

Vortrag:

Pfarramt und Gesundheit

Auf dem Weg zu einem Gesundheitsmanagement für den Pfarrberuf

1. Kontexte

Aus der Praxis

Das Thema „Gesundheit im Pfarramt“ ist längst keine rein individuelle Frage mehr.

Der Beruf der Pfarrerin oder des Pfarrers gehört zwar auf den ersten Blick nicht unbedingt zu den hoch belasteten und gesundheitsgefährdeten Berufen. Weder sind Pfarrer schädigenden Einflüssen aus Produktionsprozessen (Hitze, Staub, Chemikalien etc.) ausgesetzt, noch besteht für Pfarrerinnen ein erhöhtes Unfallrisiko.

Dennoch konnte Eadie¹ bereits im Jahr 1974 in einer Studie in der Church of Scotland eine Steigerung der psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen und eine signifikant erhöhte Mortalitätsrate im Vergleich zu früheren Pfarrer-Generationen feststellen.

Die Studien zur Berufszufriedenheit im Pfarrberuf² bzw. zur Relevanz von Leitbildern für den Pfarrberuf³ wiesen signifikante Veränderungen in der Berufswirklichkeit empirisch nach.

So scheint neben allen konkreten Beschwerden die wesentliche Belastung darin zu liegen, dass die (Pfarr-) Person sich nicht mehr von ihrem Amt getragen fühlt, sondern durch ihre eigene Glaubwürdigkeit, ihre Kompetenzen und Charaktereigenschaften das Amt ausfüllen und tragen muss.⁴ Außerdem konnten die Studien zeigen, dass der von Isolde Karle beschriebene package deal⁵, also das Gleichgewicht von berufsspezifischen Verhaltenszumutungen und Benefits, mittlerweile von der Berufsgruppe als zu ihren Ungunsten ausfallend beurteilt wird.

Aktuelle Studien zu Burnout-Risiken im Pfarrberuf scheinen mir auf einen Wandel in der Berufswirklichkeit von Pfarrerinnen und Pfarrern hinzuweisen, der dazu führt, dass die Bilanz zwischen krankmachenden Belastungsfaktoren und gesundheitsfördernden Ressourcen immer öfter auch negativ ausfällt und das Pendel in Richtung Krankheit ausschlägt. So brachte kürzlich durchgeführtes Belastungs-Screening innerhalb der Pfarrerschaft eines kurhessischen Kirchenkreises ein erschreckendes Ergebnis zutage: Zweidrittel der dortigen Pfarrerinnen und Pfarrer sind mehr oder minder stark von Burnout gefährdet.⁶

¹ Vgl. Hugh A.Eadie; Der Gesundheitszustand der Pfarrer. Eine Untersuchung in der Kirche von Schottland; in: Wege zum Menschen; 26. Jg. 1974,; S. 400-410

² Dieter Becker et.al.; Berufszufriedenheit im heutigen Pfarrberuf. Ergebnisse und Analysen der ersten Pfarrerezufriedenheitsbefragung in Korrelation zu anderen berufssoziologischen Daten; Empirie und kirchliche Praxis, Band 1; AIM Verlag; Frankfurt/Main, 2005

³ Andreas Rohnke; Pfarrberufe heute - Typologien pastoraler Berufsgestaltung. Eine empirisch-theologische Studie zur Ausdifferenzierung des Pfarrberufs; Empirie und Kirchliche Praxis, Band 6; AIM Verlagshaus, Frankfurt/Main, 2009

⁴ Vgl. Rohnke 2009, Kap. 3.1; auch C. Grethlein; Pfarrer – ein theologischer Beruf; Frankfurt/Main, 2009; S. 61f

⁵ Vgl. Isolde Karle Der Pfarrberuf als Profession. Eine Berufstheorie im Kontext der modernen Gesellschaft; Praktische Theologie und Kultur, Band 3; Chr. Kaiser Verlag/Gütersloher Verlagshaus; Gütersloh 2001, 2. Auflage

⁶ Karl Olbort; Anonymisierte Gesamtauswertung für das Dekanat Langenselbold der betrieblichen Untersuchungen Stress & Belastung bei beruflichen Aufgaben = Gefährdungsbeurteilung Psychische Fehl-/Überlastungen gem. § 5 Arbeitsschutzgesetz. Unveröffentlichtes Gutachten.

Auch für den Pfarrberuf scheint sich also ein Wandel des allgemeinen Krankheitspanoramas mit einer deutlichen Steigerung der psychischen Erkrankungen⁷ anzudeuten, wie er in anderen Berufen längst zu beobachten ist.

Mittlerweile reagieren die Kirchenleitungen auf diese Entwicklungen. So wurde in der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern eine Projektstelle für Salutogenese eingerichtet und die Bremische Kirche beschloss bereits 2011 die Einrichtung eines Gesundheitsmanagements; in der EKKW wurden Dekaninnen und Dekane, Pröpstinnen und Pröpste durch eine Pflichtfortbildung auf die Situation vorbereitet.

Herausforderungen

Alle Maßnahmen und Programme der Landeskirchen zu einem Gesundheitsmanagement für den Pfarrberuf stehen vor Herausforderungen, die deren Erfolg wesentlich beeinflussen:

1. Der demografische Wandel in unserer Gesellschaft:

Bis 2020 wird die Hälfte aller Arbeitnehmer, also auch aller Pfarrfrauen und Pfarrer 50 Jahre und älter sein.

Das neue EKD-Pfarrdienstgesetz reagiert infolge der Veränderungen im Bundesbeamten-Gesetz und verschiedener Landesbeamten-Gesetze auf diese Entwicklung mit einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit durch eine schrittweise Heraufsetzung des Pensionierungsalters auf 67 Jahre, versieht diese Regelung aber mit einer Öffnungsklausel, um den Landeskirchen die Anpassung an das jeweils gültige Beamten-Gesetz des Landes zu ermöglichen.

Alter erhöht zwar nicht zwangsläufig das Krankheitsrisiko, doch müssen Arbeitsbedingungen und –strukturen so verändert werden, dass die volle Dienstfähigkeit bis zur Pensionierung erhalten werden kann, wenn man nicht das Instrument der begrenzten Dienstfähigkeit als Einspar-Möglichkeit missbrauchen will.

Bedingt durch den demografischen Wandel, doch nicht nur dadurch, gibt es darüber hinaus weniger theologischen Nachwuchs und damit jüngere Pfarrfrauen und Pfarrer, so dass künftig wohl wieder Vakanzen zu versorgen sind.

2. Struktur-Veränderungen:

Bedingt durch den demografischen Wandel und andere Faktoren verlieren Landeskirchen und Gemeinden Mitglieder und Kirchensteuereinnahmen. Die Folgen sind Personalabbau, Fusionen und weitere Strukturreformen, die den Dienst und das Job-Design im Pfarrberuf nachhaltig verändern. Das kann zu Verunsicherung und zu Überlastung der Pfarrfrauen und Pfarrer führen und muss daher im Blick auf das Thema Pfarramt und Gesundheit bei allen Veränderungen im Blick bleiben. Übersteigerter und schlecht kommunizierter Reformismus wirkt sich negativ auf die Gesundheit der Geistlichen aus.⁸

3. Gesellschaftlicher Wandel:

Die Evangelische Kirche muss sich als Volkskirche einem grundlegenden gesellschaftlichen Wandel stellen, der hier nur mit einigen Stichworten skizziert werden kann:

- Bedeutungsverlust von Kirche (und anderen Großorganisationen)
- Individualisierung und gesellschaftliche Ausdifferenzierung
- Wertewandel und erhöhte Mobilität
- Veränderung der Familienstrukturen (Single, Patchwork-Familien, Eineltern-Familien etc.).

⁷ Vgl. Bernhard Badura; Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation; Springer Verlag Berlin/Heidelberg, 2010, 2. Auflage, S. 9ff und Ders.; Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern; Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 2009

. In diesem Zusammenhang sollte drauf hingewiesen werden, dass Burnout-Erkrankungen erstmals in helfenden Berufen diagnostiziert und beschrieben wurden.

⁸ Vgl. Oliver Recklies; Personalabbau - Wenn das Engagement verschwindet;

<http://www.themanagement.de/HumanResources/Personalabbau.htm> und Birgit Köper und Götz Richter; Restrukturierung in Organisationen und mögliche Auswirkungen auf die Mitarbeiter;

http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel27.pdf?__blob=publicationFile&v=6, 2012

Diese Veränderungen wirken sich auch auf die Berufswirklichkeit von Pfarrerinnen und Pfarrern aus. Bereits in den Studien zur Berufszufriedenheit im Pfarrberuf⁹ bzw. zur Relevanz von Leitbildern für den Pfarrberuf¹⁰ konnten signifikante Veränderungen empirisch aufgezeigt werden. So wurde eine deutliche Ausdifferenzierung des Pfarrberufs nachgewiesen, die eine berufliche Orientierung erschwert. Darüber hinaus scheint neben allen konkreten Belastungen, die sich in den Werten zur Unzufriedenheit bzgl. einzelner Aspekte des Berufs widerspiegeln, die wesentliche Belastung darin zu liegen, dass die (Pfarr-) Person sich nicht mehr von ihrem Amt getragen fühlt, sondern durch ihre eigene Glaubwürdigkeit, ihre Kompetenzen und Charaktereigenschaften das Amt ausfüllen und tragen muss.¹¹ Das gilt umso mehr als die gesellschaftliche Wirksamkeit des eigenen Tuns von den Geistlichen als überwiegend schwach eingeschätzt wird.¹²

Vor diesem Hintergrund sind m.E. auch die Faktoren von Unzufriedenheit mit dem Pfarrberuf zu interpretieren, die in den Pfarrer-Studien in beiden hessischen Kirchen nachgewiesen werden konnten. Dass hier Handlungsbedarf besteht, zeigen die Zahlen z.B. aus der EKKW. Dort sind nur 37,5% der Befragten mit ihrem Beruf voll und ganz oder sehr zufrieden; nur 3,7% sind mit dem Kirchen-Image zufrieden und 15,7% mit dem Image ihres Berufs. Nur noch knapp die Hälfte der Befragten (49,1%) würde ihrem Kind empfehlen Theologie zu studieren.¹³

Doch auch in anderer Hinsicht wirkt sich der gesellschaftliche Wertewandel auf die Berufswirklichkeit im Pfarramt aus: Werte wie Selbstbestimmung und Autonomie spielen gesellschaftlich eine immer größere Rolle. Für viele Berufsanfänger wird die Residenzpflicht zu einem ersten „cultural clash“, da sie sich hier in ihrer Selbstbestimmung deutlich eingeschränkt fühlen. Das Wohnen im Pfarrhaus wird von vielen Studierenden als größte Hürde auf dem Weg in ein Gemeindepfarramt angesehen.

