

Häfner S, Kordy H, Kächele H (2001) Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Berufspendlern.
Psychother Psychol Med 51: 373-376 <http://www.thieme.de/ppmp>

Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Berufspendlern

Steffen Häfner, Hans Kordy und Horst Kächele

Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin,
Universitätsklinikum Ulm
Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart

Key words:

Commuter – Mental health – Health service utilization – Occupational medicine
– Shift-work

Zusammenfassung:

Durch Stadtflucht und Arbeitsplatzverlagerungen wird der Anteil von Arbeitnehmern, die zum Pendeln gezwungen sind, in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Die vielgestaltigen Auswirkungen des Pendelns auf die körperliche und seelische Gesundheit sind vor allem im psychischen Bereich wenig erforscht, ebensowenig eventuelle positive Auswirkungen des Pendelns. Insgesamt geben Berufspendler mehr gesundheitliche, vor allem funktionelle Beschwerden an, und fehlen wahrscheinlich häufiger als Nicht-Pendler krankheitsbedingt am Arbeitsplatz. Insbesondere Fernpendeln stellt auf Dauer eine erhebliche zusätzliche gesundheitliche Belastung dar. Risikogruppen unter den Berufspendlern sind Frauen, die deutlich höhere Stressscores aufweisen, und Arbeitnehmer im Schichtdienst mit häufigerer und schwererer Symptomatik. Präventive Ansätze sollten insbesondere für diese Gruppen bereitgestellt werden. Inwieweit Berufspendler das medizinische Versorgungssystem, insbesondere psychosoziale Beratung, in Anspruch nehmen können, ist weitgehend unbekannt. Vermutlich stellen Berufspendler – trotz höherer Prävalenz psychischer Erkrankungen – auch eine unterversorgte Gruppe im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie dar. Abschließend werden Vorschläge zur Verbesserung der psychosozialen Situation von Berufspendlern diskutiert.

Schlüsselwörter

Pendler – psychische Gesundheit – Inanspruchnahmeverhalten – Arbeitsmedizin – Schichtdienst

Abstract

Need of mental health service utilization in commuters: Due to changes in settlement patterns and availability of workplaces the rate of working people forced to commute will increase during the next years. Commuting affects physical and mental health in many ways. Nevertheless only little research has been done so far in the field of consequences for mental health as well as for commuting as a protective factor. In sum commuters complain more about health problems, especially psychosomatic symptoms, and tend to absenteeism from work due to illness. Especially long-distance commuting seems to be an enormous stress factor in the long term. Risk-groups are commuting women, having higher psychological stress-scores, and shift workers reporting higher frequencies of symptoms and higher degrees of impairment. Therefore preventive measures should be offered especially for these two groups. It is not very well known if commuters are able to benefit from the health care system, especially from psychosocial counselling. Commuters seem to be a neglected group in the utilization of mental health services – despite a high prevalence of psychic disorders. Finally, proposals for the improvement of the psychosocial situation of commuters are discussed.

Gegenwärtige Situation

Der bereits hohe Anteil von Berufspendlern unter den Arbeitnehmern hat in den letzten Jahren zugenommen und wird in den kommenden Jahren weiter ansteigen. Insbesondere im Dienstleistungsbereich ist und wird Fernpendeln durch die fortschreitende Zentralisierung zunehmend zu einem Problem [1, 2]. Ca. 800.000 (3,0%) von den etwa 27 Millionen Berufstätigen in der ehemaligen Bundesrepublik Deutschland legen mehr als 50 km Wegstrecke zur Arbeit zurück, ca. 950.000 (3,5%) benötigen mehr als 60 Minuten Wegezeit (einfache Strecke) [3]. Aufgrund der Verfügbarkeit immer schnellerer Verkehrsmittel (zum Beispiel Hochgeschwindigkeitszüge) steigen die von Berufspendlern zurückgelegten Entfernungen [4]. Gleichzeitig treten immer häufiger Staus auf den Straßen auf, insbesondere in und um Ballungszentren, und es werden die Unpünktlichkeit und/oder der geringe Komfort von Zügen oder anderen öffentlichen Verkehrsmitteln bemängelt. Dabei ist eher noch mit einer Verschlimmerung der Situation zu rechnen. Nach Aussagen vieler Verkehrsexperten sind für die Zukunft noch mehr und noch längere Staus auf den Straßen zu erwarten, und auch hinsichtlich der Mängel bei der Bahn wird kurzfristig keine Entlastung eintreten können. Angesichts verstopfter Strassen, Staus und unpünktlicher Züge stellt sich dringend die Frage, wie sich die Lebenszufriedenheit von Berufspendlern steigern lässt. Nur wenige Untersuchungen haben sich bislang mit dem Belastungsfaktor „Entfernung Arbeits-/ Wohnort“, und seiner Einflussnahme auf die Arbeitsunfähigkeit und die individuelle Morbidität befasst. Der folgenden Literaturübersicht liegt eine Auswertung der empirischen Literatur mittels einer Medline- und Psyclit-Recherche unter dem Suchwort „Commuter“, und eine Analyse der Literaturverzeichnisse der so ermittelten Arbeiten zugrunde.

Definition Pendler

Der Begriff „Pendler,“ wird keineswegs einheitlich gebraucht. Das Statistische Bundesamt Wiesbaden verwendet eine besonders strenge Definition, die zum Beispiel auch für die Volks- und Berufszählung 1987 angewandt wurde. Demnach sind Pendler Personen, deren Arbeits- bzw. Ausbildungsstätte nicht auf ihrem Wohngrundstück liegt. Befindet sich die Arbeits- bzw. Ausbildungsstätte in der gleichen Gemeinde, dann handelt es sich um „innergemeindliche Pendler,“, andernfalls um „Pendler über die Gemeindegrenze,“. Liegt die Zielgemeinde in einem anderen Kreis, Bundesland oder im Ausland, dann sind Pendler über die Gemeindegrenzen zusätzlich „Pendler über die Kreisgrenze,“ beziehungsweise „Pendler über die Grenze des Bundeslandes oder ins Ausland,“. Pendler „mit unbestimmtem Ziel,“ bezeichnet Personen, für die keine Angaben zum Pendlerziel vorliegen, die jedoch aufgrund der vorhandenen Angaben zum „Verkehrsmittel und Zeitaufwand,“ als Pendler zu betrachten sind [3].

