

helmut graf

klient wirtschaft

psychotherapie in der arbeitswelt



Springer Wien New York

4.5.6 Arbeitsfeld und Interventionsmöglichkeit Nr. 5/6: Mobbing*

LORENZ⁹⁷ hat nach Aufzeichnungen bereits im Jahre 1958 den Begriff „Mobbing“ im Rahmen der vergleichenden Verhaltensforschung unter Tieren verwendet. Er charakterisierte mit diesem Etikett das Angriffsverhalten einer Gruppe gegen ein einzelnes Wesen. Zum Durchbruch des Begriffes hat der Schwede HEINEMANN⁹⁸ beigetragen, der dieses Konstrukt in den Bereich der Humanbeziehungen transferierte und dessen Publikationen in den skandinavischen Ländern Bestseller waren. Im deutschsprachigen Raum hat der Schwede LEYMANN den Begriff Mobbing bei einer internationalen Konferenz in Hamburg (1990) populär gemacht. Er gilt weltweit als einer der führenden Mobbingforscher, der auch den Fragebogen LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization)⁹⁹ entwickelt hat. Kritisch mit der Mobbingdefinition und Mobbing-Problematik setzt sich NEUBERGER¹⁰⁰ auseinander. NIEDL, der die erste Dissertation in Österreich über dieses Thema geschrieben hat (1995, Wirtschaftsuniversität Wien), definiert Mobbing wie folgt: „Unter Mobbing am Arbeitsplatz werden Handlungen einer Gruppe oder eines Individuums verstanden, denen von einer Person, die diese Handlungen als gegen sie gerichtet wahrnimmt, ein feindseliger, demütigender oder einschüchternder Charakter zugeschrieben wird. Die Handlungen müssen häufig auftreten und über einen längeren Zeitraum andauern. Die betroffene Person muss sich zudem aufgrund wahrgenommener sozialer, ökonomischer, physischer oder psychischer Charakteristika außerstande sehen, sich zu wehren oder dieser Situation zu entkommen¹⁰¹.“ NIEDL spricht klar von einer Täter- / Opferhaltung. Mobbing muss von „normalen“ Konflikten wie sexueller Belästigung, Diskriminierung, Gewalt oder demotivierendem Betriebs- und Organisationsklima, gezielter Mikropolitik (i. S. von Aufbau und Einsatz von Macht, um eigene Interessen durchzusetzen) klar unterschieden und abgegrenzt werden, obwohl die Grenzen fließend sind.

Stark zu hinterfragen sind Mobbingraten, die publiziert werden. Das IFES-Institut spricht von 25%¹⁰², der Bundesverband Österr. Psychologen (BÖP) nennt 15%¹⁰³, und die Wiener Ärztekammer hat durch das IFES-Institut am AKH-Wien die dort tätigen Ärzte befragt. 36% der Befragten¹⁰⁴ gaben an, dass sie von Mobbing persönlich betroffen seien. Bei näherer Überprüfung dieser Daten zeigt sich jedoch, dass die Qualität der Frageinstrumentarien den wissenschaftlich-statistischen Kriterien kaum entspricht. Ebenso verhält es sich mit den Zahlen der Mobbingfolgekosten. Da Mobbing multikausale Auswirkungen hat, kann nur von Hochrechnungen ausgegangen werden, wie diese z.B. der ÖGB für 1999 errechnet hat (9 MRD EUR)¹⁰⁵. Obwohl der Schaden durch Mobbing nicht unterschätzt werden darf, ist die Zahl doch zu hoch gegriffen. So ist der von NIEDL erhobene Prozentsatz von 4.4% bzw.

⁹⁷ (1991), Seite 96.

⁹⁸ Vgl. dazu HEINEMANN (1972), Seite 9.

⁹⁹ Zit. bei NIEDL (1995), Seite 12 ff.

¹⁰⁰ NEUBERGER (1995).

¹⁰¹ NIEDL (1995), Seite 23.

¹⁰² WIENER ZEITUNG, 22. Februar 2001, Seite 7.

¹⁰³ WIENER ZEITUNG, 18. Dezember 2000, Seite 11.

¹⁰⁴ SZEKERES (2000), http://www.gaku.at/News/1_2000/Auswertung/auswertung.htm (Stand 03 /2002).

*Auszug GRAF, H. (2003), Psychotherapie in der Arbeitswelt, Seite 112 - 124, Wien: Springer.

¹⁰⁵ Siehe WIENER ZEITUNG, 18. Dezember 2000, Seite 11.

die von LEYMANN eruierte Mobbingrate (3.5%)¹⁰⁶ eher als Obergrenze anzusehen. Beide haben das Frageinstrument Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT) verwendet, das aber den Prozesscharakter kaum berücksichtigt und die Zielperson als Opfer definiert.

Diese Prozentsätze werden durch eine repräsentative Studie (2002) der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin¹⁰⁷ in Dortmund (Durchführung: Sozialforschungsinstitut Dortmund) bestätigt, die einen eigens entwickelten Fragebogen verwendet hat: Ein zentrales Ergebnis ist, dass in der BRD aktuell 2.7% der Erwerbstätigen von Mobbing betroffen sind. Wird diese zeitpunktbezogene Betrachtung auf den Zeitraum eines Jahres (2000) erweitert, summiert sich der Anteil der von Mobbing betroffenen Personen auf 5.5%. Die Daten belegen des Weiteren, dass 11.3% im Laufe des Berufslebens bereits einmal Mobbing verspürt haben. Festgestellt wurde auch, dass es keinen Bereich gibt, der als „mobbingfreie“ Zone gelten könnte. Alle Berufsgruppen, Branchen, Betriebsgrößen sowie Hierarchiestufen und Tätigkeitsniveaus sind betroffen. Gleichwohl konnten bestimmte Merkmale identifiziert werden, die, vor allem miteinander kombiniert, die Gefahr von Mobbing deutlich erhöhen. Hierzu zählen vor allem Geschlecht und Alter der Beschäftigten: Frauen sowie jüngere MitarbeiterInnen bis zu 25 Jahren, allen voran Auszubildende, sind besonders gefährdete Gruppen. Weibliche Beschäftigte haben eine Betroffenheitsquote von 3.5% gegenüber männlichen von 2.0%, d.h. ihr Mobbingrisiko liegt um 75% höher als das der Männer. Beschäftigte bis zu einem Alter von 25 Jahren haben eine Betroffenheitsquote von 3.7% gegenüber dem Durchschnitt von 2.7%. Die Gefährdung der Auszubildenden liegt mit 4.4% deutlich über dem Durchschnitt. Als mobbende Personen sind sowohl Vorgesetzte als auch KollegInnen identifiziert worden. In 38.2% der Fälle sind Vorgesetzte die alleinigen Mobber, in 12.8% mobben sie gemeinsam mit einem/einer oder mehreren KollegInnen. Eine Gruppe von KollegInnen hat sich in 20.1% der Fälle als Mobber herauskristallisiert. KollegInnen als Einzelpersonen sind in 22.3% die Mobbingakteure.