Doch auch Fragen nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden gerade angesichts eines weiter steigenden Frauen-Anteils im Pfarrberuf immer deutlicher gestellt. Kirchenleitungen müssen hier überzeugende Antworten finden, wenn sie die Zufriedenheit und die Gesundheit der Pfarrer/innen erhalten wollen.

4. Organisations-„Krankheiten“:

Auf die skizzierten gesellschaftlichen Veränderungen und den demografischen Wandel reagieren die Kirchen mit Fusionen, permanenten Restrukturierungen und einem übersteigerten Reformismus. Bisher wurde der Pfarrberuf dabei keiner grundlegenden Aufgabenkritik unterzogen, so dass leicht berufliche Desorientierung sowie Überlastung und Überforderung entstehen können. Leicht entstehen daraus „Organisationskrankheiten“ wie „innere Kündigung“, Mobbing oder Burnout – und das umso mehr je mehr Reformvorhaben mit einer „Pastoren-Schelte“¹⁴ einhergehen.

Forschungskontext

Das Arbeitsschutzgesetz schreibt die Durchführung von Belastungsanalysen als Voraussetzung von wirksamen Arbeitsschutz-Maßnahmen verbindlich vor (§ 5 ArbSchG).

Daher gibt es für den Bereich der Wirtschaft inzwischen eine ganze Reihe von Forschungsergebnissen, von denen vor allem die jährlich erscheinenden „Fehlzeiten-Reporte“¹⁵ mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten zu nennen sind.

Für den Pfarrberuf gibt es derzeit noch keine Belastungsanalyse i.S. des § 5 ArbSchG.¹⁶ Die gerade anlaufende Studie in der EKKW betritt hier also „Neuland“, auch wenn es inzwischen eine

⁹ Becker et.al. 2005

¹⁰ Rohnke 2009

¹¹ Vgl. Rohnke 2009, Kap. 3.1

¹² Vgl. Rohnke 2009, Kap. 3.1

¹³ Vgl. Rohnke 2009, Kap. 3.1

¹⁴ Isolde Karle „Welche Pfarrerinnen und Pfarrer brauch das Land?“ ; Deutsches Pfarrerbaltt, Heft 11/2012 führt diesen Zusammenhang im 2. Kapitel ihres Vortrags sehr anschaulich und schlüssig aus.

¹⁵ Badura, Bernhard et.al. (Hg.), Fehlzeiten-Report; Springer Verlag Heidelberg. Siehe hierzu auch die Veröffentlichungen der Initiative „Gesundheit und Arbeit“ unter: <http://www.iga-info.de>

ansehnliche Reihe von empirischen Studien zum Pfarrberuf gibt, für die als Beispiele die folgenden genannt seien:

- Burnout in Ministry-Studien aus der Church of England/Scotland und den USA¹⁷
- Priester 2000 – Eine Studie zur Erhebung von Folgen der Reformen in der Katholischen Kirche in der BRD, Österreich und der Schweiz¹⁸
- Pfarrer-Zufriedenheits-Index in der EKHN 2001¹⁹
- A.v.Heyl, Zwischen Burnout und spiritueller Erneuerung, ELKiB 2003²⁰
- Wichtigkeitsanalyse zu Leitbildern im Pfarrberuf EKKW 2003²¹
- Wirksamkeitsanalyse in der ELKH²²
- Die Studie Pastor/Pfarrer im Norden, Nordelbien, Mecklenburg und Pommern 2011²³
- Work-Life-Balance-Umfrage, Pfalz 2012.²⁴
- “Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastung und Burout-Syndrom bei Pfarrern der SELK” 2012²⁵
- “Macht der Dienst uns krank?”, Studie der EmK 2012²⁶
- Die Pfarrvertretung der EKKW wird in diesem Jahr eine Studie zum Thema „Gesundheitsressourcen und Belastungspotenziale im Pfarrberuf“ durchführen.

Die genannten Studien fragen nach Berufsbedingungen und Zufriedenheit im Pfarrberuf und sind insofern auch relevant für die hier zur Diskussion stehenden Fragestellungen. Sie stehen in einem engen Zusammenhang zu Reformüberlegungen in der evangelischen (und katholischen) Kirche und einer noch nicht abgeschlossenen, auch theologischen Standortbestimmung des Pfarrberufs.

2. Theologische „Splitter“

„Hauptsache gesund!“, „Gesundheit ist doch das Wichtigste, Herr Pfarrer!“ Mit solchen oder ähnlichen Sätzen wird man insbesondere beim Besuch zu hohen Geburtstagen als Pfarrer/in konfrontiert.

Gesundheit und Fitness sind in einer „transzendenz-verlorenen“ Gesellschaft gewissermaßen zur Ersatz-Religion geworden.

Definitionen von Gesundheit wie beispielsweise in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erhalten schon beinahe religiöse Bedeutung, wenn dort definiert wird „Gesundheit ist ein Zustand *völligen* körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“²⁷.

¹⁶ Das mag auch daran liegen, dass der Pfarrberuf in vielerlei Hinsicht eine Sonderstellung genießt. So ist der Arbeitsplatz eines Pfarrers keine Arbeitsplatz i.S. des § 73 SGB IX. Unter Berufung auf den Art. 140 GG/136 WRV (Ämterautonomie der Kirchen) wurde hier eine Gleichbehandlung mit anderen Berufen bzw. Arbeit- und Dienstgebern unterlassen.

¹⁷ Siehe hierzu von Heyl, Andreas; Zwischen Burnout und spiritueller Erneuerung. Studien zum Beruf des evangelischen Pfarrers und der evangelischen Pfarrerin; Frankfurt a.M. 2003; S. 149ff.

¹⁸ Zulehner, Paul; Priester im Modernisierungsstress. Forschungsbericht der Studie PRIESTER 2000; Schwabenverlag; Ostfildern, 2001

¹⁹ Becker, Dieter; Dautermann, Richard (Hg.) Berufszufriedenheit im heutigen Pfarrberuf. Ergebnisse und Analysen der ersten Pfarrerezufriedenheitsbefragung in Korrelation zu anderen berufssoziologischen Daten; Empirie und kirchliche Praxis, Band 1; AIM Verlag; Frankfurt/Main, 200

²⁰ Heyl, Andreas; Zwischen Burnout und spiritueller Erneuerung. Studien zum Beruf des evangelischen Pfarrers und der evangelischen Pfarrerin; Frankfurt a.M. 2003

²¹ Rohnke, Andreas; Pfarrberufe heute - Typologien pastoraler Berufsgestaltung. Eine empirisch-theologische Studie zur Ausdifferenzierung des Pfarrberufs; Empirie und Kirchliche Praxis, Band 6; AIM Verlagshaus, Frankfurt/Main, 2009

²² Nethöfel, Wolfgang (Hg.); Antworten.Fragen.Perspektiven – Ein Arbeitsbuch zur Pastorinnen- und Pastorenbefragung in der Evangelisch-Lutherischen Kirche Hannovers; Hannover 2005.

²³ Maggaard, Gothart; Nethöfel, Wolfgang (Hg.); Pastorin und Pastorin im Norden. Antworten-Fragen-Perspektiven – Ein Arbeitsbuch zur Befragung der Pastorinnen und Pastoren der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Mecklenburgs, der Nordelbischen Evangelisch-Lutherischen Kirche und der Pommerschen Evangelischen Kirche; Berlin 2011

²⁴ Spitz-Jöst, Belinda; Life-Work-Balance. Ergebnisse einer Umfrage; in: Deutsches Pfarrerblatt 7/2012;

<http://www.pfarrerverband.de/pfarrerblatt/archiv.php?a=show&id=3197>

²⁵ Download unter www.selk.de/downloads

²⁶ EmK-Forum Heft 39, Macht der Dienst uns krank. Zur Frage nach potentiell krankmachenden Strukturen im kirchlichen Dienst.

²⁷ WHO 1986, Hervorhebung vom Verfasser

Noch Heinrich Heine konnte sagen: „Nur der kranke Mensch ist ein Mensch.“ Auch nach biblischem Zeugnis gehören Krankheit und Sterblichkeit als Teil der Geschöpflichkeit zum Wesen des Menschen (Gen 3,19; Ps 90 u.ö.).

Viel wesentlicher als die Frage nach der Heilung ist für die Bibel die Frage nach dem Heil und Gnade.²⁸ Gleichwohl wird zum Dienst am Heiligtum/Tempel nur zugelassen, wer frei von gesundheitlichen Makeln ist (Lev 21, 16f). Vermutlich hängt dieser Ausschluss vom Priesterdienst mit Vorstellungen von kultischer Reinheit und der Interpretation von Krankheit als Folge von Schuld zusammen, die erst durch Jesus ansatzweise hinterfragt wird (Joh 9,3).

Zur menschlichen Existenz nach der Vertreibung aus dem Paradies Mühsal und Plage bei der Arbeit (Gen 3, 18f). Dennoch gibt es schon im AT Grenzen der Plackerei. Das Sabbat-Gebot (Ex 20, 3f) gebietet die Einhaltung eines Ruhetags pro Woche für alle. Nach heutigen Maßstäben beurteilt könnte man das Sabbat-Gebot als erste Maßnahme eines Gesundheitsmanagements betrachten. Doch auch das Phänomen „Burnout“ ist im AT schon bekannt. Der Prophet Elija wird gewissermaßen zum ersten „Burnout-Fall“ der Geschichte (1. Kön 19).

