

43. Störungen betrieblicher Organisationen

43.1 Klassifikation und Diagnostik

Siegfried Greif und Karl Heinz Wiedl

Inhaltsverzeichnis

1. Betriebliche Organisationen als Systeme ..	1052	3. Diagnostik	1056
2. Klassifikation	1052	4. Literatur	1060
2.1 Arbeit und Gesundheit	1052		
2.2 Systemische Imbalancen	1053		

1. Betriebliche Organisationen als Systeme

Der Begriff «Organisation» wird pragmatisch als Oberbegriff für alle sozialen Gebilde gebraucht, die größer als Kleingruppen und kleiner als die gesamte Gesellschaft sind. Hierzu zählen nicht nur Industriebetriebe, sondern auch Behörden, Schulen, Krankenhäuser, Vereine und Gefängnisse. Allgemein können Organisationen als «Systeme von Menschen, Aufgaben und Regeln» definiert werden (Greif, 1994).

Aufgaben beschreiben, was getan werden soll (Input, Strukturen und Output werden dabei als Teil der Aufgabe verstanden). Regeln geben an, wie die Aufgaben durchgeführt werden sollen (z. B. welche Qualitätskriterien oder Verhaltensstandards eingehalten werden müssen). Störungen betrieblicher Organisationen, die aus klinisch-psychologischer Sicht von Bedeutung sind, lassen sich nach dieser Definition als Störungen in den Beziehungen zwischen Menschen, Aufgaben und Regeln darstellen. So kann in einer Organisation Streß durch quantitative Überforderung entstehen, wenn die Mitarbeiter(innen) eine größere Menge von Aufgaben erledigen sollen, als sie bewältigen können (Beziehung Aufgabenmenge \Leftrightarrow Personen). Konflikte (Personen \Leftrightarrow Regeln) können aus unter-

schiedlichen Auffassungen über Qualitätskriterien resultieren (z. B. darüber was eine «gute» Leistung ist), durch Übertreten ungeschriebener Spielregeln (wenn z. B. Mitarbeiter bei einem Chef, der keinen Widerspruch hören möchte, gegen zuviel Arbeit protestieren), bei unklaren Regeln der Zusammenarbeit zwischen zwei Abteilungen (wenn Fehler auftreten, versucht man, sie der anderen Abteilung zuzuschieben) oder wenn Aufgaben und Regeln nicht konfliktlos umgesetzt werden können (Aufgaben \Leftrightarrow Regeln, Beispiele: Behinderung der Durchführung der Arbeitsaufgaben bei Einhaltung aller Sicherheitsbestimmungen oder unterschiedliche Erwartungen verschiedener Vorgesetzter/Bereiche an dieselben Mitarbeiter).

2. Klassifikation

2.1 Arbeit und Gesundheit

Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit ist ein interdisziplinäres Forschungsfeld der Arbeitswissenschaft, an dem Disziplinen wie Ingenieurwissenschaften, Arbeitsmedizin, Psychologie, Industrie-soziologie usw. beteiligt sind (Luczak & Volpert, 1997). Wichtige Schwerpunkte der Arbeits- und Organisationspsychologie in diesem Gebiet

sind die Erforschung der Auswirkungen von Belastungen oder Streß am Arbeitsplatz (Greif, Bamberg, & Semmer, 1991), von belastenden organisationalen Faktoren (z. B. Konflikten zwischen Abteilungen und Hierarchieebenen) und der Erwerbslosigkeit auf die psychische Gesundheit (engl. «Mental Health») sowie der Wechselwirkungen zwischen Arbeit und anderen Lebensbereichen (z. B. Schichtarbeit \Leftrightarrow Arbeit u. Familie, insbesondere bei erwerbstätigen Frauen).

Das Problemfeld im Grenzbereich zwischen Arbeits- und Organisationspsychologie und Klinischer Psychologie, das sich mit der Diagnose und Intervention bei psychischen oder psychosomatischen Störungen sowie der Förderung des Gesundheitsverhaltens im Kontext von Arbeit und Organisationen beschäftigt, wird auch als *Klinische Organisationspsychologie* («Industrial Clinical Psychology») bezeichnet. Interventionsprogramme zum Gesundheitsverhalten behandeln z. B. Alkohol am Arbeitsplatz, Tablettenkonsum, Rauchen oder Übergewicht. Im Unterschied zur psychotherapeutischen oder medizinischen Behandlung beschränken sich die Interventionen der Klinischen Organisationspsychologie auf präventive oder korrektive Maßnahmen, die nicht unter den Heilkundebegriff fallen (s. Kap. 43.2/Intervention). In der Praxis werden Interventionsprogramme jedoch meistens erst nach bereits eingetretenen Leistungsstörungen durchgeführt.

Miner (1992) systematisiert die diagnostisch relevanten Störungen in Organisationen und unterscheidet dabei drei Ebenen: (1) Individuum am Arbeitsplatz, (2) Gruppe und (3) Organisation und Kontext (s. Tab. 1). «Störungen» werden in Miners Modell auf Leistungs- oder Verhaltensdefizite beim Bewältigen von Aufgaben und beim Einhalten von Regeln der Organisation sowie auf Abweichungen von Rollenanforderungen zurückgeführt. Praktische Bedeutung erhalten diese Störungen für die Organisation zunächst einmal durch ihre Häufigkeit und die erwarteten kurz- und langfristigen *betrieblichen* oder *gesellschaftlichen Kosten*. Wenn beispielsweise in einem Unternehmen oder Bereich Alkoholprobleme allgemein häufig auftreten und als Folge Leistungsprobleme, Konflikte und Arbeitsausfälle, nimmt die Bereitschaft der Unternehmensleitung zu, eigenständig oder in Kooperation mit Krankenkassen

Analysen und Interventionsmaßnahmen zur Reduktion des Problems zu finanzieren.

Die Klassifikation nach Miner (1992) beruht im Kern auf der einfachen Annahme, daß Störungen durch Defizite in spezifizierbaren Merkmalsbereichen entstehen, die sich Individuen, Gruppen oder Organisationen mit Kontextbedingungen zuordnen lassen. Derartige Modelle können daher als *Defizitmodelle* bezeichnet werden. Defizitmodelle sind in diesem Gebiet sehr gebräuchlich.

Warr (1987) hat auf empirischer Grundlage unter der Bezeichnung «Vitamin-Modell» ein etwas differenzierteres Modell zur Systematisierung der Zusammenhänge zwischen Arbeit, Erwerbslosigkeit und psychischer Gesundheit entwickelt. Analog zur Wirkung verschiedener Gruppen von Vitaminen unterscheidet er gesundheitsförderliche Arbeitsumweltmerkmale, die konstant zunehmende positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben (physische Sicherheit, Verfügung über Geld, sozialer Status) von Merkmalen, bei denen die positive Wirkung anfangs ansteigt, bei größerer Ausprägung aber abflacht oder sogar geringer wird (Kontrollmöglichkeiten, Möglichkeiten zur Anwendung von Fähigkeiten, extern gesetzte Ziele, Abwechslungsreichtum, Klarheit über die Umwelt, Zahl der sozialen Kontakte). Bei dieser zweiten Gruppe werden nur für die unteren Ausprägungsgrade der Merkmale Wirkungen nach einem Defizitmodell angenommen. Warr geht wie Miner davon aus, daß es möglich ist, die Wirkung einzelner Merkmale auf Individuen isoliert zu betrachten. In komplexen und dynamischen Problemsituationen, wenn sich beispielsweise Unternehmensbereiche in vielen Merkmalen grundlegend ändern, ist dies jedoch schwierig. In wirtschaftlichen Krisensituationen können durch die erforderlichen raschen Entscheidungen regelrechte «Desperadoprozesse» mit chaotischen Veränderungen der Aufgaben, Regeln und Personalzuordnungen entstehen. Um komplexe Wechselwirkungen und Dynamiken in ihren pathogenen Wirkungen analysieren zu können, sind systemische Ansätze erforderlich.

2.2 Systemische Imbalancen

Systemische Analysen pathologischer *organisationaler* Bedingungen gibt es bisher kaum.

Tabelle 1: Klassifikation diagnostisch relevanter Störungen (modifiziert nach Miner, 1992)

(1) Ebene Individuum am Arbeitsplatz

(1.1) *Fähigkeiten, Wissen und Kompetenzen*

Defizite in anforderungsrelevanten Einzelbereichen (z. B.: intellektuelle Fähigkeiten, soziale Kompetenzen, spezielles Fach und Erfahrungswissen).

(1.2) *Individuelle Motivation*

Frustration wichtiger Motive (z. B. Mißerfolgsvermeidung, Erfolg, soziale Kontakte), Konflikte zwischen Motiven und Regeln, auffällig niedrige Leistungsstandards, geringe allgemeine Leistungsmotivation.

(1.3) *Gefahren und Unfallrisiken*

Unfälle und Gefährdungen (z. B. durch technische Mängel, Gefahrstoffe, zu geringes Gefahrenbewußtsein und riskantes Verhalten).

(1.4) *Streß, Emotionen, Befindens- und Persönlichkeitsstörungen*

Stressoren am Arbeitsplatz (schwierige Aufgaben und Regeln, Zeitdruck, ständige kleine Ärgernisse, Schichtarbeit, Umgebungsbelastungen wie Lärm, Handlungsunterbrechungen, usw.), Befindensbeeinträchtigungen, häufige Ärgerausbrüche, Ängste (z. B. durch komplexe Fehlersituationen und Suche nach Schuldigen, Veränderungen der Aufgaben und Regeln, zunehmendes Änderungstempo, Erwerbslosigkeitsrisiken), psychosomatische Beschwerden (Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Herz-Kreislaufbeschwerden usw.) Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Burnout (Gefühl, durch die Arbeit ausgebrannt oder ausgelaugt zu sein), Arbeitssucht, streßanfälliger Persönlichkeitstypus (Typ A/Hektiker, Friedman, 1969; Streßtypen nach Brengelmann, 1988, A: Übererregungstyp, B: Erfolgstyp, C Streßtyp, D: Untererregungstyp), Persönlichkeitsstörungen, Psychosen.

(1.5) *Körperliche Merkmale und Behinderungen*

Dysfunktionale körperliche Merkmale (z. B. Übergewicht bei Tätigkeiten in engen Räumen), unzureichende sensorische oder motorische Fähigkeiten, Behinderungen (soweit für die Ausführung der Arbeit erforderlich und nicht kompensierbar), Arbeitsabwesenheit durch häufige Krankheit.

(1.6) *Entlassungen und Erwerbslosigkeit*

Psychische und somatische Folgen, beruflicher oder sozialer Abstieg, Armut.

(2) Ebene Gruppe

(2.1) *Arbeitsgruppen*

Negative Auswirkungen von Gruppenkohäsion (z. B. niedrige Leistungsnormen in der Arbeitsgruppe, Sanktionen gegenüber Normabweichlern) Gewalt am Arbeitsplatz, sexuelle Übergriffe, Mobbing (feindseliges Verhalten gegenüber einzelnen Personen), ineffektives Management, unangemessenes Führungsverhalten (z. B. unklare Formulierung von Aufgaben und Regeln, Führung durch Angst).

(2.2) *Arbeit, Freizeit und Familie*

Übertragung von Arbeitsstreß in die Freizeit oder Familie (z. B. Gereiztheit gegenüber Familienmitgliedern), Leistungseinbrüche oder Verhaltensstörungen durch Familienkrisen oder Trennungen, Priorität von außerberuflichen Beschäftigungen.

(3) Ebene Organisation und Kontext

(3.1) *Organisation*

Unzureichende organisationale Maßnahmen (Desorganisation, Mißmanagement, usw.), Fehlentscheidungen bei Stellenbesetzungen, unangemessene Regeln (z. B. überzogene Leistungsstandards), zu große Kontrollspanne (zu große Anzahl von Mitarbeitern pro Führungskraft).

(3.2) *Gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Kontext*

Ungünstige ökonomische Bedingungen (schwierige wirtschaftliche Situation des Unternehmens), Sanktionen als Folge von Rechtsbrüchen im Unternehmen (Kundenverluste oder Gefängnisstrafen für Geschäftsführer), Verletzung sozialer Werte (z. B. unethisches Verhalten aus Kundensicht), Konflikte zwischen Anforderungen in der Arbeit und gesellschaftlichen Werten (z. B. Umweltverschmutzung durch problematischen Umgang im Unternehmen mit Schadstoffen), negative Auswirkungen der geographischen Lage oder regionalen Kultur (Entfernung zur Familie, interkulturelle Konflikte, usw.).

Argyris (1957) beschreibt die Merkmale traditioneller, hierarchischer und arbeitsteiliger Organisationsstrukturen als pathologische Organisationsdimensionen, Palazzoli et al. (1984) untersuchen typische widersprüchliche und paradoxe Kommunikationsprozesse in Organisationen als pathogene systemische Strukturen.

Im folgenden Modell zur Analyse komplexer Ursachen- und Wirkungszusammenhänge verwenden wir den Begriff der systemischen Imbalance. Aus der Balance gerät ein System (z. B. eine Person, Gruppe oder Organisation) in der Regel nicht sofort, wenn sich einzelne Faktoren verändern (z. B. durch spezifische Qualifikationsdefizite, wie in Defizitmodellen angenommen wird). Soziale Systeme sind im allgemeinen in der Lage, spezifische Defizite selbstorganisiert auszugleichen (Qualifikationsdefizite z. B. durch Lernen in der Arbeit oder durch Veränderungen der Zuständigkeiten für die Aufgaben) oder ein «dynamisches Gleichgewicht» aufrecht zu halten. Von systemischen Imbalancen sprechen wir erst, wenn ein System nach allen ihm möglichen eigenaktiven Versuchen aus dem Zustand dynamischen Gleichgewichts gerät. Mit dem Imbalance-Begriff können wir demnach multiple relationale Wechselwirkungen zwischen hypothetischen Ursachen und Wirkungen unter Berücksichtigung eigenaktiver und selbstorganisierter Ausgleichshandlungen beschreiben. Diese Auffassung von Störungen ist angelehnt an das auf v. Uexküll und v. Weizsäcker zurückgehende Modell des existentiellen Funktionskreises, das ebenfalls von einer – in Grenzen – gegebenen Selbstregulationsfähigkeit von Person-Umwelt-Systemen ausgeht und sich als konzeptuelle Grundlage für verschiedene andere psychologische Anwendungsbereiche bewährt hat (z. B. Rehabilitation, vgl. Kobbert, 1978). Störungen in Organisationen werden analog dazu auf unterschiedliche Arten von *Imbalancen systemischer Beziehungen* zwischen Menschen, Aufgaben und Regeln zurückgeführt.

Prinzipiell wäre es möglich, zwischen kurz- und langfristigen Imbalance-Zuständen zu unterscheiden. In den meisten Imbalance-Modellen – insbesondere in der Streßforschung – wird jedoch angenommen, daß mit Ausnahme von Arbeitsunfällen nur eine langfristige Exposition zu nicht mehr reversiblen gesundheitlichen Schädigungen und Minderungen der Erwerbs-

fähigkeit führt. Im folgenden verwenden wir daher die Dauer der Imbalance nicht als Klassifikationsmerkmal.

