandlung betroffener PatientInnen einzubeziehen. Aufgrund der immer kürzeren Verweildauern ist im Krankenhaus zumeist keine abschließende Behandlung der PatientInnen möglich. Wichtig ist daher deren umfassende Information über weiterführende ambulante und extramurale Angebote, über Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung (Therapie auf Kranken-

schein) und ev. Hilfestellung bei der Organisation von Behandlungsterminen im Rahmen des Entlassungsmanagements. Gerade psychisch beeinträchtigte Personen brauchen oft besondere Unterstützung hinsichtlich Information, Beratung und Organisation ihrer Behandlung und profitieren von Angeboten der integrierten Versorgung, geschlossenen Behandlungsketten und gezieltem Case Management ⁽⁷⁾.

Bei geriatrischen PatientInnen kann eine weiterführende psychosoziale Rehabilitation erforderlich sein ⁽⁶²⁾.

In Altenwohnheimen, wo die Versorgung der BewohnerInnen vor allem über die Hausärzte erfolgt, ist eine systematische Beobachtung und Behandlung der psychischen Gesundheit derzeit nur schwer möglich. Ausbaubar ist der Fokus auf die psychische Gesundheit mit entsprechenden Therapieangeboten auch im Bereich der Langzeitbetreuung.

- **Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen:** Selbsthilfegruppen können für PatientInnen mit psychischen Erkrankungen oder psychischen Beeinträchtigungen aufgrund körperlicher Erkrankungen eine wichtige Bewältigungsressource sein. Bei der Entlassung sollte daher über entsprechende Möglichkeiten und Angebote informiert werden. Die Kooperation mit der Selbsthilfe wird u.a. auch in der Strategie zur psychischen Gesundheit des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger gefordert ⁽⁷⁾.
- **Unterstützung betroffener Angehöriger:** Gerade bei schwer erkrankten Personen können auch Angehörige psychisch betroffen sein. Besonderer Aufmerksamkeit bedürfen die Kinder von Schwerkranken. Für diese besonders vulnerable Gruppe wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf das Konzept „Children of somatically ill parents (CO-

SIP)“ entwickelt. Dabei handelt es sich um eine präventive Kurzintervention für Familien mit einem körperlich kranken Elternteil ⁽⁶⁴⁾.

- **Prävention von Hospitalismus bei langzeitbetreuten PatientInnen:** Um einer sensorischen Deprivation vorzubeu-

gen oder diese zu verbessern, ist es wichtig, Sinnesreize zu setzen, die an die gewohnten Bewegungsmuster und biografischen Erlebnisse der PatientInnen bzw. BewohnerInnen anknüpfen. Eine Methode, die diesen Ansatz systematisch unterstützt, ist die Basale Stimulation ⁽⁶³⁾.

3.3 Zusammenfassung: Wichtige Punkte für den Erhalt und die Förderung der psychischen Gesundheit von PatientInnen und BewohnerInnen

Körperliche Erkrankungen sind häufig mit psychischen Komorbiditäten verbunden, die sich negativ auf den Heilverlauf auswirken können.

Unabhängig davon können Kontakte mit Krankenbehandlungs- Seniorenwohn- und Pflegeeinrichtungen, insbesondere stationäre Aufenthalte, für PatientInnen und BewohnerInnen mit einem hohen Stressniveau verbunden sein, das der körperlichen Stabilisierung und Heilung entgegenwirkt.

Es gibt gute Evidenz dafür, dass die Reduktion von Stress in zumindest zweierlei Weise zur körperlichen Stabilisierung und Wiederherstellung beiträgt: **Ein niedriges Stresslevel unterstützt gesundheitsförderliche biochemische Prozesse und stärkt die Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstpflege.**

Vor diesem Hintergrund können folgende Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit bei PatientInnen beitragen:

- **Stressreduktion bei PatientInnen:** Menschen haben dann ein geringes Stresslevel, wenn die **Bedürfnisse nach Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit ihres Lebens** befriedigt sind. **Dafür brauchen sie Anerkennung, Sicherheit, Autonomie, soziale Beziehungen und Gerechtigkeit.** Alle Maßnahmen, die die Befriedigung dieser Grundbedürfnisse unterstützen, tragen zur Stressreduktion bei. Dazu gehören Aufklärung und Information, gemeinsame Zielvereinbarungen (Koproduktion), psychologische und seelsorgerische Angebote, respektvolle und wertschätzende Kommunikation, eine freundliche und anregende Umwelt, die Förderung von Selbständigkeit und Aktivität, die Ermöglichung von Begleitung und Besuch, die Unterstützung des Bondings in der Geburtshilfe und nicht zuletzt die Förderung von Humor im Krankenhaus.
- **Erkennen, Bearbeiten und Rehabilitation bestehender psychischer Probleme der PatientInnen und BewohnerInnen:** Dies umfasst das Screening nach psychischen Komorbiditäten, die Sicherstellung einer adäquaten Behandlung auch über die Entlassung hinaus einschließlich der Förderung der integrierten Versorgung, geschlossener Behandlungsketten und gezielten Case Managements, die Prävention von Hospitalismus bei langzeitbetreuten PatientInnen, die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und die Unterstützung betroffener Angehöriger.

4 Die psychische Gesundheit in der Region fördern

„Die Zunahme der Betroffenen quer durch alle Bevölkerungs-, Bildungs- und Altersschichten verweist [...] auf Zusammenhänge, die klar außerhalb des Gesundheitssystems selbst liegen. Veränderungen in der Arbeitswelt, in den Familien- und Gemeinschaftsstrukturen, im Lebens- und Arbeitstempo und in sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen haben auch gesundheitliche Folgen für den Einzelnen.“ ⁽⁷⁾

Probleme der psychischen Gesundheit nehmen in allen Bevölkerungsgruppen – nicht zuletzt aufgrund von Zukunftsunsicherheiten in Folge des globalen Wandels – zu. Daher gewinnen Prävention, Zugänge zu Diagnose und Behandlung an Bedeutung für die Lebensqualität der Bevölkerung. Trotz der zunehmenden Verbreitung entsprechender Er-

krankungen gelten diese vielfach immer noch als tabu. Es besteht hoher Bedarf an Information, Aufklärung und Entstigmatisierung. Angehörige der Gesundheitsberufe können dazu aufgrund ihres hohen Ansehens in der Bevölkerung wichtige Beiträge leisten.

4.1 Verbesserung des Behandlungszugangs und systematische Information über Angebote

Nach Zahlen der WHO haben fast alle Staaten Probleme mit dem ausreichenden Zugang zur Behandlung psychischer Erkrankungen. Traditionell wird der Zugang vor allem als Herausforderung für sogenannte vulnerable Bevölkerungsgruppen – z.B. MigrantInnen, Personen mit niedrigem Bildungsniveau – beschrieben. In Österreich tragen die Hauptlast der Erkrankungen im Bereich der psychischen Gesundheit vor allem ältere Personen ab 60. Dies ist zum Teil auf psychische Komorbiditäten zu körperlichen Erkrankungen zurückzuführen, zum Teil auf die zunehmende Vereinsamung in dieser Altersgruppe ⁽⁷⁾. Die Dunkelziffer dürfte aber auch bei höher Gebildeten im Erwerbsalter hoch sein – wird doch eine psychische Erkrankung oftmals als Risiko für die Berufskarriere gesehen und daher häufig verheimlicht.

Für das Gesundheits- und Sozialsystem ergeben sich daraus große Herausforderungen in der Entwicklung von Präventions- und Ver-

sorgungsmodellen, die unterschiedliche Gruppen von Betroffenen in jeweils unterschiedlicher und ausreichender Weise erreichen und unterstützen.

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger ortet Schwachstellen der Versorgung vor allem in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, bei zielgruppenorientierten Konzepten zur Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen sowie älteren Menschen, in der umfassenden Betreuung von Schwerkranken sowie teilweise im Zugang zu niederschwelliger psychotherapeutischer Versorgung ⁽⁷⁾.