Die Heilungsgeschichten des neuen Testaments verknüpfen schließlich Heil oder besser Glauben und Heilung. Indem Jesus zu den Kranken und Aussätzigen geht, durchbricht er alle kultischen Tabus und lässt sich durch seine Heil bringende Gegenwart in einem umfassenden Sinne heil werden (Vergebung, gesellschaftliche und kultisch-religiöse Re-Integration).

In seinem Tod am Kreuz tritt Jesus für das Heil der Menschen ein. Durch seine Auferweckung geschieht die endzeitliche Wende. Wer an Christus glaubt wird zur „neuen Kreatur“ (2. Kor 5,17). Von nun an steht der Mensch in der Spannung zwischen dem „schon“ und „noch nicht“ der Erlösung.

Vor diesem theologischen Hintergrund kann für Paulus eine eigene Erkrankung („Pfahl im Fleisch“, 2. Kor 12,7) zum Ausweis für die Glaubwürdigkeit seiner Kreuzespredigt werden („Lass Dir an meiner Gnade genügen; meine Kraft ist in den Schwachen mächtig.“ 2. Kor 12,9).

Wie das hier Ausgeführte mit juristischen Kategorien wie Eignung zu Dienst und „Besten-Auswahl“ zusammengehen kann, mag dahingestellt bleiben.

Den Vorrang der Gnade und der Rechtfertigung allein aus Gnade betont Martin Luther immer wieder. Für ihn gilt die Rechtfertigungslehre übrigens auch für Pfarrerinnen und Pfarrer, die wie jeder andere auch nicht durch Werke gerecht werden, sondern allein aus Gnade.

In diesem Zusammenhang mag man auch einen Brief an Philipp Melanchthon verstehen, in welchem Luther zur „Sorge um das Körperchen“ ermahnt: *„Darum befehle ich Euch und allen Freunden unter Androhung des Bannes, Euch Gesundheitsmaßregeln für Euer Körperchen aufzuzwingen, denn Ihr sollt nicht Eure eigenen Mörder werden und dann tun, als hättet Ihr Euch im Dienste Gottes zugrunde gerichtet. Man dient Gott auch durch Müßigsein, ja vielleicht durch nichts mehr als damit. Darum hat er den Sabbat besonders streng gehalten wissen wollen. Also verachtet dies nicht! Es ist Gottes Wort, das ich Euch schreibe.“*²⁹

Berufstheorie

Der reformatorischen Theologie verdanken wir auch die Unterscheidung von Amt und Person. Das Pfarr- und Predigtamt ist eingebettet in das allgemeine Priestertum der Glaubenden und funktional definiert. Die Ordination verleiht nach evangelischem Verständnis keinerlei besonderen Charakter. Allerdings bedarf es einer besonderen Ausbildung und des rite vocatus zur Ausübung dieses Amtes, das von denen die es ausfüllen besondere Verhaltenszumutungen abverlangt. Ob aber eine Predigt wirkt oder der Unterricht positive Folgen zeitigt, liegt nach evangelischem Verständnis nicht in der Person oder den besonderen Fähigkeiten der Geistlichen begründet, sondern wird vom heiligen Geist gewirkt.

²⁸ Z.B.: Es sollen wohl Berge weichen und Hügel hinfallen, aber meine Gnade soll nicht von Dir weichen... Jes 54, 10 oder: Wenn mir gleich Leib und Seele verschmachten, bist Du doch, Gott, allezeit meines Herzens Trost... Ps 73, 26.

²⁹ zitiert nach Andreas von Heyl, Das Anti-Burnout-Buch für Pfarrerinnen und Pfarrer; Freiburg 2011; S. 118

Diese Unterscheidung von Gottes- und von Menschenwerk ist wesentlich für das Verständnis der Kirche und des Pfarrberufs. Das Entscheidende lässt sich weder organisieren noch herbeizwingen.

Dazu Isolde Karle: „Der Professionelle muss mit einem Technologiedefizit und damit mit der Unsicherheit leben lernen. (...), weil Sachverhalte, mit denen er es zu tun hat, zu komplex und viele Unwägbarkeiten im Spiel sind.“³⁰

Isolde Karle betont als weitere Merkmale des Pfarrberufs als Profession die hohe Handlungsautonomie und ein ausgeprägtes Berufsethos.

Auf der anderen Seite betont sie immer wieder, dass Pfarrerinnen und Pfarrer mit Verhaltenszumutungen leben müssen (Amtsverschwiegenheit, Lebenswandel, Leben im Pfarrhaus), die jedoch in einem Gleichgewicht (package deal) zu den positiven Seiten des Amtes (Beamtenstatus, Gehalt, Ansehen und Vertrauen in die Amtsperson etc.) stehen müssen.

Was Isolde Karle hier beschreibt zeigt eine große Nähe zu Denise Rousseaus Theorie vom doppelten Arbeitsvertrag:³¹

- den juristischen Arbeitsvertrag, der das Gehalt, die Arbeitszeit und die Aufgabe betrifft;
- und den emotionalen/psychologischen Arbeitsvertrag, der auf der Beziehungsebene geschlossen wird und Faktoren wie z.B. Erwartungen, Bedürfnisse, Status, Gefühle, Ideale, Zugehörigkeit und Identifikation betrifft, und der sich im Laufe des Lebens verändert.

Beide Arbeitsverträge können als geschlossen betrachtet werden, wenn Vertragsinhalt und Wirklichkeit übereinstimmen und sich keine der Vertragsparteien „überevorteilt“ fühlt. Ist der Hiatus zwischen erwarteter und vorgefundener bzw. erlebter Berufswirklichkeit zu groß, kann es zur Unzufriedenheit mit dem Beruf, zu Erkrankungen und zur inneren Kündigung kommen.

3. Theoretischer Hintergrund:

Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese

Was verstehen wir unter „Gesundheit“?

Trotz der hohen Wertigkeit von Gesundheit liegt bis heute keine allgemein anerkannte Definition des Begriffs Gesundheit vor. Grob lassen sich positive und negative Definitionen von Gesundheit unterscheiden:³²

Negative Definitionen von Gesundheit sind:

- Gesundheit als Freiheit von Schmerzen und Gebrechen (Galen, 2.Jhd. n.Chr.),
- Gesundheit als Störungsfreiheit (seit dem 18. Jahrhundert),
- Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit .

In der aktuellen Diskussion bedeutsamer sind jedoch positive Gesundheitsdefinitionen:

- Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung: Sigmund Freud, bezeichnete Gesundheit als Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können.
- Gesundheit als Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens: Die WHO definierte 1946 Gesundheit auf diese umfassende Weise und formulierte eine Utopie, die sie 1986 in der Ottawa-Charta bestätigte und für die Gesundheitsförderung operationalisierte. Diese Definition und insbesondere deren Weiterentwicklung in der Ottawa-Charta von 1986 setzten Standards bei der Entwicklung von Konzepten der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements.
- Gesundheit als Gleichgewichtszustand (Homöostase): diese bereits im antiken Griechenland (5. Jh. v. Chr.) formulierte Definition ist noch immer aktuell und Grundlage für nahezu alle pathogenetisch orientierten Gesundheits- bzw. Krankheitsmodelle, insbesondere die in der

³⁰ Isolde Karle; Welche Pfarrerinnen und Pfarrer braucht das Land?; in: Deutsches Pfarrerblatt, Heft 11/2012

³¹ Vgl. Heinrich Geissler; "Von den Gesunde(te)n im Unternehmen lernen" - Paradigmenwechsel in der Personalentwicklung. Präsentation im Rahmendes 3. Kongress zur Personalentwicklung in der Kirche - Gesundheit als Führungsaufgabe der Evangelischen Gemeindeakademie Rummelsberg; http://www.gemeindeakademie-rummelsberg.de/Download/Gesundheitsfoerdernde_Fuehrung.pdf, der sich hier auf Überlegungen von Denise Rousseau bezieht.

³² Alexa Franke; Modelle von Gesundheit und Krankheit; Lehrbuch Gesundheitswissenschaften; Verlag Hans Huber, Bern 2010, 2. Auflage

medizinischen Forschung immer noch dominierende naturwissenschaftlich-biomedizinische Gesundheits- und Krankheitsforschung, aber auch für fernöstliche Heilungsmethoden wie z.B. Ayurveda³³. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich der Organismus in einem Fließgleichgewicht befindet, das durch äußere Stimuli (Erreger oder andere Einflüsse) verändert wird. Gesundheit bezeichnet die Fähigkeit des Organismus, wieder in den Idealzustand oder „Ruhepol“ zurückzukehren.

- Gesundheit als Flexibilität (Heterostase): Ganz ähnlich doch mit konträrer Ausrichtung geht auch das Heterostase-Modell von einem dynamischen Gleichgewicht aus, das sich jedoch ständig Einflüssen (Stimuli oder Stressoren) von außen anpassen muss. Dieser ständige Anpassungsprozess ist also der Normalfall und findet erst im Tod des Organismus sein Ende. Gesundheit ist hierbei die Fähigkeit, den Stressoren und Stimuli aktiv zu begegnen und sie zu integrieren oder zu überwinden. Aaron Antonovsky greift diese Vorstellungen in seinem Modell der Salutogenese auf, verbindet sie mit Theorien Seyles und Lazarus' aus der Stressforschung und entwickelt sie weiter. Für ihn folgt aus dem Heterostase-Modell, dass Gesundheit nicht als fixierter Status in einem dichotomen System (krank vs. gesund) verstanden werden kann, sondern als veränderliche Größe auf einem dynamischen Kontinuum, dessen Extrempole nie erreicht werden können.³⁴

Ähnlich schillernd ist der Begriff der Krankheit. Etymologisch herkommend vom mhd. „kranc = schwach, schmal, schlecht“ abgeleitet ersetzte der Begriff Krankheit das ältere Wort „siech“ für Kranksein, das seinen Niederschlag noch in „-sucht“ findet (z.B. Gelbsucht, Magersucht etc.).