Auch in der wissenschaftlichen Literatur wird der Begriff „Pendler,“ nicht einheitlich definiert. Meist wird als Pendler bezeichnet, wer eine Entfernung von mehr als 50 km vom Wohnort zur Arbeitsstätte zurückzulegen hat oder eine Wegezeit von mehr als 45 oder 60 Minuten benötigt. Dabei herrscht noch nicht einmal Einigkeit, ob die Distanz oder die Wegezeit in die Definition einfließen sollen. Im Zeitalter immer schnellerer Verkehrsmittel, insbesondere durch die Einführung von Hochgeschwindigkeitszügen, wird aber die zurückgelegte Distanz zunehmend relativiert und die Wegezeit das verlässlichere Merkmal darstellen. Versuche, eine Kombination aus Distanz und Wegezeit als Maßzahl einzuführen [5-7], haben sich nicht durchgesetzt. Jüttner [8] unterscheidet in seiner Untersuchung über den Einfluss der Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort auf die Erkrankungshäufigkeit zwischen Nah- und Weitwohnern¹, wobei als Nahwohner alle Beschäftigten betrachtet wurden, die in einem Radius von 15 km vom Arbeitsort bzw. in der Stadt Halle (Saale) wohnten. Aus den genannten Gründen halten die Verfasser daher eine Einteilung in Nah-Pendler (weniger als 20 Minuten Wegezeit), Mittel-Pendler (20-45 Minuten Wegezeit) und Lang-Pendler (über 45 Minuten Wegezeit) unabhängig von der zurückgelegten Entfernung für sinnvoll.

¹ Da sich die Begriffe „Weit-,“ bzw. „Nahwohner,“ nicht durchgesetzt haben, wird im Folgenden auch bei den Ergebnissen der Studie von Jüttner [8] von „Pendlern,“ bzw. „Nicht-Pendlern,“ gesprochen.

Auf die zweite große Gruppe der Pendler, nämlich die Ausbildungspendler, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden. In manchen Veröffentlichungen der Vergangenheit wird auch nicht klar zwischen Berufs- und Ausbildungspendlern differenziert. Insgesamt sind zu Ausbildungspendlern im Vergleich zu den Berufspendlern kaum Studien durchgeführt worden.

Gründe für das Pendeln

Lediglich in der Studie von Ott [9] an Pendlern zwischen Fulda und dem Rhein-Main-Gebiet sind die Motivationen zum Pendeln aus beruflichen Gründen näher beschrieben: Als berufliche Gründe werden am häufigsten hohe Arbeitslosigkeit in der Region (57,5%), bessere berufliche Chancen (26,3%), höheres Einkommen (20,8%), interessantere Tätigkeit (14,9%), besseres Arbeits- und Betriebsklima (12,8%) und eine Versetzung durch den Arbeitgeber (12,0%) angeführt (Mehrfachantworten waren zugelassen). Nicht selten kommen private oder finanzielle Gründe hinzu, für die aber keine Häufigkeitsangaben vorliegen: Pendler wollen den Kindern keinen Schulwechsel zumuten, haben am Wohnort ein eigenes Haus gebaut oder die Partnerin arbeitet am Wohnort. Neben diesen privaten Argumenten führen Pendler auch ein finanzielles an: Oft sind die Fahrtkosten günstiger als hohe Mietpreise am Arbeitsort [9].

Berufspendler – krank und unterversorgt?

Offen ist, ob Berufspendler genauso häufig an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leiden wie der Durchschnitt in der Allgemeinbevölkerung – also in etwa jeder Vierte [10-12] – und sich lediglich durch das berufliche Pendeln in einer außergewöhnlichen Situation befinden, oder ob spezifische Erkrankungen (zum Beispiel Konflikte in der Familie oder am Arbeitsplatz) vorliegen, die auf das berufliche Pendeln zurückgeführt werden können. Wie häufig diese Konstellationen jeweils vorliegen, ist bislang nicht Gegenstand von Untersuchungen gewesen.

Ein einfaches Rechenexempel, das gar nicht so selten zutreffen dürfte, möge dies illustrieren: Berufspendler haben, wenn sie beispielsweise 8 Stunden am Tag zuzüglich Pausen arbeiten und 2 x 1,5 Stunden für die Hin- und Rückfahrt benötigen, bereits einen Zeitaufwand von mehr als 11 Stunden am Tag und

damit vielfach keine Zeit mehr, um während der regulären Sprechzeiten einen Arzt zu konsultieren. Sie nutzen die verbleibenden Stunden des Tages lieber anderweitig. Dies wird sicherlich vor allem bei Behandlungen relevant, die über die Versorgung von Notfällen hinausgehen. Ein gutes Beispiel hierzu ist die Studie von Heloe und Kolberg [13], die den Zahnstatus und zahnärztliche Behandlungen von männlichen Berufspendlern in Norwegen mit der männlichen Allgemeinbevölkerung verglichen haben. Bei den 414 Berufspendlern stellte es sich als besonders schwierig heraus, eine längerfristig erfolgversprechende Sanierung des Gebisses zu planen und konsequent zu Ende zu führen. Statt dessen wurden kurzfristige Lösungen, in der Regel eine Linderung der Zahnschmerzen ohne kausale Therapie angestrebt.