Dafür bedarf es der Entwicklung strategischer Kooperationen über die Versorgungsebenen hinweg, etwa auch unter Einbeziehung von Ambulanzen und Rehabilitationseinrichtungen. Die Vernetzung der unterschiedlichen Leistungsanbieter sowie die verstärkte Koordination bereits bestehender Leistungen wird daher auch vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger in seinem Strategiepapier zur psychischen Ge-

sundheit gefordert ⁽⁷⁾. Die dafür notwendigen strukturellen Maßnahmen können allerdings nicht von einzelnen Krankenbehandlungseinrichtungen allein erbracht werden, sondern bedürfen der systematischen Planung und Unterstützung durch die Gesundheitspolitik und die finanzierenden Kassen.

Der spezifische Beitrag der Krankenbehand-

lungseinrichtungen kann in möglichst barrierefreien und systematischen Verbesserung von Informationen über die psychische Gesundheit, über Behandlungsmöglichkeiten und entsprechende Angebote bestehen. Dazu können Webseiten, Informationen in Regionalmedien und die Verbreitung von Informationen auch über kooperierende Einrichtungen beitragen.

4.2 Öffentlichkeitsarbeit zur Entstigmatisierung

Die immer noch bestehende Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und die Diskriminierung Betroffener verhindern oft, dass rechtzeitig eine Behandlung in Anspruch genommen wird, auch wenn der Zugang prinzipiell gegeben wäre. ExpertInnen sehen in diesem Bereich Handlungsbedarf. Krankenbehandlungseinrichtungen können auf unterschiedliche Weise beitragen:

- **Gezielte Öffentlichkeitsarbeit z.B. im Rahmen des World Mental Health Day:** Dieser findet jährlich am 10. Oktober mit jeweils wechselnden Themen statt und

bietet Gelegenheit für gezielte Öffentlichkeitsarbeit. Angehörige der Gesundheitsberufe genießen in der Bevölkerung hohes Ansehen und können sich z.B. im Rahmen von Gesundheitstagen oder Medienkooperationen öffentlichkeitswirksam für einen offenen Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen und für die Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung einsetzen (zum World Mental Health Day siehe die Web-Site der WHO, besucht am 08.10.2013: http://www.who.int/mental_health/world_mental_health_day/en/index.html).

4.3 Kooperation mit nicht-klinischen Settings

Es gibt viele evidenzbasierte Ansätze zur Primärprävention psychischer Beeinträchtigungen und zur Förderung des psychischen Wohlbefindens in so unterschiedlichen Settings wie Familien, Kindergärten, Schulen, Betrieben oder Nachbarschaftszentren. In Österreich haben Krankenbehandlungseinrichtungen dafür keinen gesetzlichen Auftrag. Primärpräventive Ansätze fallen eher in den Aufgabenbereich der Sozialarbeit oder der Jugendwohlfahrt.

Dennoch gibt es aus dem Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen gute Beispiele für Kooperationen zwischen Kran-

kenbehandlungseinrichtungen und nicht-klinischen Settings, zum Beispiel Suchtpräventionsworkshops in Schulen oder Betrieben, die von KrankenhausmitarbeiterInnen geleitet werden.

Last but not least können Angehörige der Gesundheitsberufe mit ihrem enormen Fachwissen und ihrer hohen Reputation wichtige ProponentInnen der Integration der psychischen Gesundheitsförderung in alle Politikbereiche (Mental Health in All Policies) sein ⁽⁷⁾ und dadurch zur umfassenden gesamtgesellschaftlichen Förderung der psychischen Gesundheit beitragen.

4.4 Zusammenfassung: Wichtige Punkte für Förderung der psychischen Gesundheit in der Region

Die psychische Gesundheit der Menschen wird von einer Vielzahl von Faktoren während ihres gesamten Lebensverlaufs geprägt. Dazu gehören nicht zuletzt förderliche oder belastende Lebensumwelten.

Die Gestaltung gesundheitsfördernder Schulen, Betriebe, Nachbarschaften und Krankenbehandlungseinrichtungen kann daher einen wesentlichen Beitrag zur Förderung auch der psychischen Gesundheit leisten. In diesen Settings sind Menschen nicht zuletzt auch für Informationen und Schulungen erreichbar.

Krankenbehandlungseinrichtungen können zu psychisch gesundheitsförderlichen Regionen in mehrfacher Weise beitragen:

- **Verbesserung des Behandlungszugangs, der Vernetzung von Angeboten und der systematischen Information über Angebote:** Noch immer besteht in der Bevölkerung ein Informationsdefizit hinsichtlich des Erkennens psychischer Gesundheitsprobleme, unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten und verfügbarer Angebote. Der weitere Ausbau und die weitere Vernetzung von Versorgungsleistungen müssen auch politisch mit unterstützt werden. Aber bereits jetzt können Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen Informationen zu psychischen Erkrankungen und Behandlungsangeboten systematisch und barrierefrei aufbereiten und über Quellen wie das Internet, regionale Medien und Kooperationspartner verbreiten.
- **Öffentlichkeitsarbeit zur Entstigmatisierung:** Nicht nur mangelndes Wissen, sondern auch die Stigmatisierung psychischer Gesundheitsprobleme können den rechtzeitigen Zugang zur Behandlung erschweren. Angehörige der medizinischen und pflegerischen Berufe genießen in der Bevölkerung hohes Ansehen und können diese gute Reputation nutzen, um sich – z.B. in den Medien – für einen offenen Umgang mit psychischen Erkrankungen einzusetzen.
- **Kooperation mit nicht-klinischen Settings:** Settings wie Kindergärten, Schulen, Betriebe oder Nachbarschaftszentren sind nicht nur wichtige Umwelten, die durch die jeweiligen Rahmenbedingungen auch auf die psychische Gesundheit der Menschen einwirken. In diesen Settings sind Menschen auch für Informationen und Schulungen gut erreichbar. Beispiele guter Kooperation zwischen Krankenbehandlungs- und anderen Settings in Form von Workshops gibt es zum Beispiel aus dem Bereich Suchtprävention.

5 Organisationale Rahmenbedingungen zur Förderung der psychischen Gesundheit

„Job quality is strongly and positively associated with well-being. Among its many dimensions, intrinsic job quality and job prospects (job security, career progression, contract quality) have the most impact on well-being.“ ⁽²⁸⁾

Psychische Gesundheit betrifft nicht nur einzelne Personen. Manche Symptome werden vor allem auf der Ebene der Organisation sichtbar. Und viele Lösungsansätze – sowohl

für Probleme im Bereich der Organisation als auch für Probleme einzelner Personen – brauchen den Rückhalt der gesamten Organisation und ihrer Führungskräfte.

5.1 Probleme / Epidemiologie

Berufliche Problemalgen, die für einzelne MitarbeiterInnen zu psychischen Problemen führen können, zeigen sich häufig auf Ebene der Organisation in Form sogenannter „Organisationskrankheiten“. Dazu gehören eine

geringe Mitarbeiterzufriedenheit, vermehrte Fehler und Arbeitsunfälle, vermehrte und länger andauernde Krankenstände, erhöhte Personalfluktuaton, Mobbing und Gewalt bei der Arbeit.