Historisch ging der Begriff der Gesundheit dem der Krankheit voraus. Die klassischen Heilkulturen beruhten auf Gesundheitslehren. So geht der römische Arzt Galen von einem Modell der Homöostase zwischen Makro- und Mikrokosmos aus. Gesundheit und Krankheit waren so interpretiert Ergebnisse harmonischer oder disharmonischer Lebensführung.³⁵

Erst in der Aufklärung wurden Lebensführung und Gesundheit gewissermaßen entkoppelt und objektiv feststellbare Ursachen für Krankheit definiert. Diese Vorstellung wurde prägend in biomedizinischen Gesundheitstheorien seit dem 19. Jahrhundert.

Für die Kennzeichnung von Krankheit spielen die folgenden Kriterien eine konstitutive Rolle³⁶:

- eine objektiv feststellbare physische, psychische oder geistige Störung (Befund);
- eine Störung des Wohlbefindens i.S. der WHO-Definition von Gesundheit;
- eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung (vgl. Freud);
- die Notwendigkeit professioneller Hilfen.

Je nach Kontext werden ganz unterschiedliche therapeutische und rechtliche Hilfeleistungen, Ansprüche und Konsequenzen aus dem Vorhandensein von Krankheit abgeleitet, daher ist es um so verwunderlicher, dass bis heute keine allgemein anerkannte Definition von Krankheit, jedoch eine Vielzahl von Krankheitsmodellen vorliegen. Die wichtigsten Modelle seien hier stichwortartig aufgeführt³⁷:

- Metaphysische Modelle (Krankheit als Folge von Sünde, Tabuverletzung oder Hexerei);
- Philosophisch-spekulative Modelle;
- Naturalistische Modelle, z.B. biomedizinische Ansätze (Krankheit als Folge von Infektion o.a.);
- Psychosomatische, anthropologische und soziokulturelle Modelle (ganzheitliche Ansätze, welche die Bedeutung weiterer Einflussfaktoren als die rein biologisch-somatischen hervorheben).

³³ Aryvedische Medizin zielt darauf durch Medikation und Körperübungen/Meditation (Yoga) ein Gleichgewicht der wesentlichen Lebensenergien Yin und Yang herzustellen.

³⁴ siehe Kapitel 2. 2

³⁵ Vgl. auch die Interpretation von Krankheit als Folge der Sünde im jüdisch-christlichen Kulturkreis.

³⁶ Vgl. Franke 2010, S. 58

³⁷ ausführlich s. Franke 2010, Kap. 8

Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese

Bisherige Studien, die nach der Gesundheit von Pfarrern/innen fragten, waren pathogenetisch orientiert. Sowohl die Studien zu „Burnout in Ministry“ aus der Church of England bzw. Scotland und den USA³⁸ als auch die umfangreiche Untersuchung Andreas von Heyls³⁹ untersuchen Krankheitsursachen und weniger die Faktoren, die zur Gesundheit von Pfarrern/innen beitragen. Sie bergen daher die Gefahr der Pathologisierung der gesamten Berufsgruppe.

Dagegen kehrt der amerikanisch-israelische Soziologe Aaron Antonovsky in seinem Salutogenese-Konzept⁴⁰ die Fragerichtung um, indem er fragt: **Wie entsteht Gesundheit?**

Aaron Antonovsky (1923-1994) studierte in den USA Soziologie und kam eher zufällig mit Themen der Medizin-Soziologie in Berührung. 1960 emigrierte er gemeinsam mit seiner Frau nach Israel, wo er in verschiedenen wissenschaftlichen Projekten der Stressforschung tätig war.

Gewissermaßen als Nebeneffekt stieß er bei der Erforschung der Adaptionsmechanismen von Frauen aus verschiedenen Kulturkreisen an das Klimakterium auf Zusammenhänge, die zur Entwicklung seines Modells der Salutogenese führten.

Unter den befragten Frauen waren auch Überlebende des Holocaust. Etwa 30% dieser Frauen war im Vergleich mit anderen, die eine ähnliche Lebensgeschichte hatten, erstaunlich gesund. Dass sie sich trotz des Erlebens zweier Weltkriege und des Holocaust einer relativ stabilen Gesundheit erfreuten, empfand Antonovsky als Wunder – und der Erforschung dieses Wunders des Gesundbleibens widmete er fortan sein wissenschaftliches Engagement.

Warum bleiben Menschen trotz potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund? Wie schaffen sie es, wieder gesund zu werden? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremer Belastungen nicht krank werden? Das sind die zentralen Ausgangsfragen, die für Antonovsky zum Ausgangspunkt seiner empirischen, medizin-soziologischen Forschungen wurden. Für diese neue Blickrichtung prägte er den Neologismus „Salutogenese“ (vom lat. salus = Heil und grch. genesis = Werden, Entstehung).

Für Antonovsky bedeutet dieser neue Forschungsansatz nicht allein die Kehrseite des bisher und immer noch gültigen Pathogenese-Ansatzes der Bio-Medizin. Vielmehr beschreibt er das Verhältnis beider Ansätze als komplementär.⁴¹ Sein Modell vergleicht Antonovsky mit pathogenetischen Modellen in der Metapher des Flusses:

Während pathogenetische Modelle den Menschen aus einem reißenden Fluss retten wollen, ohne sich Gedanken darüber zu machen, wie er da hineingeraten ist oder wie er besser schwimmen lernt, und die Prophylaxe darauf abzielt, dass der Mensch am besten erst gar nicht in die Nähe des Flusses kommt, geht Salutogenese davon aus, dass Menschen immer schon im „Fluss des Lebens“ schwimmen, in dem es Strudel, Untiefen, Verunreinigungen und Verzweigungen aber auch ruhige Wasser gibt. Die zentrale Frage der Salutogenese ist in diesem Bild: Was macht einen Menschen zu einem guten Schwimmer?⁴²

Antonovsky geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit keine dichotomen Gegensätze sind. Für ihn ist Krankheit nicht die Abwesenheit von Gesundheit und Gesundheit nicht die Abwesenheit von Krankheit.

Vielmehr bewegt sich jeder Mensch auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit (HEDE-Kontinuum)⁴³. Jeder Mensch ist danach immer zu gewissen Teilen gesund und zu gewissen Anteilen krank. Selbst ein Sterbender hat noch Anteile von Gesundheit in sich.

³⁸ Hier sei exemplarisch die Studie von Eadie genannt: Eadie, Hugh A.,; Der Gesundheitszustand der Pfarrer. Eine Untersuchung in der Kirche von Schottland; in: Wege zum Menschen; 26. Jg. 1974,; S. 400-410

³⁹ Von Heyl, Andreas; Zwischen Burnout und spiritueller Erneuerung. Studien zum Beruf des evangelischen Pfarrers und der evangelischen Pfarrerin; Frankfurt a.M. 2003

⁴⁰ Antonovsky, Aaron; Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit; Deutsche Herausgabe von Franke, Alexa; Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36; DGVT Verlag, Tübingen 1997

⁴¹ Vgl. Antonovsky 1997, S. 29 ff

⁴² Vgl. Antonovsky 1997, S. 91f

⁴³ Den Begriff leitet Antonovsky von einem Wortspiel her: health-ease (Gesundsein) und dis-ease (Ent-gesundung).

Jeder Mensch verfügt über Ressourcen - Antonovsky spricht von „generalisierten Widerstandsressourcen (GRR)“ -, die beeinflussen, wo er sich auf dem HEDE-Kontinuum befindet. Dazu zählt Antonovsky neben der physischen und psychischen Konstitution auch emotionale, soziale, finanzielle und strukturelle Ressourcen.

Als wichtigste der generalisierten Widerstandsressourcen beschreibt Antonovsky den „Sense of Coherence“ (SOC, im Deutschen meist als Kohärenzgefühl übersetzt) mit den drei Komponenten:

1. **Verstehbarkeit:** Alles hat einen Sinn und ist logisch und kontingent.
2. **Handhabbarkeit:** Ich kann die Dinge des Lebens meistern und habe das nötige Handwerkszeug und die notwendigen Ressourcen dafür zur Verfügung oder kann sie aktivieren.
3. **Bedeutsamkeit:** Die Dinge sind es Wert, dass ich mich engagiere. Ich kann meinen Beitrag zum Großen und Ganzen leisten (vgl. Selbstwirksamkeit).

Der SOC befähigt den Menschen, flexibel auf Anforderungen und Stressoren reagieren zu können und die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen zu aktivieren. Er ist somit nicht nur Ressource sondern auch eine Art „Steuerungsinstanz“ in der Bewältigung des Lebens.

Wie entsteht der Sense of Coherence?

Zur Entwicklung eines starken SOC brauchen Menschen immer wieder die Erfahrung, dass ihr Tun Sinn macht und dass sie genügend Ressourcen zur Verfügung haben, das Leben mit all seinen Herausforderungen und Zumutungen zu bewältigen, und dass es letztlich Sinn macht und lohnt, seine Kraft und Energie zu investieren. Hier macht Antonovski vor allem drei Erfahrungen aus, die für die Entwicklung des SOC konstitutiv sind:

- Die Erfahrung der Konsistenz, d.h. die Erfahrung dass sich Dinge wiederholen und dass sie berechenbar und vorhersehbar sind. Diese Erfahrung stärkt die Komponente Verstehbarkeit.
- Die Erfahrung der Partizipation, d.h. dass man Einfluss nehmen kann auf die Welt und ihre nicht als hilfloses Opfer ausgeliefert ist. Diese Erfahrung stärkt die Komponente Bedeutsamkeit
- Die Erfahrung der Belastungsbalance, d.h. dass man nicht permanent über- oder unterfordert ist, sondern mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen sein Leben bewältigen kann. Die Grunderfahrung stärkt die Komponente der Handhabbarkeit.

Als grundlegend für die Möglichkeit SOC auszubilden betrachtet Antonovski soziale und kulturelle Gegebenheiten, wie Frieden und Stabilität als Basis für eine Lebenssituation, und die Verfügbarkeit von GRR. Daneben spielen individuelle und subjektive Stabilitätsfaktoren eine Rolle.