Für Berufspendler ist im Falle einer Erkrankung das Organisieren einer adäquaten Behandlung nicht einfach. Abgesehen von einer raschen symptomorientierten Behandlung sind weiterreichende Therapien, die regelmäßige Konsultationen beinhalten und auch eine Veränderung des Lebensstiles und der Lebensgewohnheiten erfordern würden, schwer zu realisieren. Das Erarbeiten langfristiger Therapiekonzepte und -strategien kommt zwangsläufig zu kurz. Nach einer symptomatischen Besserung dürfte auch die Motivation zu zeitintensiven und auf längere Zeiträume angelegten Therapien gering sein. Dies kann aber beispielsweise nicht nur bei einer neu entdeckten körperlichen Erkrankung, sondern gerade im Bereich psychischer Erkrankungen fatale Folgen haben: Inanspruchnahme inadäquater Diagnostik und Behandlung, dysfunktionale Wiederholungsuntersuchungen, gehäufte Inanspruchnahme von Notfalldiensten und -sprechstunden sowie Chronifizierung. Die meisten Erkrankungen in der Bevölkerung, insbesondere die sogenannten Zivilisations- und Wohlstandskrankheiten, sind aber gerade durch einen chronischen Verlauf gekennzeichnet und erfordern eine kontinuierliche Begleitung über lange Zeiträume in einer stabilen und vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung.

Auswirkungen des Pendelns auf die Gesundheit

Körperlich

Nur wenige Studien haben sich mit dem Einfluss des Pendelns auf die Gesundheit und die sozialen Bezüge der Berufspendler befasst, weshalb im Folgenden zum Teil nur ältere Studien referiert werden können. Soweit vorhanden und sinnvoll Bisher ist das Pendeln eher unter verkehrs- und raumordnungspoliti-

schen Gesichtspunkten (Notwendigkeit besserer Busverbindungen, Straßenbau usw.) oder allenfalls unter organmedizinischen Aspekten untersucht worden. Arthrosen im lumbosakralen Bereich wurden bei 23,9% der Pendler, die weite Strecken im Auto zurücklegen, im Vergleich zu 11,2% bei Kurzstreckenpendlern beobachtet ($p < 0.05$). Pendler neigen auch eher zu grippalen Infekten (1,7 vs. 1,3 Infekte pro Jahr, $p < 0.05$). Weitere körperlichen Erkrankungen, die bei Berufspendlern häufiger beobachtet wurden, sind in der Tab. 1 dargestellt.

Tab. 1 Auswirkungen des Pendelns.

<ul style="list-style-type: none"> – Höhere Erkrankungsraten [8, 14, 19] <ul style="list-style-type: none"> Arthrosen im lumbosakralen Bereich [19] Arterielle Hypertonie [41] Schlechter Zahnstatus [13] Zahnprobleme [13, 19] – Höhere Infektionsgefahr [42] <ul style="list-style-type: none"> Grippale Infekte [19] Tuberkulose [42] – Schlaf-Wach-Rhythmus [14] <ul style="list-style-type: none"> Verkürzung der Schlafdauer [14, 15, 19] Beeinflussung der individuellen zirkadianen Phasenlage [43]

Das unter der Woche eingegangene Schlafdefizit [14, 15] kann oft nur am Wochenende ausgeglichen werden. Dies erfordert ein hohes Maß an Selbstdisziplin. Andernfalls kann auch die Unfallgefahr steigen [19], wobei Jüttner bei männlichen Pendlern eine signifikant erhöhte Unfallhäufigkeit gegenüber Nicht-Pendlern auf das 2,4-fache berichtet [8]. Das Schlafdefizit ist insbesondere bei Berufspendlern, die zur Arbeit hetzen, ausgeprägter [15].

Psychisch

Was psychische Beschwerden anbetrifft, so werden in der Literatur die in der Tab. 2 angegebenen Symptome genannt, die bei Berufspendlern signifikant häufiger beobachtet wurden. Bei den funktionellen Störungen dominieren gastrointestinale und kardiovaskuläre Beschwerden, die häufig nicht adäquat be-

handelt werden [16, 17]. Insbesondere in der Sprechstunde beim Arzt geäußerte Kopfschmerzen stellen ein Präsentiersymptom dar, das nach Abklärung psychosozialer Ursachen verlangt [18].

Costa et al. [19] verglichen in ihrer Studie an 1.167 oberitalienischen Industriearbeitern 784 Pendler mit einer Fahrzeit über 45 Minuten mit 383 Nicht-Pendlern, die weniger als 20 Minuten zur Arbeit benötigten. Einschränkend muss gesagt werden, dass die Ergebnisse dieser Studie auf deutsche Verhältnisse nur sehr eingeschränkt übertragbar sind, da in Italien andere historische, kulturelle und sozioökonomische Bedingungen herrschen. So benutzten zum Beispiel 86,5% der italienischen Berufspendler vor allem aus Kostengründen öffentliche Verkehrsmittel. Weiterhin sind für die Symptome nicht immer Prävalenzen angegeben bzw. keine exakten Prävalenzzeiträume genannt. Die Studie wurde auch bereits vor über 10 Jahren publiziert, wobei der Zeitpunkt der Durchführung gar nicht angegeben ist.

Tab. 2 Psychische Beschwerden bei Berufspendlern im Vergleich zu Nicht-Pendlern (nach [19], * $p < 0.05$ im Chi-Quadrat-Test).