Wichtiger erscheint die Unterscheidung zwischen (1) *stabilen* und (2) *dynamischen Imbalance-Zuständen*. Als stabil bezeichnen wir Ungleichgewichtszustände, die innerhalb des betrachteten Systems (Individuum am Arbeitsplatz, Arbeitsgruppe, betriebliche Organisation) zumindest eine zeitlang konstant oder beständig wiederkehrend durch eine bestimmte Relation charakterisiert sind (Bsp.: ständige Überstunden, zu wenig Erholzeit und als langfristige Folge zunehmende Gereiztheit oder auf der Ebene der Organisation periodisch auftretende nicht lösbare Konflikte zwischen Produktion und Verwaltung). *Dynamische Imbalancen* sind Ungleichgewichtszustände mit einer Relation, die sich (kontinuierlich oder diskontinuierlich) ändert (Bsp.: Zeitdruck und Qualifikationsdefizite führen zur Aufschaukelung von Fehlern und Streßreaktionen bis zum Zusammenbruch des Arbeitssystems).

Zur Klassifikation organisationaler Imbalancen werden drei hierarchische Systemebenen unterschieden (die höheren Ebenen schließen die unteren ein):

- (1) Beziehungen zwischen Individuen, Aufgaben und Regeln (*individuelle Ebene*).
- (2) Beziehungen zwischen mehreren Personen oder Gruppen, Aufgaben und Regeln (*Gruppenebene*).
- (3) Beziehungen zwischen den Aufgaben und Regeln aller Organisationsmitglieder eines Bereichs oder Beziehungen zum Kontext der Organisation (*Ebene Organisation und Kontext*).

Tabelle 2 beschreibt das resultierende Klassifikationssystem und die sechs Arten von Imbalancen (A bis F). Die einzelnen Imbalancetypen spezifizieren dabei Merkmale der Personen oder Anforderungen durch Aufgaben und Regeln, welche die arbeitenden Menschen aus einem als ideal oder optimal unterstellten dynamischen Gleichgewicht bringen können. Dabei wird im allgemeinen angenommen, daß das Risiko für das Auftreten von Befindensbeeinträchtigungen oder psychischer Störungen der Organisationsmitglieder durch diese Imbalance

Tabelle 2: Verschiedene Arten systemischer Imbalance in Organisationen

Systemebene	Stabilität der Imbalance	
	stabile Imbalance	dynamische Imbalance
Individuum	A erhöhter Streß an einem Arbeitsplatz und stabile individuelle Fehlzeiten	B beschleunigte technologische Änderungen an einem Arbeitsplatz und progressiver Anstieg der Fehlzeiten
Gruppe	C konstante Konflikte zwischen Abteilungen und Produktivitätseinbußen	D Ständige Reorganisation der Aufgaben in Arbeitsgruppen und ständig zunehmende Fluktuation
Organisation u. Kontext	E allgemein hoher organisationaler Streß und erhöhter Krankenstand in allen Abteilungen	F dynamische Marktveränderungen, Schließung von Abteilungen/Betrieben oder Produktionsverlagerungen mit Entlassungswellen und zunehmende Angst vor Erwerbslosigkeit

entsteht. Beeinträchtigungen und psychische Störungen in betrieblichen Organisationen werden somit relational definiert.

Es ist zweifellos methodisch komplexer, nicht-konstante Relationen zu untersuchen, in denen sich entweder die handelnden Personen oder ihre Aufgaben, Ressourcen und Regeln oder alle Relationen dynamisch verändern. Wir nehmen jedoch an, daß gerade die dynamischen Imbalancen eine besondere Relevanz für die klinische Organisationspsychologie haben.

Unternehmensberater empfehlen, die Lernfähigkeit der Organisation durch eine Transformation von Strukturen und Prozessen so grundlegend zu verbessern, daß sie jederzeit dynamisch und erfolgreich auf externe und interne Änderungen reagieren kann. Die «lernende Organisation» soll im Ideal das Potential entwickeln, beliebige System-Umwelt-Imbalancen selbstorganisiert auszugleichen. Beispiele wären die Einführung flexibler Teamarbeit in Verbindung mit einem umfassenden, kundenorientierten Qualitätsmanagement oder «offene», gemeindenahere Reformmodelle psychiatrischer Krankenhäuser (Büssing, 1992). Sicher ist, daß grundlegende Transformationen von Organisationen zunächst einmal auf allen Ebenen zu systemischen Imbalancen führen. Wenn die Umstrukturierung abgeschlossen ist, kann sich in der Organisation ein neues dynamisches Gleichgewicht herausbilden. Ob aber das Ideal einer lernenden Organisation, die beliebige ex-

terne und interne Veränderungen selbständig ausgleichen kann, jemals erreicht werden kann, ist zu bezweifeln.

3. Diagnostik

Nach Miner (1992) dient die klinische Diagnostik in der Industrie in ihrem praktischen Kern der Erfassung nicht akzeptierter Leistungs- und Verhaltensdefizite und der Analyse ihrer Ursachen und Folgen, um angemessene präventive und korrektive Maßnahmen einleiten zu können (für Interventionskonzepte s. Kap. 43.2). Der diagnostische Prozeß ähnelt dabei dem Vorgehen von Klinischen Psycholog(inn)en bei Einzelfalldiagnosen zu emotionalen oder psychosomatischen Befindensbeeinträchtigungen.

Weil es im Prinzip möglich ist, ohne vorherige diagnostische Untersuchungen ungeeigneten Mitarbeiter(innen) zu kündigen, meinen viele, daß es in der Industrie für differenzierte klinisch-psychologische Diagnostik keinen praktischen Bedarf gibt. Miner (1992) diskutiert die Kündigung als Lösungsversuch unter Berücksichtigung empirischer Untersuchungen. Wie sich zeigt, werden beabsichtigte Entlassungen aufgrund schwacher Leistungen oft nicht umgesetzt, weil sie aus rechtlichen Gründen schwierig sind oder weil sie von einzelnen Führungskräften, Mitarbeiter(inne)n oder von der gewerkschaftlichen Interessenvertretung verhindert werden. Durch erfolglose Kündigungs-

versuche können wiederum hohe sekundäre Kosten, anhaltende Konflikte und Mißtrauen unter den Mitarbeiter(innen) mit leistungsbeeinträchtigenden Folgen entstehen. Die prinzipielle Kündigungsmöglichkeit liefert deshalb kein stichhaltiges Argument gegen den Einsatz psychodiagnostischer Untersuchungsmethoden.

Wir unterscheiden drei diagnostische Fragestellungen:

(1) *Untersuchung der angestrebten Leistungs- und Verhaltensstandards, Ausgleich von Imbalancen.*

- Welche Leistungen werden gefordert?
- Welche Standards (z. B. Qualitätskriterien) müssen eingehalten werden?
- Welche Anforderungen (Fähigkeiten, Wissen, Kompetenzen und Fertigkeiten) sind zur Bewältigung der Aufgaben erforderlich?
- Wie sollen sich die Mitarbeiter(innen) gegenüber anderen (Kunden, Vorgesetzten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) verhalten?
- Welches Verhalten wird erwartet, wenn Störungen oder Imbalancen auftreten?

In vielen Organisationen werden heute die Standards und Leistungsziele durch Verfahren der Leistungsbeurteilung oder durch Zielvereinbarungsgespräche mit Individuen oder Arbeitsgruppen schriftlich festgelegt. Zur Analyse der Anforderungen können standardisierte psychologische Befragungs- und Beobachtungsinstrumente eingesetzt werden (vgl. Dunckel, 1998).

(2) *Festlegung und Erfassung der nicht akzeptierten Abweichungen/Imbalancen.*

- Welche Abweichungen/Imbalancen werden nicht akzeptiert?
- Wie werden nicht-akzeptierte Abweichungen/Imbalancen erfaßt?

Nicht akzeptierte Leistungsabweichungen und Qualifikationsdefizite können im Rahmen von Feedbackgesprächen zur Leistungsbeurteilung oder nach nicht erreichten Zielen schriftlich festgehalten werden. Für die Definition und Erfassung anderer nicht akzeptierter Verhaltensdefizite oder komplexer Imbalancen fehlen geeignete Verfahren. Mit Interviews können wichtige ungeschriebene Regeln kaum vollständig im Vorhinein erfaßt werden. Oft werden sie

erst im Konfliktfall nachträglich von den Beteiligten als gravierende Regelverletzung reklamiert.

(3) *Analyse hypothetischer Ursachen und Folgen.*

- Wie können hypothetische Ursachen oder intervenierende Variablen gefunden und erfaßt werden?
- Wie können klinisch-psychologisch relevante Folgen erhoben und analysiert werden?

Zur Analyse hypothetischer Ursachen (z. B. Arbeitsstreß), intervenierender Variablen (z. B. fehlende soziale Unterstützung durch die Arbeitskollegen) und Folgen (z. B. Gereiztheit oder psychosomatische Beschwerden) von Imbalancen in Organisationen sind wir im allgemeinen auf kasuistische Analysen (Interviews und anfallende Daten) angewiesen. Es gibt aber auch standardisierte Instrumente, die für die klinisch-psychologische Diagnostik empfohlen werden können.

In Tabelle 3 werden ausgewählte Merkmale und Instrumente zur Analyse der drei angesprochenen Fragestellungen zusammengestellt. Sie sind für die Einzelfallanalyse geeignet und können sehr einfach (auch ergänzend zur Anamnese in der therapeutischen Praxis) eingesetzt werden.

In Kasten 1 wird ein Verfahren zur streßbezogenen Arbeitsplatzanalyse vorgestellt. Bezüglich Belastungsanalysen zeigte Büssing (1992), wie man standardisierte «streßbezogene Tätigkeitsanalysen» an allen Arbeitsplätzen verschiedener Abteilungen der Organisation durchführen und in Verbindung mit qualitativen Daten aggregieren kann; damit können gesundheitsbezogene Analysen der Imbalance von Organisationsstrukturen auf der Grundlage individueller Tätigkeitsanalysen erstellt werden. In Querschnitterhebungen kann seine Untersuchungsstrategie für die Erfassung stabiler organisationaler Imbalancen, in Längsschnittuntersuchungen aber auch für dynamische Imbalancen verwendet werden.

Klinisch-psychologische Einzelfallanalysen und -diagnosen dürfen aus rechtlichen Gründen nur im Auftrag der betreffenden Mitarbeiter(innen) durchgeführt werden und unterliegen der

Tabelle 3: Auswahl standardisierter diagnostischer Instrumente

Diagnose von	
Hypothetische Ursachen/intervenierende Variablen	Hypothetische individuelle Folgen
<p>1. Individuum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeiten, Wissen u. Kompetenzen (Dunckel, 1998) • Streß am Arbeitsplatz, geringer Handlungsspielraum und geringe Soziale Unterstützung (Dunckel, 1998) • Arbeitssicherheit u. Gefahrenbewußtsein (Hoyos & Ruppert, 1993) • Typ A (Friedman, 1969; Streßtyp nach Brengelmann, 1988) • Arbeitsplatzunsicherheit und Erwerbslosigkeit (Mohr, 1997) 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeits- und Lebenszufriedenheit (Neuberger & Allerbeck, 1978; Semmer et al., 1990) • Gereiztheit/Belastetheit (Mohr, 1986) • Psychosomatische Beschwerden (Mohr, 1986) • Somatische Erkrankungen • Abwesenheits- und Fluktuationsrate (Nicholson, 1989) • Unfallrate (Hoyos & Ruppert, 1993)
<p>2. Gruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gewalt am Arbeitsplatz (Wynne et al., 1995) • Mobbing (Leymann, 1993) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholismus, Tablettenabhängigkeit • Maslach Burnout Inventory (Büssing & Perrar, 1992)
<p>3. Organisation u. Kontext</p> <ul style="list-style-type: none"> • Streßbezogene Tätigkeitsanalysen in psychiatrischen Krankenhäusern (Büssing & Glaser, 1996). 	

Anmerkungen. Zwischen Ursachen/intervenierenden Variablen und den Folgen, die in der gleichen Zeile der Tabelle stehen, besteht keine direkte Zuordnung. Die Folgen in der rechten Spalte können bei verschiedenen Ursachen auftreten.

Schweigepflicht. In Auftrag von Unternehmen werden die beschriebenen Untersuchungsinstrumente in der Regel nur in größeren Personenstichproben eingesetzt und anonym ausgewertet, um kritische Probleme (z.B. Kostenanstieg durch Fehlzeiten) in bestimmten Arbeitsbereichen als Grundlage für Interventionen zu identifizieren. Unternehmen haben in der Regel kaum Interesse an Erhebungen, deren Ergebnisse das Unternehmen in einem schlechten Licht erscheinen lassen könnten. Probleme wie Arbeitsstreß, Alkoholismus oder Gewalt am Arbeitsplatz sind zweifellos diagnostisch relevante Problemstellungen für die klinische Psychologie. Sie werden aber fast ausschließlich in betriebsübergreifenden Fragebogenerhebungen untersucht.

Klinische PsychologInnen sollten die Möglichkeit in Betracht ziehen, daß klinisch-psychologisch relevante Symptomatiken durch systemische Imbalancen in der Arbeitswelt zu-

mindest mitbedingt sein können. Ein aktuelles Beispiel für dynamische Imbalancen auf Gruppenebene mit destabilisierenden individuellen Auswirkungen hat Leymann (1993) bei Erhebungen in Schweden über die psychischen Auswirkungen sozialer Konflikte am Arbeitsplatz gefunden. Er hat dafür den Begriff *Mobbing* eingeführt und bezeichnet damit ständiges feindseliges oder schikanöses Verhalten gegenüber einzelnen Organisationsmitgliedern. Kritische Auswirkungen erwartet er, wenn «Mobbing-Handlungen» häufig (mindestens 1x pro Woche) und über einen längeren Zeitraum (mindestens 6 Monate) erlebt werden. Leymann hat einen Fragebogen *Leymann Inventory for Psychological Terrorization LIPT* entwickelt, mit dem die Betroffenen die Auftretenshäufigkeiten einer Liste von 45 feindseligen Handlungen einschätzen können (Bsp.: Ständige Unterbrechung, abwertende Blicke oder Gesten, man wird wie Luft behandelt, ständige Kritik an der Arbeit).

Kasten 1 Instrument zur streßbezogenen Arbeitsanalyse

Verfahren/Namen

Instrument zur streßbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA) (Semmer, Zapf & Dunckel, 1995; 1998)

Gegenstandsbereich

ISTA wurde Anfang der 80er Jahre entwickelt und erfaßt streßrelevante Aspekte der Arbeit (Stressoren, Anforderungen und Ressourcen) in den Bereichen materielle Aufgaben, Kooperationsanforderungen und soziale Anforderungen. Es dient der Abschätzung von Belastungsschwerpunkten, nicht so sehr (nachfolgend notwendigen) vertiefenden Analysen. Ursprünglich bezog es sich auf gewerbliche Arbeitsplätze, die gegenwärtige Struktur enthält neben allgemeinen Beurteilungsanforderungen auch solche für spezielle Arbeitsplätze (z. B. Büroarbeit oder Unterrichtstätigkeit). Theoretische Hintergründe liegen in der Handlungspsychologie ebenso wie in der Streßforschung – Stressoren beziehen sich vor allem auf Beeinträchtigungen der Handlungsregulation.

Struktur des Verfahrens

- Es liegt eine Fragebogen für die Selbst- und für die Fremdbeurteilung (Arbeitsplatzanalytiker) vor. Für das Verfahren ist ein Training der Beurteiler (Anforderungsanalyse, Urteilsfehler, Befragungstechnik usw. notwendig). Pro Arbeitsplatz wird ein Zeitaufwand von 2 bis 2,5 Std. angegeben.
- Itembeispiel Skala Zeitspielraum: «Wie lange können Sie während der Arbeitszeit Ihren Arbeitsplatz verlassen? (gar nicht; bis zu 5 Minuten; mehr als 5 bis zu 15 Minuten; mehr als 15 bis zu 30 Minuten; mehr als 30 Minuten bis zu 1 Stunde; mehr als 1 Stunde)».

