

Wolfgang Hien

## Sich verbiegen lassen oder aufrecht gehen?

Zur Psychopathologie arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen

*Arbeitsbedingte psychische und psychosomatische Erkrankungen nehmen zu. Die neuere internationale arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Literatur hierzu zeigt eindeutige Ergebnisse. Im Zuge der Neoliberalisierung der Wirtschaft und der Arbeitsverhältnisse wird der Marktdruck direkt an die Beschäftigten »durchgereicht«. Dies führt zu dauerhaften Überlastungen, zur Überanpassung und zum Zusammenbruch persönlicher Identitäten. Die Rehabilitationsmedizin und große Teile der Psychotherapeuten-Szene setzen diesen Entwicklungen bislang wenig entgegen. Wenn Menschen und oftmals ersatzweise ihr Körper oder ihre Seele sich zu wehren beginnen, werden allzu häufig Anpassungsstörungen diagnostiziert und die Betroffenen weiter in die Isolation getrieben. Der Psychologisierung der Arbeitsverhältnisse ist das Postulat einer eigenständigen betrieblichen Gesundheitspolitik »von unten« entgegenzusetzen.*

*Schlüsselbegriffe: arbeitsbedingte psychische Erkrankungen, subjektive Taylorisierung, Arbeitsrolle und Berufsrolle, Psychologisierung sozialer Probleme*

### Problem und Fragestellung

Die Arbeitswelt hat seit der »Humanisierungsoffensive« in den 1970er Jahren gravierende Veränderungen erlebt. Getragen von dem Versuch, »mehr Demokratie (zu) wagen«, sollte auch innerbetrieblich dem Menschen durch eine Erweiterung des Handlungsspielraums bei der Arbeit bessere Chancen für Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit gewährt werden. Wieviel ist davon eingelöst worden? In der arbeitspsychologischen und arbeitswissenschaftlichen Literatur (vgl. beispielhaft: Ulich & Wülster, 2008) besteht Einigkeit darüber, dass – neben der Zunahme der Dienstleistungs- und Wissensarbeit – die Arbeit in allen Branchen und Berufen »intellektueller«, »eigenständiger« und »sinnerfüllter« geworden sei. Gefordert ist der Einsatz der ganzen Person. Diese und weitere Aspekte wurden im Begriff der »Subjektivierung« zusammengefasst. Einigkeit besteht auch darüber, dass diese Entwicklung höchst widersprüchlich verläuft. Die dramatische Zunahme arbeitsbedingter psychi-

scher und psychosomatischer Erkrankungen (vgl. Hien, 2006; Weber & Hörmann, 2007; BPTK, 2010; Lenhardt et al., 2010) – hierzu gehören vor allem Burnout, Depression und Rückenerkrankungen – kann als Indikator der Schattenseiten dieser ›schönen neuen Arbeitswelt‹ gedeutet werden. Einerseits zeigen Umfragen eine hohe Arbeitszufriedenheit, andererseits zeigen die Belastungs- und Erkrankungsdaten eine ›andere Realität‹. Jeder zweite abhängig Beschäftigte klagt über mangelnden Handlungsspielraum (vgl. Bödeker et al., 2006) oder darüber, aufgrund des hohen Arbeitsdruckes ›nicht mehr abschalten‹ zu können (Gerlmaier et al., 2010). Eine wachsende Anzahl von Menschen – Erkrankte, Frühberentete und sonstige ›Herausselektierte‹ – glaubt nicht mehr, dass sie ihr Leben über eigenständiges Handeln aktiv gestalten kann. Zu fragen ist: Wieviel arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken bergen die neuen Formen der subjektivierten Arbeit? Wie nehmen Betroffene diese Risiken wahr und wie gehen sie damit um? Was ist zu tun, um die Arbeitswelt wieder auf ein menschliches Maß zu bringen? Was tun die mit Arbeitswelt befassten Professionen? Was können kritische Vertreter/innen sozialer, psychologischer und medizinischer Berufe in dieser Situation tun?