Der SOC entwickelt sich im Laufe der Kindheit und Jugend. Seine Entwicklung ist nach Antonovsky im Alter von etwa 30 Jahren weitgehend abgeschlossen und bleibt ab dann relativ stabil.⁴⁴ Durch negative Einflüsse (z.B. dauerhafte Überforderung oder schwere Schicksalsschläge, Traumata etc.) kann der SOC jedoch geschwächt werden. Doch müssen solche Belastungen nicht zwangsläufig pathogen wirken, sofern ausreichende Gesundheitsressourcen zur Verfügung stehen und genutzt werden können.⁴⁵

Eine Stärkung des SOC auch in späteren Lebensphasen hält Antonovsky für nahezu unmöglich, er rechnet höchstens damit, dass der SOC nur graduell verändert werden kann.⁴⁶

Neuere Forschungen aus dem Bereich der Neurobiologie scheinen in dieser Frage jedoch in eine gegenteilige Richtung zu weisen⁴⁷

⁴⁴ Vgl. Bengel 2001, S. 31

⁴⁵ Antonovsky entwickelte seine Theorie, nachdem er die Bewältigungsstrategien von Frauen in der Meno-Pause untersuchte. Unter den Befragten waren auch Holocaust-Überlebende, die teilweise physisch und psychisch stabiler waren als die Vergleichsgruppe. Er folgerte daraus, dass dieser Teilgruppe bestimmte Gesundheitsressourcen zur Verfügung standen, die sie sowohl die schrecklichen Erlebnisse des Holocaust als auch die klimakteriellen Veränderungen gut bewältigen ließen.

⁴⁶ Vgl. Antonovsky 1997, S. 118; Bengel 2001, S. 86

⁴⁷ Vgl. Walter 2010

Wie wirkt der Sense of Coherence?

Das Salutogenese-Modell Antonovskys baut auf der Idee der Heterostase⁴⁸ auf, das heißt, der Organismus ist permanent Stressoren/Reizen ausgesetzt, auf die er reagieren muss.

Wie im transaktionalen Coping-Modell R.S. Lazarus⁴⁹ ist dabei nicht der Reiz das Entscheidende, sondern der Bewältigungsprozess, den Antonovski in verschiedene Phasen aufteilt.

Personen mit starken SOC definieren Stressoren entweder als irrelevant oder als Herausforderung. Sie gehen davon aus, dass ihnen genügend innere und äußere Ressourcen zur Verfügung stehen, die stresshafte Situation zu bewältigen und sie verfügen über geeignete Strategien zur Stress-Bewältigung. Dabei überprüfen sie ständig ihre Strategien auf ihre Effizienz.

Personen mit geringem SOC interpretieren Stressoren viel eher als bedrohlich und können die stresshafte Situation nicht so differenziert einschätzen, bzw. sie geraten in emotionale Verwirrung. Ihnen stehen weniger Ressourcen und weniger differenzierte Bewältigungsstrategien zur Verfügung, die sie dann eher rigide anwenden. Sie bleiben starr bei ihrer Strategie und vermögen nicht sie zu überprüfen oder zu ändern.

Dabei ist der SOC selbst keine Coping-Strategie. Er schafft aber die Voraussetzung dafür, dass Menschen flexibel mit Herausforderungen umgehen können, und funktioniert gewissermaßen als Steuerungsinstanz.

Neuere psycho-neuro-immunologische Forschungen belegen die Annahmen Antonovskys zu den Wirkungen des SOC auf die Gesundheit eines Menschen:⁵⁰

- Der SOC kann verschiedene Systeme des Organismus direkt beeinflussen, indem er durch die Bewertung der Stimuli komplexe (z.B. hormonelle) Reaktionen auslöst und dadurch die Reaktion auf Spannungszustände steuert (Mediator-Wirkung).
- Der SOC mobilisiert Widerstandsressourcen und trägt auf diese Weise zur Spannungsreduktion bei (Moderator-Wirkung).
- Menschen mit hohem SOC sind eher in der Lage, sich für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu entscheiden.

Neuere Forschungen⁵¹ weisen zu Recht darauf hin, dass Antonovsky mit seiner Fokussierung auf die Stressbewältigung Faktoren vernachlässigt, die als positive Ressourcen quasi direkt die Gesundheit fördern. Antonovsky erwähnt zwar auch Faktoren wie Liebe, Spiel, Genuss, aber sie spielen letztlich für sein Modell keine Rolle. Es bleibt also stress- und anforderungsorientiert. Dagegen wird von der neueren Forschung eine ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Modells vorgeschlagen.

Gesundheitsressourcen aus arbeitspsychologischer Sicht

Aaron Antonovski lenkte den Fokus der Gesundheitsforschung auf die Frage: Welche Ressourcen tragen zum Erhalt und zur Entwicklung von Gesundheit bei? Gleichwohl beschrieb er das Verhältnis von Salutogenese und Pathogenese als komplementäre Beziehung. Neben dem SOC mit seinen drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit und den Generalisierten Widerstandsressourcen als Bedingungsfaktoren für Gesundheit spricht er von Generalisierten Widerstandsdefiziten, die als Stressoren das HEDE-Kontinuum negativ beeinflussen. Damit wurden Antonovskys Überlegungen zum Ausgangspunkt für ressourcenorientierte Modelle der Gesundheitsförderung.

⁴⁸ Siehe Kapitel 2.1

⁴⁹ Eine deutliche Unterscheidung zwischen den Modellen der Stressforschung und Antonovskys Vorstellungen ist nur in einem Aspekt wirklich klar und deutlich festzustellen: Antonovskys kritisiert an der Stressforschung seit Seyle, dass ihre Modelle rein pathogenetisch orientiert sind, und Stressoren immer als Risikofaktoren gesehen werden. Ihm fehlt die salutogenetische Perspektive in der Stressforschung. Ausführlich: s. Bengel 2001, S.61ff.

⁵⁰ Vgl. Jürgen Bengel; Was erhält Menschen gesund? - Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussion und Stellenwert; Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band, 6; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (Hrsg.), Köln, 2001, S. 37f

⁵¹ Vgl. Franke 2010, S. 174ff, wo sie eine ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Modells vorschlägt.

Udris und Rimann⁵² entwickelten Antonovskys Theorie weiter zu einem ressourcen-orientierten Modell der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie unterscheiden dabei zwei Klassen von Ressourcen, nämlich:

- *externe oder situative Ressourcen*, die sich nochmal unterscheiden lassen in
 - *organisatorische Ressourcen*, z.B. ganzheitliche Tätigkeit, Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Partizipationsmöglichkeiten, Aufgabenvielfalt und Spielräume für private Dinge, für den Pfarrberuf kommen die Gewährleistung eines sicheren Arbeitsplatzes (Beamtenstatus) mit gut auskömmlichem Gehalt und ein risikoarmer Wechsel des Tätigkeitsfeldes hinzu;
 - *soziale Ressourcen*, z.B. Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, positives Sozialklima, Anerkennung, mitarbeiterorientiertes Verhalten der Vorgesetzten, für den Pfarrberuf zu ergänzen wäre noch die Anerkennung, positiver Erwartungshorizont und Vertrauensvorschuss (Amtsbonus/positives Image des Berufs) durch Gemeinde.
- und *interne oder personale Ressourcen*, die das Individuum mitbringt, wie z.B. SOC, Handlungs- und Problemlösungskompetenz, Wissen, biografische Merkmale (Ausbildung, Alter etc.); für den Pfarrberuf wären hier auch religiöse und Glaubensüberzeugungen sowie Spiritualität zu nennen.

Eine erste Zwischen-Bilanz:

Bezogen auf den arbeitspsychologischen Bereich besagt das Konzept der Salutogenese, dass hohe Belastungen nicht unbedingt pathogen wirken, wenn ausreichende Gesundheitsressourcen verfügbar sind.

Es kann somit folgende salutogenetisch orientierte Hypothese formuliert werden:

Pfarrer/innen mit hohen und vielfältigen Berufsbelastungen aber mit vorhandenen und genutzten sozialen, organisationalen und personalen Ressourcen weisen eine bessere Gesundheit auf als Pfarrer/innen mit gleichen Belastungen aber weniger Ressourcen.

Ausgehend von dieser Hypothese muss die zentrale Frage lauten:

Welche Faktoren erhalten Pfarrer/innen in ihrem Dienst trotz einer Vielzahl von Belastungsfaktoren gesund?

Dazu ist es für eine wirksame Personalvertretung/berufsständige Vertretung erforderlich zu fragen:

- Welche Gesundheitsressourcen im Pfarrberuf erhalten die Gesundheit der Berufsgruppe?
- Durch welche Maßnahmen und Forderungen können die Entstehung bzw. Erhaltung von Gesundheitsressourcen gefördert werden?
- Welche Belastungspotenziale im Pfarrberuf beeinträchtigen berufsbedingt die Gesundheit der Berufsgruppe?
- Durch welche Maßnahmen und Forderungen können berufliche Belastungen minimiert werden?

4. Rechtlicher Rahmen

Die Anfänge des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und der damit verbundenen gesetzlichen Regelungen liegen in der Sozialpolitik, die sich im 19. Jahrhundert im Zusammenhang mit der Industrialisierung in Europa entwickelte.⁵³

Auf Druck der Arbeiterschaft und ihrer politischen Organisationen entstanden neben den Sozialversicherungen zur Abfederung der gesundheitlichen Risiken des Produktionsprozesses pathogenetisch orientierte Arbeitsschutzbestimmungen (Unfallschutz, Arbeitszeitgesetz, Mutterschutz-Gesetz, Verbot der Kinderarbeit etc.), die auf die Sicherstellung der Reproduktion der

⁵² Vgl. Linda Lasshofer; Betriebliches Gesundheitsmanagement und Salutogenese. Ressourcen erfolgreich nutzen und aufbauen; Verlag Dr. Müller, Saarbrücken 2006; Kap. 3

⁵³ Vgl. Bäcker et.al. 2010, S. 49-74

Arbeitskraft zielen und deren Einhaltung durch betriebliche Stellen sowie Gewerbeaufsichtsämter und Berufsgenossenschaften nach wie vor überwacht wird.⁵⁴

Die Ottawa-Charta der WHO

Als zentrales Leitdokument für die Entwicklung eines BGM gilt die Ottawa-Charta der Vereinten Nationen aus dem Jahr 1986, die erstmalig den Begriff der Gesundheitsförderung wie folgt definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit (...) betont. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur im Gesundheitssektor, sondern in allen Bereichen der Politik und zielt (...) auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“⁵⁵

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union von 1997 folgt der Ottawa-Charte inhaltlich und formuliert: „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung,
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.“⁵⁶

Dieser ganzheitliche Ansatz lässt sich gut mit dem Modell der Salutogenese verknüpfen.