– Müdigkeit (63,5% vs. 54,1%)*
– Magen-Darm-Beschwerden (52,2% vs. 43,0%)*
– Ängste (47,5% vs. 39,0%)*
– Husten (38,0% vs. 29,8%)*
– Kopfschmerzen (35,8% vs. 28,1%)*
– Sehstörungen (27,5% vs. 15,2%)*
– Herzklopfen (24,5% vs. 16,2%)*
- Hautbeschwerden (22,1% vs. 13,5%)*

Beschwerden während der Fahrt

Die Überfüllung öffentlicher Verkehrsmittel wird als wichtiger Stressfaktor angesehen, obwohl die Verfügbarkeit eines Sitzplatzes erst bei längeren Fahrten wichtig ist [20]. Bei schwedischen Pendlern ließ sich in überfüllten Zügen während der Fahrt nach Stockholm ein signifikanter Anstieg der Katecholaminsekretion nachweisen [21]. Ein Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und der Anzahl der benutzten Transportmittel besteht hingegen nicht [19]. Jüttner [8] vermutet einen Einfluss der Art des Transportmittels auf die Erkrankungshäufigkeit von Berufspendlern. So stellt eine sehr günstige Verkehrssituation für Werktätige trotz der weiteren Entfernung zum Arbeitsort manchmal eine geringere Belastung dar als eine kürzere Entfernung zur Arbeitsstelle, die aus eigenen Kräften, zum Beispiel durch Fußmarsch oder Fahr-

radfahrt zurückzulegen ist². Pendler im Straßenverkehr sind im Vergleich zu Bahnpendlern drei- bis fünffach höheren Belastungen durch Kohlenmonoxid ausgesetzt [22-24], insbesondere im morgendlichen Berufsverkehr, bei langsamer Fahrgeschwindigkeit und in den Wintermonaten. Weitere während des Pendelns auftretende spezifische, zum Teil situativ mitbedingte Beschwerden sind in der Tab. 3 aufgeführt.

Tab. 3 Beschwerden von Berufspendlern im Vergleich zu Nicht-Pendlern während der Fahrt (* p<0.05 im Chi-Quadrat- oder Student-t-Test).

–	Stress durch überfüllte öffentliche Verkehrsmittel (50,0% vs. 12,0%)* [19, 20]
–	Müdigkeit (40,7% vs. 9,6%)* [19]
–	starkes Schwitzen (22,4% vs. 4,2%)* [19]
–	Ängste (19,4% vs. 14,2%)* [19]
	vor dem Zuspätkommen (25,5% vs. 10,1%)* [19]
	vor einem Unfall (Autofahrer) (20,4% vs. 43,8%)* [19]
	vor unkalkulierbaren Straßenverhältnissen (Glatteis, Schneefall) [19]
–	Rückenschmerzen (18,8% vs. 9,2%)* [19]
–	Benommenheit (15,2% vs. 2,3%)* [19]
–	Kopfschmerzen (13,9% vs. 3,1%)* [19]
–	Gelenkbeschwerden (11,4% vs. 6,0%)* [19]
–	Herzklopfen (7,3% vs. 2,3%)* [19]
–	<i>Beschwerden durch ungünstige mikroklimatische Bedingungen</i>
	Hitze (38,1% vs. 17,8%)* [19]
	Kälte (38,1% vs. 17,8%)* [19]
	Lärm (29,9% vs. 6,5%)* [19]
	Vibrationen (28,8% vs. 7,2%)* [19]
	Zugluft (22,8% vs. 5,4%)* [19]
	Unangenehme Gerüche (21,6% vs. 8,3%)* [19]
	Luftfeuchtigkeit (zu hoch/zu niedrig) [19]
	Frischluftmangel [19]

Überlange Wegezeiten gehen auf Kosten der Ruhezeiten [25] und führen zu einer Verminderung der personengebundenen Freizeit [26]. Je größer die zurückgelegte Distanz, desto weniger Zeit bleibt für Freizeitaktivitäten (und damit auch Arztbesuche), deren Gesamtzahl absinkt [27].

Auswirkungen für die Betriebe

² Andererseits wird insbesondere dem sitzenden Büroangestellten heutzutage dringend nahegelegt, zumindest einen Teil seines Arbeitsweges zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückzulegen, um der weit verbreiteten Bewegungsarmut als Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen entgegenzuwirken.

Weitere Folgen des Pendelns betreffen die Betriebe direkt (Tab. 4). Bei Berufspendlern steigt die Morbidität, je kürzer die Dauer der Betriebszugehörigkeit ist [8].

Tab. 4 Folgen des Pendelns für Betriebe.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">– Abnahme der Produktivität [19]– Anstieg krankheitsbedingter Fehltage [14, 19, 44, 45]<ul style="list-style-type: none">bei häufigem Umsteigen [46]bei Fernpendlern [45]bei Aufsuchen des Hausarztes anstelle des Betriebsarztes [8]³– nach Versäumen öffentlicher Verkehrsmittel / bei grenzwertigem Krankheitsgefühl<ul style="list-style-type: none">Zuspätkommen [19]Fernbleiben vom Arbeitsplatz [19]– Anstieg von Arbeitsunfällen [8, 45]– Vorzeitiger Ruhestand [29] |
|--|

Für diesen volkswirtschaftlich wichtigen Bereich fehlen meist exakte Zahlenangaben. Lediglich in der Studie von Costa et al. [19] werden die krankheitsbedingten Fehltage pro Jahr mit durchschnittlich 27,5 Tagen bei Pendlern gegenüber 22,6 Tagen bei Nicht-Pendlern ($p < 0.05$) angegeben. Fehltage nehmen nach der Einführung flexibler Arbeitszeiten wieder ab [28]. Pöllmann (zit. nach [29]) weist auf einen Selektionseffekt unter den Berufspendlern hin: Nur Arbeitnehmer mit guter körperlicher Verfassung lassen sich längerfristig auf das Pendeln ein, wodurch weniger Ausfallzeiten als bei „normalen,, Arbeitnehmern vorkommen. Dennoch gehen viele Berufspendler – bedingt durch den Zusatzstress beim Fahren – vorzeitig in den Ruhestand (Pöllmann, zit. nach [29]). Für Konflikte am Arbeitsplatz sorgt auch die Tatsache, dass Pendler neunmal so häufig zu spät kommen wie ihre nichtpendelnden Kollegen [19].