Mobbing, das ausschließlich von Beschäftigten einer nachgeordneten Hierarchieebene ausgeht, kommt in 2.3% der Fälle vor. In etwa 66% der Betriebe hat es vor dem Mobbing der Befragten bereits andere Fälle gegeben und in drei von fünf Fällen gibt es zeitgleich zu den Befragten weitere Betroffene. Bei Beschäftigten, die zur Zielscheibe von Schikanen, Intrigen und Ausgrenzung werden, zeigen sich zu 98.7% Auswirkungen auf das Arbeits- und Leistungsverhalten (z.B. Demotivation, Misstrauen, Nervosität, Verunsicherungen, sozialer Rückzug). 43.9% erkranken in Folge des Mobbings, davon wiederum fast die Hälfte für mehr als sechs Wochen. Arbeitsrechtliche Schritte in Form von Versetzungen und Kündigungen von Seiten des Arbeitgebers treffen deutlich häufiger die Betroffenen als die Verursacher von Mobbing.

Wie bereits oben erwähnt, ist es sowohl für die Forschung wie auch für die psychotherapeutische Arbeit wichtig, die prozessuale Dynamik und den autobio-graphischen Charakter der Beteiligten und Betroffenen zu beachten. Die dichotome Klassifizierung in „Mobbingopfer und Mobbingtäter“ wird besonders im ersten Drittel des Mobbingprozesses der komplexen Wirklichkeit gegenseitiger Beeinflussung und Interdependenzen nicht gerecht, weil diese Bezeichnung schon durch die Sprache Widerstände erzeugt und unnötig Barrieren aufbaut. Die Bezeichnung Betroffene und Beteiligte (Involvierte) lässt positivere Gedankenverbindungen zu. Die möglichen und auslösenden Ursachen eines Mobbingprozesses sind kaum erforscht. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass das

¹⁰⁶ NIEDL (1995), Seite 33 – 77.

¹⁰⁷ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, BRD (Brief vom 16. 4. 2002 an Autor) oder www.sfs-mobbing-report.de bzw. Meschkutat, Stackelbeck, Langenhoff (2002).

konfliktreiche Umfeld in der Arbeitswelt von Mobbingbeteiligten als subjektives Gefühl (Gefahr) der Bedrohung des Selbstwert-gefühls interpretiert wird. Ihr Sicherheitsgefühl wird durch Fremd- und Andersartigkeit sowie durch die Verletzung von Werten, Normen und Glaubenshaltungen bedroht. Die Aktivisten wählen als „Verarbeitungsstrategie“ die Form der Aggression, wobei Fragen der Ethik keine Bedeutung mehr haben.

Die psychosomatischen Auswirkungen für Betroffene sind besonders in der letzten Phase sehr stark. Aus meiner psychotherapeutischen Praxis sind folgende Krisenreaktionen erkennbar: wiederholte, stark belastende Träume, plötzliches Handeln und Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre (Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben), intensives psychisches Leid bei der Konfrontation mit Ereignissen, Sinnkrise - einhergehend mit einer noogenen Depression, Suizidgedanken, psychische Destabilität, Konzentrationsstörungen, Magenschmerzen, unkontrolliertes Weinen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, starkes Nachlassen der Sexualität, Zyklusstörungen, Angstzustände und Schweißausbrüche. Besonders im letzten Drittel des traumatischen Prozesses ist neben der Depression besonders die Variante der extremen Obsession eine Form der Persönlichkeitsveränderung. Diese Obsession zeigt sich in einer feindlichen und misstrauischen Haltung gegenüber der Welt, einem ständigen Gefühl des Bedrohtseins, in permanenter Hyperaktivität, einem suchthaften Erzählen des eigenen Schicksals und der erlittenen Kränkungen. Weitere Charakteristika: Hypersensitivität gegenüber Unrecht sowie ein übertriebenes Aufgreifen und Sich-Vertiefen in das Leiden anderer. Die Depression ist gekennzeichnet durch das Gefühl der Leere und Perspektiven- und Sinnlosigkeit sowie das Unvermögen, Freude zu empfinden. Diese depressiven Phasen sind oft durch Protestwellen und Hyperaktivität unterbrochen. Diese Reaktionen finden gerade in einer äußerst sensiblen Phase des Prozesses statt: Das Geschehen wird „öffentlich“, d. h. die Betroffenen wenden sich an übergeordnete Vorgesetzte, um ihr „Recht“ einzufordern; externe Systeme werden hinzugezogen, die wiederum mit ihrer eigenen Systemlogik oben beschriebene Symptome „beobachten“ und „einordnen“. Mobbingbetroffene laufen dann Gefahr, dass sie durch die bereits in der Persönlichkeit stattgefundene *Veränderung* wahrgenommen werden, deren Charakteristika (Sprechen, Handeln, Denken) oft als generelle Persönlichkeitsstörung klassifiziert werden. Traumadynamisch lässt sich die Depression als Ausdruck des Desillusionierungsschemas verstehen, die querulatorische Obsession als traumakompensatorisches Bemühen. Die Betroffenen sind oft der Überzeugung, durch Hyperaktivität und misstrauisch-querulatorisches Verhalten eine neuerliche Traumatisierung verhindern zu können. Auch versuchen sie verzweifelt, andere durch ihr suchthaft wirkendes Erzählen vor einer ähnlichen Erfahrung zu bewahren und ihnen so jenen Schutz zu gewähren, der ihnen selbst nicht widerfahren ist¹⁰⁸.