- Itembeispiel Skala Unsicherheit: «Wie oft erhalten Sie unklare Anweisungen? (sehr selten/nie; selten – etwa 1x/Monat; gelegentlich – etwa 1x/Woche; oft – mehrmals pro Woche; sehr oft – ein bis mehrmals täglich)».

- Die derzeit letzte Version 5 enthält 19 Skalen (Arbeitskomplexität und Qualifikationserfordernisse; Variabilität; Handlungsspielraum; Partizipation; Zeitspielraum; Unsicherheit; Arbeitsorganisatorische Probleme; Arbeitsunterbrechungen; Unfallgefährdung; Einseitige Belastung; Umgebungsbelastung; Konzentrationsanforderungen; Zeitdruck; Kommunikationsmöglichkeiten; Kooperationserfordernisse; Kooperationsenge; Kooperationspielraum; «Emotionsarbeit», Zumutbarkeit und Respekt).

Gütekriterien

- *Reliabilität*: Für die Skalen werden Konsistenzen zwischen .58 und .94 angegeben. Die Beurteilerübereinstimmung für die Fremdbeurteilung liegt mit Werten zwischen .44 und 87 höher als die Übereinstimmung Selbst/Fremd.
- *Validität*: Die Selbst- und die Fremdbeurteilung korrelieren zwischen .23 und .54, was für genügend Spezifik beider Zugänge spricht.
- *Normen*: Wegen der notwendigen Anforderungsspezifität der zu stellenden Fragen und Urteile existieren (bisher) keine allgemein anwendbaren Normen. ISTA hat sich in einer Reihe von empirischen Untersuchungen als valides Instrument zur Abschätzung des Zusammenhanges zwischen Stressoren und psychosomatischen Beschwerden erwiesen.

Er nimmt an, daß selten erkannt wird, daß die eigentliche Störungsursache bei vielen in therapeutischer Behandlung befindlichen Patienten mit generalisierten Angststörungen oder depressiven Störungen in Mobbing-Erlebnissen am Arbeitsplatz liegen (vgl. Knorz & Zapf, 1996). Die Dunkelziffer für die allgemeine Suizidrate nach Mobbing schätzt er höher ein, als

die Unfallrate während der Arbeit. Leymanns verallgemeinernde Schätzungen und Folgerungen zur Bedeutung von Mobbing sind kontrovers und bisher nicht durch repräsentative Erhebungen abgesichert.

Für die Untersuchung von dynamische Imbalancen ist der dynamische Testansatz geeignet. Bei diesem Ansatz wird das psychodia-

gnostische Vorgehen durch gezielte «Mini-Interventionen» erweitert (z. B. ein Training der untersuchten Fähigkeiten). Die dabei resultierenden Veränderungen in der Testperformanz werden registriert und diagnostisch interpretiert. Wenn Effekte ausbleiben, indiziert dies eine transsituationale Stabilität des Merkmals. Performanzveränderungen können auf Lernfähigkeit oder Veränderungspotential hinweisen, wenn sich bei den verwendeten Tests Reliabilitätsmängel ausschließen lassen. Verfahren speziell für betriebliche Anwendungen sind die sog. «Trainability Tests» zur Untersuchung der Trainierbarkeit spezifischer beruflicher Fertigkeiten oder «dynamische Assessment Center» zur Erfassung der Lernfähigkeiten im Bereich sozialer Kompetenzen (vgl. Guthke & Wiedl, 1996). Im Unterschied zu konventionellen Testverfahren ist es mit dynamischen Tests grundsätzlich möglich, die Anpassungsfähigkeit des Individuums auf Imbalancen durch gezielte Imbalance-Interventionen abzuschätzen und zu analysieren. Für die Diagnostik von klinisch-psychologisch relevanten Adaptationsstörungen fehlen aber geeignete Instrumente bislang.

Dynamische Imbalancen auf organisationaler Ebene können so komplex und einzigartig sein, daß sie sich kaum durch standardisierte Methoden erfassen lassen. Zur qualitativen Einzelfallanalyse des Zustands einer Organisation gibt es immer quantitative Daten, wie z. B. Veränderungen der Produktivitätskennzahlen oder Umsätze in Relation zu Beschäftigtenzahlen, Kundenreklamationen, Arbeitsplatzwechsel, Unfälle, Fehlzeiten und Mitarbeiterfluktuation und eventuell Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen sowie eine Fülle anfallender Materialien, die qualitativ ausgewertet werden können, wie Fortbildungswünsche und Seminarthemen, Protokolle von Mitarbeitergesprächen oder Problemlösegruppen, kritische Stellungnahmen im Bericht des Betriebsrats auf Betriebsversammlungen, Rundschreiben und Memos von Führungskräften oder auch betriebstypische Anekdoten und Graffiti. Unternehmensberatungen verwenden anfallende betriebswirtschaftliche Daten und Dokumente oder führen Befragungen durch und erstellen auf dieser Grundlage Gutachten mit Ist-Analysen und Empfehlungen für Veränderungen. Eine Zukunftsvision für die Klinische Organisa-

tionspsychologie wäre, daß es einmal genauso selbstverständlich wird, Störungen und organisationale Imbalancen aus psychologischer Sicht zu begutachten und Interventionsprogramme vorzuschlagen. Einzelfallanalysen von Organisationen – ob sie von Betriebswirten oder Psychologen durchgeführt werden – sind immer methodisch angreifbar, aber wir brauchen sie.

4. Literatur

- Argyris, C. (1957). *Personality and Organization*. New York: Harper & Brothers.
- Brengelmann, J. C. (1988). Messung und Theorie individueller Streß- und Bewältigungsreaktionen. In J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Streßbewältigungstraining I: Entwicklung* (S. 123–151). Frankfurt: Peter Lang.
- Büssing, A. (1992). *Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Untersuchungen am Beispiel der Pflege Tätigkeit*. Bern: Huber.
- Büssing, A. & Glaser, J. (1996). *Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH-S)*. Bern: Huber.
- Büssing, A. & Perrar, K. M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory. *Diagnostica*, 38, 4, 328–353.
- Dunckel, H. (Hrsg.). (1998) *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. Bern: Huber.
- Friedman, M. (1969). *Pathogenesis of Coronary Artery Disease*. New York: McGraw Hill.
- Greif, S. (1994). Gegenstand und Aufgabenfelder der Arbeits- und Organisationspsychologie. In S. Greif & E. Bamberg (Hrsg.), *Die Arbeits- und Organisationspsychologie. – Gegenstand und Aufgabenfelder – Lehre und Forschung – Fort- und Weiterbildung* (S. 17–28). Göttingen: Hogrefe.
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg., 1991). *Psychischer Streß am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Guthke, J. & Wiedl, K. H. (1996). *Dynamisches Testen. Zur Psychodiagnostik der intraindividuellen Variabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Hoyos, C. Graf & Ruppert, F. (1993). *Der Fragebogen zur Sicherheits-Diagnose. FSD*. Bern: Huber.
- Knorz, C. & Zapf, D. (1996). Mobbing – eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40, 12–21.
- Kobbert, M. J. (1978). Der Gegenstandsbereich der Rehabilitationspsychologie in allgemeinspsychologischer Sicht. *Heilpädagogische Forschung*, 7, 277–303.
- Leymann, H. (1993). *Mobbing*. Reinbek: rororo.
- Luczak, H. & Volpert, W. (Hrsg.). (1997). *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Miner, J. B. (1992). *Industrial-Organizational Psychology*. New York: McGraw Hill.
- Mohr, G. (1986). *Die Erfassung psychischer Befindensbeeinträchtigungen bei Industriearbeitern*. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Mohr, G. (1997). *Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit*. Frankfurt: Peter Lang.

- Neuberger, O. & Allerbeck, M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. Erfahrungen mit dem «Arbeitsbeschreibungs-Bogen (ABB)»*. Bern: Huber.
- Nicholson, N. (1989). Arbeitsabwesenheit und Fluktuation. In S. Greif, H. Holling & N. Nicholson (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen (S. 94–97). München: Psychologie Verlags Union.
- Palazzoli, M. S., Anolli, L., Di Blasio, P., Glossi, L., Pisano, J., Ricci, C., Sacchi, M. & Ugazio, V. (1984). *Hinter den Kulissen der Organisation*. Stuttgart: Klett.
- Semmer, N., Baillo, J. & Ruch, L. (1990). Das Modell verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit: Nach 15 Jahren kein Grund zur Resignation. In D. Frey (Hrsg.), *Bericht über den 37. Kongreß der DGPs in Kiel 1990* (Band 1, S. 648–649). Göttingen: Hogrefe.
- Semmer, N., Zapf, D. & Dunckel, H. (1995). *ISTA – Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse. Version 5.1*. Bern, Konstanz, Berlin (unveröff. Manuskript).
- Semmer, N., Zapf, D. & Dunckel, H. (1998). Instrument zur streßbezogenen Tätigkeitsanalyse. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon Press.

43.2 Störungen betrieblicher Organisationen: Intervention

Karl Heinz Wiedl und Siegfried Greif

Inhaltsverzeichnis

1. Inhaltliche Beschreibung von Ungleichgewichtszuständen	1062	3.3 Coaching von Individuen und Gruppen als dynamisches Hilfesystem	1069
2. Interventionsstrategien und ihre Klassifikation	1064	4. Interventionsprogramme mit klinisch-psychologischer Zielsetzung	1072
2.1 Korrektive und präventive Intervention	1065	4.1 Implementationsmodelle	1073
2.2 Hilfesysteme	1065	4.2 Programmentwicklungen	1074
2.3 Vom Defizit ausgleich zur dynamischen Intervention und selbstlernenden Organisation	1067	4.3 Ein aktuelles Beispiel: Programmentwicklung bei Mobbing	1074
2.4 Zusammenfassende Klassifikation der Interventionsstrategien	1068	4.4 Rahmenbedingungen psychologischer Tätigkeit im Betrieb	1075
3. Der Umgang mit stabilen und dynamischen Imbalancen	1068	5. Evaluationsprobleme und Zukunftsperspektiven	1078
3.1 Ausgleich stabiler Defizite	1068	6. Literatur	1079
3.2 Ansatzpunkte zur Förderung dynamischer Selbstentwicklung	1069		

1. Inhaltliche Beschreibung von Ungleichgewichtszuständen

An welchen «Störungen» betrieblicher Organisationen können klinisch-psychologisch akzentuierte Interventionen ansetzen? Wir haben im vorherigen Kapitel vorgeschlagen, den Störungsbegriff relational zu definieren und an systemischen Imbalancen der Beziehungen zwischen Menschen, Aufgaben und Regeln in Organisationen festzumachen. Zur Klassifikation organisationaler Imbalancen haben wir (1) stabile und (2) dynamische Imbalance-Zuständen unterschieden. Ferner unterscheiden wir drei hierarchische Systemebenen:

(1) Individuelle Ebene (2) Gruppenebene (3) Organisation und Kontext

Das auf dieser Struktur beruhende Klassifikationsschema (s. Kap. 43.1) dient im folgenden als Grundlage für die Systematisierung klinisch-psychologischer Interventionen in betrieblichen Organisationen.

Ungleichgewichte auf den beschriebenen Beziehungsebenen können nach unterschiedlichen Gesichtspunkten analysiert werden. Zum einen kann das Verhältnis von Risikofaktoren (individueller Vulnerabilität oder «Stressempfindlichkeit» und äußeren Stressoren) zu den inneren und äußeren Ressourcen betrachtet werden, das in unterschiedlichen Bedingungsmodellen körperlicher und psychischer Störungen und Erkrankungen thematisiert wird. In diesem Zusammenhang ist unter organisationalen Gesichtspunkten v. a. auf bestimmte Formen gesundheitsgefährdenden Verhaltens (z. B. Rauchen, Problemtrinken, Bewegungs-

mangel) und körperliche Veränderungen (z. B. Altersprozesse, Bluthochdruck, etc.) als Komponenten von Vulnerabilität hinzuweisen. Hierzu wurden bereits in der Anfangsphase klinisch- und gesundheitspsychologischer Interventionen in Betrieben Programme entwickelt (vgl. Manuso, 1986; Liepmann, 1990). Praktische Ansatzpunkte zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz finden sich v. a. in der arbeitswissenschaftlichen Streßforschung (vgl. z. B. Greif, Bamberg & Semmer, 1991; Luczak & Volpert, 1997).

Ideal wären Interventionsprogramme, die dazu führen, daß die Organisationsmitglieder Ressourcen zur selbstorganisierten Bewältigung systemischer Imbalancen aufbauen. Nach Richter (1996) können wir als Ressourcen unterscheiden zwischen organisationalen (z. B. Beteiligung an gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung), sozialen (z. B. Ausbau der Unterstützung durch Kollegen, Lebenspartner) und personalen Hilfsquellen (z. B. Förderung von aktivem Gesundheitsverhalten). Allerdings zeigen neuere Analysen jedoch auch, daß aus Hilfsquellen Belastungen werden können so kann die soziale Unterstützung durch Lebenspartner z. B. bei beruflichen oder sonstigen Belastungen umschlagen und Konflikte oder negative «Spillover-Effekte» mit neuen Beanspruchungsmustern hervorrufen (Jonas & Fletcher, 1994). Dies macht wiederum Interventionskonzepte erforderlich, die Arbeit, Familie bzw. Partnerschaft und Freizeit gleichermaßen und in ihrem Zusammenhang thematisieren (vgl. Wiedl & Wiedl, 1995).

In Anlehnung an das transaktionale Streßmodell von Lazarus (1996) können weiterhin systemische Imbalancen in Organisationen als Ergebnis wechselseitiger Beeinflussung und Veränderung von Personen und ihrer Umgebung betrachtet werden. Durch Umgebungsbedingungen (wie z. B. Lärm), Arbeitsaufgaben, Regeln, Organisation und andere Organisationsmitglieder sowie die übrige soziale Umwelt und nichtmenschliche Objekte wird das Individuum beeinflusst; durch sein Handeln übt es andererseits aber zugleich selbst Einfluß auf diese und andere Bedingungen aus. Zustände der Balance oder Imbalance sind danach immer solche, die in konkreten Handlungsvollzügen der beteiligten Personen manifest werden. Dabei spielen Prozesse der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung dieser Bedingungen und Mög-

lichkeiten der Personen (innere Ressourcen, personeigene Vulnerabilität oder «Belastbarkeit») eine zentrale, den Interaktionsprozeß steuernde Rolle. Die Bedeutung dieser für die klinisch-psychologische Betrachtung besonders wichtigen subjektiven Seite von Person-Umwelt-Relationen wird im «Person-Environment-Fit»-Modell (PE-Fit) nach French (1978) spezifiziert.