### Ein kurzer Blick in die epidemiologische Literatur

Als arbeitsbedingt werden Krankheiten bezeichnet, zu deren Verursachung Arbeitsfaktoren in einem epidemiologisch messbaren und statistisch signifikanten Maß beitragen. Eine Vielzahl neuerer epidemiologischer Studien aus vielen Ländern der Welt zeigt, dass hoher Arbeitsstress, hohe Anforderungen an Flexibilität und Mobilität und Job-Unsicherheit ein massives Risiko für Depressions- und Angst- sowie für psychosomatische Erkrankungen darstellen. Die Epidemiologie versucht herauszufinden, um wie viel mal höher bei Belasteten – im Vergleich zu Nichtbelasteten – die Krankheitshäufigkeit ist, ausgedrückt im ›Relativen Risiko‹ (RR). Die wissenschaftlich legitime Vermutung, dass depressionsgeneigte Personen nicht in der Lage sind, Handlungsspielräume zu erkennen und zu nutzen, kann nur durch Längsschnittstudien widerlegt werden. Solche Studien sind seit einigen Jahren verfügbar. Rugulies et al. (2006) führten

mit mehr als 4.000 dänischen Erwerbspersonen eine Fünf-Jahres-Studie durch und identifizierten Job-Unsicherheit als Risikofaktor. Sie fanden bei Männern, die unter Job-Unsicherheit litten, ein zweifaches Depressionsrisiko; bei Frauen fanden sie keine Risikoerhöhung. Robertson Blackmore et al. (2007) fanden in einer kanadischen Studie ähnliche Ergebnisse. Eine fehlende oder geringe soziale Unterstützung am Arbeitsplatz schlägt sich hingegen – zumindest in einem Teil der Studien – eher bei Frauen als bei Männern in einem erhöhten Depressionsrisiko nieder. Rugulies et al. (2006) fanden ein knapp zweifaches Risiko bei Frauen; für Männer lag dieses Risiko hier bei 1,1. Clays et al. (2007) untersuchten 2.800 belgische Erwerbspersonen in einem Zeitraum von knapp sieben Jahren. Personen, die zum ersten Untersuchungszeitpunkt hohe Anforderungen und geringen Handlungsspielraum hatten, d. h. Personen mit hohem Job-Stress, trugen ein etwa 1,6-faches Risiko, während der nächsten Jahre eine schwere Depression zu erleiden, wobei bei anhaltenden Belastungen das Risiko auf 3,2 anstieg; kam ein fortgesetzter Mangel an sozialer Unterstützung hinzu, so stieg das Risiko weiter auf 5,8. Mit anderen Worten: Lang anhaltender ›isolierter‹ Job-Stress schraubt das Depressionsrisiko – im Vergleich zu weniger belastenden Personen – auf das fast sechsfache hoch. In den Studien wurden die gefundenen relativen Risiken gegengerechnet für Geschlecht, Familienstand, negativer Affektivität, Tod eines nahen Verwandten und Vorerkrankungen im Kindesalter, doch die Arbeitswelt-Risiken blieben.

Eine großangelegte britische Studie (vgl. Stansfeld et al., 2008), die eine Kohorte von mehr als 8.200 Personen umfasste, hat sehr genau gegen psychische Vorerkrankungen adjustiert und kommt zu dem Ergebnis, dass auch nach dieser Adjustierung immer noch ein signifikantes Risiko für Depressions- und Angsterkrankungen bestehen bleibt: Arbeitsstress verursacht ein RR von 1,8, geringe soziale Unterstützung führt ebenfalls zu einem RR von 1,8 und Job-Unsicherheit zieht ein RR von 1,7 nach sich. Männer reagieren in dieser Studie stärker als Frauen auf Belastungen. Eine ähnliche Studie wurde in Belgien durchgeführt und unlängst veröffentlicht (vgl. Clumeck et al., 2009). Knapp 10.000 Erwerbspersonen im Alter zwischen 35 und 59 Jahren – davon 26% Frau-