Für die Erstellung einer Diagnose ist das bewusste Einbeziehen der Vorgeschichten und das Berücksichtigen von temporären und intersozial-kommunikativen Elementen bei den beobachteten Symptomen von *elementarer* Bedeutung. Bleibt dies unberücksichtigt, besteht die Gefahr einer Fehldiagnose bzw. Verwechslung mit anderen Symptomen, die als spezifische Persönlichkeitsstörungen (ICD 10, F60) wie paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0) oder als nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (F60.9) beschrieben werden.

Die diagnostischen Leitlinien zeigen jedoch bei dem Krankheitsbild „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD 10, F43) sowie dem der akuten Belastungsreaktion

¹⁰⁸ Vgl. dazu FISCHER, RIEDESSER (1999), Seite 334 f.

(F43.0), der traumatischen Belastungsstörung (F43.1) oder der Anpassungsstörung (F43.2) und bei den andauernden Persönlichkeits-*änderungen* (ICD 10, F62) sehr ähnliche Symptome auf, wie sie bei spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60) zu erkennen sind. Ätiologisch haben wir es jedoch mit divergierenden Parametern zu tun, wobei der biographische Parameter bei Persönlichkeitsstörungen (F60; Beginn in der Kindheit oder Jugend mit Manifestation im Erwachsenenalter) als wesentlichste Leitdifferenz in der Erstellung der Diagnose zu berücksichtigen ist. Gerade das Nichtberücksichtigen dieser Feinheit in der Diagnostik sollen die beiden Fallbeispiele demonstrieren.

4.5.6.1 Praxistransfer

Wie bereits in Kap. 4.5.2 angeführt, ist psychotherapeutische Intervention bei Mobbingprozessen auf die Behandlung des Mobbingbetroffenen beschränkt. Diese Selbstbeschränkung macht zunächst viel Sinn, da in der Regel eine Krisenintervention notwendig ist, die ein sofortiges Herauslösen aus dem Arbeitsprozess notwendig macht. Es wäre sogar kontraindiziert, wenn in diesem psychisch destabilen Zustand Mobbingbetroffene mit den Aktivisten konfrontiert werden würden, abgesehen davon, dass weder vom Psychotherapeuten noch vom Klienten dafür ein Auftrag gegeben werden kann, denn dafür müssen die anderen Gesprächspartner bzw. Kontrahenten ihr Einverständnis geben und ihre Bereitschaft zeigen.

In Anlehnung an LEYMANN kann ein Mobbingprozess idealtypisch in vier Phasen¹⁰⁹ dargestellt werden, wobei jene Phase, in welcher der Prozess „öffentlich“ wird, die kritische Phase darstellt, da das Umfeld, in der Regel Vorgesetzte oder per Gesetz legitimierte Personen, in den Prozess eingreifen. Dieses Krisenmanagement ist hauptsächlich dafür verantwortlich, ob das Geschehen deeskaliert oder eskaliert. Oft werden noch ernste Bemühungen der unmittelbaren Vorgesetzten auch von den KlientInnen beschrieben, doch vielfach kommt eine Dynamik in den Konfliktprozess, der für die Betroffenen zu einer neuerlichen Belastung führt. Oft spielen dabei psychiatrische Gutachten eine Schlüsselrolle. Führungspersonen werden von Juristen ermutigt, ein solches einzuholen, damit bei einem Arbeitsprozess die Beweislage leichter dargelegt werden kann. Nicht nur in den beiden Fallstudien war das so, sondern auch in anderen Fällen konnte ich dies in der Praxis beobachten.

Man kann davon ausgehen, dass Gutachten nicht aus Gefälligkeit gegenüber dem Auftraggeber (Arbeitgeber) erstellt werden und dass Arbeitgeber nicht bewusst am Mobbingprozess „aktiv“ teilgenommen haben. Eine solche Unterstellung oder Argumentation wäre unseriös und würde den ethischen Grundsätzen der interdisziplinären Zusammenarbeit nicht entsprechen. Aus den zitierten Fällen darf und kann auch keine pauschale Verurteilung oder Verdächtigung erfolgen.

Die in dieser Fallvignette vorkommende Person hat *keinen* Klientenstatus in meiner psychotherapeutischen Praxis. Dennoch fühle ich mich verpflichtet, die Daten¹¹⁰ so zu behandeln,

¹⁰⁹ LEYMANN (1994), Seite 59.

¹¹⁰ Sämtliche Unterlagen stehen in kopierter Ausfertigung zur Verfügung.

dass es den psychotherapeutisch-ethischen Wertvorstellungen zur Gänze entspricht. Aus diesen Überlegungen heraus verwende ich die unpersönliche Bezeichnung „Person“ bzw. verzichte ich auf eine Beschreibung des beruflichen Umfeldes - um den Preis, dass gerade dadurch viele Fragen und Überlegungen aufkommen.