Nach diesem Modell sind nicht nur «objektiv» bestimmbare «Misfits» von Personen und Umwelt kritisch. Entscheidend ist auch die subjektive Wahrnehmung oder inwieweit es unterschiedliche Grade der Veridikalität oder Verlässlichkeit der Wahrnehmung und Bewertung von (1) Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnissen der Person einerseits und (2) Anforderungen, Möglichkeiten und Ressourcen der Umwelt andererseits gibt. Während beim Vorliegen objektiver «Misfits» in der Relation Individuum-Umwelt eher konventionelle Maßnahmen der personbezogenen Intervention (Qualifizierung, Plazierungsentscheidungen) oder aber der Arbeitsplatzgestaltung, Organisationsveränderung und Netzwerkentwicklung angezeigt sind, verlangen «Misfits», die auf eine geringe Veridikalität von Umwelt- und/oder Selbstwahrnehmung rückführbar sind, anders geartete Interventionsmethoden. Hier ist z. B. an erfahrungserweiternde Beratung und Gesprächstechniken, Techniken der Beobachtung und Verhaltensregistrierung, o. ä., zu denken. Beispiele sind Methoden der Selbstüberwachung, die zu einer Verbesserung der Selbstkenntnis und Einschätzung der eigenen Handlungsfolgen (vgl. Perrez & Gebert, 1995) genutzt werden können. Explizit für den betrieblichen Bereich sind Coaching-Modelle entwickelt worden, die u. a. eine Überprüfung und Revision von Wahrnehmungs- und Beurteilungstendenzen zum Gegenstand haben (z. B. Hauser, 1993; vgl. hierzu Rauen, 1996). Auch die Korrektur irrationaler, berufsbezogener Mythen, wie sie vor allem im Rahmen der burn-out-Problematik als vermittelnde Größen für Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse offenkundig werden, durch betriebsinterne kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme gehört hierher (vgl. Burisch, 1989).

Zur inhaltlichen Eingrenzung weiterer Imbalancen können schließlich auch Unterscheidungen herangezogen werden, die sich aus Ar-

beitsplatzanalysen auf der Grundlage der Handlungsregulationstheorie ergeben (Richter, 1996). Semmer (1984) unterscheidet drei grundlegende Arten von «Regulationsproblemen» bei Arbeitstätigkeiten: (1) Probleme des Regulationsaufwandes (2) Probleme der Regulationsunsicherheit und (3) Probleme der Zielunsicherheit.

Probleme des Regulationsaufwandes resultieren aus zu knappen Zeitvorgaben bei an sich gegebenen Arbeitskompetenzen, aus Umgebungsbelastungen, insbesondere Lärm und aus Handlungsunterbrechungen (z. B. Wartezeiten am Bildschirm). Regulationsunsicherheit liegt vor, wenn Arbeitsziele bekannt, die Mittel und Wege jedoch unsicher und unbekannt oder zu zahlreich bzw. zu komplex sind oder aber wenn die Arbeitstätigkeit mit unklaren oder widersprüchlichen Rollenerwartungen verbunden ist. Untersuchungen zeigen, daß diese Probleme zu Erschwernissen auf psychologischer (z. B. Aufmerksamkeitsbeanspruchung) und physiologischer Ebene (abnorme Höhe oder Dauer von Aktivierung) führen und u. a. mit psychosomatischen Beeinträchtigungen einhergehen. Notwendigkeit und Ansatzpunkte für korrektive – und noch besser – präventive Interventionen sind somit evident.

Konkrete Ansatzpunkte für Interventionen ergeben sich bei genauer Untersuchung der Beziehungen zwischen diesen Regulationsproblemen und Ressourcen. Verschiedene, teilweise durch subjektive Parameter vermittelte Formen von «Misfits» im Verhältnis von betrieblicher Umwelt und Individuum und schließlich die

aufgeführten Regulationsprobleme bieten sich für Interventionen an. Diese Interventionen werden insofern zu systembezogenen Maßnahmen, als die angezielten Störgrößen für die Systeme relevant sind und die Interventionen in Form von Programmen organisiert werden, die in das betriebliche System als Subsysteme eingegliedert sind (vgl. hierzu Abschnitt 4). Zusammenfassende Hinweise auf beispielhafte betriebliche Interventionen finden sich in Tabelle 1.

2. Interventionsstrategien und ihre Klassifikation

Ziel der klinisch-psychologischen Intervention bei systemischen Imbalancen ist die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung eines dynamisch-selbstorganisierten Gleichgewichtszustands der behandelten Systemebene (Individuum, Gruppe oder Organisation und Kontext). Im vorangegangene Kapitel wurden auf der Grundlage unseres systemischen Störungsbegriffs und der Einführung spezifischer theoretischer Konzepte die inhaltlichen Ansatzpunkte klinisch orientierter betrieblicher Interventionen aufgefächert. In diesem Abschnitt werden zunächst allgemeine Interventionsstrategien diskutiert und klassifiziert, die sich aus der Betrachtung der Zielrichtung dieser Interventionen, ihrer Systemebene innerhalb der Organisation sowie aus der Unterscheidung stabiler vs. dynamischer Ungleichgewichtszustände ergeben.

Tabelle 1: Ansatzpunkte und Beispiele betrieblicher Interventionen

Ansatzpunkte	Beispielhafte Interventionen
Regulationsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung von Arbeitstätigkeiten in der Produktion (Ulrich, 1994) • Analyse von Regulationsbehinderungen in der Büroarbeit (Leitner et al., 1993)
Verhältnis Risikofaktoren/Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • «Stay-Well» Programme (Manuso, 1984) • Spezifische Gesundheitsförderung im Betrieb (Murza & Laaser, 1994) • Reduzierung von Fehlzeiten und Burnout durch Erhöhung von Autonomie und Partizipation (Burisch, 1989, S. 131)
objektive und subjektive Aspekte von Person-Environment-Fit	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines realistischen Selbstbildes durch Coaching-Ansätze (Huck, 1995) • Seminarkonzepte auf der Grundlage des rational-emotiven Ansatzes (Schelp et al., 1990)

2.1 Korrektive und präventive Intervention

Ulich (1994, S.146) unterscheidet drei grundlegende Strategien der Arbeitsgestaltung:

- Korrektive Arbeitsgestaltung mit dem Ziel der Korrektur erkannter Mängel.
- Präventive Arbeitsgestaltung mit dem Ziel der vorwegzunehmenden Vermeidung gesundheitlicher Schädigungen und Beeinträchtigungen.
- Prospektive Arbeitsgestaltung mit dem Ziel der Schaffung von Möglichkeiten der Persönlichkeitsentwicklung.

Bei korrektiven Strategien wird erst im nachhinein interveniert, wenn im Arbeitssystem gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Schädigungen, verbunden mit sichtbaren Kosten für die Organisation, bereits aufgetreten sind. Ein Beispiel ist die Einführung von Hebehilfen für körperlich schwere Hebeaufgaben nach einer Zunahme des Krankenstands durch Rückenbeschwerden. Werden dagegen bereits im Stadium des Entwurfs von Arbeitssystemen mögliche Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Gesundheit durch entsprechende Gestaltungsmaßnahmen vermieden werden, wäre dies eine «präventive Arbeitsgestaltung». Ein Beispiel wären Hebehilfen und Hebeübungen, die bereits in der Planungsphase bei der ersten Einrichtung des Arbeitsplatzes vorgesehen und eingeführt werden, um dadurch das Entstehen von Rückenbeschwerden zu verhindern. Geht es nicht nur um die Verminderung oder Vermeidung von Krankheiten und psychosozialen Schädigungen oder Beeinträchtigungen, sondern weitergehend um die positive Förderung der Persönlichkeitsentwicklung etwa durch Schaffung von Handlungsspielräumen, spricht Ulich auch von «prospektiver Arbeitsgestaltung».

Die zentrale Bedeutung der Merkmale der Arbeitstätigkeit (Handlungsspielraum, Belastungen, Ressourcen) für die Aufrechterhaltung der Effizienz betrieblicher Organisationen setzt klinisch-psychologisch motivierten Interventionen enge Grenzen – insbesondere der präventiven Intervention. Es wird eher die Ausnahme als die Regel sein, wenn klinisch-psychologische Beratung und Intervention direkt zu Ver-

ringung beispielsweise des Zeitdrucks am Arbeitsplatz führt. Eher sind personenzentrierte Maßnahmen zu erwarten, die nach erfolgter Schädigung (z.B. durch Herzinfarkt) auf eine Veränderung des Leistungseinsatzes abzielen oder aber die in präventiver Weise die Bewältigungskompetenzen von Mitarbeitern gegenüber «unveränderbaren» Arbeitsanforderungen verbessern sollen. Streßmanagement und Entspannungstraining (z. B. Brengelmann, 1988), unter anderem auch für bestimmte Zielgruppen wie beim «Relocation Counseling» zur Streßminimierung bei Pendlern, sind typische Beispiele für die Umsetzung dieses Konzepts. Auch tertiäre Prävention nach erfolgter Schädigung durch rehabilitative Arbeitsgestaltung (Ansatzpunkt Arbeitsplatz) oder unterstützende Sozio- und Psychotherapie (Ansatzpunkt Individuum; vgl. Richter, 1996) dürften eher selten sein.

In der zitierten Fachliteratur finden sich Beispiele für korrektive und präventive Interventionen auf der Ebene des individuellen Arbeitsplatzes. Die Ebene Gruppe oder Organisation und Kontext werden bestenfalls tendenziell als Ansatzpunkte für korrektive und präventive Maßnahmen behandelt. Hier werden überindividuelle Reorganisationsmaßnahmen, Humanisierung und Gesundheitsförderung als integrale Bestandteile des gesamten Management-Systems begriffen und Gesundheit als Wettbewerbsfaktor gesehen (Roth, 1996; s. a. Murza & Laaser, 1994). Auch mehrten sich Hinweise, daß die langfristige Rentabilität derartiger auf Gesundheit und Wohlbefinden gerichteter systemischer Investitionen unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten zunehmend erkannt und von Unternehmen berücksichtigt wird.

2.2 Hilfesysteme

Im Rahmen der präventiven wie korrektiven Intervention kommt für die Einflußnahme auf Systemebene der Einrichtung von Hilfesystemen große Bedeutung zu. Vor dem Hintergrund des systemischen Therapie- und Beratungsansatzes unterscheidet Ludewig (1992) vier Arten von Hilfesystemen:

- (1) Anleitung (Hilfe beim Erweitern von Möglichkeiten durch Zurverfügungstellen von Wissen).

(2) Beratung (Hilfe beim Nutzen der vorhandenen Möglichkeiten durch Förderung der Nutzung vorhandenen Strukturen).

(3) Begleitung (Hilfe, die Lage durch eine Stabilisierung des Systems besser zu ertragen).

(4) Therapie (Hilfe, das Leiden durch einen Beitrag zur Lösung des Problemsystems zu beenden).

Je nach Auftragskonstellation können unterschiedliche Hilfesysteme für die Intervention angemessen sein. Im Prinzip ideal erscheint hier zweifellos die «Therapie», weil nur durch sie das Problemsystem gelöst wird.

Von Schlippe und Schweitzer (1996, S. 114 f.) ergänzen ein fünftes Hilfesystem:

(5) Selbstentdeckung (Hilfe zur Selbsterkennung durch Bereitstellung therapeutischer Kompetenz).

Ein «Selbstentdeckungskontrakt» erfordert nicht unbedingt ein konkret zu lösendes Problem. Auch ohne akuten Problemdruck kann ein

Hilfefauftrag durch das Bedürfnis motiviert sein, über sich selbst zu reflektieren.

In der klinisch-psychologischen Intervention in der Industrie hat die fachliche Beratung und Anleitung einen wesentlich höheren Stellenwert als in der Psychotherapie. Ratsuchende aus der Industrie greifen oft erst sehr spät in akuten existentiellen Krisensituationen auf psychologische Hilfe zurück. Die gesamte berufliche Existenz der Hilfesuchenden kann in der Krise von schnellen fachliche Analysen, Ratschlägen und Entscheidungen abhängig sein. Erst danach eröffnen sich Möglichkeiten für weitergehende therapeutische Hilfen. Zumindest in den Anfangsphasen im Beratungsprozeß bilden fachliche und psychologische Beratung, Anleitung und Begleitung durch den Berater, Analysen und fachliche Problemlösungen durch die Ratsuchenden eine eng verkoppelte Einheit. Erst im Verlauf des Prozesses können erfahrungsgemäß partiell auch therapieähnliche Hilfeprozesse entstehen, vermittelt durch Selbstentdeckungs- oder Selbstreflexionsprozesse, die durch Fragen zur Selbstbeobachtung, Selbsteinschätzung und Zielklärung gefördert werden können. Angemessener erschiene es hier jedoch

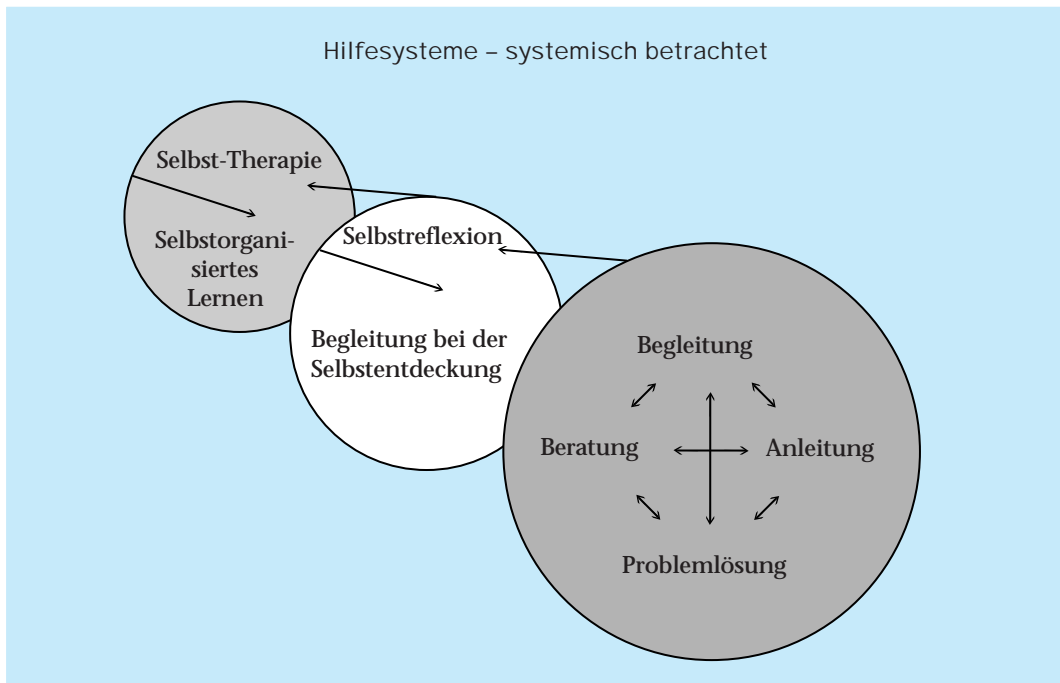


Abbildung 1: Hilfesysteme und Selbstreflexion

von einer Förderung von «Selbsttherapie» oder «selbstorganisiertem Lernen» (vgl. Greif & Kurtz, 1996) zu sprechen. Dies wird der aktiven, zielorientierten Problemlöserrolle der Klientele in der Industrie eher gerecht. Abbildung 1 skizziert die systemischen Zusammenhänge.

Für einen praxisnahen «Brückenschlag» zwischen Interventionsmethoden der Klinischen Psychologie und der Arbeits- und Organisationspsychologie bieten sich Konzepte der systemische Therapie und Beratung an wie sie bei von Schlippe und Schweitzer (1996) dargestellt werden. Hier finden wir viele nützliche Hinweise über Grundhaltungen von Berater(inne)n, Kontrakte und Gesprächsbeginn, Analyse- und Fragetechniken sowie Schlußinterventionen, die in Seminaren und unter Supervision erlernt werden können.