- **Mitarbeiterzufriedenheit:** Ist das Betriebsklima gut, die Transparenz des Betriebsgeschehens hoch, bestehen ausreichende Beteiligungsmöglichkeiten und ein Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln, sind gute Chancen für eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit gegeben. Umgekehrt erhöhen mangelhafte Qualifikation, eine geringe Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Beeinflussbarkeit von Aufgabenstellungen, Arbeitsbedingungen und Entscheidungen das Risiko für eine geringe Mitarbeiterzufriedenheit. In Folge kommt es auch leichter zu Qualitätsmängeln, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und krankheitsbedingten Fehlzeiten.
- **Fehler und Arbeitsunfälle:** Nach Nagel und Petermann ⁽⁶⁵⁾ ist bei Arbeitsunfällen auch eine psychische Komponente mitzudenken, da psychische Faktoren häufig die Ursache oder zumindest Mitursache

von Arbeitsunfällen sind. Steigen in einem Arbeitsbereich die Unfallzahlen, sollte bei der Entwicklung von Gegenstrategien auch an arbeitsbedingte psychische Belastungen als mögliche Ursache gedacht werden.

- **Krankenstände:** Hohe Krankenstandsraaten – etwa im Vergleich einzelner Abteilungen – werden gewöhnlich als Indikator für jene Organisationsproblem (Betriebsklima, Defizite in der Arbeitsgestaltung bzw. -organisation, Führungsverhalten) interpretiert, die auch psychische Probleme der Mitarbeiterinnen begünstigen. Krankenstände sollten daher beobachtet werden, bei auffälligen Daten oder Veränderungen sollte nach betrieblichen Ursachen und Lösungen gesucht werden ⁽⁶⁶⁾.
- **Personalfluktuaton:** Nach Badura, Kaminski u.a. ist hohe Personalfluktuaton eine Folge geringer betrieblicher Gesund-

heitschancen ⁽⁶⁷⁾ und sollte daher als Anforderung zur Entwicklung von Gegenstrategien verstanden werden.

- **Mobbing und Gewalt bei der Arbeit:** Nach Jaggi tritt Mobbing im Gesundheits- und Erziehungsbereich besonders häufig auf ⁽²³⁾. Auf Basis einer systematischen Studie zum Mobbing im britischen NHS beschreiben Illing et al. ⁽⁶⁸⁾ Mobbing als komplexes, multikausales Geschehen auf den Ebenen Person, Gruppe und Organisation. Auch wenn es Studien zufolge keine typische Mobbing-Persönlichkeit gibt, können den Autoren zufolge bestimmte Persönlichkeitsmerkmale eher mit Mobbing-Opfern, andere eher mit Tätern assoziiert werden. Auf **Gruppenebene** wird das Auftreten von Mobbing insbesondere auch durch das Nicht-Sanktionieren negativen Verhaltens begünstigen. Aus **Organisationsperspekti-**

ve tritt Mobbing besonders häufig bei betrieblichen Veränderungen, bei hohem Stressniveau, in stark hierarchischen Organisationen, im Falle destruktiver Führungsstile und eines schlechten Betriebsklimas, bei ungelösten Konflikten und bei mangelnder disziplinärer Ahndung von Mobbing auf ⁽⁶⁸⁾, ⁽²³⁾. Forschungsergebnisse legen nahe, dass ein unterstützendes Arbeitsumfeld Mobbing zumindest abmildern kann. Als wichtige Voraussetzung dafür werden Verhalten und Werte der Führungskräfte beschrieben, die ja auch Rollenmodelle für ihre MitarbeiterInnen sind. Für die Mobbing-Prävention erwies sich die Unterstützung durch Führungskräfte als besonders ausschlaggebend, vor allem deren Sozialkompetenz sowie die Fähigkeit und Bereitschaft, sich mit Mobbing-Problemen rasch und proaktiv auseinanderzusetzen ⁽⁵⁹⁾.

5.2 Betriebliche Interventionen

Betriebe können an den genannten Problemen zum einen durch Maßnahmen der Personalentwicklung ansetzen. Da den Führungskräften für das Betriebsklima ein so bedeutender Stellenwert zukommt, sind hier auch organisatorische Maßnahmen im Bereich der Führungskräfteentwicklung besonders wesentlich ⁽⁶⁹⁾. Unumgänglich sind aber auch Maßnahmen zur Entwicklung der Organisation.

- **Umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement:** Die beste Wirkung kann von umfassenden, systematischen Maßnahmen erwartet werden, wie sie aus der Organisationsentwicklung, dem Qualitäts- und Projektmanagement bekannt sind. Die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen sollte ein expliziter Wert im Leitbild der Einrichtung sein. Für betriebliche Gesundheitsförderung sollte eine spezifische Managementstruktur aufge-

baut oder erhalten werden, z.B. in Form einer Steuergruppe (mit Einbindung der Kollegialen Führung), eines Umsetzungsteams und eines Netzwerks von Kontaktpersonen in den unterschiedlichen Organisationseinheiten. Ein jährliches Budget sollte gewidmet und jährliche Aktionspläne mit Zielen und Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sollten verabschiedet werden. Diese Pläne sollten Grundlage für die regelmäßige Durchführung von entsprechenden Projekten sein. Nach Möglichkeit sollte die Förderung der psychischen Gesundheit auch in betriebliche Routinen integriert werden, zum Beispiel durch Information neuer MitarbeiterInnen über die entsprechenden Werte und Angebote im Rahmen der Einschulung, durch Regeln und Sanktionen für die Zusammenarbeit, durch Berücksichtigung im Rahmen der Personalentwicklung und der Führungskräfte-

Entwicklung. Regelmäßiges Monitoring, Evaluation und Berichtswesen über entsprechende Ergebnisse im Sinne kontinuierlicher Qualitätsentwicklung sollte ebenfalls erfolgen.

- **Förderung eines partizipativen Betriebsklimas:** Ein wesentlicher Faktor für die psychische Gesundheit ist die Möglichkeit, das eigene Leben als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft zu empfinden ⁽³⁴⁾. Entsprechend ist es wichtig, dass MitarbeiterInnen über Entwicklungen an ihrem Arbeitsplatz Bescheid wissen und diese mitgestalten können. Regelmäßige Informationen über aktuelle Entwicklungen und Angebote z.B. in hausinternen Rundbriefen oder im Intranet, aber auch durch die jeweiligen Führungskräfte tragen dazu ebenso bei wie die partizipative Einbeziehung der MitarbeiterInnen in die Identifizierung und Bearbeitung betrieblicher Probleme.
- **Feedback-Mechanismen zur Gestaltung von Arbeitsbedingungen nutzen:** Die Gestaltung der Arbeitsbedingungen kann durch Einholen von Feedbacks der MitarbeiterInnen unterstützt werden. Dazu können schriftliche Mitarbeiterbefragungen, Mitarbeitergespräche oder Briefkasten-Vorschlagssysteme genutzt werden. Ein bewährtes Instrument ist der Gesundheitszirkel, der die MitarbeiterInnen in die Bewertung und Entwicklung von Veränderungsvorschlägen der eigenen Arbeitssituation einbindet. Ein neueres Instrument ist die Evaluierung der psychischen Fehlbelastung ⁽⁷⁰⁾, die mittlerweile in Österreich gesetzlich vorgeschrieben ist.

- **Förderung eines anerkennenden und wertschätzenden Arbeitsklimas:** Belastungen bei der Arbeit sind in keinem Arbeitsfeld ganz vermeidbar, aber manche Belastungen können durch ein anerkennendes, wertschätzendes Klima besser bewältigt werden. Dazu tragen eine professionelle Führungskultur und gegenseitige Wertschätzung bei. Anerkennung ist allerdings keine oberflächliche Angelegenheit, sondern bedarf der Fähigkeit und Bereitschaft, andere Menschen wahrzunehmen und ihnen und ihren Aktivitäten Bedeutung beizumessen. Auch das Üben konstruktiver Kritik kann Ausdruck von Anerkennung sein ⁽¹⁸⁾. Dies ist besonders dort von großer Wichtigkeit, wo nicht alle Tätigkeitsbereiche klar durch Qualitätskennzahlen erfasst werden können. Vertrauen der MitarbeiterInnen untereinander ist eine unabdingbare Voraussetzung gegenseitiger Wertschätzung und guter Arbeitsqualität ⁽⁷¹⁾.
- **Klare Betriebsvereinbarungen:** Der Umgang der MitarbeiterInnen untereinander ist nicht nur deren Privatangelegenheit, sondern auch eine Frage der Unternehmenskultur. Für eine konstruktive Kultur ist einerseits die Vorbildwirkung der Führungskräfte gefragt, andererseits können spezifische Betriebsvereinbarungen (z.B. Vereinbarungen hinsichtlich Mobbing oder sexueller Belästigung) den MitarbeiterInnen helfen, sich auf die gewünschte Firmenkultur einzustellen und entsprechende Schutzmechanismen gegen unerwünschtes Verhalten aufzubauen.