Das Arbeitsschutz-Gesetz

Schon der lange Titel des Gesetzes (Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit) weist darauf hin, dass es dem Gesetzgeber um mehr geht als nur um die Sicherheit am Arbeitsplatz.

Die Vorstellungen der Ottawa-Charta haben inzwischen Eingang in die Gesetzgebung gefunden, so definiert § 2.1 ArbSchG neben dem Unfallschutz auch die „menschengerechte Gestaltung der Arbeit“ als Ziel des Arbeitsschutzes und verpflichtet die Arbeitgeber zur organisatorischen Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (§ 3), zu dem das Gesetz auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und der sozialen Beziehungen zählt (§ 4).

Als Voraussetzung für eine wirksame Durchführung dieser Maßnahmen schreibt das Gesetz Belastungs- und Gefährdungsanalysen vor (§ 5).

Sozialgesetzgebung: SGB IX

Von den zehn Büchern des Sozialgesetzbuches (SGB) ist für die Thematik Pfarramt und Gesundheit vor allem das SGB IX von Belang, das Fragen der „Rehabilitation und Teilhabe von behinderten Menschen“ regelt.

Das Gesetz beschreibt vor allem die Leistungen, die es Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen ermöglichen soll, „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gesellschaft zu fördern“ (§ 1)

⁵⁴ In Bezug auf ein Gesundheitsmanagement für den Pfarrberuf liegt bereits bei den Bestimmungen des Arbeitsschutzes ein grundlegendes Problem. Pfarrer/innen verfügen nicht über einen Arbeitsplatz i.S. z.B. des §73. 2 SGB IX. Da viele Kirchen keine eigenen Regelungen i.S. des Art 140 GG getroffen haben, gibt es keinerlei Rechtssicherheit in allen Fragen des Arbeitsschutzes, der Arbeitszeit oder des BGM.

⁵⁵ WHO 1986, Hervorhebungen vom Verfasser

⁵⁶ Luxemburger Deklaration, zitiert nach Armin Felten; Salutogenese und Veränderungsprozesse. Was erhält gesund, wenn sich doch alles ändert. Präsentation zum 3. Kongress zur Personalentwicklung in der Kirche - Gesundheit als Führungsaufgabe der Evangelischen Gemeindeakademie Rummelsberg; http://www.gemeindeakademie-rummelsberg.de/Download/Felten_Veraenderungsprozesse_und__Salutogenese.pdf

Die §§ 70 ff regeln die Beschäftigungspflicht der Arbeitgeber (Quote), Ausnahmen und Hilfen bzw. Verpflichtungen bei Nicht-Einhaltung der Beschäftigungsquote. § 73 definiert den Begriff des „Arbeitsplatzes“. In diesem Zusammenhang wird ein Ausnahme-Tatbestand definiert: „Als Arbeitsplätze gelten nicht die Stellen, auf denen beschäftigt werden, (...) Personen, deren Beschäftigung nicht in erster Linie ihrem Erwerb dient, sondern vorwiegend durch Beweggründe karitativer oder religiöser Art bestimmt ist (z.B. Ordensleute, Diakonissen; Anm. d. Verf.), und Geistliche öffentlich-rechtlicher Religionsgemeinschaften.“

Hier nimmt das Gesetz Rücksicht auf die Ämter-Autonomie der Kirche, die Art. 140 Grundgesetz garantiert. Das Pfarrdienstgesetz der EKD nimmt den hier eröffneten Gestaltungsspielraum der Kirchen wahr und setzt die Integrationsbestimmungen mit eigenem Recht um, z.B. durch die Möglichkeit zur Schaffung von Schwerbehindertenvertretungen (§ 107 PfdG.EKD).

In anderen Bereichen entstehen jedoch „rechtsfreie Räume“, wenn keine eigenen, kirchlichen Regelungen getroffen werden. Beispielsweise können Arbeitnehmer bzw. Arbeitgeber Leistungen zur Einrichtung behindertengerechter Arbeitsplätze bei den örtlichen Integrationsämtern beantragen. Pfarrerrinnen und Pfarrer sind jedoch von diesen Leistungen ausgeschlossen.

Ähnliche Probleme können etwa bei der Umsetzung des § 84 SGB IX (Berufliche Integration und Wiedereingliederung) auftreten.

Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

In 2006 setzte die BRD die Anti-Diskriminierungs-Richtlinie der EU endlich in nationales Recht um. Ziel des Gesetzes ist „Abbau von Benachteiligungen wegen der Rasse, ethnischer Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexueller Identität“ (§ 1).

§ 9 AGG „erlaubt“ den Kirchen eine Ungleichbehandlung wegen Religion oder Weltanschauung. Für den Pfarrberuf ist dieser Ausnahme-Tatbestand evident. In anderen Bereichen ist die Rechtsprechung jedoch uneinheitlich. Allerdings gilt die Ausnahme ausschließlich für das Kriterium Religion. Einige Kirchenleitungen sehen jedoch im § 9 AGG einen Ausweis für die Nicht-Geltung des gesamten Gesetzes im Raum der Kirchen. Im Rahmen der Gesundheitsthematik ist das AGG insbesondere relevant für den Bereich Schwerbehinderung, aber auch für den Bereich Schwangerschaft.

Das Pfarrdienstgesetz der EKD (PfdG.EKD)

Das Pfarrdienstgesetz der EKD, das noch nicht von allen Gliedkirchen durch entsprechende Gesetzgebung übernommen wurde, regelt alle Belange im Dienstverhältnis von Pfarrerrinnen und Pfarrern.

Es schreibt das öffentlich-rechtliche Anstellungsverhältnis (Beamten-Status) als Regelfall fest. Dadurch entstehen besondere Treuepflichten gegenüber dem Dienstgeber einerseits und besondere Fürsorgepflichten gegenüber den Dienstnehmern andererseits. Damit ist der rechtliche Rahmen auch für alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. des Gesundheitsmanagements gesetzt.

Dem besonderen Dienstverhältnis entsprechen Kriterien für die Eignung zum Dienst, die in Bezug auf die Gesundheit relativ allgemein gehalten sind. Erkrankungen oder Behinderungen dürfen die Ausübung des Dienstes „nicht wesentlich“ beeinträchtigen (§ 9, Abs. 1, Satz 4 PfdG.EKD). Ob allerdings schon eine Diabetes-Erkrankung oder ein zu hoher Body-Mass-Index den Dienst „wesentlich“ beeinträchtigen bzw. eine Anstellung auf Lebenszeit verhindern, wird von den Landeskirche unterschiedlich beurteilt.

§ 54 PfdG.EKD verweist auf die Gültigkeit der staatlichen Bestimmungen zu Mutterschutz, Elternzeit, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, soweit nicht die Ämter-Autonomie der Kirche dadurch begrenzt wird.

Entsprechend dem Grundsatz Verwendung vor Versorgung muss in diesem Zusammenhang auch auf § 90 des Gesetzes hingewiesen werden. Mit dem Instrument der „begrenzten Dienstfähigkeit“ eröffnet das Gesetz die Möglichkeit, Pfarrerrinnen oder Pfarrer mit einer

Behinderung gemäß ihrem Leistungsvermögen einzusetzen. Eine schnelle Pensionierung wegen Behinderung oder Krankheit wird damit ausgeschlossen. Die Fürsorgepflicht des Dienstgebers wird in diesem Zusammenhang verstärkt gefordert. So werden Kirchenleitungen im Rahmen eines Diversitäts-Managements geeignete Rahmenbedingungen für eine entsprechende Beschäftigung sowie eine Förderung der Betroffenen durch geeignete Maßnahmen schaffen müssen.

§ 89 definiert nicht allein die Kriterien der Dienstunfähigkeit, sondern formuliert auch die Pflicht der Pfarrerinnen und Pfarrer zur Vermeidung einer dauerhaften Dienstunfähigkeit durch die Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen und gesundheitlichen Rehabilitation.

Die Pflicht zum vollen, persönlichen Einsatz (§ 24.4) umfasst auch die Pflicht zur persönlichen Gesunderhaltung, z.B. durch Gesundheitsprophylaxe oder Vermeidung von gesundheitsgefährdendem Fehlverhalten. Ob der Gesetzgeber damit dann auch entsprechendes Verhalten im Dienst mit einschließt (z.B. die Einhaltung des freien Tages) muss an dieser Stelle offen bleiben.

Allerdings kann hier ein Ansatzpunkt zur Schaffung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. eines Gesundheitsmanagements für den Pfarrberuf gesehen werden, denn Fragen des Gesundbleibens im Pfarrdienst können nicht einseitig privatisiert werden, sondern stehen im Spannungsverhältnis von Treue- und Dienstplichten der Pfarrerinnen und Pfarrer einerseits und der Fürsorgepflicht des Dienstgebers Kirche auf der anderen Seite, zumal den Arbeitsbedingungen einen nicht unwesentlichen Anteil am Gesundbleiben im Pfarrberuf zukommt.

5. Gesundheitsmanagement für den Pfarrberuf

Was folgt nun aus dem bisher Gesagten?

Als Pfarrvertretungen und Pfarrvereine sollten wir m.E. die Einrichtung eines Gesundheitsmanagements für den Pfarrberuf fordern, das natürlich die speziellen Bedingungen des Pfarramts berücksichtigen muss.