2.3 Vom Defizitausgleich zur dynamischen Intervention und selbstlernenden Organisation

Miner (1992) hat ein klinisch-psychologisches Modell zur Diagnose und Intervention in der Industrie entwickelt, das im Kern auf der Annahme beruht, daß Störungen als Abweichungen von etablierten organisationalen Standards oder Leistungsdefizite entstehen. Werden solche Abweichungen identifiziert, erfolgt nach der Diagnose zur Ermittlung der Ursachen die Einleitung angemessener korrektiver Maßnahmen. Als korrektive Interventionen führt er Beispiele (1) zur organisationsinternen oder externen *Einzelberatung* von Führungskräften mit persönlichen Problemen, Ausscheiden aus dem Arbeitsleben, Alkohol- und Drogenproblemen sowie (2) «*Employee Assistance Programs (EAPs)*» an, in denen die Mitarbeiter(innen) im Betrieb professionelle Beratung bei einem Spektrum von Problemen (Alkohol, Drogen, persönliche Schwierigkeiten, Konflikte mit der Familie, finanzielle Situation und rechtliche Unterstützung) in Anspruch nehmen können. Diese Maßnahmen zielen lediglich darauf ab, die beobachteten konkreten Leistungsdefizite zu korrigieren. Die einfache Interventionsstrategie, spezifische Leistungsdefizite oder andere stabile Imbalancen durch spezielle professionelle Beratung auszugleichen, bezeichnen wir des-

halb als «*Defizitausgleich*». Der Schwerpunkt der Maßnahmen liegt dabei nach Miner (1992) in der individuellen Beratung unter Anwendung nondirektiver Beratungstechniken.

Störungen, die auf Ungleichgewichtszuständen beruhen, deren Relationen sich verändern, haben wir dynamische Imbalancen genannt. Beispiele auf individueller Ebene sind Aufschaukelungsprozessen in persönlichen Krisensituationen, auf Gruppenebene Eskalationen von Konflikten und auf der Ebene Organisation und Kontext Beschleunigung des Innovationstempos. Durch Einmalaktionen zum Ausgleich konkreter Defizite wären sie kaum erfolgreich zu behandeln. In unterschiedlichen Phasen einer persönlichen Krise können ganz verschiedene Maßnahmen angemessen sein. Ein Konflikt kann in der Arbeitsgruppe anfangs noch durch ein «klärendes» Gespräch bearbeitet werden. Ist er zu gegenseitigen persönlichen Beleidigungen eskaliert, hilft oft nur noch eine Trennung der Gruppenmitglieder. Unternehmen versuchen, das erhöhte Innovationstempo durch flexibel selbstorganisiert lernende Arbeitsbereiche zu bewältigen. Interventionsstrategien, die sich an veränderliche Entwicklungen dynamischer Imbalancen anpassen, bezeichnen wir als «*dynamische Entwicklungen*». Wie die aufgeführten Beispiele zeigen, ordnen wir hier nicht nur professionelle Hilfen ein, die an die Veränderungsdynamik des Problemsystems angepaßt werden, sondern auch Maßnahmen zur Förderung der (Selbst-)Entwicklung oder flexibel selbstlernender Organisationen (s. u.).

Wenn durch die Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung eine dynamische Entwicklung der Lernmöglichkeiten am Arbeitsplatz gefördert wird (z. B. mit dynamisch an die Entwicklung praktischer Erfahrungen angepaßten, qualitativ unterscheidbaren Lern- und Entwicklungsstufen bei der Aufgabenbearbeitung), wäre dies eine dynamische Intervention. Hierzu gehört auch eine Veränderung der flexiblen oder dynamischen Anpassung an Aufgabenänderungen (vgl. Nicholson & West, 1988) oder an systematisch schwankende Belastungen (z. B. Einsatz spezieller Bewältigungsstrategien in periodisch auftretenden Stoßzeiten).

2.4 Zusammenfassende Klassifikation der Interventionsstrategien

Abbildung 2 zeigt zusammenfassend die Klassifikation der Interventionsstrategien. An der linken Seite des Würfels finden sich die Systemebenen Individuum (bzw. einzelner Arbeitsplatz), Gruppe, Organisation (und Kontext). An der unteren Kante ist die Unterscheidung zwischen stabilen und dynamischen Imbalancen aufgeführt. In der Kombination ergeben sich analog zu unserer Unterscheidung von Arten systemischer Imbalancen in Organisationen sechs verschiedene Interventionsstrategien auf der Vorderseite des Würfels. In Anlehnung an Ulich (1994) können Strategien zur Verringerung von Beeinträchtigungen oder Krankheiten jeweils entweder korrektiv oder präventiv angelegt sein, wie die Unterscheidung links oben am Würfel wiedergibt. Insgesamt ergeben sich danach zwölf verschiedene Strategien.

3. Der Umgang mit stabilen und dynamischen Imbalancen

Die Einführung neuer Technologien, der immer raschere technologische Wandel und die

damit verbundenen tiefgreifenden strukturellen Organisationsveränderungen sowie Anforderungen an die Flexibilität der Organisationsmitglieder (Nicholson & West, 1988) verstärken die Notwendigkeit, dynamische Interventionsstrategien auf den Ebenen Individuum, Gruppe oder Organisation und Kontext einzusetzen. Nach einer kurzen Erörterung von Maßnahmen zum Defizitausgleich und zur Förderung dynamischer (Selbst-)Entwicklung soll daher ein spezifischer, in vielen Unternehmen mittlerweile etablierter Ansatz zur Bearbeitung dynamischer Imbalancen für Individuen und Gruppen ausführlicher dargestellt werden. Diese Beziehungsebenen wurden gewählt, weil hier wesentliche Tätigkeitsfelder auch für klinisch-psychologische Intervention liegen.

3.1 Ausgleich stabiler Defizite

Die meisten Methoden der korrektiven und präventiven Veränderung von Arbeitssystemen setzen an der Veränderung konkreter Gestaltungsmerkmale auf der *Ebene individueller Arbeitsplätze* oder der Arbeitsaufgaben von *Arbeitsgruppen* an. Die wichtigsten Merkmale sind die Belastungs- oder Streßfaktoren (wie Lärm, Hitze und andere Umgebungsfaktoren, Konzentrationsanforde-

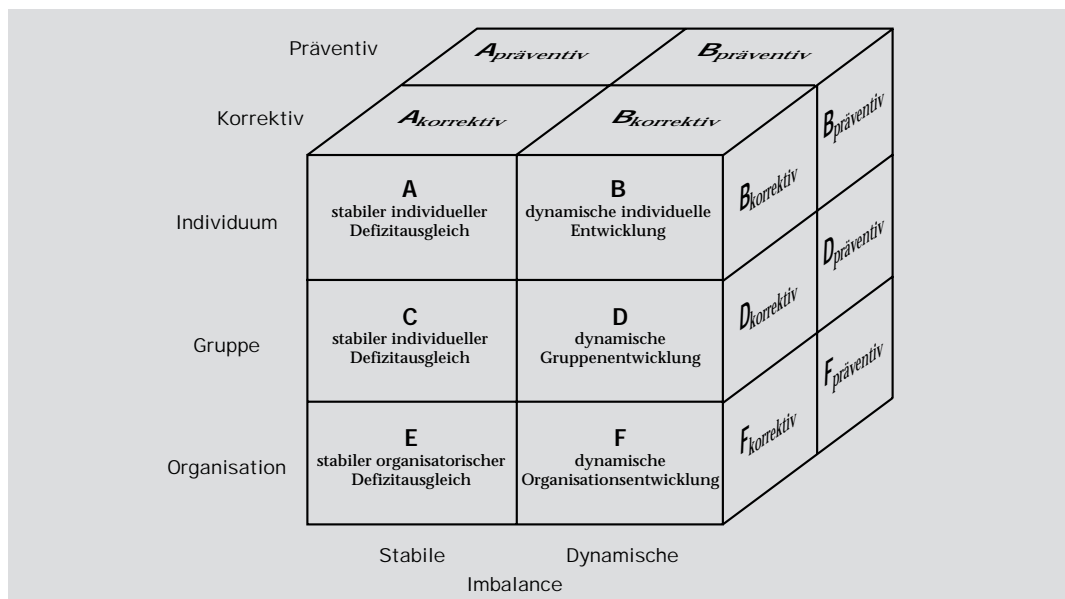


Abbildung 2: Klassifikation der Interventionsstrategien.

rungen und Zeitdruck, Ärger und Konflikte). Hierher gehören aber auch entwicklungsfördernde Arbeitsinhaltsmerkmale und soziale Ressourcen, wie Arbeitskomplexität, Abwechslungsreichtum, Autonomie, Ganzheitlichkeit, Lernmöglichkeiten, Kooperation und soziale Unterstützung. Maßnahmen zur Veränderung der Personenseite zielen auf Qualifizierung im weitesten Sinne sowie auf die Vermittlung spezifischer Kompetenzen (z. B. Streßverarbeitung, soziale Kompetenzen etc.).

Die Veränderung von Merkmalen auf der *Ebene Organisation und Kontext* betrachtet vor allem Merkmale des Organisationsaufbaus, wie Hierarchie («Steilheit» oder Höhe der Pyramide) und Zentralisierung vs. Dezentralisierung, Formalisierungs- und Standardisierungsgrad der Aufgaben, Ausmaß der Spezialisierung und Rollendifferenzierung sowie Merkmale der Ablauforganisation, z. B. Informationssysteme, Methoden der Leistungs- und Qualitätskontrolle, Bezahlungssysteme, Beförderungen, Aus- und Weiterbildung, Planungsinstrumente sowie Führungsstile und unternehmenspolitische Verhaltensgrundsätze (Verhalten gegenüber Kunden, Tarifpartnern, Umwelt, Kapitalgebern oder Lieferanten, etc.).

Klinisch-psychologisch relevante Imbalancen auf organisationaler Ebene werden nur von wenigen Autoren behandelt. Büssing (1992) analysiert die strukturellen Imbalancen in psychiatrischen Krankenhäusern durch «streßbezogene Tätigkeitsanalysen» und ihre psychosomatischen Auswirkungen auf das Pflegepersonal. Er vergleicht dabei verschiedene (traditionelle und offene) Organisationsformen. Seine Untersuchungen sind u. E. beispielhaft für einen systemischen und gleichzeitig konkret individuumbezogenen Ansatz und ließen sich auch auf betriebliche Organisationen übertragen.

3.2 Ansatzpunkte zur Förderung dynamischer Selbstentwicklung

Es gibt nur wenige konzeptuelle Beschreibungen in der Arbeits- und Organisationspsychologie, die explizit auf dynamische Imbalancen Rücksicht nehmen. Zu den Ausnahmen gehört das Prinzip der «dynamischen Arbeitsgestaltung» nach Ulich (1978). Damit meint er eine Gestaltung von Arbeitssystemen, die der Persönlichkeitsentwicklung des Menschen durch

Erweiterung bestehender oder Schaffung neuer Arbeitssysteme und durch die Möglichkeit des Wechsels zwischen verschiedenen Arbeitssystemen Rechnung trägt. Hoff's (1985) Konzept zur Beratung in der beruflichen Entwicklung nimmt ebenfalls explizit auf dynamische Veränderungen der Person und der Berufstätigkeit Rücksicht. Eine Weiterentwicklung dieses Konzepts im «Coaching-Ansatz» wird unten noch ausführlich dargestellt.

Auf der *Systemebene der Organisation* behandelt Gebert (1978) verschiedene Formen der Bewältigung von Umweltkomplexität und Dynamik und die Förderung der Innovativität und Flexibilität von Organisationen. Das Projekt «Fördertraining» der Bildungsabteilung von Daimler Benz wäre ebenfalls hier einzuordnen. In diesem Projekt erhalten Führungskräfte eine intensive individuelle Beratung über einen längeren Zeitraum (inzwischen 10 Jahre) und kommen regelmäßig in Förderkreisen zusammen, um die Balance zwischen Anforderungen und Kompetenzen, aber auch Arbeit und Freizeit immer wieder neu zu finden und um sich auf die zu erwartenden Veränderungen einzustellen (vgl. Gottschall, 1987).

3.3 Coaching von Individuen und Gruppen als dynamisches Hilfesystem

Coaching stellt einen populärwissenschaftlichen Sammelbegriff dar, der häufig unreflektiert auf eine Vielzahl von Formen der betrieblichen Einflußnahme auf Personen angewandt wird. Coaching erscheint hierbei oft als Allheilmittel und dem Coach wächst dementsprechend – in Analogie zur Psychotherapieszene – leicht die Rolle eines «Guru» zu.

Hiervon sind Ansätze zu unterscheiden, Coaching definitorisch einzugrenzen, einen inhaltlichen und prozessualen Rahmen zu etablieren und Indikationsstellungen für die Nutzung dieses Konzepts im Rahmen der Organisationsentwicklung festzulegen. Coaching stellt danach eine auf die Erhaltung oder Verbesserung der Handlungsfähigkeit gerichtete betriebliche Interventionsform dar, die aus einer Kombination aus unterschiedlicher, unterstützender Problembewältigung und persönlicher Beratung auf Prozeßebene für ein breites Spektrum

beruflicher und privater Probleme besteht (Rauen, 1996). Hilfe zur Selbsthilfe bzw. Selbstverantwortlichkeit steht stets im Zentrum der Bemühungen. Dies macht Coaching im vorliegenden Kontext adaptiver Interventionsformen so bedeutsam. In der Praxis zeigt sich zudem eine gewisse Breitenwirkung dadurch, daß Coaching mittlerweile auf den verschiedenen hierarchischen Ebenen von Institutionen eingesetzt wird.

Im Rahmen dieser definitorischen Festlegung können fünf formale Settings für Coaching unterschieden werden:

- Einzel-Coaching durch einen externen Berater,
- «Vorgesetzten-Coaching» als entwicklungsorientierte Führung von Mitarbeitern durch Vorgesetzte,
- Gruppen-Coaching von mehreren Personen ohne festgelegten Funktionszusammenhang,
- System-Coaching als Gruppen-Coaching von Personen in einem festgefügt Systemzusammenhang (z. B. eine Abteilung),
- Projekt-Coaching als Sonderfall von System-Coaching (z.B. Einführung eines neuen Teams).

Aus klinisch-psychologischer Sicht ist das Einzel-Coaching durch einen externen Berater wegen seiner Nähe zu klinischen Interventionsverfahren von besonderem Interesse. Gleichzeitig stellt es die verbreitetste Form des Coaching dar. Wir werden uns daher im folgenden darauf beschränken.

Die Nähe des Coaching zu klinischen Verfahren zeigt sich bei den Inhalten bzw. Anlässen, bei den Beziehungsmustern und bei den verwendeten Methoden. Als Anlässe werden genannt Probleme mit der Organisationsstruktur (z. B. Neuordnung von Kompetenzen, Karrierestillstand, Strukturwandel), Organisationskultur und Führungsstil (z. B. Förderung übergreifender Teamarbeit, Einführung neuer Konzepte für Arbeitsgruppen) und der persönliche Bereich. Hierunter fallen (nach Rauen, 1996):

- Mangelnde soziale Kompetenzen (Wie redet man mit Mitarbeitern? Wie geht man mit Konflikten um? Wie motiviert man Mitarbeiter? Wie bleibt man unter Streß gelassen?)
- Leistungs- und Motivationsblockaden
- Umgang mit komplexen Strukturen (Komplexitätsmanagement)
- Verhaltens- und Wahrnehmungsblockaden

- Persönliche Krisen («der Karren steckt im Dreck»)
- Überprüfung der Lebens- und Karriereplanung (Wie soll es weitergehen im Leben?)
- Bedürfnis nach echtem Feedback und einem kompetenten Gesprächspartner
- Kritische Reflexion der Berufsrolle und konfliktträchtiger Interaktions- und Führungssituationen

Anlässe aus dem persönlichen Bereich stellen mit über 70% den größten Anteil dar. Für Coaching als Interventionsform für Systeme werden jedoch auch diese in ihrer Beziehung zu beruflichen bzw. organisationalen Gegebenheiten betrachtet.