Das erste Gutachten hält eingangs fest, dass es sich „ausschließlich auf das Fach Neurologie“¹¹¹ bezieht; es hält auch fest, dass im Status Psychicus die „Persönlichkeitsstruktur unauffällig“ sei, es „keine sozialen Auffälligkeiten“ gebe, dass „die Kontaktfähigkeit ausreichend“ sei und „keine psychogene Störung“ vorliege. Die psychische Situation wird jedoch abschließend wie folgt bewertet: „Während in geistiger Hinsicht keine Akutsymptome oder Defekte vorliegen, zeigen sich beträchtliche psychische Symptome, wobei jedoch durch eine einmalige Untersuchung offen bleiben muss, ob es sich um eine Symptomatik handelt, die im Sinne eines ‚Bossing‘ durch Druck der Vorgesetzten oder als ‚Mobbing‘ verstärkt gehemmte Symptome hervorruft, oder ob es sich um eine primäre paranoide Symptomatik handelt. Derartige paranoide Symptome können als eigenständige Erkrankung auftreten, allerdings und insbesondere am Beginn auch durch gehäuftes Zurücksetzen und eine ungerechte Behandlung durch Vorgesetzte und Mitarbeiter veranlasst werden (Schlüsselerlebnis). Was die Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht betrifft, ist, zumindest derzeit, die Teamfähigkeit gestört, zumal durch die offensichtlichen Reibereien mit den Vorgesetzten und Mitarbeitern die berufliche Zusammenarbeit beträchtlich bis schwer getrübt ist. Bei Neubeginn an der alten Arbeitsstelle ist mit einem Aufbrechen der alten Konflikte zu rechnen, insbesondere da sich der Konflikt selbst bereits mehr als ein Jahr in die Länge zieht.“

Im geistig-seelischen Leistungskalkül wird der Person keine Fähigkeit zugesprochen, „verantwortungsvolle geistige Arbeit“ durchzuführen. In der Fußnote wird definiert, was eine verantwortungsvolle geistige Arbeit ist: „Darunter versteht man die Arbeit eines Meisters in einem Lehrberuf ... oder eine diesen Tätigkeiten vergleichbare Arbeit (z.B. bei Frauen als Kindergärtnerin).“ Abschließend wird festgehalten: „Die Eingliederung in das bestehende Team ist nur schwer bis nicht möglich.“

Abgesehen davon, dass für das geistig-seelische (psychische) Leistungskalkül nicht mindestens zwei dem heutigen Standard entsprechende klinische Tests dem Gutachten beigelegt wurden und die Aussagen auf rein subjektive Zuordnungen beruhen, wird prognostiziert, dass eine Eingliederung in das Team „nur schwer bis nicht möglich“ ist, obwohl vorher im Status Psychicus festgehalten wurde, dass die „Persönlichkeitsstruktur unauffällig“ sei, es „keine sozialen Auffälligkeiten“ gebe und vor allem, dass „die Kontaktfähigkeit ausreichend“ sei. Abschließend wird vom Gutachter empfohlen, dass ein weiteres Gutachten eingeholt wird.

Daraus ergeben sich auf qualitativer, fachlicher Ebene mehrere Fragen und Feststellungen:

- (1) Das Fachgutachten wurde von einem Neurologen erstellt. Seine Schlussfolgerungen beziehen sich neben den psychischen und psychiatrischen Aussagen auch auf Fragestellungen aus dem Fachbereich der Organisationstheorien. Wie kann Unfähigkeit zur Eingliederung in das Team prognostiziert werden, wenn die Strukturen, die möglichen begleitenden oder nicht begleitenden Maßnahmen nicht einmal andiskutiert, geschweige denn erwähnt werden? Der Erfolg oder Nichterfolg einer Eingliederung von Personen in Teams, in Strukturen, hat stets

rekursive, individuell-monokausale und kollektiv-multikausale Ursachen und Gründe, die in allerletzter Konsequenz nicht analysierbar, sondern nur mehr beobachtbar (Systemtheorie) sind.

- (2) Daher ergibt sich die Frage, aufgrund welcher erhobener Fakten festgehalten wird, dass eine „Eingliederung in das bestehende Team nur schwer bis nicht möglich“ ist. Der Gutachter hat keine Gespräche mit dem Team geführt. Warum kann aber die Aussage „eine Eingliederung in das bestehende Team ist nur schwer bis nicht möglich“ als Abschlussresümee festgehalten werden?
- (3) Der ICD-10 Kapitel V (F60) z.B. kennt keine diagnostische Kategorie „primäre paranoide Symptomatik“. Welche diagnostischen Leitlinien waren aber für diese Diagnose dann ausschlaggebend? Es fehlt eine Quellenangabe. Wenn es sich schon um eine paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD 10, F60.0)¹¹², so die korrekte Bezeichnung, handelt, warum werden dann nicht die dazugehörigen diagnostischen Leitlinien beachtet, die von „andauernden und gleichförmigen“, „tiefgreifenden“ und bereits auf die „Kindheit und Jugend“ zurückgehenden Verhaltensmustern sprechen? Wie sind diese Symptome mit den Aussagen in Einklang zu bringen, die von „Persönlichkeitsstruktur unauffällig“ und „keine sozialen Auffälligkeiten“ sprechen und der Person „ausreichende Kontakt-fähigkeit“ attestieren, abgesehen davon, dass der Person Jahre hindurch eine „ausgezeichnete“ Dienstbeurteilung seitens des Arbeitgebers ausgestellt wurde.
- (4) Auf welche Konstruktion von Persönlichkeitsstruktur (Persönlichkeitstypologie) könnte sich der Gutachter berufen, damit solche diagnostizierten Personen wie-der in einen sozialen Prozess einzugliedern wären? Welche Attribute müsste jemand noch zusätzlich „besitzen“, außer „unauffällig“ und „keine sozialen Auf-fälligkeiten“, damit er in einem Arbeitsprozess integrierbar wäre?