Ich spreche hier bewusst von Gesundheitsmanagement, und nicht von Gesundheitsförderung, denn ich bin der Meinung der Begriff Gesundheitsförderung greift zu kurz, da er in der Regel nur die einzelnen Maßnahmen beschreibt, wie zum Beispiel Rückenschule oder Raucherentwöhnung. Dass es bei Gesundheitsmanagement um mehr geht, mag die folgende Definition von Elisabeth Wienemann veranschaulichen:

„Betriebliches Gesundheitsmanagement ist die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten.“⁵⁷

Ziel des Gesundheitsmanagements ist dabei Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse so zu entwickeln, dass der Dienst und Organisation Kirche gesundheitsförderlich gestaltet und persönliche und organisationale Ressourcen gefördert und entwickelt werden.

Gesundheitsmanagement analysiert die Arbeitssituation, entwickelt zielgerichtete Maßnahmen, z.B. Gesundheitsförderung, Work-Life-Balance, Diversity-Management u.a., evaluiert die Wirksamkeit der Maßnahmen und trägt zu einer Verbesserung der Führungskultur bei.

Gesundheitsmanagement ist Führungsaufgabe und betrachtet die Gesundheit der Pfarrerinnen und Pfarrer als strategischen Faktor, der Einfluss auf die Leistungsfähigkeit, die Kultur und das Image der Organisation Kirche hat. Gesundheit wird dabei zu einem integralen Bestandteil des Leitbilds und der Organisationskultur.

⁵⁷ Elisabeth Wienemann; Betriebliches Gesundheitsmanagement; http://www.wa.uni-hannover.de/wa/konzepte/WA_BGMKonzept.pdf 2002;

In der Umsetzung des Gesundheitsmanagements unterscheidet man vier Kernprozesse:

1. Diagnose und Analyse
Hier ist etwa die Belastungs- und Gefährdungsanalyse zu nennen, die in § 5 ArbSchG vorgeschrieben wird. Allerdings sind auch so genannte subjektive Diagnosemethoden denkbar, wie z.B. die Mitarbeiterbefragung.
2. Interventionsplanung und Strategie
Liegen die Diagnoseergebnisse vor, muss entschieden werden, welche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung umgesetzt und welche Organisationsstrukturen verändert werden müssen. Hierzu werden in der Regel Lenkungsgruppen oder Gesundheitszirkel eingesetzt, die mit Vertretern der Leitung, der Personalvertretung und Fachdiensten (Betriebsarzt, Krankenkassen etc.) besetzt sind.
3. Intervention
In dieser Phase werden die einzelnen Maßnahmen umgesetzt.
4. Evaluation
Die Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen wird überprüft und gegebenenfalls werden Maßnahmen verändert bzw. ausgesetzt oder verstärkt.

Für ein salutogenetisch orientiertes BGM ist es unerlässlich Belastungen und Ressourcen klar zu trennen, denn sie wirken in unterschiedlicher Weise auf die Gesundheit. Aus dieser unterschiedlichen Wirkung ergeben sich unterschiedliche Interventions- und Gestaltungsoptionen: Belastungen sollen möglichst abgebaut oder zumindest reduziert werden (Prävention und Prophylaxe), während Ressourcen nach Möglichkeit ausgebaut und erweitert werden sollen (Gesundheitsförderung). Deshalb arbeitet ein effektives Gesundheitsmanagement immer in beide Richtungen.

Die klassische Zweiteilung der Betrieblichen Gesundheitsförderung (verhaltensorientiert/Prophylaxe und verhältnisorientiert/Arbeitsschutz) ist aus Sicht der Salutogenese zu ergänzen, so dass sich vier Handlungsperspektiven für ein ressourcenorientiertes Gesundheitsmanagement ergeben:

- Verhältnisorientierte Handlungsperspektive
- Verhaltensorientierte Handlungsperspektive
- Sozialorientierte Handlungsperspektive
- Subjektorientierte Handlungsperspektive

Verhältnisorientierte Handlungsperspektive

Als klassisches Handlungsfeld eines verhältnisorientierten BGM sind alle Maßnahmen des *Arbeitsschutzes* zu nennen. Sicherheitstechnik und andere Arbeitsschutz-Maßnahmen haben in den meisten Berufsfeldern zur Humanisierung der Arbeit beigetragen. Dennoch konnten dort die berufsbedingten Erkrankungen nicht reduziert werden. Das Gegenteil ist der Fall: die Krankenstände steigen insbesondere wegen der deutlichen Zunahme der psychischen Erkrankungen.⁵⁸ Nachdem die Gesundheitsrisiken an der Schnittstelle Mensch-Maschine minimiert wurden, liegt das Augenmerk der arbeitsmedizinischen Forschung inzwischen auf der Schnittstelle Mensch-Mensch (Kollegialität, Vorgesetzten-Verhalten) und der Gestaltung „menschengerechter Arbeitsbedingungen“. So werden bspw. Stress und Work-Life-Balance als Bedingungsfaktoren herangezogen.

Für den Pfarrberuf sind verständlicherweise weniger Maßnahmen der Arbeitssicherheit und des Unfallschutzes – ausgenommen vielleicht die Regelung der Arbeits- und Ruhezeiten –, als vielmehr die Arbeitsbedingungen, z.B.:

- klareres Job-Design
- Arbeitszeiten
- Pfarrstellen-Bemessung
- „Ausstattung“ der Pfarrstelle
- Anstellungsstatus

⁵⁸ Vgl. Badura 2009

- Residenz-/Dienstwohnungspflicht und Pfarrhaus.

Der Ausgestaltung der kirchlichen Strukturen und der Organisationskultur innerhalb der Kirche kommt hier ebenfalls zentrale Bedeutung zu, auf die vor allem bei der sozialorientierten Handlungsperspektive einzugehen sein wird.

Doch auch unterstützende Maßnahmen zur ergonomischen oder behindertengerechten Ausgestaltung des Arbeitsplatzes sind bislang nur ungenügend klar gesetzlich geregelt, da Pfarrerinnen und Pfarrer nicht über einen Arbeitsplatz i.S. des § 73 SGB IX verfügen, und bspw. die Ausgestaltung ihres Amtszimmers als Privatangelegenheit betrachtet wird.

Zu den Maßnahmen bzw. Ressourcen innerhalb dieser Handlungsperspektive sind auch alle gesetzlichen Regelungen zu zählen. Beispielsweise die Regelungen zur beruflichen Integration und Wiedereingliederungen oder eigene kirchliche Regelungen, welche Rechtslücken schließen, etwa bei Leistungen, die in anderen Arbeitsverhältnisse über das SGB IX abgedeckt werden.

Zu den Handlungsfeldern eines verhältnisorientierten BGM sind auch *organisationale Ressourcen* zu zählen wie z.B.:

- das öffentlich-rechtliche Dienstverhältnis (Beamten-Status)
- das „Lebenszeit-Prinzip
- Möglichkeiten zur Spezialisierung in Funktionspfarrämtern zur Verfügung (z.B. Klinik-Seelsorge, Schulpfarrämter u.a.).
- Fortbildungspflicht für Pfarrerinnen und Pfarrer vor.
- eine Feedback-Kultur und Kommunikationsstruktur
- Aufgabenvielfalt und eine relativ große Freiheit in der zeitlichen Gestaltung der Arbeit.

Verhaltensorientierte Handlungsperspektive:

Auch die verhaltensorientierte Gesundheitsförderung hat eine lange Tradition im Rahmen eines BGM. Sie setzt auf die direkte Verhaltensbeeinflussung der Mitarbeitenden (z.B. Rückenschule, Raucherentwöhnung, Kurse für gesunde Ernährung etc.). Bei allen Erfolgen solcher Maßnahmen dürfen sie jedoch nie isoliert, ohne Einbindung in ein Gesamtkonzept angeboten werden, sonst bleibt ihre Wirkung punktuell und nicht nachhaltig.

Im Bereich eines Gesundheitsmanagements für den Pfarrberuf könnten Zeitmanagementkurse und Kurse zur Stressvermeidung helfen, die vorhandenen Ressourcen weiterzuentwickeln und zu stärken bzw. die Belastungen besser zu meistern. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Möglichkeiten für Exerzitien und Fortbildungen zur Entwicklung, Förderung und Einübung persönlicher Spiritualität zu nennen, auf die im Rahmen der subjektorientierten Handlungsperspektive näher eingegangen werden soll.⁵⁹

Sozialorientierte Handlungsperspektive

Bei dieser Handlungsperspektive handelt es sich um Ansätze, die auf die Entwicklung und den Ausbau einer gesundheitsfördernden Unternehmenskultur zielen.

„Die aktive Gestaltung der Unternehmenskultur ist damit ein wichtiger Erfolgsfaktor im Betrieblichen Gesundheitsmanagement.“⁶⁰

Die Unternehmen aus dem Bereich der Wirtschaft haben längst die Bedeutung des „Sozialkapitals“, also der Qualität der sozialen Beziehungen im Unternehmen, erkannt und lassen sich vom Great-Place-to-Work-Institute zertifizieren. Die dort ausgezeichneten 100 besten Arbeitgeber weisen ein hohes Maß an Vertrauen innerhalb der Organisation aus. Dabei sind drei Ebenen des Vertrauens maßgeblich:

- das Vertrauen der Mitarbeitenden zum Management,
- das Vertrauen der Mitarbeitenden in das Unternehmen
- und das Vertrauen der Mitarbeitenden untereinander.⁶¹

⁵⁹ Schon die Pfarrer-Studie in der EKKW konnte zeigen, dass geistliches Leben in der Berufswirklichkeit von Pfarrerinnen und Pfarrern einen zu geringen Stellenwert einnimmt. Vgl. Rohnke 2009, S. 85 ff.