6 **A**nschlüsse an Grundkonzepte Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

Als Sub-Netzwerk des Internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (HPH) orientiert sich das ONGKG in seiner Arbeit an den 18 Kernstrategien ⁽⁷²⁾ und 5 Standards ⁽⁷³⁾ der Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen,

die von internationalen HPH-Arbeitsgruppen entwickelt wurden. Diese Dokumente enthalten eine Reihe spezifischer Anknüpfungspunkte für den Themenkreis der psychischen Gesundheitsförderung.

6.1 Psychische Gesundheit und die 18 Kernstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen

Die 18 Kernstrategien ⁽⁷²⁾ ergeben sich aus einer Matrix von drei Zielgruppen – PatientInnen, MitarbeiterInnen und regionale Bevölkerung – und 6 Zielbereichen der Gesundheitsförderung (vgl. Abbildung 1 unten). Auf jede der drei Zielgruppen beziehen sich 6 der 18

HPH-Kernstrategien. Die Strategien 1-3 beziehen sich jeweils auf Qualitätsverbesserungen bestehender Gesundheitsdienstleistungen, die Strategien 4-6 auf mögliche zusätzliche gesundheitsförderliche Angebote:

Abbildung 1: 18 Kernstrategien Gesundheitsfördernder Gesundheitseinrichtungen

Gesundheitsförderung für ... / Gesundheitsförderung durch ...	PatientInnen	MitarbeiterInnen	EinwohnerInnen der Region	
Empowerment für allgemein gesundheitsförderndes SELBSTMANAGEMENT	PAT-1: ... während des Aufenthaltes	MIT-1: ... während der Arbeit	REG-1: ... durch gute Zugangsmöglichkeiten	Integration von gesundheitsfördernden Qualitätskriterien in bestehende Leistungen, Prozesse und Strukturen
Empowerment für gesundheitsfördernde KOPRODUKTION	PAT-2: ... in der Krankenbehandlung	MIT-2: ... in der Arbeit	REG-2: ... zwischen Leistungserbringern	
Entwicklung des Krankenhauses als gesundheitsfördernde UMWELT (SETTING)	PAT-3: ... für PatientInnen	MIT-3: ... für MitarbeiterInnen	REG-3: ... für EinwohnerInnen der Region	

Gesundheitsförderung für ... Gesundheitsförderung durch ...	PatientInnen	MitarbeiterInnen	EinwohnerInnen der Region	
Empowerment für gesundheitsförderndes KRANKHEITS-MANAGEMENT	PAT-4: ... von Krankheits- und Behandlungsfolgen	MIT-4: ... von (Berufs-) Krankheiten	REG-4: ... von Krankheiten	Angebote spezifischer gesundheitsfördernder Dienstleistungen zusätzlich zur Krankenbehandlung
Empowerment für gesundheitsfördernde LEBENSSTIL-ENTWICKLUNG	PAT-5: ... für PatientInnen (auch) nach der Entlassung	MIT-5: ... für MitarbeiterInnen in Arbeit und Freizeit	REG-5: ... für EinwohnerInnen der Region	
Beiträge zur <i>Entwicklung einer gesundheitsfördernden regionalen</i> UMWELT	PAT-6: ... für PatientInnen	MIT-6: ... für MitarbeiterInnen	REG-6: ... für EinwohnerInnen der Region	

Aus den Strategien ergeben sich spezifische Anknüpfungspunkte für die Förderung der psychischen Gesundheit in und durch Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen:

- **Gesundheitsförderndes Selbstmanagement:** Wie in diesem Papier dargestellt, spielen Stress und Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit bei vielen körperlichen Erkrankungen eine entscheidende Rolle für Verlauf, Stabilisierung und Genesung. Das Selbstmanagement körperlicher Erkrankungen wird durch eine gute psychische Gesundheit unterstützt. In diesem Sinne kann die Fähigkeit zum Stressmanagement und zur Psychohygiene entscheidend dazu beitragen, die Chancen für die gesundheitliche Wiederherstellung und die Motivation für die (körperliche) Selbstpflege zu steigern (→ *Strategien PAT-1, MIT-1*). PatientInnen sollten daher im Erwerb solcher Fähigkeiten unterstützt werden.
- **Koproduktion der Gesundheit:** Bei fast allen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen spielt die Mitwirkung der PatientInnen in der Diagnose, Behandlung und Pflege

eine wichtige Rolle für die Stabilisierung und Wiederherstellung. Die Fähigkeit zu dieser Koproduktion hängt entscheidend auch von Faktoren der psychischen Gesundheit, z.B. vom Stressniveau und vom subjektiven Wohlbefinden ab. Daher ist das Erkennen und Mitbehandeln psychischer Beeinträchtigungen eine wichtige Voraussetzung für eine gute Koproduktion der Gesundheit. Unterstützend ist es auch, die Behandlungsziele gemeinsam mit den PatientInnen zu vereinbaren (→ *Strategie PAT-2*). Bei Entlassungen und Überweisungen sollte auf Kontinuität auch bei der Behandlung allfälliger psychischer Beeinträchtigungen geachtet werden, z.B. durch Hinweise auf entsprechende regionale Angebote oder durch Organisation einer psychosozialen Rehabilitation (→ *Strategie REG-2*). MitarbeiterInnen sollten darin unterstützt werden, ihr Arbeitsleben möglichst förderlich auch für die psychische Gesundheit zu gestalten, z.B. durch Pflege eines guten Betriebsklimas (→ *Strategie MIT-2*).

- **Eine beruhigende und Vertrauen schaffende Krankenhausumwelt:** Gebäude-design und -ausstattung können wesentlich zu Sicherheit und Wohlbefinden während des Aufenthalts bzw. während der Arbeit beitragen. Für PatientInnen wie MitarbeiterInnen besonders wichtig ist ausreichendes Tageslicht. Für PatientInnen gibt es Evidenz über die Wirkung von Tageslicht auf der Sterblichkeit nach Herzinfarkt ⁽⁵³⁾. Wichtig sind aber auch patienten- und mitarbeiterfreundliche und flexible Tagesabläufe und Arbeitspläne (→ *Strategien PAT-3, MIT-3*).
- **Berücksichtigung der psychischen Gesundheit in Patienten- und Mitarbeiterschulungen:** PatientInnen sollten über die therapeutische Relevanz von Stressmanagement in Bezug auf ihre Diagnose aufgeklärt und darüber informiert werden, wie sie ihre psychische Gesundheit über die Entlassung hinaus unterstützen können (→ *Strategie PAT-4*). Sofern möglich, können solche Schulungen auch für Betroffene aus der Region geöffnet werden (→ *Strategie REG-4*). Für MitarbeiterInnen sollten spezifische Schulungen zum Umgang mit berufsbedingten psychischen Belastungen wie Stress oder mit dem Sterben von PatientInnen angeboten werden (z.B. Supervision, Achtsamkeitstrainings) (→ *Strategie MIT-4*).
- **Förderung von Lebensstilen, die der psychischen Gesundheit zuträglich sind:** Insbesondere für MitarbeiterInnen können Gesundheitseinrichtungen Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit wie z.B. Informationen und Schulungen zur Work-Life-Balance anbieten (→ *Strategie MIT-5*). Prinzipiell können Kursangebote auch für PatientInnen und die regionale Bevölkerung angeboten werden (→ *Strategien PAT-5, REG-5*).
- **Anwaltschaft / Beiträge für die psychische Gesundheit in der Region:** Nicht zuletzt können Gesundheitsfördernde Krankenbehandlungseinrichtungen Beiträge zur Öffentlichkeitsarbeit und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen leisten, Partnerschaften mit regionalen Betrieben, Verwaltungen etc. nutzen, um Informationen, Schulungen und Beratungen in der Region anzubieten (→ *Strategie REG-6*) und zum Ausbau entsprechender Angebote für alle Zielgruppen beizutragen (→ *Strategien PAT-6, MIT-6, REG-6*).