Das zweite Gutachten der Fallstudie, das die fachspezifische Eignung der Person für den auszuübenden Beruf untersuchen sollte, wurde von einem Psychologen erstellt, der immerhin einen auf den Beruf der Person abgestimmten, normierten Test anwandte. In diesem Gutachten wird attestiert, dass „die intellektuellen Voraus-setzungen“ ausreichend seien, dass die Leistungsvoraussetzungen „insgesamt den Anforderungen“ entsprächen und keine „Fehleinstellungen“ nachgewiesen werden könnten. Allerdings wird eine „starke Dissimulationsneigung“ festgestellt. Abschließend wird dem Auftraggeber (Arbeitgeber) empfohlen, eine „fachärztlich psychiatrische Untersuchung“ durchzuführen und „nur bei Vorliegen eines neueren, unbedenklichen, fachärztlich-psychiatrischen Gutachtens“ die untersuchte Person wieder einzustellen.

¹¹¹ „Fachgebiet der Medizin, das sich mit der Erforschung, Diagnose und Behandlung der Erkrankung des Nervensystems befasst.“ PSCHYREMBEL (1994), 257. Auflage.

¹¹² Diagnostische Leitlinien: Die Zustandsbilder sind nicht direkt auf beträchtlichere Hirnschädigungen oder -krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen die folgenden Kriterien:

1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
2. Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
3. Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
6. Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Für die Diagnose der meisten Untergruppen müssen mindestens drei der jeweils genannten Eigenschaften oder Verhaltensweisen vorliegen. In unterschiedlichen Kulturen müssen unter Umständen besondere Kriterien in Hinsicht auf soziale Normen, Regeln und Verpflichtungen entwickelt werden.

Dieses Gutachten ist vorsichtiger formuliert, aber es hat die Wirkung nicht verfehlt, denn der Arbeitgeber verlangte von der Person ein drittes Gutachten, das diese aber verweigert hat. Im Disziplinarerkenntnis wurde zu den Gutachten Stellung genommen: „Die vorliegenden medizinischen Gutachten bestätigen und rechtfertigen daher die Vorgehensweise der vorgesetzten Dienststelle..., (die Person) nicht mehr einzusetzen, bis zur „endgültigen Klärung der Persönlichkeitsstruktur“.

Beide Gutachten übersehen oder halten es zumindest nicht für zwingend, dass bei Personen, die einem monatelangen Konflikt- bzw. Mobbingprozess ausgesetzt sind, Aggressivität, Reizbarkeit, Unsicherheit, querulatorisch wirkende Verhaltensweisen und –ansätze bei gleichzeitiger Angst als typische Symptome und Reaktion auftreten können. Dann wäre aber eine Diagnose „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD 10, F43.0) oder ev. eine andauernde Persönlichkeits-änderung nach Extrembelastungen (lt. ICD 10, F62.0) zu diagnostizieren gewesen. So wäre auch die im zweiten Gutachten gestellte „starke Dissimulationsneigung“¹¹³ schlüssig zu interpretieren.

Die Diagnose ist für mich fachlich nicht klar nachvollziehbar. Sie hatte aber gravierende Auswirkungen auf die Person, denn die Juristen im Disziplinarverfahren plädierten dafür, eine „endgültige Klärung der Persönlichkeitsstruktur“ abzuwarten. Der Arbeitgeber hat die Person jedoch gekündigt. Nach monatelanger Arbeitslosigkeit ist es der Person gelungen, endlich wieder im angestammten Beruf Arbeit zu finden.

Mir ist wichtig, noch einmal festzuhalten, dass aus dieser Fallgeschichte keine kollektive Diskreditierung von neurologischen oder psychiatrischen Gutachten abgeleitet werden darf. Diese Geschichte - und ich kenne ähnliche Probleme in anderen Fällen - hat der Person aber neben massiven psychischen Belastungen auch finanzielle Bürden (Rechtsvertretungskosten EUR 10.000) eingebracht. Der Fall zeigt auch auf, dass sehr oft das eingesetzte Krisenmanagement für alle Beteiligten wenig hilfreiche Alternativen anbietet.

Das Kernproblem bei extremer Belastung durch psychosoziale Konflikte soll nun auch durch ein zweites Fallbeispiel dokumentiert werden. Die betroffene Person (um die 50 Jahre alt) war im pädagogischen Bereich tätig und besaß für Volks- und Hauptschulen sowie für den Polytechnischen Lehrgang die Lehrbefähigung. Bevor es zur „Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit“ kam, gab es in den über 20 Dienstjahren keine wesentlichen Beanstandungen. Im Frühjahr 1997 empfand die Person den Wunsch nach einer beruflichen Veränderung und stellte den Antrag, in einer Volksschule unterrichten zu dürfen. Ab dieser Zeit kam es zu mehreren Konflikten mit den unmittelbaren Vorgesetzten, wobei aufgrund der dokumentierten Aktenlage¹¹⁴ ersichtlich ist, dass ein professionelles Konfliktmanagement seitens der Vorgesetzten wegen mangelnder Information und Kommunikation nicht nachzu-vollziehen ist. Die Beschuldigungen (z.B. Handanlegen an Kinder), die Berichte der Schulaufsichtsbeamten und die fachlichen Auseinandersetzungen führten besonders zwischen Juli und November 1998 zu einer Suizidgefahr, weshalb die Person Psychotherapie in Anspruch nahm (Diagnose des überweisenden Arztes: Vegetative Dystonie und Stresssyndrom durch Mobbing). Folgende psychosomatischen Symptome waren vorhanden: Schlafstörungen, Übelkeit

¹¹³ „Dissimulation (lat. dissimulare, verheimlichen): absichtliches Verbergen vorhandener körperlicher oder psychischer Krankheitssymptome bei Patienten, die für gesund erklärt werden wollen; z.B. bei Depression.“ PSYCHREMBEL (1994), 257. Auflage. Seite 334.

¹¹⁴ Sämtliche Unterlagen (Arbeitgeber- wie auch Arbeitnehmerseite) stehen in kopierter Ausfertigung zur Verfügung.