Risikogruppen unter den Berufspendlern

³ Dies bezieht sich auf die Situation in der ehemaligen DDR. Dort übte der Betriebsarzt für den „Nahwohner,, häufig die Funktion des Hausarztes aus. Wenn „Weitwohner,, erkrankten oder sich unwohl fühlten und den Arzt am Wohnort aufsuchten, zog dieser wesentlich eher eine Krankschreibung in Betracht, als in der gleichen Situation der Betriebsarzt. Als Ursache wird die Unkenntnis der Betriebssituation durch den Hausarzt vermutet [8].

Frauen

Frauen stellen nur einen kleinen Anteil unter den Berufspendlern, weil Familie und Pendeln sich zumeist als unvereinbar erweisen. Dennoch stellen sie eine besondere Risikogruppe dar, obwohl sie durchschnittlich um 23% geringere Entfernungen bzw. Wegezeit zum Arbeitsplatz aufweisen. Die Belastung durch den Arbeitsweg führt bei Frauen häufiger zu Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und des Herz-Kreislauf-Systems sowie zu urogenitalen Beschwerden [8]. Pendelnde Frauen weisen höhere psychologische Stressscores auf [19]. Familiäre Konflikte wurden gehäuft beobachtet [19]. Einer Untersuchung in Frankreich zufolge bringen Frauen, die während der Schwangerschaft täglich mehr als 90 Minuten zur Arbeit unterwegs sind, eher untergewichtige Babies zur Welt. Als Ursache hierfür wurde nicht der Stress, sondern vielmehr die körperliche Anstrengung beim Umsteigen und die Vibrationen in der Pariser Métro angesehen [30]. Weitere frauenspezifische Beschwerden können der Tab. 5 entnommen werden.

Tab. 5 Auswirkungen des Pendelns bei Frauen im Vergleich zu Männern (nach [19], * p<0.05 im Chi-Quadrat- oder Student-t-Test).

–	Beschwerden im Urogenitalbereich (17,9% vs. 7,9%)*
–	Tranquilizerabusus (27,1% vs. 18,9%)*
–	Verkürzte Schlafdauer (6,40h±0,47h vs. 6,54h±0,55h)
–	Müdigkeit
–	Zeitmangel
–	Geringere Arbeitszufriedenheit (40,2% vs. 29,9%)*
–	Krankheitsbedingte Fehlzeiten (37,7±35,6 vs. 28,1±28,3)*
–	Familiäre Konflikte (77,1% vs. 64,2%)*
–	Spontanaborte (19,0% bei Pendlerinnen i. Vgl. zu 16,9% bei Nicht-Pendlerinnen)
–	Frühgeburten (10,0% bei Pendlerinnen i. Vgl. zu 5,1% bei Nicht-Pendlerinnen)
–	Untergewichtige Babies (4,0% bei Pendlerinnen i. Vgl. zu 2,6% bei Nicht-Pendlerinnen)

Berufspendler im Schichtdienst

Eine weitere Risikogruppe für psychische Erkrankungen stellen Berufspendler im Schichtdienst dar. Ihr Beschwerdespektrum (Tab. 6) umfasst ebenfalls wie das der Frauen Symptome auf der körperlichen, psychischen und sozialkommunikativen Ebene. Über Probleme mit frühem Aufstehen bei der Frühschicht klagten 40,2% der Schichtarbeiter [19]. Berufspendler im Schichtdienst geraten häufig mit den Fahrplänen der öffentlichen Verkehrsmittel an den Randzeiten des Tages in Konflikt und sind somit eher gezwungen, das Auto zu benutzen

und haben damit auch höhere Ausgaben für das Pendeln. Bei ihnen treten zu den körperlichen Beschwerden vermehrt Symptome im sozialkommunikativen Bereich hinzu. Jüttner beobachtete gehäuft Arbeitsunfähigkeit bei pendelnden 12-Stunden-Wechselschichtarbeitern, deren Organismus die Mehrbelastung durch den Tag- und Nacht-Rhythmus und die größere Kraftaufwendung durch den weiteren Anfahrtsweg nicht mehr in vollem Umfang kompensieren konnte. Exakte Zahlenangaben hierzu fehlen aber [8]. Die von Costa et al. [19] beobachtete Zunahme von Arbeitsunfällen betrifft insbesondere den Dreischichtbetrieb.

Tab. 6 Auswirkungen des Schichtdienstes (Dreischichtbetrieb) bei Pendlern im Vergleich zu Nicht-Pendlern (nach [19], * $p < 0.05$ im Chi-Quadrat- oder Student-t-Test).

–	Familiäre Konflikte (63,1% vs. 51,2%)*
–	Erschöpfungsgefühle (61,0% vs. 46,3%)*
–	Sodbrennen (55,9% vs. 46,3%)*
–	Schlafprobleme (42,5% vs. 26,8%)*
–	Nervosität (41,3% vs. 34,1%)*
–	Kopfschmerzen (40,0% vs. 31,7%)*
–	Arbeitsunfälle (38,6% vs. 26,8%)*
–	Einschränkung der sozialen Kontakte

Pendeln als protektiver Faktor?

Selten ist untersucht worden, ob dem Pendeln auch positive Seiten abgewonnen werden können: Manche Berufspendler erleben die Fahrzeit zwischen den beruflichen und häuslichen Aktivitäten als entspannend, indem sie die Zeit zum Lesen nutzen [31]. In der Studie von Costa et al. [19] gab eine Untergruppe der Berufspendler mit einem sehr weiten Anfahrtsweg signifikant seltener Kopfschmerzen an als Nicht-Pendler (10,5% vs. 20,6%, $p < 0.05$). Dies steht im Gegensatz zu der ansonsten häufigeren Angabe von Kopfschmerzen bei Pendlern (vgl. Tab. 2). Darüber hinausgehende positive Effekte sind nicht untersucht worden. Offen bleibt bei Untersuchungen an nicht-repräsentativen Stichproben, inwieweit eine niedrige Morbidität nicht die Folge einer Auslese darstellt. So vermutet Jüttner als Ursache für die niedrige Morbidität an Herz-Kreislauf- und Magen-Darm-Erkrankungen bei den Fernpendlern mit kurzer Betriebszugehörigkeit, dass die Entfernung zwischen Arbeits- und Wohnort eine Auslese bedingt, wobei „der leistungsgeminderte Werktätige von vornherein auf einen Arbeitsplatz, der weit von seinem Wohnort entfernt liegt, verzichtet,“ [8].