6.2 Seelische Gesundheit und die 5 Standards der Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen

Die fünf Standards der Gesundheitsförderung wurden entwickelt, um die Verbindung von Gesundheitsförderung mit dem Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen zu

erleichtern. Diese fünf Standards beziehen sich auf die Unternehmenspolitik, den Patientenpfad durch die Einrichtung und auf Betriebliche Gesundheitsförderung. Sie lauten:

Standard 1: Management-Grundsätze

Standard 2: Patienteneinschätzung (-assessment)

Standard 3: Patienteninformation und -intervention

Standard 4: Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes

Standard 5: Kontinuität und Kooperation

Aus diesen Standards lassen sich weitere wichtige Kriterien für einen gesundheitsförderlichen Umgang mit der psychischen Gesundheit in Gesundheitseinrichtungen ableiten:

- ❶ Die Unterstützung seitens der Führung und die Verankerung der Orientierung an einem umfassenden, auch die psychische Gesundheit einbeziehenden Gesundheitsbild im Leitbild, in den Zielen und Strategien der Einrichtung sind für die systematische Förderung der psychischen Gesundheit unerlässlich (→ *Standard 1*).
- ❷ Für die Krankengeschichte der PatientInnen sollten systematisch alle Informationen erfasst werden, die notwendig sind, um spezifischen Informations- und Beratungsbedarf hinsichtlich der psychischen

Gesundheit feststellen und entsprechende Interventionen in die Behandlung integrieren zu können (→ *Standards 2, 3*). Bei der Entlassung sollte die Kontinuität von Beratungs-, Schulungs- und Therapieangeboten gesichert werden (→ *Standard 5*).

- ❸ Die Unterstützung der MitarbeiterInnen in der psychischen Bewältigung ihrer berufsbezogenen Tätigkeiten sowie die Förderung eines Lebensstils, der einen guten Zugang zur eigenen Psyche und ein gutes psychisches Selbstmanagement fördert, sollten selbstverständliche Bestandteile der Betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sein (→ *Standard 4*).

7 Checklisten

7.1 Psychische Gesundheit als Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Psychische Gesundheit im betrieblichen Gesundheitsmanagement			
	Ja	Teilweise	Nein
Die Förderung der psychischen Gesundheit bei MitarbeiterInnen ist expliziter Bestandteil des Leitbilds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Förderung der psychischen Gesundheit bei PatientInnen ist expliziter Bestandteil des Leitbilds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beiträge zur Förderung der psychischen Gesundheit im Einzugsgebiet sind expliziter Bestandteil des Leitbilds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Verantwortlichkeit für die Förderung der psychischen Gesundheit ist in der Organisation klar geregelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Steuergruppe für Maßnahmen der psychischen Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt ein Umsetzungsteam für Maßnahmen der psychischen Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt ein gewidmetes Budget für Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt definierte Ziele zur Förderung der psychischen Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt definierte Umsetzungsmaßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wirksamkeit der Umsetzungsmaßnahmen und die Erreichung der Ziele zur Förderung der psychischen Gesundheit werden regelmäßig überprüft (z.B. im Rahmen des Qualitätsmanagements).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Personalentwicklung bietet systematische Fortbildungen in Selbst- und Stressmanagement an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Personalentwicklung unterstützt systematisch die Weiterentwicklung der psychosozialen Kompetenzen der MitarbeiterInnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Führungskräfte-Entwicklung wird systematisch auf die Förderung psychosozialer Kompetenzen geachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daten zur psychischen Gesundheit der MitarbeiterInnen werden regelmäßig erhoben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen ist ein systematisches Thema in den Mitarbeitergesprächen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MitarbeiterInnen wird systematisch die Möglichkeit geboten, Rückmeldungen zu Arbeitsbelastungen zu geben und Vorschläge zur Verbesserung einzubringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Führungskräfte der Einrichtung sind Vorbild hinsichtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychische Gesundheit im betrieblichen Gesundheitsmanagement			
	Ja	Teilweise	Nein
eines wertschätzenden und Vertrauen fördernden Umgangs.			
Die Führungskräfte der Einrichtung unterstützen einen wertschätzenden und Vertrauen fördernden Umgang der MitarbeiterInnen untereinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Betriebsvereinbarungen zur Prävention von Risikofaktoren für die psychische Gesundheit wie Mobbing und sexuelle Belästigungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 Die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen fördern

Die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen fördern			
	Ja	Teilweise	Nein
Die Führungskräfte der Einrichtung achten darauf, dass Arbeitsinhalte und Arbeitsmenge angemessen auf die MitarbeiterInnen verteilt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ArbeitnehmerInnen werden fair und gerecht – für alle gelten die gleichen Regeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die MitarbeiterInnen haben angemessene Gestaltungsspielräume für die Erbringung ihrer Arbeit. Diese Spielräume sind den MitarbeiterInnen klar kommuniziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führungskräfte und MitarbeiterInnen achten auf einen wertschätzenden Umgang miteinander und auf das Ausdrücken von Anerkennung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit ist werteorientiert und ethisch vertretbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den MitarbeiterInnen stehen Angebote zur Entwicklung ihrer psychosozialen Fähigkeiten zur Verfügung, z.B. Workshops zum Stress- und Selbstmanagement oder zur Verbesserung der Work-Life-Balance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den MitarbeiterInnen stehen Supervisions- und Coaching-Angebote zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daten zur psychischen Gesundheit der MitarbeiterInnen werden regelmäßig erhoben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsbedingungen, die der psychischen Gesundheit der MitarbeiterInnen nicht zuträglich sind, werden benannt und bearbeitet, z.B. durch angemessene Organisationsentwicklungsmaßnahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Probleme einzelner MitarbeiterInnen werden wertschätzend und angemessen angesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für psychosoziale Probleme einzelner MitarbeiterInnen werden gemeinsam mit den betroffenen MitarbeiterInnen individuelle Lösungsstrategien erarbeitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MitarbeiterInnen mit gravierenden Problemen werden auch über längere Zeit angemessen unterstützt, z.B. durch Motivation zur Inanspruchnahme spezifischer Therapien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MitarbeiterInnen, die nach einer längeren Auszeit aufgrund psy-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen fördern

	Ja	Teilweise	Nein
chosozialer Probleme an den Arbeitsplatz zurückkehren, werden in der beruflichen Wiedereingliederung begleitet und unterstützt.			