Das Beziehungsmuster des Einzel-Coaching ist dadurch gekennzeichnet, daß eine Person sich im Rahmen einer Zweierinteraktion exklusiv beraten läßt und dabei auch problematische berufliche und persönliche Themen bearbeitet werden können. Coaching-Beziehungen sind daher in der Regel längerfristiger Natur (Richtgröße 5 Monate bis 4 Jahre). Sie benötigen angesichts der zu bearbeitenden Probleme ein hohes Maß an Offenheit und setzen daher Freiwilligkeit, Vertrauen und Neutralität (externer Coach) voraus. Das Ziel der Förderung von Selbsthilfe und Eigenständigkeit verlangt (wie die zumindest zu Beginn der Coaching-Entwicklung vorherrschende Zielgruppe hochrangiger Führungskräfte) Gleichwertigkeit der Position von Coach und «Gecoachtem». Letzterer Terminus widerspricht bereits – wie die Bezeichnung «Coachee» – der geforderten Gleichrangigkeit, so daß zunehmend die Bezeichnung «Klient» präferiert wird. Zwischen Klient und Coach kommt es zu einem Arbeitsbündnis mit festen Regeln. Als Aufgabe des Coach wird v. a. die Funktion einer Steuerung und Optimierung von Prozessen herausgestellt. Andere Charakterisierungen akzentuieren den Aspekt der helfenden Beziehung in einer lernenden Organisation, der unter dem Aspekt der Limitierung und Einengung persönlicher Kontakte auf den unterschiedlichen Organisationsebenen, insbesondere jedoch im gehobenen Management, besonders bedeutsam sein dürfte. Dem Klienten kommt dabei eine aktiv partizipierende Rolle zu. In Kasten 1 wird anhand eines von Hauser (1993) konzipierten Prozeßmodells der Ablauf einer Coaching-Sitzung illustriert.

Eine Übersicht über die Methodik dieser Form von Beratung zeigt, daß konzeptuell Anleihen bei den unterschiedlichsten psychologischen Therapieformen, deren Wirksamkeit in unterschiedlichem Ausmaß gesichert ist, gemacht werden. Beispiele sind eine verhaltenstherapeutische Ausrichtung bei Huck (1989), ein humanistisch-klientenzentrierter Ansatz bei Schmidt (1993), die Nutzung von Psychodrama und gestalttherapeutischen Techniken bei Schreyögg (1995) oder von Techniken der neurolinguistischen Programmierung (NLP; Weiß, 1993) sowie eklektische Kombinationen bei den meisten Autoren (z.B. Rückle, 1992; vgl. zusammenfassend die angegebenen Referenzen bei Rauen, 1998). In jedem Falle bedarf wirkungsvolles Coaching einer fundierten Kenntnis klinisch-psychologischer Interventionstechniken.

Angesichts der berichteten inhaltlichen, die Beziehung betreffenden sowie methodischen Überschneidungen stellt sich die Frage nach einer Abgrenzung zur Psychotherapie. Dies wird in Tabelle 2 illustriert.

Entscheidend für die Differenzierung ist, daß der Coach wie der Klient immer die berufliche Rolle und damit betriebliche Zielstellungen

Kasten 1

Schematischer Ablauf eines Coaching-Gesprächs nach der «RAFAEL»-Methode (Hauser, 1993)

Dieses Vorgehen ist v. a. insofern hilfreich, als es dem «Gecoachten» genügend Raum zur Selbstexploration gibt (vgl. auch Rauen, 1996).

R	Report
A	Alternativen
F	Feedback
A	Austausch
E	Erarbeitung von
L	Lösungsschritten

Report «Wie haben Sie die Situation erlebt?»

Zunächst läßt man den Klienten berichten, um seine Wahrnehmung und Bewertung der Situation und seines Verhaltens zu erkunden. Der Coach erhält hier wichtige Informationen für sein weiteres Vorgehen. Je nachdem, ob die Selbstwahrnehmung des Gecoachten mit den eigenen Beobachtungen übereinstimmt oder nicht, kann sich der Coach für eine behutsamere oder forschere Vorgehensweise entscheiden.

Alternativen «Was würden Sie beim nächsten Mal anders machen?»

Der Klient wird ermutigt, nach Alternativen zu suchen, die ihn seinem Ziel näherbringen. Selbstveränderungskräfte können so mobilisiert werden und Verhaltensmodifikation initiieren.

Feedback «So habe ich Sie erlebt»

Der Coach gibt nun Feedback; er achtet darauf, daß die Rückmeldungen auch «ankommen» und richtig verstanden werden. Er unterstützt die positiven Ansätze und benennt sie explizit, scheut sich aber auch nicht, negative Punkte zu thematisieren. Letzteres ist für ein realistisches Feedback unerlässlich, weil alleiniges Loben als plumpe «Schönfärberei» angesehen wird.

Austausch «Welche Dinge sehen wir verschieden?»

Hier werden vom Coach die Diskrepanzen zwischen Selbstwahrnehmung (Report) und Fremdwahrnehmung (Feedback) angesprochen. Die unterschiedlichen Sichtweisen werden benannt, und gemeinsam werden die Gründe für diese Abweichungen analysiert. Hieraus ergeben sich oft wesentliche neue Erkenntnisse für den Gecoachten.

Erarbeitung von Lösungsschritten «Was ist als Nächstes zu tun?»

Zum Abschluß des Gespräches werden die Konsequenzen aus dieser Sitzung besprochen. Die nächsten Schritte, die auf dem Weg zur Zielerreichung weiterführen sollten, werden konkretisiert.

(Umgang mit systemischen Imbalancen) im Auge haben sollen. Ein indikatives Kriterium ist weiterhin die Fähigkeit zur Selbstregulation. Ist diese beeinträchtigt bzw. selektiv aufgehoben (Beispiel Vorliegen einer sozialen Phobie), so empfiehlt der Coach die Aufnahme einer Psychotherapie. Ansonsten ist Coaching wohl am ehesten als ressourcenorientierte adaptive Form der Prävention einzustufen.

Überschneidungen ergeben sich auch zu einem weiteren klinisch-psychologischen Instrumentarium, der Supervision. Supervision ist dem Coaching sehr ähnlich, wesentlicher Unterschied ist ihr Bezug zu Personen, deren Arbeit wesentlich durch die Gestaltung von Beziehungen bestimmt ist (Sozialarbeitern, Psychotherapeuten). Coaching dagegen ist nicht ohne die Spezifika der profitorientierten bzw. dienstleistungsorientierten Zielstellungen der jeweiligen Organisationen zu sehen.

Abschließend ist anzumerken, daß aktuelle Übersichten zu Coaching (Rauen, 1996) ein weites Spektrum an theoretischen Schwer-

punktsetzungen aufzeigen, in dem auch stärker «klinische» Varianten ihren Platz finden. Dies eröffnet Perspektiven für Klinische Psychologen, allerdings mit der Einschränkung, daß die für dieses Berufsfeld in hohem Maße erforderlichen Qualifikationen im wirtschaftswissenschaftlichen und organisationspsychologischen Bereich erfüllt sind.

4. Interventionsprogramme mit klinisch-psychologischer Zielsetzung

Wie oben gezeigt, lassen sich Möglichkeiten klinisch-psychologischer Intervention im Betrieb auf der Grundlage geeigneter theoretischer Konzepte strukturieren und entwickeln. Einflüsse auf die Auswahl und konkrete Ausgestaltung solcher Interventionen erwachsen jedoch auch – und bisher in erster Linie – aus der betrieblichen Praxis selbst. Als erstes sind hier die

Tabelle 2: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Coaching in der Personalentwicklung und Psychotherapie (mod. nach Rauen, 1996)

	Coaching in der PE	Psychotherapie
<i>Gemeinsamkeiten:</i>	Verwendung psychotherapeutischer Methoden und Interventionen Analyse der Wahrnehmung der Aufgaben und der Gestaltung der Rolle Die Rolle des Beraters als Zuhörer und Gesprächspartner Beschäftigung mit den Erlebnissen des Klienten Reflektierende Verfahren Beziehungsaufnahme und -gestaltung als Ziel Hauptsächlich praktiziert durch externe Berater Verhaltensweiterung bzw. -flexibilisierung beim Klienten	
<i>Unterschiede:</i>	Im Vordergrund steht die berufliche Rolle bzw. damit zusammenhängende aktuelle Angelegenheiten des Klienten (Schwerpunkte: Leistung und Führung). Ein konkreter Bezug zur Unternehmenswirklichkeit (z. B. Personalentwicklung) ist i. d. R. gegeben. Die Selbstwirksamkeits- und Selbstregulationsfähigkeiten müssen noch funktionstüchtig sein. Meist geringe emotionale Tiefe der thematisierten Probleme. Für schwerwiegende psychische Probleme ungeeignet. (Betriebs-)Wirtschaftliche Fachkompetenz und Unternehmenserfahrung des Beraters ist notwendig. Zielorientierte Bearbeitung von Problemen, Erreichen eines Soll-Zustandes.	Bearbeitung tiefgehender privater und persönlicher (psychischer) Probleme unter Berücksichtigung der individuellen Lebensgeschichte. Die thematisierten Probleme können auch weiter zurückliegen. Der Mangel an diesen Fähigkeiten macht i. d. R. eine Psychotherapie notwendig. Oftmals werden tiefgehende emotionale Probleme thematisiert. Explizite Ausrichtung auch auf schwere psychische Probleme. Derartige Kompetenzen sind für die Durchführung von Psychotherapie keine notwendigen Voraussetzungen. Oftmals ursachenorientiertes Analysieren von Problemen.

konkret im Betrieb auftretenden Probleme sowie spezifische Interessenlagen – insbesondere der Unternehmensleitung – zu nennen. Als zweites ist zu berücksichtigen, daß Position und Tätigkeit des Psychologen ja selbst Bestandteile des betrieblichen Systems sind bzw. im Verlauf der Intervention dazu werden und somit nicht losgelöst von dessen Gesetzmäßigkeiten und Regeln gesehen werden dürfen. Letzterer Punkt betrifft insbesondere die rechtlichen Rahmenbedingungen psychologischer Tätigkeit. Weiterhin ist für die Form der organisatorischen Umsetzung im Betrieb zu beachten, daß sie Auswirkungen auf Verlauf, Ergebnisse und Nebeneffekte hat. Im folgenden sollen diese Punkte weiter erörtert werden. Die Vorgehensweise bei der Programmentwicklung soll sodann exemplarisch anhand eines aktuellen Themas – Mobbing – verdeutlicht werden.

4.1 Implementationsmodelle

Psychologische Leistungen für Betriebe und andere Institutionen generell und klinisch-psychologische Programme im speziellen können grundsätzlich nach drei Modellen organisiert werden als betriebsinterne Programme, als Programme einer unabhängigen vermittelnden Beratungseinrichtung («Service Center Programme») und als Angebot öffentlicher bzw. psychosozialer Stellen.

Betriebsinterne Programme beinhalten die Aufgabe der Problemidentifikation und -definition, der Erschließung interner und externer Interventionsressourcen und der Vermittlung, Koordination und ggf. direkten Durchführung von Maßnahmen. Vorteile sind v. a. die intime Kenntnis der Organisation sowie eine erleichterte Kommunikation und verbesserte Identifikation mit den Programmen. Nachteile liegen im Problem der Vertraulichkeit, in Rollen- und Abteilungskonflikten sowie den hohen Anforderungen an innerbetriebliche personale Ressourcen.

Beim «Service Center-Modell» wird die Identifikation und Definition von Problemen, die subsequente Vermittlung von Behandlungsressourcen und ggf. die Durchführung kurzfristiger Interventionsmaßnahmen (z. B. Beratung, Krisenintervention) einem unabhängigen, betriebsexternen Dienstleister übertragen. Die-

ser fungiert als Verbindungsstelle zwischen Betrieb und Programmträger (bei längerfristigen Programmen). Das Modell hat die Vorteile der Kostenersparnis für kleinere Unternehmen, einer leichter herzustellenden Vertraulichkeit, einer vermutlich besseren Identifikation und Ausnutzung externer Ressourcen, einer größeren Streubreite erreichbarer Mitarbeiter, einer besseren Kommunikation mit den Fachleuten und den externen Einrichtungen und gewöhnlich auch eines stärker diversifizierten und professionelleren Personals.

Nachteile können in einer abnehmenden Kompetenz für Beratung und sonstige Interventionen innerhalb des Betriebes, dem Mangel an Identifikation mit den Programmen, der Etablierung von «outsider» Rollen, einem Mangel an Wissen über die Organisation beim Service Center und den externen Trägern und in erschwerter Kommunikation liegen. Manche der möglichen Nachteile des Modells können durch Modifikationen behoben werden, beispielsweise durch Entwicklung von Ressourcen für die Durchführung bestimmter Funktionen innerhalb des Betriebes selbst sowie durch längerfristige Kontakte zwischen Betrieb und externer Einrichtung.

Angebote öffentlicher Dienste und Institutionen (Industrie- und Handelskammern, Gewerkschaften, Stiftungen, konfessionelle, städtische oder von Vereinen getragene Einrichtungen) werden von Betrieben unmittelbar wahrgenommen, die keine internen Dienste und keinen Zugang zu vermittelnden Einrichtungen haben. Vorteile eines solchen Programms sind die hohe Glaubwürdigkeit für die Mitarbeiter, die der Trägerorganisation nahestehen (z. B. Gewerkschaftsmitglieder), hohe Vertraulichkeit sowie Kostengünstigkeit. Nachteile liegen darin, daß Nicht-Mitglieder oft nicht teilnehmen können, Mißtrauen zwischen der Firma und dem Programmträger entstehen kann und u. a. auch nur limitierte professionelle Kompetenzen sowohl innerhalb des Betriebes als auch innerhalb der Trägerorganisation zur Verfügung stehen.

Je nach Problemlage und Abwägung der Vor- und Nachteile wird die eine oder andere Form dieser Grundmodelle oder ihre Verbindung im Rahmen eines Vernetzungskonzepts zu präferieren sein. Dies wird weiter unten anhand eines konkreten Beispiels noch weiter verdeutlicht.

4.2 Programmentwicklungen

Interventionen auf der Grundlage des dargestellten Balance/Imbalance-Rahmenmodells und nach Maßgabe der soeben konkretisierten Ansatzpunkte lassen sich sowohl als individuelle als auch kollektive Maßnahmen organisieren. Interventionen im betrieblichen Rahmen sind in der Regel kollektive Maßnahmen. Sie werden als Programme realisiert, deren Ziel es ist, für bestimmte Mitarbeitergruppen oder für die gesamte Belegschaft eines Betriebes Veränderungen in den o. g. Komponenten herbeizuführen. Bisherige Programme sind weitgehend personorientiert, beinhalten also die Erhöhung innerer Ressourcen und die Verringerung von Aspekten der Vulnerabilität. Die Funktion des Klinischen Psychologen im Betrieb liegt in der Problemanalyse, der Programmentwicklung und in ihrer effektiven Implementation und Evaluation (s. Abschnitt 5.1).