⁶⁰ Susanne Leithoff; Ganzheitliches Gesundheitsmanagement; in: Wellensiek, Sylvia Kéré; Handbuch Resilienz-Training. Widerstandskraft und Flexibilität für Unternehmen und Mitarbeiter; Beltz Verlag, Weheim/Basel 2011; S. 325

Daneben fließen Faktoren wie die Identifikation mit der Tätigkeit und Stolz auf das Unternehmen in die Bewertung mit ein.

Weitere soziale Ressourcen sind aktive Hilfeleistungen durch Kollegen und Vorgesetzte sowie die emotionale Unterstützung und Bestätigung.⁶² Sie wirken einerseits direkt (Stressreduzierung durch Unterstützung) als auch indirekt als Puffer (als GRR).

Die Kirche über geeignete organisationale Strukturen und Ressourcen zur Gestaltung der Kommunikation und des Arbeits- und Betriebsklimas. Hier kommt den konkreten Vorgesetzten eine entscheidende Rolle zu. Alle empirischen Studien zur Gesundheit am Arbeitsplatz bewerten die Qualität des Vorgesetztenverhaltens als entscheidenden Prädiktor für die Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit der Mitarbeitenden.⁶³ Die Zufriedenheit mit dem Vorgesetztenverhalten korreliert mit den bei ihnen wahrgenommenen sozialen Kompetenzen; Akademiker haben dabei die höchsten Anforderungen an die sozialen Kompetenzen ihrer Vorgesetzten.

Inwieweit Kolleginnen und Kollegen als Unterstützung erfahren werden, bleibt dabei eine spannende Frage. Eine Erhebung von Karl-Wilhelm Dahm nannte insbesondere die Kollegen/innen als Faktoren für „Frust“ im Pfarrberuf⁶⁴ und bestätigte damit die Gültigkeit des alten Sprichworts „Selig sind die Beine, die stehen vorm Altar alleine.“

Insbesondere auf dieser Ebene sehe ich noch deutliche Entwicklungspotenziale. Gerade angesichts des Wegfalls von Pfarrstellen und der damit verbundenen strukturellen Veränderungen (größer werdende Gemeindebezirke/Kirchspiele, knapper werdende finanzielle Ressourcen etc.) ist es unerlässlich die Zusammenarbeit über Gemeindegrenzen hinweg zu fördern, um auf diese Weise Entlastungsstrukturen auch als soziale Ressource im Sinne eines salutogenetisch orientierten Gesundheitsmanagements zu fördern und anzuregen. Die vorhandenen strukturellen Ressourcen (Konvent, consolatio fratrorum sorrowumque, Visitation etc.) müssten dazu ausgebaut und sinnvoll genutzt werden, indem sie als Elemente einer Vertrauenskultur gestaltet und genutzt werden können.

Darüber hinaus muss meines Erachtens die Kommunikation innerhalb der verschiedenen Ebenen der Kirche verbessert werden. Neuere Studien zeigen, wie wichtig bei Umstrukturierungen eine klare Kommunikation der Ziele und Maßnahmen ist, und wie negativ sich schlechte Kommunikation auf die Gesundheit und die Arbeitsmotivation auswirken.⁶⁵

Subjektorientierte Handlungsperspektive

Eine vielfach vernachlässigte Handlungsperspektive im BGM bildet die subjekt- oder psychisch orientierte Handlungsperspektive.⁶⁶

Angesichts steigender Zahlen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen und eines immer größer werdenden Anteils von psychisch bedingter Erwerbsminderung oder Frühinvalidität⁶⁷ gewinnt dieser Bereich zunehmend an Bedeutung.

„Das Know-how, Engagement, die Unternehmensverbundenheit und die Leistungsbereitschaft des Mitarbeiters sind moderne Schlüssel zur nachhaltigen Gestaltung der Mitarbeitergesundheit.“⁶⁸

Dazu baut subjektorientiertes Gesundheitsmanagement auf personale Ressourcen der Mitarbeitenden auf und fördert diese bzw. baut sie auf und aus.

Neben der Ausbildung bzw. Fachkompetenz und Wissen zählen auch Bewältigungs- und Handlungskompetenzen zu diesen Ressourcen. Für Pfarrfrauen und Pfarrer wären noch weitere personale Ressourcen zu ergänzen:

⁶¹ Vgl. Leithoff 2011, S. 325 f

⁶² Vgl. Lasshofer 2006, S. 53 f

⁶³ Vgl. Lasshofer 2006, S. 54, ausführlich untersucht Badura 2009 diese Zusammenhänge.

⁶⁴ Karl-Wilhelm Dahm, Frust und Lust im heutigen Pfarrberuf; in: Deutsches Pfarrerblatt, 105. Jg.; Heft 5, 2005; S. 232-237

⁶⁵ Vgl. Oliver Recklies, Personalabbau - Wenn das Engagement verschwindet;

<http://www.themanagement.de/HumanResources/Personalabbau.htm>, 2011 und die Studie von Birgit Köper und Götz Richter; Restrukturierung in Organisationen und mögliche Auswirkungen auf die Mitarbeiter;

http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel27.pdf?__blob=publicationFile&v=6, 2012

⁶⁶ Zur Begrifflichkeit s. weiter oben Anmerkung 55.

⁶⁷ Vgl. Badura 2009. Vermutlich gilt das auch für den Pfarrberuf; verlässliche Erhebungen fehlen bisher allerdings.

⁶⁸ Leithoff 2011, S. 324

- eine umfassende Ausbildung, die Deutungs- und Verstehenskompetenzen vermittelt,
- religiöse Bindung und ein klares Wertesystem, das den SOC stärken kann,
- damit verbunden eine starke auch emotionale Bindung an die Kirche als Dienstgeber,
- Spiritualität und Frömmigkeit, die das Bewältigen von Krisen und Stress erleichtern⁶⁹
- eine hohe intrinsische Motivation.

Durch organisationale Ressourcen lassen sich die personalen Ressourcen fördern und weiterentwickeln:

- ressourcenorientierte Personalentwicklung (HRM)
- Fort- und Weiterbildung
- Work-Life-Balance und Diversity-Management
 - Elternzeit-Regelungen
 - Teilzeit-Regelungen
 - Regelungen für ältere Pfarrer/innen
- Maßnahmen zum Erhalt der Motivation und persönlichen Bindung an den Dienstgeber.

Gerade in diesem Bereich wird dann auch das Konzept vom doppelten Arbeitsvertrag von Denise Rousseau bedeutsam. Angesichts der vielen Reformprozessen in den Landeskirchen und der EKD (Kirche der Freiheit) werden Pfarrerinnen und Pfarrer leicht „abgehängt“ oder als „Problem“ definiert, weil sie angeblich reformunwillig oder provinziell seien. Leicht entsteht eine Dynamik, die in Rückzug, Dienst nach Vorschrift und „Ent-Identifizierung“ oder innerer Kündigung endet. Unter salutogenetischen Gesichtspunkten ist eine solche Entwicklung kontraproduktiv. Ausführlich hat Isolde Karle auf diese Zusammenhänge in ihrem Vortrag beim Deutschen Pfarrerinnen- und Pfarrertag hingewiesen.⁷⁰

Mögliche Schritte auf dem Weg zu einem Gesundheitsmanagement für den Pfarrberuf:

Am Anfang steht natürlich die Überzeugungsarbeit. Pfarrerinnen und Pfarrer müssen davon überzeugt werden, dass Gesundheit und Krankheit keine individuellen Probleme bzw. Fragen sind, sondern auch eine strukturelle Seite haben. Ohne dass sich die Kolleginnen und Kollegen auf diese Prozesse einlassen, wird jedes noch so gut durchdachte Konzept scheitern.

Rückmeldungen, die wir als Pfarrvertretung der EKKW erhalten, ermutigten uns, den nächsten Schritt zu gehen: die Kirchenleitung zu überzeugen und mit ins Boot zu holen.

In diesem Zusammenhang wird neben inhaltlichen Vorbehalten, die es hier und da geben mag, vor allem das Argument der knapper werdenden Finanzen eine zentrale Rolle in den Diskussionen spielen.

Natürlich kostet ein Gesundheitsmanagement Geld. Stellen müssen geschaffen werden und die einzelnen Maßnahmen sind nicht kostenlos zu haben.

Doch Gesundheitsmanagement hilft auch Geld einzusparen. Die Kosten, die durch Krankheit (Absentismus) und Präsentismus (krank zur Arbeit und Fehler machen) entstehen, sind immens. Allein eine Fehlzeiten-Statistik würde den Verantwortlichen zeigen können, wie viel Arbeitszeit durch Krankheit „verloren“ geht. Dazu kommen nicht unerhebliche Beihilfekosten.

Studien aus der so genannten freien Wirtschaft belegen dagegen einen Return on Investment für das Gesundheitsmanagement mit einem Faktor von 2,5 bis 6, d.h. für jeden Euro, den man in Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. in ein Gesundheitsmanagement investiert, spart man 2,50 Euro bis 6,- Euro ein.

Sind diese Klippen genommen bedarf es eines Beschlusses zur Einrichtung eines Gesundheitsmanagements mit einer entsprechenden Ausstattung und Begleitung durch Gesundheitszirkel oder eine Stabsstelle.

⁶⁹ Vgl. hierzu auch Reddemann 2008, die am Beispiel J.S. Bachs das Resilienz-Potenzial pietistischer Frömmigkeit beschreibt; vgl. auch Loest 2010, der die Choräle Paul Gerhards als Beispiel für ein gelungenes Coping beschreibt.

⁷⁰ Isolde Karle, Welche Pfarrerinnen und Pfarrer braucht das Land?; Deutsches Pfarrerblatt Heft 11, 2012.

In einer solchen Stabsstelle sollten folgende Gruppen vertreten sein:

- Kirchenleitung
- Pfarrvertretung
- Vertrauens- oder Dienstärzte
- Vertreter der Krankenkassen.

Die Stabsstelle hat folgende Aufgaben:

- Planung und Durchführung weiterer Schritte
- Beratung der Verantwortlichen
- Analyse und Diagnose, z.B. Befragung
- Planung von Maßnahmen/Strategie
- Begleitung und Evaluation der Umsetzung von Maßnahmen.
- Weitere Aufgaben werden ihr zuwachsen.