7.3 Die psychische Gesundheit der PatientInnen fördern

Die psychische Gesundheit der PatientInnen fördern

	Ja	Teilweise	Nein
PatientInnen werden umfassend über ihren Gesundheitszustand, Behandlungsoptionen, Zukunftsperspektiven und den Aufenthalt in der Einrichtung informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Patienteninformation werden bewährte Kommunikationsstrategien wie die Kombination mündlicher und schriftlicher Informationen, muttersprachliche Informationen, die Anregung zum Stellen von Nachfragen oder das Nacherzählenlassen der erhaltenen Information eingesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungsziele und Wege zur Zielerreichung werden mit den PatientInnen gemeinsam erarbeitet und vereinbart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf eine wertschätzende und respektvolle Kommunikation mit den PatientInnen wird geachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den PatientInnen stehen psychologische bzw. seelsorgerische Angebote zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die räumliche Umwelt ist freundlich gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die räumliche Umwelt bietet angemessene Sinnesreize.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständigkeit und Aktivität von PatientInnen / BewohnerInnen werden systematisch gefördert und unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt patientfreundliche Besuchszeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Begleitung durch Angehörige ist bei besonders vulnerablen PatientInnen – z.B. kleine Kinder oder Schwerkranke – möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für alleinstehende PatientInnen / BewohnerInnen werden Besuchsdienste angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für AmbulanzbesucherInnen wird im Bedarfsfall Unterstützung (z.B. durch ehrenamtliche HelferInnen) angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einrichtung fördert das psychosoziale Wohlbefinden durch den gezielten Einsatz von Humor dort, wo dies angemessen und sinnvoll ist (z.B. durch Kooperation mit Clini-Clowns oder Rote Nasen / Clown Doctors).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur für Einrichtungen mit Geburtshilfe: Die Einrichtung fördert Bonding zwischen Mutter und Kind, auch nach Kaiserschnitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PatientInnen werden systematisch auf psychische Komorbiditäten gescreent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei psychischen / psychiatrischen Auffälligkeiten wird eine entsprechende Behandlung eingeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die psychische Gesundheit der PatientInnen fördern			
	Ja	Teilweise	Nein
Bei der Entlassung wird auf Kontinuität der psychologischen / psychiatrischen Versorgung geachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einrichtung arbeitet mit Selbsthilfegruppen im Bereich der psychischen Gesundheit zusammen und weist PatientInnen bei der Entlassung auf solche Angebote hin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einrichtung bietet den Angehörigen Schwerkranker psychosoziale Begleitung an bzw. weist auf entsprechende Angebote hin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.4 Die psychische Gesundheit in der Region fördern

Die psychische Gesundheit in der Region fördern			
	Ja	Teilweise	Nein
Die Einrichtung stellt Informationen zur psychischen Gesundheit, zu Behandlungsoptionen und –angeboten auf ihrer Webseite leicht zugänglich zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einrichtung arbeitet in der Verbreitung von Informationen zur psychischen Gesundheit, zu Behandlungsoptionen und –angeboten regelmäßig mit regionalen Medien zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einrichtung arbeitet in der Verbreitung von Informationen zur psychischen Gesundheit, zu Behandlungsoptionen und –angeboten regelmäßig mit kooperierenden Betreuungseinrichtungen (z.B. niedergelassene ÄrztInnen, Facharztpraxen) zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einrichtung engagiert sich – z.B. im Rahmen von Gesundheitstagen oder über Medienkooperationen – für einen offenen Umgang mit psychischen Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einrichtung arbeitet in der Verbreitung von Informationen zur psychischen Gesundheit, zu Behandlungsoptionen und –angeboten auch mit nicht-klinischen Settings (z.B. Schulen, Betriebe) zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in ONGKG-Mitgliedseinrichtungen

Titel der Maßnahme	Zielgruppe(n)			Ansprechperson
	MitarbeiterInnen	PatientInnen	Region	
Betriebs- und Organisations-Psychologie BEO	<input checked="" type="checkbox"/>			Mag. Charlotte DICHTL, KH der Barmherzigen Schwestern Linz, charlotte.dichtl@bhs.at
Der beachtete Mensch im Spitalsbetrieb	<input checked="" type="checkbox"/>			Dir. Mag. Dr. Reinhard PICHLER., KH der Barmherzigen Brüder Wien, reinhard.pichler@bbwien.at
Ein Salutogenese-Projekt für alle Mitarbeiter der Allgemeinen Ambulanz	<input checked="" type="checkbox"/>			Pfl.Dir. Therese LUTNIK, MSc, MAS, KH der Barmherzigen Brüder Wien, therese.lutnik@bbwien.at Ä.Dir. Ing. Dr. Mario VEITL, KH der Barmherzigen Brüder Wien, mario.veitl@bbwien.at
Evaluierung psychischer Fehlbelastungen und begleitende Angebote zu Arbeitsbedingungen, Arbeitsorganisation, Arbeitskultur und Lifestyle, wie z.B.: Impulse zu „Psychische Widerstandskraft ist förderbar“, „Worte wirken Wunder“; Seminare zu Kommunikation, Konflikte und Gewalt; Funktionelle Entspannung; Gelassener Umgang mit Stress, Ärger und Druck; Coaching – Angebote für alle MitarbeiterInnen; Bewegungsangebote wie Yoga, Zumba, Wirbelsäule, Selbstverteidigung	<input checked="" type="checkbox"/>			Mag. Christine FOUSSEK, Stabstelle QM-RM christine.foussek@klinikum-graz.at Dr. Astrid KLEIN, Arbeitsmedizinischer Dienst astrid.klein@klinikum-graz.at Wolfgang LAWATSCH, BGF wolfgang.lawatsch@klinikum-graz.at Mag. Elisabeth ZAPONIG, Abteilung PE elisabeth.zaponig@klinikum-graz.at
Gesundes Altern am Arbeitsplatz trotz Veränderungsdruck im Bereich Hebammen Wilhelminenspital	<input checked="" type="checkbox"/>			LOAss. Birgit RICHTER-SCHRENK, Wilhelminenspital der Stadt wien, birgit.richter-schrenk@wienkav.at
Gesundheitsbefragung der MitarbeiterInnen im a. ö. Krankenhaus Hallein mit dem SALSA-Fragebogen (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse) als Grundlage für Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung	<input checked="" type="checkbox"/>			Pfl.Dir. Mag. Karl SCHWAIGER, KH Hallein, karl.schwaiger@kh-hallein.at
Gesundheitsförderung durch Stress- und Burnout-Prophylaxe mit ätherischen Ölen für alle Berufsgruppen im Otto-Wagner-Spital	<input checked="" type="checkbox"/>			Dr. Wolfgang STEFLITSCH, SMZ Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital, wolfgang.steflitsch@wienkav.at

Titel der Maßnahme	Zielgruppe(n)			Ansprechperson
	MitarbeiterInnen	PatientInnen	Region	
Kommunikativ führen: Workshops für Führungskräfte der Pflege sowie Veränderungsmanagement-Seminare	<input checked="" type="checkbox"/>			Heidemarie TÄUBER MSc.MSc.MBA, Leitung Gesundheitsmanagement und Wissensmanagement, KA Sanatorium Hera Wien, htaebu-ber@hera.co.at
Mindfulness-Based Stress Reduction Training bei Pflegepersonen	<input checked="" type="checkbox"/>			Pfl.Dir. Evelyn KÖLLDORFER, SMZ Süd Kaiser Franz Joesf-Spital Wien, evlyn.koelldorfer@wienkav.at
Möglichkeit der Einzel- und auch Gruppensupervision	<input checked="" type="checkbox"/>			Heidemarie TÄUBER MSc.MSc.MBA, Leitung Gesundheitsmanagement und Wissensmanagement, KA Sanatorium Hera Wien, htaebu-ber@hera.co.at
„Kommunikativ führen“ Workshops für Führungskräfte der Pflege sowie Veränderungsmanagement Seminare	<input checked="" type="checkbox"/>			Heidemarie TÄUBER MSc.MSc.MBA, Leitung Gesundheitsmanagement und Wissensmanagement, KA Sanatorium Hera Wien, htaebu-ber@hera.co.at
Seelische Gesundheit der Mitarbeiter	<input checked="" type="checkbox"/>			Dr. Karin HÖFFERER, Qualitätsmanagement, Med. Controlling, KH der Barmherzigen Brüder St. Veit / Glan, Karin.hoefferer@bbstveit.at Mag. (FH) Karin STRNAD, Qualitätsmanagement, KH der Barmherzigen Brüder St. Veit / Glan, Karin.strnad@bbstveit.at
Wie geht's? - psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Burnoutprävention	<input checked="" type="checkbox"/>			Berta Reiter, MAS, KH der Elisabethinen Linz, berta.reiter@elisabethinen.or.at
Work Life Balance im Krankenhaus	<input checked="" type="checkbox"/>			Mag. Dr. Helene MAYERHOFER, KH St. Joseph Braunau, bewerbung@khbr.at
Work-Life-Balance Seminare für Teams	<input checked="" type="checkbox"/>			Heidemarie TÄUBER MSc.MSc.MBA, Leitung Gesundheitsmanagement und Wissensmanagement, KA Sanatorium Hera Wien, htaebu-ber@hera.co.at
Entspannungstechniken: Entspannung nach Jacobsen, Autogenes Training, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Heidemarie TÄUBER MSc.MSc.MBA, Leitung Gesundheitsmanagement und Wissensmanagement, KA Sanatorium Hera Wien, htaebu-ber@hera.co.at
Psychosoziales Screening und Coaching Gespräche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Heidemarie TÄUBER MSc.MSc.MBA, Leitung Gesundheitsmanagement und Wissensmanagement, KA Sanatorium Hera Wien, htaebu-ber@hera.co.at
Die Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Trainings für vier- bis siebenjährige Kinder mit Hirntumoren: „Ich schaffe das MRT ohne Narkose!“		<input checked="" type="checkbox"/>		Mag. Agathe SCHWARZINGER, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien, agathe.schwarzinger@akhwien.at Dr. Ulrike LEISS, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am Allgemeinen Krankenhaus