Grundsätzlich lassen sich zwei Klassen von Programmen unterscheiden. Bei ersterer werden *Beratungs- und Trainingsverfahren als spezifische präventive oder korrektive strukturelle Maßnahmen* vorgesehen, mit deren Hilfe jeweils bestimmte aktuelle Problemsituationen in der betrieblichen Organisation beseitigt werden sollen. Derartige Ansätze reichen von den für die klinische Betriebspsychologie paradigmatischen Alkoholismusprogrammen über Angebote für die Bearbeitung von Problemen, wie sie bei Arbeitswechsel (Umsetzung) und spezifischen Arbeitsanforderungen, Auflösung von Arbeitsplätzen, Entlassung, Versetzung, Pensionierung entstehen bis zur Behandlung von familiären und interpersonellen Schwierigkeiten, Scheidungsproblemen, finanziellen Konflikten und gruppenspezifischen Arbeits- und Führungsproblemen (z.B. Vermittlung von Assertivität bei Frauen im Betrieb).

Die zweite, historisch jüngere Klasse von Programmen zielt auf die *Vermittlung oder auch Wiederherstellung von Grundkomponenten psychischer und auch körperlicher Gesundheit* auf breiter Front. Konkrete Ansatzpunkte sind Streß-Management (Regulationskompetenzen), Gesundheitsverhalten (Vulnerabilitätskomponenten), Führungsverhalten (Vermittlung angemessener Kompetenzen im Sinne eines optimalen PE-Fit) und die Entwicklung und Nutzung von Selbsthilfegruppen und anderen

Formen sozialer Unterstützung (externale Ressourcen). Ein Beispiel für letzteren Ansatz würde die Entwicklung eines sozialen Netzwerkes für weibliche Führungskräfte darstellen. Insgesamt handelt es sich hier um eher unspezifische Maßnahmen der primären oder sekundären Prävention.

Bei allen Programmen zeigt sich eine pragmatische Verwendung unterschiedlicher therapeutischer bzw. Interventionstechniken nach Maßgabe der jeweiligen Zielsetzung. Kennzeichnend für diese Programmentwicklung ist ferner die Annahme, daß psychische und körperliche Gesundheit und betriebliche Effizienz in einem Wechselwirkungsprozeß stehen. Eine Übersicht über historische wie aktuelle Formen und Ergebnisse solcher Programmentwicklungen geben Liepmann (1990) und Schorr und Jilski (1987).

4.3 Ein aktuelles Beispiel Programmentwicklung bei Mobbing

«Mobbing» stellt einen Modebegriff dar, der «eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz» umschreibt (Knorz & Zapf, 1996). Formal wird von Mobbing gesprochen, wenn eine Person systematisch mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von mindestens einem halben Jahr von folgenden Handlungen betroffen ist:

- Angriffen auf die Möglichkeit, sich mitzuteilen (z. B. ständige Kritik),
- Angriffen auf die sozialen Beziehungen (z. B. räumliche oder soziale Isolierung),
- Angriffen auf das soziale Ansehen (z. B. Gerüchte),
- Angriffen auf die Qualität der Arbeit (z. B. Zuweisung kränkender Arbeiten),
- Angriffen auf die Gesundheit (z. B. Zwang zu gesundheitsschädigenden Arbeiten).

Nach Leymann (1993) entwickelt sich Mobbing meist auf der Grundlage konflikthafter betrieblicher Situationen. Für den weiteren Verlauf wird ein Phasenmodell vorgeschlagen, nach dem auf schlechte Konfliktverarbeitung und erste Angriffe (Phase 1) systematische und verdichtete feindselige Maßnahmen folgen (Phase 2, eigentliches Mobbing). Hier kommt es auch zu einer Verschlechterung der psychischen und

physischen Verfassung der Betroffenen. Dem schließt sich eine Phase der Rechts- und Machtübergriffe an (3), in der die beeinträchtigte Verfassung der Betroffenen oft als Anlaß für Sanktionen dient. Ärztliche und psychologische Fehldiagnosen wirken auf diesen Prozeß zurück und verkomplizieren ihn zusätzlich. Ein Teufelskreis etabliert sich. Am Ende steht der Ausschluß der Betroffenen aus dem Betrieb oder der Arbeitswelt, verbunden mit Krankschreibungen, Frührente, etc. (4).

Andere Verläufe sind denkbar (vgl. Knorz & Zapf, 1996), insgesamt stellt Mobbing nach seiner interaktiven, Wechselwirkungen und Transaktionen beinhaltenden Charakteristik ein typisches Beispiel für ein dynamisches Ungleichgewicht dar. Es wird in Zusammenhang gebracht mit der zunehmenden Konflikthaftigkeit und existentiellen Bedrohung von Arbeitsplätzen, konstituiert für Unternehmen oder Behörden einen beträchtlichen Schaden und führt für die Betroffenen zu psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen, gefährdet deren Erwerb des Lebensunterhalts, bedroht in der Konsequenz Lebensperspektive, Lebenssinn und Tagesstruktur, belastet zusätzlich das außerberufliche soziale Umfeld und erschöpft ggf. dessen Ressourcen. Intervention ist angezeigt, nach dem vorliegenden Stand der vorliegenden Forschung wie Theorienbildung gibt es allerdings keine «wahren» oder «falschen» Ansätze (vgl. Neuberger, 1994); vielmehr legen unterschiedliche theoretische Zugänge jeweils unterschiedliche Vorgehensweisen nahe. Mobbing stellt somit eine Problem dar, das für die gegenwärtige gesellschaftliche und wirtschaftliche Situation, in der stets neue und nur schwer beurteilbare Ungleichgewichte in der Folge spezifischer Entwicklungen wirksam werden (z.B. Globalisierung, lean management, technologische Entwicklungssprünge, etc.) typisch ist. Es bedarf eines möglichst umfassenden Programmansatzes, der den unterschiedlichen Facetten des Problems gerecht wird. Folgende Eckpunkte sind bedeutsam

Das oben dargestellte Phasenmodell (und auch andere denkbare Verläufe) legt nahe, verschiedene Formen der Intervention bzw. Prävention vorzusehen. Oben wurde eine Unterscheidung zwischen primärer (prospektiver Arbeitsgestaltung), sekundärer (korrektiver Arbeitsgestaltung) und tertiärer Prävention (reha-

bilitative Arbeitsgestaltung) vorgeschlagen. Den hierfür erforderlichen Maßnahmen der inner- und außerbetrieblichen Aufklärung und Kompetenzvermittlung im Vorfeld, des Umgangs mit Risikosituationen (betrieblichen Konflikten) und der unterstützenden sozio- wie psychotherapeutischen Maßnahmen und weiteren beratenden Interventionen wird am ehesten eine innovative Kontakt- und Vernetzungsstelle im Sinne des o.g. Service-Center-Modells gerecht, wie sie bereits in einigen Regionen entwickelt wurde. Ihre Funktion ist wie in Abbildung 3 dargestellt beschreibbar.

Die Mobbing-Kontaktstelle ist, unterstützt von verschiedenen Trägern, mit hauptamtlichen Mitarbeitern ausgestattet. Sie leistet erste Hilfe, versucht die Öffentlichkeit zu sensibilisieren und trägt dadurch beispielsweise zur Vermeidung der häufig genannten Fehldiagnosen bei Arzt- oder Psychologenkontakten bei; Bildungsarbeit dient der primär-präventiven Qualifizierung und ein Netzwerk wird aufgebaut, das jeweils die Hilfen leisten kann, die zum Durchbrechen des Teufelskreises Mobbing in den verschiedenen Phasen seiner Entwicklung beitragen können. Hierzu können dann innerbetriebliche Maßnahmen wie die eines verbesserten Konfliktmanagements oder Programme zur Förderung adäquater Coping-Strategien in Mobbing-Situationen (vgl. Knorz & Zapf, 1996) ebenso beitragen wie die Vermittlung von Psychotherapie oder sozialarbeitsrechtlicher oder juristischer Beratung oder die Organisation eines Gesprächs- bzw. Selbsthilfekreises für Betroffene.

4.4 Rahmenbedingungen psychologischer Tätigkeit im Betrieb

Alle Publikationen zur klinischen Betriebspsychologie betonen die Notwendigkeit einer Berücksichtigung der *Machtverhältnisse*, insbesondere zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern (vgl. Lippmann, 1985; Schorr & Jilski, 1987). Wenngleich verlässliche empirische Belege bislang nicht vorliegen, ist evident, daß es beispielsweise für die Durchführung eines Programms zur Alkoholismusprävention nicht gleichgültig ist, ob dieses in der Abteilung für Personalentwicklung, beim Betriebs-

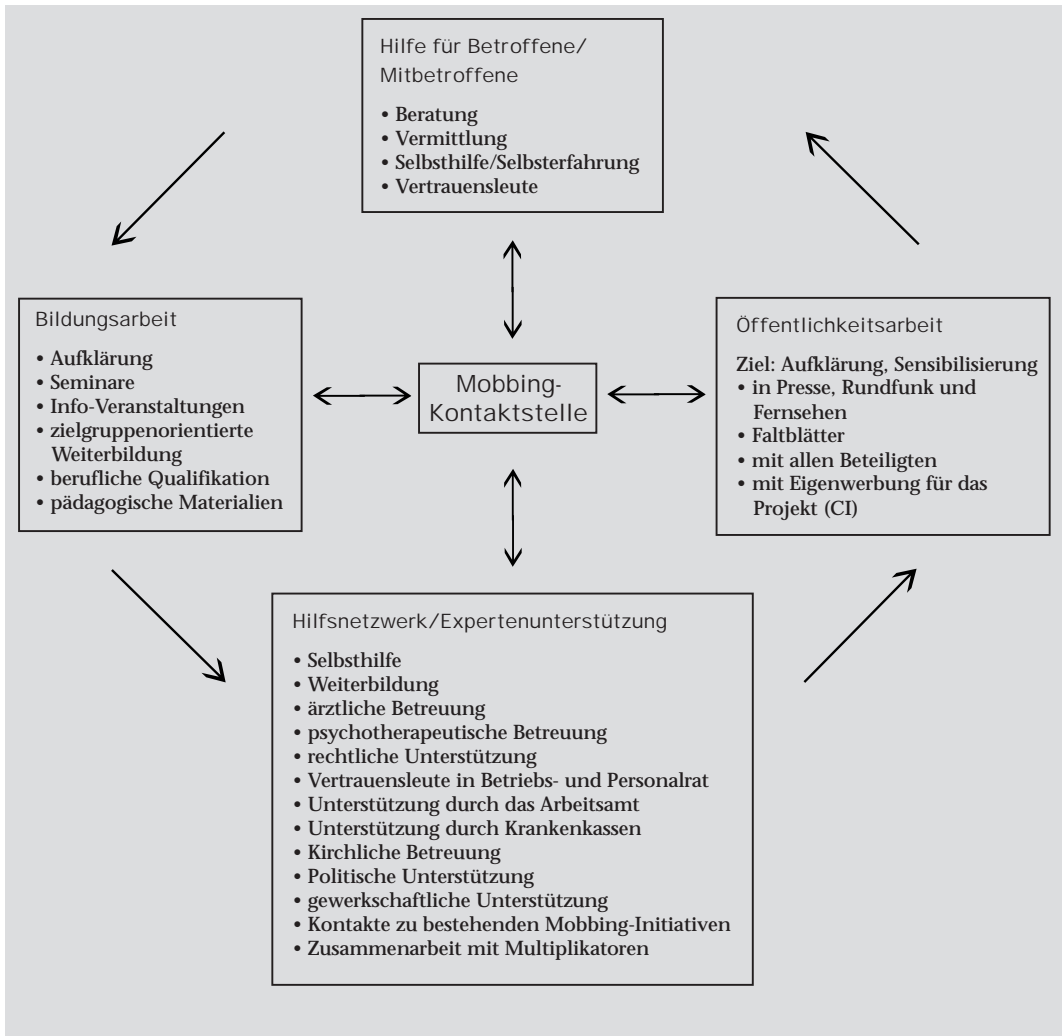


Abbildung 3: Vernetzung der Aufgabenbereiche eines Mobbing-Kontaktes.

rat, bei der Gewerkschaft, in der betriebsärztlichen Abteilung oder im Rahmen eines unabhängigen Modellprojekts angesiedelt ist. Je nach Lokalisation im Kraftfeld des betrieblichen Systems werden Interventionsprogramme unterschiedliche Akzente des Inhalts und der Zielsetzung aufweisen, unterschiedlichen Einflüssen ausgesetzt sein, von den verschiedenen Gruppen der Organisation unterschiedlich perzipiert und letztlich von den Zielgruppen auch unterschiedlich rezipiert werden. Für den

klinischen Psychologen im Betrieb gilt es, seine eigene Lokalisation im betrieblichen Kraftfeld zu analysieren und ggf. so auf deren Veränderung hinzuwirken, daß seine Handlungsmöglichkeiten dadurch optimiert werden.

Eine zweite Rahmenbedingung wird durch die gegebenen *gesetzlichen Regelungen* konstituiert. Diese sind beispielsweise in Deutschland im Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) und im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) festgeschrieben. Hier ist als erstes Paragraph 75 der BetrVG zu

nennen, der Arbeitgebern und Personalrat eine Verpflichtung zum Schutz der freien Persönlichkeitsentfaltung der Mitarbeiter auferlegt. Weiterhin das Arbeitssicherheitsgesetz, das u. a. die Neutralität bestimmter Berufsgruppen vorschreibt (Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit) und in seiner revidierten Form auch eine Verpflichtung zur Gefährdungsbeurteilung, zur Durchführung von Maßnahmen zur Gefährdungsbehebung und zur Dokumentation des Ergebnisses dieser Maßnahmen enthält (§6). Wichtig in unserem Zusammenhang ist, daß bei der Ausarbeitung gefährdender betrieblicher Situationen auch auf psychologische Faktoren eingegangen wird. Dies schafft einen gesetzlichen Rahmen beispielsweise für Maßnahmen zur Streßminimierung oder zur Unterbindung von Mobbing-Situationen. Da psychologische Programme in Anbindung an bzw. in Abstimmung mit den genannten Instanzen durchgeführt werden oder aber die gesetzlichen Regelungen unter bestimmten Bedingungen auch für Psychologen unmittelbar gültig sein können (vgl. Lippmann, 1985), ergibt sich hieraus eine Verpflichtung auf ein Rollenverständnis, das durch die Begriffe Persönlichkeitsschutz, Neutralität und Schutz bzw. Vorbeugung bezüglich unterschiedlicher, auch psychischer Gefährdungen gekennzeichnet ist. Die Art und Weise wie mit diesen Rollenerwartungen umgegangen wird, dürfte in unmittelbarer Relation zu dem Erfolg betrieblicher Intervention stehen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß die geforderte Weisungsfreiheit und Unabhängigkeit der Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom ASiG, sofern Psychologen diesem unterliegen, auch gewährleistet wird (Par. 9). Die standespolitische Forderung betrieblich tätiger Klinischer Psychologen geht dementsprechend auch dahin, das ASiG für Psychologen/innen ohne Einschränkungen in Anwendung zu bringen.