Psychosoziale Versorgung von Berufspendlern

Langzeitfolgen des Pendelns gelten ebenso als nicht genügend beforscht [27]. Jüttner [8] konnte aber bereits bei einer über zweijährigen Betriebszugehörigkeit eine Mehrbelastung durch den Arbeitsweg nachweisen. Gefordert werden insbesondere präventivmedizinische Maßnahmen für Fernpendler und eine spezielle medizinische Betreuung von Berufspendlern direkt an der Arbeitsstelle [14, 27]. In der Versorgungswirklichkeit ist dies so gut wie nirgends realisiert, ebensowenig die Möglichkeit zur flexiblen Gestaltung der Arbeitszeiten, so dass zum Beispiel nur an vier statt fünf Tagen in der Woche gependelt werden muss. Vielmehr scheinen es viele als schicksalhafte Fügung hinzunehmen, wenn sie immer weiter und länger pendeln müssen⁴.

Hinsichtlich der medizinischen, insbesondere psychotherapeutischen Versorgung von Berufspendlern ist die Datenlage ebenfalls dürftig. Die Arbeitsmedizin nimmt sich der Problemlage nur zögerlich an [32]. Obwohl sie sich mit den physischen und psychischen Reaktionen des Menschen auf die Arbeit und Arbeitsumwelt, insbesondere der arbeitsbedingten Gesundheitsschäden, befassen soll, nehmen psychische Erkrankungen der Arbeitnehmer – mit der Ausnahme von Psychosen und Suchterkrankungen – und diesbezügliche epidemiologische Fragestellungen bislang eher eine randständige Position ein [33]. Auch die Weiterbildung zum Arzt für Arbeitsmedizin (siehe zum Beispiel [34]) schließt nur wenige Themengebiete zu psychischen Erkrankungen bei Arbeitnehmern ein – mit erheblichen Konsequenzen für deren adäquate psychosoziale Beratung und Psychotherapie. So konstatieren Wanek et al. [35] beispielsweise einen hohen Anteil an unversorgter Prävalenz bei Arbeitnehmern mit chronischen Rückenschmerzen, denen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten wurden.

Umgekehrt spielt der Arbeitsbereich sowohl in stationären [36] als auch in ambulanten [37] Psychotherapien nicht selten eine untergeordnete Rolle. In Psychotherapieanträgen ist der Informationsgehalt niedrig hinsichtlich der ökonomischen Ausstattung der Herkunftsfamilie, des Arbeitslebens der Mutter, der ökonomischen Situation des Patienten, der beruflichen Entwicklung der Geschwister sowie des Bildungsabschlusses und Berufs des Partners [37]. Der

⁴ Auf die ökonomischen Folgen des Pendelns – als Stichworte seien hohe Benzin- und Bahnpreise für den Berufspendler und die Diskussion um die Höhe der steuerfreien Kilometerpauschale bzw. die Einführung einer Entfernungspauschale, aber auch Mehreinnahmen des Staates (zum Beispiel Mineralöl- und Ökosteuer) oder der Industrie (Autos, Benzin) genannt – kann im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden.

durchschnittlich sehr geringe Informationsgrad im Hinblick auf die Arbeitssituation scheint einen blinden Fleck vieler Psychotherapeuten widerzuspiegeln [38, 39].

Fazit

Es besteht ein erhebliches Defizit über den Zusammenhang zwischen Pendeln und psychischer Gesundheit. Die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung sind nicht so gestaltet, dass Berufspendler medizinisch und insbesondere in psychotherapeutischer Hinsicht optimal versorgt sind. Hinzu kommt, dass psychosoziale Diagnostik und Therapie erheblich stigmatisiert sind und von daher in weit größerem Ausmaß als körperliche Erkrankungen nur zu gerne vernachlässigt und verschleppt werden und damit einer Chronifizierung Vorschub geleistet wird. Psychische Krankheiten werden im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen in ihrer Relevanz für die Gesundheit nicht in gleicher Weise ernst genommen. Auch hier werden vermutlich eher akute Probleme gelöst; längerfristige Behandlungsansätze kommen jedoch oft nicht zum Tragen.

Die Übersicht zeigt, dass nur wenige Studien neueren Datums zu Pendlern vorliegen – sowohl in sozioökonomischer als auch in medizinischer Hinsicht. Selten sind exakte Prävalenzzeiträume angegeben. Die vorliegenden Untersuchungen liefern zum Teil widersprüchliche oder unvollständige Angaben, insbesondere was so wichtige gesundheitsökonomische Themen anbelangt wie krankheitsbedingte Fehlzeiten oder die Krankheitsgruppe der kostenintensiven Somatisierungsstörungen [40].