(auch Erbrechen) unmittelbar vor wichtigen Gesprächen mit den Kontrahenten, geringes Selbstwertgefühl, Selbstzweifel, Kopfschmerzen und Nervosität. Die Arbeitsproblematik hatte zunächst auf das *Verhalten* der Person den Einfluss, dass sie begann, sich zurückzuziehen, verunsichert wurde, an sich massive Zweifel hegte, eine Sinnkrise erlebte und dadurch selbstmordgefährdet war. Sehr gut dokumentiert diesen Prozess der psychischen Destabilisierung ein Hinweis der Person auf das Ritual der Steinigung. Die Person beschreibt dieses jüdische Ritual in einem Brief und endet mit folgendem Hinweis: „Für mich ist das Interessante daran, wie die Gemeinschaft, das Gesetz und die Richter Menschen dazu veranlassen können, etwas zu tun, was sie aus eigener Verantwortung nie tun würden. Dieses Phänomen gab es nicht nur in Palästina um die Zeitenwende und im Iran um 1980. Das gibt es auch in unserer aufgeklärten Gesellschaft. Und die Steine können vielfältige Gestalt haben, auch jene von Briefen ...¹¹⁵“.

Im Herbst 2000 wurde die betreffende Person als Zweitlehrer einer anderen Schule zugewiesen. Für die Versetzung gab es keine schriftliche Einwilligungserklärung, obwohl dies anfänglich in einem Bescheid „festgestellt worden war“. An der neuen Schule kam es sehr rasch zu Anschuldigungen, die aufgrund der Aktenlage kaum nachvollziehbar sind. So wird festgehalten, dass die Person „massive Korrekturen und Änderungen“ am Wochenplan der Kollegin vorgenommen habe. Die Änderungen waren zwischen den beiden aber als „Ergänzung“ vereinbart worden. Selbst wenn dies nicht so gewesen wäre, ist für Außenstehende schwer zu erkennen, warum Inhalte wie „Natürliche Zeitmaße: Augenblick, Herzschlag, Atemzug, Erddrehung, Mondphasen“ oder „Sätze aus Satzteilen bilden“ oder „Mein Schulweg: Wo und wie ich die Straße überquere“ als massive Korrektur oder Änderung interpretiert werden. Die schriftlichen Dokumente belegen, dass Erst- und Zweitlehrer gegenseitig das Gefühl des Ausgeschlossenseins erlebten. Unbewiesene Verdächtigungen wie „an Schüler Hand anlegen“ wurden seitens der Person ausführlich und schriftlich demontiert, doch von den vorgesetzten Behörden gab es diesbezüglich keine Reaktion. Anzeigen von Eltern lagen diesbezüglich auch nicht vor.

Im November 2000 wurde ein Disziplinarverfahren eingeleitet, im April 2001 wurde per Bescheid der Leistungsfeststellungsoberkommission die Arbeit auf „Arbeitserfolg erbracht“ herabgestuft, wogegen erfolglos Einspruch erhoben wurde, da sich die betroffene Person nicht richtig beurteilt fühlte. Am 8. 1. 2001 ergeht die informelle Mitteilung (nicht schriftlich) von der Personalvertretung und nicht von den unmittelbaren Vorgesetzten, dass eine weitere Versetzung bevorstehe. Ein Leserbrief von Eltern¹¹⁶, die über „dieses menschlich unkorrekte Vorgehen bestürzt“ sind, erscheint in einer Kärntner Tageszeitung. Am 9. 1. 2001 geht die Person „vorbeugend“ in den Krankenstand. Erst im Februar 2001 bekam sie Einsicht in den Personalakt, wurde im März 2001 einem Amtsarzt zugewiesen, der keine Krankheit feststellen konnte. Unmittelbar darauf gab es zum ersten Mal eine Vorladung zur Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens.

Diese sehr verkürzte Darstellung soll nicht tendenziöse Interpretationen „pro“ betroffene Person unterstützen, sie quasi „freisprechen“, sondern wie schon im ersten Fall aufzeigen, dass im Vorfeld durch fehlendes Konflikt- und Organisationsmanagement die Konflikte vor Ort nicht bereinigt werden konnten. Dadurch wurde wieder eine Dynamik erzeugt, die mit den eigentlichen und ursprünglichen Fragestellungen nichts mehr zu tun hat.

¹¹⁵ Anlass war ein Brief von Eltern. Wie sich später herausstellte, waren gewisse Eltern moralisch unter Druck gesetzt worden, um zu unterschreiben.

¹¹⁶ Aus Gründen des Datenschutzes erfolgen hier keine näheren Angaben (Zeitung, Datum, Name der Verfasser).

Ab den zwei neurologischen bzw. psychiatrischen Gutachten wird eine „neue“ Geschichte geschrieben. Im ersten Gutachten wurde eine schwere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, „auf die sich mit hoher Wahrscheinlichkeit zusätzliche paranoide Gedankensysteme aufgepfropft haben“, ohne dass fachlich anerkannte Tests angeführt werden bzw. die Diagnose mittels anerkannter klinisch-diagnostischer Leitlinien (ICD 10, DSM-IV-TR) argumentativ untermauert wurde. Dem zweiten Gutachten liegt ein psychologischer Befund zugrunde, der sich auf die Testverfahren Wortschatztest (WST), Wiener Matrizen-Test (WMT), Flimmerverschmelzungsfrequenzanalyse (FVFA), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-K) und auf ein strukturiertes klinisches Interview DSM-III-R¹¹⁷, Achse II stützt. Warum für die vorliegende Ausgangssituation der WST, WMT und die FVFA verwendet wurden, ist fachlich nicht schlüssig zu begründen. Noch geringer ist die Nachvollziehbarkeit der Diagnose des psychologischen Befundes (Persönlichkeitsstörung NNB, DSM-IV bzw. passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung 301.84, DSM III-R, bzw. ICD 10: F60.0), da die oben erwähnten Tests keine wesentlichen Abweichungen von der Norm feststellten, abgesehen davon, dass absolute Testwerte dem Gutachten nicht beiliegen, sondern nur qualitativ und allgemein beschrieben sind. Im strukturierten klinischen Interview für DSM-III-R, Achse II, werden „unterschwellig Kriterien mehrerer Persönlichkeitsstörungen“ erkannt, die nicht „eindeutig fassbar“ seien. Im zweiten Teil des Gutachtens (8 Seiten) werden 20 Zeilen der eigentlichen gutachterlichen Beurteilung gewidmet, der Rest beschränkt sich auf wortwörtliche Wiederholungen des ersten Gutachtens. Nicht zu übersehen ist dabei die Annahme des Gutachters, dass „trotz psychologischer oder psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Hilfe“ Heilungschancen ausgeschlossen werden. Aufgrund des fachärztlichen Gutachtens wurde per Bescheid die genannte Person in den Ruhestand versetzt, wobei im Bescheid auf die Schlüssigkeit des Gutachtens, „welches auf einem objektiv erhobenen Befund beruht“, verwiesen wird.