Titel der Maßnahme	Zielgruppe(n)			Ansprechperson
	MitarbeiterInnen	PatientInnen	Region	
				der Stadt Wien, ulrike.leiss@akhwien.at
Integrierte Psychoonkologie als Gesundheitsförderung für Patientinnen und Angehörige		<input checked="" type="checkbox"/>		Dr. René SCHRAMBÖCK, KH der Stadt Wien Hietzing, rene.schramboeck@wienkav.at
Maßnahme der differentiellen psychologischen Behandlungsanwendung mit Fokus auf salutogenetisch basierende Therapiemodelle in Abstimmung auf die Erkrankungsausprägung bei onkologischen PatientInnen		<input checked="" type="checkbox"/>		MMag. Sabine PIPPAN, KH der Bamerhzi- gen Brüder St. Veit / Glan, sabine.pippan@bbstveit.at Mag. Marion MÜLLER-FRITZ, KH der Bamerhzi- gen Brüder St. Veit / Glan, marion.mueller-fritz@bbstveit.at
Routineassessment von psychischem Befinden und Kognition an der Abteilung für Akutgeriatrie		<input checked="" type="checkbox"/>		Prim. Dr. Ulrike SOMMEREGER, KH der Stadt Wien Hietzing, ulrike.sommeregger@wienkav.at
Stressmanagement mit Objektivierung mittels Herzratenvariabilitätsmessung		<input checked="" type="checkbox"/>		L Dr. Eric STOISER, Geriatriische Gesundheitsze- nentren der Stadt Graz, eric.stoiser@stadt.graz.at
"Übern Berg" – Bergwandern und Naturerleben als gesundheitsfördernde Maßnahme für Patienten und MitarbeiterInnen		<input checked="" type="checkbox"/>		HR Prim. Priv.-Doz. Dr. Reinhold Fartacek MBA, Christian-Doppler-Klinik, c.fartacek@salk.at
Umsetzung der Maßnahmen für das Bundesland Tirol im Rahmen des Projektes Suizidprävention Austria SUPRA			<input checked="" type="checkbox"/>	Univ.-Prof. Dr. Christian HARING, MAS, Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, christian.haring@tilak.at

9 Literatur

- (1) Moodie R, Jenkins R. I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well why should I? *Promot Educ* 2005;XII(2):37-41
- (2) Leoni T. Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien: 2011
- (3) The European Mental Health Action Plan. World Health Organization - Regional Office for Europe, editor. 2013. Copenhagen, World Health Organization - Regional Office for Europe. 24-10-2013.
- (4) European Pact for Mental Health and Wellbeing. European Commission DG Health and Consumer Protection, editor. 2008. Luxemburg, European Commission. 24-10-2013.
- (5) Bundesministerium für Gesundheit. Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2012
- (6) Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, editor. 2013. Wien, Bundesministerium für Gesundheit. 24-10-2013
- (7) Hauptverband der Österr.Sozialversicherungsträger. Psychische Gesundheit. Krankheit verhindern - Versorgung verbessern - Individualität verringern. Strategie der Österreichischen Sozialversicherung. 2013. 24-10-2013.
- (8) Gabriel T, Nicham R. Burnout-Leitfaden zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Wien: Fonds Gesundes Österreich; 2012. Report No.: Reihe Wissen, Band 5
- (9) Kloimüller I, Gabriel T, Schurian S, Riedler B, Nicham R. Mobbing-Leitfaden zur Prävention und Intervention. Wien: Fonds Gesundes Österreich; 2012. Report No.: 7
- (10) Busch M, Hapke U, Mensink GBM. Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. *GBE Kompakt* 2013;2(7):1-8
- (11) Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011 Sep;21(9):655-79
- (12) Haring C, Sonneck G, Gollner G, Kapusta N, Niederkrotenthaler T, Stein C, et al. SUPRA.Suizidprävention Austria. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2011
- (13) Gesundheit Österreich GmbH. Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2009. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2009
- (14) Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandyli D, Iacovides A. Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. *Hippokratia* 2012;16(3):205-14
- (15) Mental Health Policy and Service Guidance Package : Mental health policy plans and programmes. Geneva: World Health Organization; 2003
- (16) Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. WHO-Europe, editor. [EUR/04/5047810/6]. 14-1-2005. Helsinki, WHO-Europe. 17-1-2005.
- (17) Steinmann RM. Psychische Gesundheit - Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz. Gesundheitsförderung Schweiz; 2005
- (18) Bauer J. Arbeit: Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht. Karl Blessing Verlag; 2013

- (19) Berger H, Paul R, Heimsath E. Die Förderung seelischer Gesundheit und die Prävention seelischer Krankheiten im Allgemeinkrankenhaus: Gibt es Beziehungen zur Konsiliar-Liaison-Psychiatrie? *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie* 2007;1:52-5.
- (20) Leoni T. Fehlzeitenreport 2012. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien: 2012
- (21) BKK Gesundheitsreport 2005: Krankheitsentwicklungen – Blickpunkt: Psychische Gesundheit. Essen; 2005.
- (22) Biffl G, Faustmann A, Gabriel D, Leoni T, Mayrhuber C, Rückert E. Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Krems und Wien: Donau-Universität Krems im Auftrag der Arbeiterkammer; 2011.
- (23) Jaggi F. Burnout - praxisnah. Stuttgart: Thieme; 2008
- (24) Kapfhammer HP. Burnout. Krankheit oder Symptom? *Internist* 2012;53:1276-88
- (25) Maslach C, Leiter MP. The Truth about Burnout. How Organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997
- (26) Pfeifer S. Stress und Burnout verstehen und bewältigen. Reihe Psychiatrie und Seelsorge. 2012. 24-10-2013.
- (27) Walter U, Krugmann CS, Plaumann M. Burn-out wirksam prävenieren? Ein systematischer Review zur Effektivität individuumbbezogener und kombinierter Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013;55:172-82.
- (28) Parent-Thirion A, Vermeylen G, van Houten G, Lyly-Yrjänäinen M, Biletta I, Cabrita J. Fifth European Working Conditions Survey. Luxemburg: European Union; 2012.
- (29) Soukup J, Schmale M. Das Suchtrisiko bei Medizinern - sind wir Anästhesisten besonders gefährdet? *Anästhesie und Intensivmedizin* 2009;50:286-95.
- (30) Mundle G, Gottschaldt E. Abhängigkeitserkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten. Spezifische Behandlungsangebote ermöglichen eine erfolgreiche Therapie. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 2008;133:17-2
- (31) Abeler J. Sucht unter Pflegekräften. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M, editors. Fehlzeitenreport 2013. Verdammte zum Erfolg - die süchtige Arbeitsgesellschaft? Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin und Heidelberg: Springer; 2013. p. 151-60.
- (32) Fathallah N, Maurel-Donnarel E, Baumstark-Barrau K, Lehucher-Michel MP. Three-year follow-up of attitudes and smoking behaviour among hospital nurses following enactment of France's national smoke-free workplace law. *International Journal of Nursing Studies* 2012;49(7):803-10.
- (33) Vitzthum K, Koch F, Gronenberg DA, Kusma B, Mache S, Marx P, et al. Smoking behaviour and attitudes among German nursing students. *Nurse education in practice* 2013;13(5):407-12.
- (34) Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int* 1996;11(1):11-8.
- (35) Rock D. SCARF: a brain-based model for collaborating with and influencing others. *NeuroLeadershipJournal* 2008;1.
- (36) Karasek R, Theorell T. Healthy works: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
- (37) Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology* 2001;86(3):499-512.
- (38) Siegrist J, Peter R, Junge A, Cremer P, Seidel D. Low Status control, high effort at work and