Häufig gestellte Forderungen zur Verbesserung der Situation von Berufspendlern sind die Einrichtung von speziellen Schichtsystemen, die auf die Fahrplanzeiten abgestimmt sind, die Überprüfung alternativer Arbeitszeitmodelle für Berufspendler (zum Beispiel an vier Tagen mit dafür verlängerter Arbeitszeit) und das vermehrte Angebot von Heimarbeit mit Reduktion der Präsenzzeiten im Betrieb. Da bei den Verkehrsbetrieben hinsichtlich besseren Komforts oder geringerer Überfüllung in den öffentlichen Verkehrsmitteln [9] kurz- und mittelfristig wenig Änderungen umgesetzt werden können und auch die Forderung nach einer Ansiedlung von Betriebswohnungen in der Nähe von Betrieben [8] kaum umsetzbar erscheint, sollte daher die gesundheitliche Versorgung direkt am Arbeitsort der Betroffenen hergestellt werden, beispielsweise durch die

Entwicklung von Modellen, die den Berufspendlern die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erleichtern. Neben gezielter Aufklärung und Information der Betroffenen durch Haus- oder Betriebsärzte könnten Routinebesuche beim Hausarzt während der Arbeitszeit angeboten werden. Dadurch ließen sich auch die erheblichen Kosten reduzieren, die den Krankenkassen und Arbeitgebern durch unzureichende Gesundheitsversorgung von Berufspendlern entstehen. Die gezielte medizinische Betreuung der Werkstätigen muss sich unter Beachtung des Belastungsfaktors „Entfernung Wohn-/Arbeitsort,“ dieser Beschäftigungsgruppe verstärkt zuwenden, wobei in die regelmäßigen Kontrollen besonders pendelnde Frauen und Arbeitnehmer im Schichtdienst einzubeziehen sind [8].

Die Rahmenbedingungen für eine psychotherapeutische Versorgung werfen unter anderem folgende Fragen auf: Welche Erkrankungen bzw. Symptome treten bei Berufspendlern häufiger auf als bei anderen Arbeitnehmern und wie kann von der Versorgungsseite, den Anbietern medizinischer und psychosozialer Leistungen, darauf reagiert werden? Da Berufspendler mit dem regulären Versorgungsangebot vermutlich nicht zurechtkommen – ein gutes Beispiel hierfür sind zahnärztliche Behandlungen – sollte verstärkt über eine Anpassung der Versorgungsmöglichkeiten und die hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen nachgedacht werden. Es stellt sich konkret die Frage, ob für die Optimierung der Versorgung von Berufspendlern die Sprechstundenzeiten in Praxen hinreichend flexibel sind und ob die geographische Verteilung psychosozialer Hilfsangebote den Erfordernissen genügt. Leichte Erreichbarkeit, niedrigschwellige Angebote und flexible Öffnungszeiten von psychotherapeutischen Praxen oder psychosozialen Beratungseinrichtungen als den Hauptsäulen der ambulanten Diagnostik und Behandlung stellen hierbei die wesentlichen Herausforderungen dar.

Spezielle Angebote für Berufspendler oder Spezialsprechstunden durch Betriebs- oder Hausärzte bzw. an Bahnhöfen oder in Zügen sind gegenwärtig so gut wie nicht vorhanden. Dies ist um so bedauerlicher, als die Forderung nach immer größerer Flexibilität und Mobilität von Arbeitnehmern zwangsläufig die Zahl von Berufspendlern weiter ansteigen lassen wird.

Literatur

1. Pöllmann L, Moog R. Individuelle Unterschiede in den Wegezeiten von langjährigen Berufspendlern. In: Münzberger E (Hrsg): Dokumentationsband über die 36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. in Wiesbaden vom 6. bis 9. Mai 1996. Fulda: Rindt-Verlag, 1996: 103-106
2. Pöllmann L. Langjährige Berufspendler - Erhebungen an Fernpendlern. Gesundheitswesen 1998; 60: A74
3. Statistisches Bundesamt (Hrsg). Statistisches Jahrbuch 1999 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 2000
4. Ohtsuka R, Umezaki M. Changing population structure and commuting situation in Tokyo Megalopolis: A municipality-based analysis. J Human Ergol 1993; 22: 69-73
5. Novaco RW, Stokols D, Campbell J, Stokols J. Transportation, stress, and community psychology. Am J Community Psychol 1989; 7: 361-380
6. Novaco RW, Stokols D, Milanese L. Objective and subjective dimensions of travel impedance as determinants of commuting stress. Am J Community Psychol 1990; 18: 231-257
7. Novaco RW, Kliever W, Broquet A. Home environmental consequences of commute travel impedance. Am J Community Psychol 1991; 19: 881-908
8. Jüttner E. Der Einfluß der Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort auf die Erkrankungshäufigkeit. Z Ges Hyg 1976; 22: 615-619
9. Ott E (Hrsg). Arbeitsbedingtes Pendeln. Entwicklungen und Probleme einer besonders belasteten Arbeitnehmergruppe. Marburg: Verlag Arbeit und Gesellschaft, 1990
10. Schepank H. Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer, 1987
11. Schepank H (Hrsg). Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona: Springer, 1990
12. Franz M, Lieberz K, Schepank H (Hrsg). Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung. Wien, New York: Springer, 2000
13. Helöe LA, Kolberg JE. Dental status and treatment pattern in a group of commuting laborers in Norway. Community Dent Oral Epidemiol 1974; 2: 203-207
14. Ott E, Gerlinger T. Die Pendler-Gesellschaft. Zur Problematik der fortschreitenden Trennung von Wohn- und Arbeitsort. Köln: Bund-Verlag, 1992
15. Palmer CD, Harrison GA, Hiorns RW. Sleep patterns and life style in Oxfordshire villages. J Biosoc Sci 1980; 12: 437-467
16. Franz M, Schepank H. Epidemiologie funktioneller Erkrankungen. In: Herrmann JM, Lisker H, Dietze GJ (Hrsg): Funktionelle Erkrankungen.