Die Qualität der Gutachten ist zumindest diskussionswürdig: Das erste Gutachten vermisst nachvollziehbare Schlüsse, es beruht auf einem qualitativen Interview, bei dem subjektive Werturteile des Gutachters und diagnostische fachliche Aussagen zum Nachteil des Begutachteten vermengt werden, denn die Verneinung einer „Wiedererlangung der vollen Dienstfähigkeit“ wird u. a. damit begründet, dass die „negative geistige Entwicklung bereits massiv“ eingetreten war (damit werden die Krankenstände begründet) und es daher zu „einem beträchtlichen beruflichen Abstieg gekommen war (ursprünglich hoch intelligent... nunmehr Abstieg zum Volksschullehrer und Zweitlehrer usw.)“. Dabei übersieht der Gutachter, dass die Krankenstände erst in der Phase der massiven Konflikte mit den Dienstbehörden eingetreten sind, somit auch reaktiv zu begründen wären, und es in den vorherigen Dienstjahren keine Beanstandung bezüglich der Krankenstandstage gab. Aber mit welchen Vergleichsdaten, Instrumenten oder Tests kann die These „ursprünglich hoch intelligent... nunmehr Abstieg zum Volksschullehrer und Zweitlehrer“ usw. gestützt werden? Welche Konnotation sollte mit dem „usw.“ bewirkt werden? Dass „Volksschullehrer“ und „Zweitlehrer“ mit „Abstieg“ kommentiert wird, entspricht einer subjektiven Werthaltung. Subjektivität und objektiv messbare Daten in einem Gutachten auseinander halten zu können, gehört zu den Mindestkriterien eines Gutachtens. Gelingt dies nicht und wird die Trennungproblematik nicht explizit thematisiert und in die gutachterliche Stellungnahme mit einbezogen, wird ein wesentliches Qualitätsmerkmal nicht erfüllt. Dass die Klassifizierung „subjektiv“ und „objektiv“ des Gutachters Anlass zu tendenziösen Interpretationen bei Lesern gibt, ist daran zu erkennen, dass die Aussagen der

¹¹⁷ Zu diesem Zeitpunkt (8 / 2001) war bereits die übernächste Ausgabe des statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-IV-TR) eingeführt. Der Gutachter verwendete also Unterlagen, die nicht auf dem letzten Stand der Dinge waren, was aber keinen Einfluss auf die Diagnose hatte.

begutachteten Person als „subjektiv erhobene Befunde“ und die schriftlich übermittelten Unterlagen des Dienstgebers als „objektiv erhobene Befunde“ bezeichnet werden. Welche wissenschaftlich fundierte Leitdifferenz als Unterscheidungsmerkmal dabei herangezogen wurde, wird nicht gesagt.

Auch die Diagnose vermisst in ihrer Begründung qualitative Schärfe. Sie wird mit dem vorliegenden amtsärztlichen Befund (enthält keinen Passus über psychisches Befinden) begründet und mit dem Bericht jener Personen, mit welchen der Unter-suchte direkte Konflikte hatte und die, lt. vorliegenden Unterlagen, wesentliche Punkte, die zur Aufklärung vieler Missverständnisse geführt haben, nicht beantworteten. Das größte Problem wirft jedoch, so wie im ersten Gutachten, die Diagnose des Gutachtens auf, denn sie berücksichtigt nicht die Vorgeschichte und deren Entwicklung. Die beobachteten Symptome und Verhaltensweisen führen, wenn sie als Momentaufnahmen interpretiert werden, zur genannten Diagnose. Gutachten haben aber auch die Aufgabe zu erfüllen, Umfeldler mit einzubeziehen. Unter diesen Umständen wäre eine Diagnose „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrem-belastung“ fachlich korrekter, denn diese würde intersoziale und interkommunikative Elemente der Entstehungsgeschichte berücksichtigen. Dass weder im ersten Teil des zweiten Gutachtens (deswegen sind drei der angewandten Tests von der Anwendung her schon in Frage zu stellen) noch im zweiten Teil die möglichen Auswirkungen einer solchen Vorgeschichte überhaupt erwähnt werden, ist ein fachlicher Mangel. Die elementarsten psychologischen Erkenntnisse der Konfliktforschung, dass Konflikte stets der Subjekt-Objekt-Thematik unterliegen, werden nicht erwähnt, geschweige denn in die abschließende Begutachtung mit einbezogen.