Die gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen lassen darüberhinaus auch einige Ansatzpunkte für präventive und korrektive Maßnahmen bezüglich vorhersehbarer gesundheitlicher und psychosozialer Störungen erkennen. So gibt das deutsche Betriebsverfassungsgesetz in Paragraph 91 dem Betriebsrat ein Mitbestimmungsrecht bei Veränderungen der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs oder der Arbeitsumgebung, die den gesicherten arbeits-

wissenschaftlichen Erkenntnissen über die menschengerechte Gestaltung der Arbeit offensichtlich widersprechen. Wenn Psychologen den Betriebsrat sachkundig auf der Grundlage arbeits- und organisationspsychologischer Erkenntnisse beraten, kann dieser «angemessene Maßnahmen zur Abwendung, Milderung oder zum Ausgleich der Belastung verlangen». Gemeint sind nach der gängigen Rechtsprechung dabei in der Regel Fälle mit hohem Belastungsgrad und damit verbundener Gesundheitsgefahr, die auf Dauer bestehen. «Außerdem müssen die Belastungen für jeden, der eine ausreichende Sachkunde über gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit besitzt, deutlich erkennbar, offensichtlich sein» (Fitting, Auffahrt & Kaiser, 1981). Im Unterschied zu den vorhersehbaren Risiken sind wir bei nicht vorhersehbaren, durch die Arbeitssysteme bedingten Beeinträchtigungen oder Schädigungen auf eine wirksame Früherkennungsdiagnostik und möglichst rasche korrektive Arbeitsgestaltung angewiesen. Aus sozialmedizinischer Sicht wird von daher die Forderung nach regelmäßigen betrieblichen Reihenuntersuchungen und regelmäßigen Erhebungen zur Erstellung eines «Belastungskatasters» (nach Betrieben und Arbeitsplätzen klassifizierte Belastungsskalierungen) gestellt. Psychologische Untersuchungsinstrumente zur Erfassung psychosomatischer Beeinträchtigungen und psychischer Störungen dürfen aus psychologischer Sicht bei derartigen Reihenuntersuchungen nicht fehlen. Beispielsweise wären standardisierte Instrumente der streßbezogenen Tätigkeitsanalyse zweifellos für solche «Belastungskataster» besonders geeignet. Damit könnte auch aus psychologischer Sicht ein erster Schritt einer Frühdiagnostik und frühzeitigen Intervention erfolgen. Wenn derartige Daten in epidemiologischen Längsschnittuntersuchungen regelmäßig im Betrieb erhoben werden, können daraus auch Erkenntnisse zur präventiven Intervention abgeleitet werden.

Auf praktisch-methodischer Ebene beinhalten die o. g. Gesetze jedoch auch Einschränkungen für die psychologische Tätigkeit. So bedarf der Einsatz von Fragebogenverfahren der Zustimmung des Betriebsrates (Paragraph 94 des BetrVG). Fragen nach persönlichen Problemen

sind nach einschlägigen Kommentaren zur Rechtsprechung weitgehend unzulässig (Fitting, Auffahrt & Kaiser, 1981). Wenngleich diese auf Persönlichkeitsschutz abzielenden Regelungen prinzipiell wünschenswert und unverzichtbar sind, bedeuten sie jedoch in der Praxis eine Erschwernis psychologischer Tätigkeit sowohl für die Erarbeitung von Indikationsstellungen für Programme als auch für deren Evaluation. Klinische Psychologen in betrieblichen Organisationen müssen diese Erschwernisse auf sich nehmen; sie müssen jedoch auch versuchen, im Sinne einer möglichst effizienten Gestaltung ihrer Tätigkeit für die Beschäftigten die im Rahmen der Gesetze gegebenen Möglichkeiten zur Erhebung relevanter Daten zu nutzen.

Lokalisation im betrieblichen Kraftfeld, Rol-
lendefinitionen und rechtliche Vorgaben bestimmen somit den Rahmen, der für klinisch-psychologische Interventionsprogramme im Betrieb gegeben ist. Um effektiv arbeiten zu können, muß der Psychologe diese Bedingungen erkennen und prinzipiell akzeptieren, sie aktiv – beispielsweise bezüglich seiner eigenen Rolle – mitgestalten und Handlungsspielräume ausloten. Diese Aufgabe wird nur über eine enge Kooperation der Psychologen mit allen relevanten Repräsentanten der betrieblichen Organisation und der Gesellschaft realisierbar sein.

5. Evaluationsprobleme und Zukunftsperspektiven

In unseren vorangegangenen Ausführungen haben wir versucht, das weite Feld klinisch-psychologisch akzentuierter betrieblicher Interventionen zu strukturieren und vorliegende Interventionsansätze in diese Struktur einzuordnen. Wünschenswert wäre es, wenn zu den einzelnen Ansätzen – ähnlich wie zu den Routineverfahren klinisch-psychologischer Intervention im Einzelfall – Bewährungsdaten vorlägen, die eine reflektierte Implementation und Weiterentwicklung der Verfahren ermöglichen würden. Dies ist, mit wenigen Ausnahmen, nicht der Fall. Wohl existieren punktuelle Überprüfungen, beispielsweise für die betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. Murza & Laaser,

1994) oder zu modellhaft durchgeführten Interventionen im Rahmen von Pilotprojekten (beispielsweise zum Burnout-Syndrom; vgl. Burisch, 1989), jedoch existieren unseres Wissens keine Metaanalysen, die beispielsweise eine zuverlässige Effektstärkenabschätzung einzelner Interventionsansätze gestatten würden. Nicht von ungefähr wird in unterschiedlichen Überblicksdarstellungen als Beleg für eine gut evaluierte betriebliche Interventionsstudie immer noch das bereits vor über zehn Jahren durchgeführte «Live for Life»-Projekt, eine gesundheitspsychologische betriebliche Intervention, aufgeführt (Dlugosch & Wottawa, 1994). Dieses Projekt ist insofern beispielhaft, als dort auf Verhaltens- wie struktureller Ebene interveniert und evaluiert wurde. Ähnlich positiv ist ein von Murza und Laaser (vgl. 1994) berichtetes Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung einzuschätzen.

Schwierigkeiten der Planung und Umsetzung von Evaluationsstudien dürften v. a. damit zusammenhängen, daß klinisch-psychologische Intervention in Betrieben in aller Regel in Form von Programmen organisiert ist (s. o.), die naturgemäß als Subsysteme Eingriffe in bestehende betriebliche Systeme bedeuten. Somit ist eine Vielfalt von teilweise unterschiedlichen Interessen und Zielsetzungen davon tangiert. Evaluation setzt daher eine intensive Vorausplanung und die Herstellung eines Konsenses über Ziele, Erfassungskriterien und die Bewertung von Nutzenaspekten bereits vor Beginn eines Evaluationsprojektes voraus. Derartiges wird sich wiederum im Rahmen bestimmter, partizipierender und offener Formen von Unternehmenskultur eher realisieren lassen. Evaluation setzt somit ihrerseits wieder Maßnahmen von Organisationsentwicklung voraus. Derzeit könnten die novellierten Inhalte v. a. des Arbeitssicherheitsgesetzes (s. Abschnitt 5.) als Anshub wirken, die u. a. ja auch eine Dokumentation der Gefährdungsbeseitigung – auch hinsichtlich psychologischer Belastungsfaktoren – vorschreiben. Fördernd zumindest hinsichtlich der Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung im Betrieb dürfte auch die mittlerweile vorangeschrittene Entwicklung routinemäßig einsetzbarer gesundheitspsychologischer Meßverfahren sein. Letztlich ist darauf zu verweisen, daß die Träger von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Betrieb in

letzter Zeit ein immer stärkeres Interesse an Evaluation erkennen lassen mit dem Ziel, die Wirkkomponenten spezifischer Programme zu isolieren und Instrumente für die Steuerung von Programmabläufen zu entwickeln (vgl. Dlugosch & Wottawa, 1994).

Schritte in Richtung auf eine umfassende, sowohl Ergebnisse wie Prozesse beinhaltende Evaluation sind um so bedeutsamer, als die Anforderungen an betriebliche Interventionsprogramme eher ansteigen werden. Mehrfach haben wir in den vorangegangenen Ausführungen auf den raschen Wandel der technologischen und wirtschaftsökologischen Rahmenbedingungen und dessen Rückwirkung auf wirtschaftliche und sozialpolitische Bedingungen sowie auf die Betriebe selbst und letztlich die Arbeitsplätze verwiesen. Die Bewältigung dynamischer Imbalancen scheint daher die Aufgabe der Zukunft zu sein. Ein Problem für die Entwicklung angemessener Strategien stellt die Einschätzung und konzeptuelle Bearbeitung derartiger rasanter Entwicklungen dar. Richter (1996) weist darauf hin, daß hierfür geeignete Modelle zur Vorhersage von Störungen erst noch entwickelt werden müssen, ehe wirksame Prävention geplant werden kann. Die Untersuchung der «Beeinträchtigungsfreiheit» und «Gesundheits- und Persönlichkeitsförderlichkeit» ist jedenfalls eine hiermit verbundene wichtige Aufgabe.

In einem weiteren Rahmen betrachtet ist allerdings die Frage zu stellen, welches die Folgen dieser Veränderungen in der Gesellschaft überhaupt sein werden. Arbeit und Arbeitslosigkeit, Erfolg und Scheitern, interindividuell stark variierende Lebensperspektiven, Lebenszufriedenheit und Enttäuschung, gesellschaftlicher Status und die Bildung neuer Schichten und letztlich epidemiologisch manifest werdende Veränderungen psychischer und physischer Gesundheit sind Phänomene, die hiervon betroffen sein können. Die Beantwortung der Frage, ob und inwieweit diese Probleme mit der Entwicklung betrieblicher Interventionen erfolgreich bearbeitet werden können und was gegebenenfalls die neuen Ansätze sein könnten, ist eine der großen Herausforderungen der nächsten Zukunft.

6. Literatur

- Brengelmann, J. C. (1988). Messung und Theorie individueller Streß- und Bewältigungsreaktionen. In J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Streßbewältigungstraining I Entwicklung* (S. 123–151). Frankfurt: Peter Lang.
- Burisch, M. (1989). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin: Springer.
- Büssing, A. (1992). *Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Untersuchungen am Beispiel der Pflegetätigkeit*. Bern: Huber.
- Dlugosch, G. & Wottawa, H. (1994). Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 147–168). Stuttgart: Enke.
- Fitting, K., Auffahrt, F. & Kaiser, H. (1981). *Betriebsverfassungsgesetz. Handkommentar* (11. Aufl.). München: Vahlen.
- French, J. R. P., Jr. (1978). Person-Umwelt-Übereinstimmung und Rollenstreß. In M. Frese, S. Greif & N. Semmer (Hsg.), *Industrielle Psychopathologie* (S. 42–51). Bern: Huber.
- Gebert, D. (1978). *Organisation und Umwelt*. Stuttgart Kohlhammer.
- Gottschall, D. (1987). Lernen ohne Zwang und Streß. *Manager Magazin*, 7, 166–179.
- Greif, S. & Kurtz, H.-J. (1996) (Hrsg.). *Handbuch Selbstorganisiertes Lernen*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.), (1991). *Psychischer Streß am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Hauser, E. (1993). Coaching von Mitarbeitern. In L. v. Rosenstiel, E. Regnet & M. Domsch (Hrsg.), *Führung von Mitarbeitern – Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement* (2. Aufl., S. 223–236). (USW-Schriften für Führungskräfte, Band 20). Stuttgart: Schaefer.
- Hoff, E. (1985). Berufliche Entwicklung und Entwicklungsberatung. In J. Brandstädter & H. Gräser (Hrsg.), *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne* (S. 133–149). Göttingen: Hogrefe.
- Huck, H. H. (1989). Coaching. In H. Strutz (Hrsg.), *Handbuch Personalmarketing* (S. 413–420). Wiesbaden Gabler.
- Jonas, F. & Fletcher, B. C. (1994). Transmission of occupational stress. A study of daily fluctuations in work stressors and strains and their impact on marital partners. In H. Schröder, K. Reschke, M. Johnston & S. Maes (Eds.), *Health Psychology – Potential in Diversity* (pp. 328–338). Regensburg: Roderer.
- Knorz, C. & Zapf, D. (1996). Mobbing – eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40, 12–21.
- Lazarus, R. S. (1996). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Leitner, K., Lüders, E., Greiner, N., Ducky, A., Niedermeier, R. & Volkert, W. (1993). *Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA-VCRA-Büro-Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Leymann, H. (1993). *Mobbing*. Reinbek: rororo.
- Liepmann, D. (1990). Entwicklung von Gesundheitsprogrammen in Organisationen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 447–460). Göttingen: Hogrefe.
- Lippmann, C. (1985). Klinische Betriebspsychologie: sozialpolitische und arbeitstechnische Dimensionen. In

- F.H. Hehl, V. Ebel & W. Rück (Hrsg.), *Diagnostik und Evaluation bei betrieblichen, politischen und juristischen Entscheidungen* (S. 290–298). Bonn: Deutscher Psychologischer Verlag.
- Ludewig, K. (1992). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Therapie und Praxis*. Stuttgart: Klett.
- Manuso, J.S.J. (Ed.) (1986). *Occupational Clinical Psychology*. New York: Praeger Publisher.
- Miner, J.B. (1992). *Industrial-Organizational Psychology*. New York: McGraw Hill.
- Murza, G. & Laaser, U. (1994). Gesundheitsprogramme in Betrieben und Organisationen. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 234–245). Stuttgart: Enke.
- Neuberger, O. & Allerbeck, M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. Erfahrungen mit dem «Arbeitsbeschreibungs-Bogen (ABB)»*. Bern: Huber.
- Nicholson, N. & West, M. (1988). *Managerial Job Change Men and Women in Transition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Perrez, M. & Gebert, S. (1995). Veränderung gesundheitsbezogener Risikoverhaltens: primäre und sekundäre Prävention. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 168–187). Stuttgart: Enke.
- Rauen, Chr. (1998). *Coaching – Bestandsaufnahme eines neuen Personalentwicklungskonzeptes*. Osnabrück: Fachbereich Psychologie der Universität (Diplomarbeit). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Richter, P. (1996). Beitrag der Arbeitspsychologie zur Gesundheitsförderung im Betrieb. In U. Brandenburg, K. Kuhn, B. Marschall & C. Verhoyen (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Betrieb* (S. 107–120). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz.
- Roth, S. (1996). Lean management, Arbeitsgestaltung und Gesundheit. In U. Brandenburg, K. Kuhn, B. Marschall & C. Verhoyen (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Betrieb* (S. 259–290). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz.
- Rückle, H. (1992). *Coaching*. Düsseldorf: Econ.
- Schelp, Th., Maluck, D., Gravemeier, R. & Mensling, U. (1990). *Rational-emotive Therapie als Gruppentraining gegen Streß*. Bern: Huber.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (2. Aufl.)*. Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schmidt, G. (1993). *Business Coaching Mehr Erfolg als Mensch und Macher*. Wiesbaden: Gabler.
- Schorr, A. & Jilski, C. (1987). Klinische Betriebspsychologie oder Klinische Psychologie im Betrieb? Versuch einer Standortbestimmung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 31, 68–76.
- Schreyögg, A. (1995). *Coaching. Eine Einführung für Praxis und Ausbildung*. Frankfurt: Campus.
- Semmer, N. (1984). *Streßbezogene Tätigkeitsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Ulrich, E. (1978). Über das Prinzip der differentiellen Arbeitsgestaltung. *Industrielle Organisation*, 47, 566–568.
- Ulrich, E. (1994). *Arbeitspsychologie (3. Aufl.)*. Stuttgart: Poeschel.
- Weiß, J. (1993). *Selbst-Coaching. Persönliche Power und Kompetenz gewinnen (4. Aufl.)*. Paderborn: Junfermann.
- Wiedl, K.H. & Wiedl, A. (1995). Konflikte im Bereich Arbeit, Freizeit und Familie. In S. Greif & Chr. Rauen (Hrsg.), *Aktiv und selbstorganisiert lernen* (S. 157–172). Hannover: IG Chemie-Papier-Keramik.