- Diagnostische Konzepte. Therapeutische Strategien. München: Urban & Schwarzenberg, 1996: 37-52
17. Franz M, Schmitz N, Lieberz K, Schepank H. Das Multiple somatoforme Syndrom in der Allgemeinbevölkerung. In: Rudolf G, Henningsen P (Hrsg): Somatoforme Störungen. Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer, 1998: 41-51
 18. Franz M, Schepank H. Psychogene Erkrankungen. Häufigkeit, Verlauf und Ursachen. *TW Neurologie Psychiatrie* 1995; 9: 246-256
 19. Costa G, Pickup L, Di Martino V. Commuting - a further stress factor for working people: evidence from the European Community. II. An empirical study. *Int Arch Occup Environ Health* 1988; 60: 377-385
 20. Hoinville G, Johnson E. Commuter preferences. Social and Community planning summary report P237. London: SCPR, 1972
 21. Lundberg U. Urban commuting: Congestion and catecholamine excretion. Stockholm: University of Stockholm, Dept. of Psychol Rep 453, 1975
 22. Flachsbart PG, Mack GA, Howes JE, Rodes CE. Carbon monoxide exposures of Washington commuters. *J Abnorm Psychol* 1987; 37: 135-142
 23. Deane M. Uptake of carbon monoxide in Los Angeles commuters. *Public Health Rev* 1994; 22: 279-292
 24. Alm S, Jantunen MJ, Vartiainen M. Urban commuter exposure to particle matter and carbon monoxide inside an automobile. *J Expo Anal Environ Epidemiol* 1999; 9: 237-244
 25. Hildebrandt G. Freizeit und Urlaub. In: Rohmert W, Rutenfranz J (Hrsg): *Praktische Arbeitsphysiologie*. Stuttgart, New York: Thieme, 1983: 381-393
 26. Umezaki M, Ishimaru H, Ohtsuka R. Daily time budgets of long-distance commuting workers in Tokyo megalopolis. *J Biosoc Sci* 1999; 31: 71-78
 27. Costa G, Pickup L, Di Martino V. Commuting - a further stress factor for working people: evidence from the European Community. I. A review. *Int Arch Occup Environ Health* 1988; 60: 371-376
 28. Golembiewski RT, Proehl CW. A survey of empirical literature on flexible working hours: Character and consequences of a major innovation. *Acad Managem Rev* 1978; 3: 837-853
 29. Coordes G. Anfällige Menschen müssen die langen Fahrten zur Arbeit schon bald aufgeben. *Marburger Arbeitsmediziner befragte 400 Fernpendler*. *Ärzte Zeitung*, 16.6.1999
 30. Papiernik E. Naissances prématures: les transports collectifs responsables. *Transport Environ Cir* 1981; 44: 22-26
 31. Young M, Willmott P. Family and Kinship in East London. Harmondsworth, UK: Penguin, 1968
 32. Ferber Cv. Arbeit, Gesundheit und Krankheit. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll Tv, Wesiack W (Hrsg): *Psychosomatische Medizin*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1996

33. Rosenstock L, Cullen MR. Textbook of Clinical Occupational and Environmental Medicine. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo: W. B. Saunders, 1994
34. Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg). Einführung in die neue Weiterbildungsordnung. Weiterbildungsordnung (WBO) der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 17. März 1995. Richtlinien der Landesärztekammer Baden-Württemberg über den Inhalt der Weiterbildung vom 17. März 1995. Ärzteblatt Baden-Württemberg 1995; 50 (Sonderausgabe 4/95): 25, 73
35. Wanek V, Novak P, Reime B. Bedarfsgerechtigkeit der Inanspruchnahme betrieblicher Gesundheitsförderung zur Reduktion von Rückenschmerzen? Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in der Metallindustrie. Gesundheitswesen 1998; 60: 729-737
36. Beutel M, Dommer T, Kayser E, Bleichner F, Vorndran A, Schlüter K. Arbeit und berufliche Integration psychosomatisch Kranker. Nutzen und Indikation der beruflichen Belastungserprobung. Psychother Psychosom med Psychol 1998; 48: 368-374
37. Rüger U, Haase J, Fassl K, Leibing GE, Leibing E. Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Kenntnissen des Therapeuten über die Biographie seines Patienten. Z Psychosom Med 1997; 43: 369-380
38. Rüger U, Fassl K, Haase JC, Schultze C. Göttinger Biographie-Inventar GBI. Ein Verfahren zur deskriptiven Inhaltsanalyse biographischer Anamnesen. Göttingen: Cuvillier, 1996
39. Rüger U, Haase J, Fassl K, Leibing GE, Leibing E. Was Psychotherapeuten vom Leben ihrer Patienten (nicht) wissen. Akzente und Tendenzen. Z Psychosom Med 1996; 42: 329-342
40. Portegijs PJM, van der Horst FG, Proot IM, Kraan HF, Gunther NCHF, Knottnerus JA. Somatization in frequent attenders of general practice. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996; 31: 29-37
41. Fisch T, Forest F, Biener K. Auswirkungen des Arbeitsweges auf die Gesundheit, insbesondere den Blutdruck. Soz Präventivmed 1976; 21: 188-191
42. Yagi T, Sasaki Y, Yamagishi F, Mizutani F, Wada A, Kuroda F. Tuberculosis microepidemic in a commuter bus. Kekkaku 1999; 74: 507-511
43. Pöllmann L, Moog R. Daily commuting - evidence for influences of the circadian phase type. J interdisc cycle research 1993; 24: 275-276
44. Luculescu S, Telniceanu L, Bungiu I. Enquête concernant la migration dans le milieu industriel et ses conséquences sur l'absentéisme. Santé Publ (Bucharest) 1977; 20: 189-199
45. Neuloh O, Beig K. Raumordnung und Pendlerfrage. Ergebnisse einer sozio-ökologischen Untersuchung mit empirischen Fallstudien. Saarbrücken: 1973
46. Taylor PJ, Pocock SJ. Commuter travel and sickness absence of London office workers. Br J Prev Soc Med 1972; 26: 165-172

Korrespondenzadresse:
 Dr. med. Steffen Häfner
 Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin,

Universitätsklinikum Ulm
Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart
Christian-Belser-Str. 79a
70597 Stuttgart
Tel.: (0711) 67 81-405
Fax: (0711) 6 87 69 02
E-Mail: haefner@psyres-stuttgart.de