Abschließende, kritische Überlegungen:

- (1) Die beschriebene Person befand sich im Zeitraum nach der suizidalen Phase in therapeutischer Behandlung. In dieser Zeit (Frühjahr 1999, 5 Monate) sind lt. vorliegenden Dokumenten jene Ereignisse, die dokumentiert sind, nicht aufgetreten, sondern geraume Zeit später, waren also nicht Gegenstand therapeutischer Interventionen. Nach besagter Phase gab es keine therapeutische Beziehung.
- (2) Wie bereits erwähnt, sollen die vorgebrachten Argumente nicht Wegbereiter für eine Opferrolle der beschriebenen Person sein und umgekehrt den Dienstgebern auch nicht die Täterrolle zuschreiben.
- (3) Abgesehen davon, dass die betroffene Person schriftlich dem Dienstgeber Versäumnisse und Fehler eingestanden hat, möchte ich klar betonen, dass seitens der beschriebenen Person nicht hilfreiche, für Außenstehende extrem provokante Aussagen (Bilder, Vergleiche) gegenüber dem Dienstgeber getätigt wurden, auf die Dienstgeber zu reagieren haben. Das Gleiche gilt für die verwaltungstechnischen Mängel während der letzten Dienstzeit, wobei diese aber auch direkte Auswirkung des Mobbingprozesses sein könnten. Es ging mir auch nicht darum, den Verlauf mit allen Pros und Contras zu dokumentieren. Auf allen Seiten gab es nicht hilfreiche Verhaltensmuster. Das Ziel war, aufzuzeigen, dass beide Eskalationen eventuell hätten vermieden werden können, wenn schon im Anfangsstadium professionelles Krisenmanagement, Persönlichkeits-Coaching für alle Beteiligten, eingesetzt worden wäre.
- (4) Noch einmal möchte ich klarstellen, dass durch die Schilderung keine generelle Disqualifikation von neurologischen oder psychiatrischen Gutachten abgeleitet werden darf. Es geht um vier bzw. fünf konkrete Gutachten, die, meinerseits interpretiert, eine Diagnose enthalten, die das organisatorische Vor- und Umfeld sowie die Auswirkungen eines extremen dynamischen

Konfliktprozesses bei den Begutachteten zu wenig beachtet hat. Wissenschaftstheoretisch relevante Erkenntnisse der Konfliktforschung, Psychotraumatologie oder Erkenntnistheorie wurden nicht ausreichend berücksichtigt. Das muss und kann von einem seriösen Gutachten erwartet werden.

- (5) Auch wenn es formaljuristisch durchaus schlüssig ist, dass Neurologen psychiatrische Gutachten erstellen, sollte über diese Usance nachgedacht werden, denn lt. Ausbildungsordnung der Österr. Ärztekammer, Anlage 26 bzw. 36, werden die Aufgabengebiete¹¹⁸ klar getrennt. Auch innerhalb der Ärzteschaft ist es unbestritten, dass durch die Praxis im Hauptfach mehr an Wissenserfahrung eingebracht wird, als durch die Ausbildung und Praxis im Nebenfach erworben werden kann, auch wenn es in der Praxis zu Überschneidungen der Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie kommt. In beiden Fächern fehlt jedoch vom Inhalt wie auch vom Umfang her eine wissenschaftliche Ausbildung in jenen Wissenschaftszweigen (z.B. Psychologie, Soziologie, Kommunikationswissenschaft), deren Erkenntnisse für die Begutachtung von Mobbingprozessen auch zu berücksichtigen wären (Subjekt-Objekt-Problematik, Beobachterproblematik etc.).
- (6) Die Gutachten berücksichtigen keine Längsschnittperspektive, berücksichtigen nicht das intersoziale und interkommunikative Verhalten des Begutachteten, bevor es zu den großen Kontextänderungen im Systemwechsel kam. Wäre dies der Fall gewesen, dann hätte die über zwei Jahrzehnte andauernde (ohne grobe disziplinarische Beanstandung seitens des Arbeitgebers) und fachlich einwandfreie Arbeitsleistung dokumentiert und berücksichtigt werden müssen.
- (7) Die Begründungen der abschließenden Prognose (dauernde Dienstunfähigkeit), die zur frühzeitigen Pensionierung geführt hat, beruhen zum Teil auf der Übernahme der Argumentation des Dienstgebers (Problemfelder: Beurteilung der *Leistungen* als Lehrer; Problem der Wahrung der *Allparteilichkeit* des Gutachters) und auf subjektiven Deutungen sowie der Annahme (keine Wirksamkeit von zukünftiger psychologischer, psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Hilfe), dass keine Heilungschancen bestehen. Das alles wird fachlich nicht begründet.

Die Dramatik dieser Fallvignetten besteht darin (wie bei so manchen ausjudizierten Mobbingprozessen auch nachzuvollziehen ist), dass solche Gutachten Juristen „legitimieren“, einen Prozess „juristisch zu beenden“, den im Vorfeld Führungspersonen kraft ihrer Position, Verantwortung und Aufgabenzuschreibung zu beenden gehabt hätten. Warum dies in den vorliegenden Fällen nicht erfolgt ist, ist schwer zu beurteilen. Dass Mobbingprozesse nicht durch ein reduktionistisches Täter-Opfer-Schema erklärbar oder gar lösbar sind, habe ich schon erörtert. Mir ist natürlich bewusst, dass durch die Verkürzung der beschriebenen Geschehnisse Unschärfen entstanden sind. Aber genau diese Problematik spiegelt sich in den Gutachten wider.

Die Grenzen einer WAP werden durch diese Fälle aufgezeigt. Hätte es andere Interventionsvarianten in diesen Institutionen oder eine mediative Plattform schon vor der Zeit der Gutachtenerstellung gegeben, so wie ich dies im Kap. 4.5.2.1 vorgeschlagen habe, wären zumindest die Möglichkeiten

¹¹⁸ Siehe dazu Österr. Ärztekammer, Ausbildungsordnung, Anlage 26 bzw. 36:

1. Definition des Aufgabengebietes Neurologie: „Das Sonderfach Neurologie umfasst die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems sowie der Muskulatur (Myopathien und Myositiden).
2. Definition des Aufgabengebietes Psychiatrie: „Das Sonderfach Psychiatrie umfasst die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen Krankheiten oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten samt Begutachtungen.

angedacht worden, diesen Dissonanzen anders zu begegnen. Und dies gilt für alle beteiligten Systeme.