- ischemic Heart Disease: Prospective Evidence from Blue-Collar Man. *Soc Sci Med* 1990;31(10):1127-34.
- (39) Matussek AK. Führung und Gesundheit. Ein praktischer Ratgeber zur Förderung der psychosozialen Gesundheit im Betrieb. Books on Demand; 2010.
- (40) Kollak I. Burnout und Stress. Anerkannte Verfahren zur Selbstpflege in Gesundheitsfachberufen. Heidelberg: Springer; 2008.
- (41) Mäulen B. Sucht unter Ärzten. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M, editors. Fehlzeitenreport 2013. Verdammst du zum Erfolg - die süchtige Arbeitsgesellschaft? Berlin und Heidelberg: Springer; 2013. p. 143-50.
- (42) Fogelholm R, Avikainen S, Murros K. Prognostic value and determinants of first-day mean arterial pressure in spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage. *Stroke* 1997;28:1396-400.
- (43) Walburn J, Vedhara K, Hankins M, Rixon M, Wineman J. Psychological stress and wound healing in humans. *Journal of Psychosomatic Research* 2009;67(3):253-71.
- (44) Vedhara K, Bennett PD, Clark S, Lightman SL, Shaw S, Perks P, et al. Enhancement of antibody responses to influenza vaccination in the elderly following a cognitive-behavioural stress management intervention. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2003;72:245-52.
- (45) Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. *National Academy of Sciences*; 2012.
- (46) Klesse C, Baumeister H, Bengel J, Härter M. Somatische und psychische Komorbidität. Bedeutung für Diagnose und Behandlung. *Psychotherapeut* 2008;53:49-62.
- (47) Härter M, Baumeister H, Bengel J. Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Heidelberg: Springer; 2007.
- (48) Altenpflege professionell. Thiemes Altenpflege. Stuttgart: Thieme; 2008.
- (49) Raspe H-H. Die Aufklärung des Krankenhauspatienten und das Problem des Hospitalismus. *Medizinische Wochenschrift* 1978;(103).
- (50) Weiß H, Harrer MEDT. Das Achtsamkeits-Buch. Stuttgart: Klett-Cotta; 2010.
- (51) Schmid GB. Selbstheilung durch Vorstellungskraft. Wien, New York; 2013.
- (52) Hüllemann K-D. Patientengespräche besser gestalten. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag; 2013.
- (53) Beauchemin KM, Hays P. Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1998 Jul 1;91(7):352-4.
- (54) Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo H-B, Choi Y-S, et al. A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environments Research & Design Journal* 2008;1(2).
- (55) Die EACH Charta & Erläuterungen. Bundesministerium für Gesundheit FuJ, editor. 2006. Wien. 5-9-2007.
- (56) Lobnig H, Nowak P, Pelikan JM. Wie im Krankenhaus ehrenamtliche Hilfe eingeführt werden kann. Wiener WHO-Modellprojekt, Modelldokument 8. Wien: LBIMGS; 1995. Report No.: 8.
- (57) Herrmann-Lingen C., Buss U., Snaith R.P. (2011): Deutsche Adaptation der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) von R.P. Snaith und A.S. Zigmond. Bern: Huber
- (58) Sarenmalm E.K., Browall M., Persson L.O., Fall-Dickson J., Gaston-Johannsson F. (2013): Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. In: *Psycho-Oncology* 22 (1), 20-27
- (59) Sommeregger U. (2013): Das multidimensionale geriatrische Assessment. In: *Zeitschrift für*

- Geriatrie und Gerontologie mit *European Journal of Geriatrics* 46, 277-286
- (60)Sommerregger U., Frühwald T. (2013): Akutgeriatrie. In: Heiß W. (Hg.): Altersmedizin aktuell. Interdisziplinäre geriatrische Versorgung. Heidelberg: Ecomed, pp
- (61)Härtl K., Müller M., Friese K. (2006): Wochenbettdepression. Eine häufig spät oder nicht diagnostizierte psychische Erkrankung. In: *Gynäkologe* 39, 813-819, DOI 10.1007/s00129-006-1867-5
- (62)Sommerregger U. (2013): Akutgeriatrie: Fallbeispiele. In: Heiß W. (Hg.): Altersmedizin aktuell. Interdisziplinäre geriatrische Versorgung. Heidelberg: Ecomed, pp
- (63)Matolycz E. (2011): Pflege von alten Menschen. Wien und New York: Springer
- (64)Romer G., Kühne F., Bergelt C., Möller B. (2011): Seelische Gesundheitsvorsorge für Kinder krebserkrankter Eltern. Manualisiertes Interventionskonzept kindzentrierter medizinischer Familienberatung. In: *Psychotherapeut* 56, 400-408, DOI 10.1007/s00278-011-0849-9
- (65)Nagel U, Petermann O. Psychische Belastungen, Stress, Burnout? So erkennen Sie frühzeitig Gefährdungen für Ihre Mitarbeiter und beugen Erkrankungen erfolgreich vor! Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Ecomed Sicherheit; 2012.
- (66)Kuhn J, Böhm A. Der Krankenstand. *Praktische Arbeitsmedizin* 2006;5:32-5.
- (67)Kaminski M. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis. Ein Leitfaden zur systematischen Umsetzung der DIN SPEC 91020. Wiesbaden: Springer Gabler
- (68)Illing J, Carter M, Thompson NJ, Crampton PES, Morrow GM, Howse JH, et al. Evidence synthesis on the occurrence, causes, consequences, prevention and management of bullying and harassing behaviours to inform decision-making in the NHS. Project Report. London: HMSO; 2013.
- (69)Dietscher C. Gesundheitsfördernd Führen. Ein Themenpapier des ONGKG. Graz: Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen & Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research; 2012.
- (70)Bundesministerium für Arbeit SuK. Bewertung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen im Rahmen der Kontroll- und Beratungstätigkeit. Leitfaden für die Arbeitsinspektion. 2013. Wien, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- (71)Hinding B, Akca S, Spanowski M, Kastner M. Mit Wertschätzungskultur zu mehr Stolz und Leistungsfähigkeit bei Pflegenden. In: Reichwald R, Frenz M, Hermann S, Schipanski A, editors. *Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung - Wertschätzung - Interaktion.* Wiesbaden: Gabler; 2012. p. 505-24.
- (72)Pelikan JM, Dietscher C, Krajic K, Nowak P. 18 Core Strategies for Health Promoting Hospitals (HPH). In: Groene O, Garcia-Barbero M, editors. *Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management.* World Health Organization; 2005. p. 46-63.
- (73)Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.