en – wurden drei Jahre beobachtet und hinsichtlich Depressionserkrankungen untersucht. In diesem Zeitraum waren 1,4% der Männer und 3,4% der Frauen neu erkrankt. Bei den Männern waren ein erheblicher Teil der Erkrankungen auf Arbeitsfaktoren zurückzuführen, während bei Frauen dieser Anteil deutlich niedriger lag, d. h. andere Faktoren eine größere Rolle spielten. Hoher Job-Stress erhöhte bei Männern das Depressionsrisiko um mehr als das dreifache; bei Frauen lag hier das relative Risiko bei 1,8. Als hauptsächlicher Einzelfaktor wurde der geringe Handlungsspielraum identifiziert: Bei beiden Geschlechtern erhöhte sich diese Belastung, nach strenger Adjustierung depressiver Vorerkrankungen, die Erkrankungsrate auf eine mehr als zweifache Häufigkeit. Die referierten Studienergebnisse lassen die Aussage zu: Job-Stress – z. B. durch geringen Handlungsspielraum und mangelnde soziale Unterstützung, Job-Unsicherheit und die insgesamt gestiegenen Flexibilitätsanforderungen – muss als Ursache arbeitsbedingter Erkrankungen ernst genommen werden. Besonders tragisch wirkt sich eine unverschuldete Arbeitslosigkeit aus. Sie wird von den Menschen meist als Ausschaltung jeglichen Handlungsspielraums erlebt. Dies belegt eine große epidemiologische Studie in Finnland (vgl. Virtanen et al., 2003, S. 1020): Die Autoren weisen darauf hin, dass »der post-industrielle Arbeitsmarkt mit seinen ungesicherten Beschäftigungsverhältnissen und den steigenden Flexibilitätsanforderungen zu einem deutlichen Gesundheitsrisiko werden kann«.

### **Der Marktdruck wird an die Beschäftigten weitergereicht**

Aus heutiger Sicht – so die vorläufige Hypothese dieses Beitrages – kann gesagt werden: In der Arbeit wird ein geringer Handlungsspielraum dann empfunden, wenn jene durch eine hierarchische oder aber vom Markt bzw. vom Kunden diktierte Form der Arbeitsorganisation beherrscht wird. Oftmals kommen diese scheinbar widersprüchlichen Momente in der Realität zusammen. Zum einen bergen flexible und globalisierte Arbeitsformen schon auf der Ebene des Arbeitsablaufs Gesundheitsrisiken (vgl. Weber & Hörmann, 2007; Albrod, 2008). Zum anderen wur-

den und werden in Unternehmen neue Kontrollmechanismen aufgebaut, deren negative gesundheitliche Folgen weitreichend sind. Insbesondere Konzepte der Gruppen- und Projektarbeit werden durch eine Vielzahl neuartiger Psychotechniken angereichert, mit dem Ziel, subtilen Druck auf Mitarbeiter/innen auszuüben. Die Bereitschaft, sich den Marktdruck als persönlichen Druck zueigen zu machen, ist besonders ausgeprägt in Wissensberufen (vgl. Tietel, 2007; Hien, 2008), greift aber mittlerweile auch in Produktionsberufen (vgl. Balko, 2007). Entweder geht es um eine weitere Leistungssteigerung oder es geht um das Ausreizen der Flexibilität bis zum freiwilligen Ausstieg der unter Druck gesetzten Person. Sennett (1998, 2005) berichtet von Managementtechniken, in denen gezielt Konkurrenz unter den Arbeitenden erzeugt wird. Dass bestimmte Personen aus der Arbeit herausgedrängt werden, ist beabsichtigt, wobei fließende Übergänge zum organisierten Mobbing bestehen.

Kann in solchen Arbeitsstrukturen noch von Autonomie gesprochen werden? Im Sinne der Kantschen Aufklärungsphilosophie wird ein Individuum zur Autonomie befähigt, insofern es »mit vorgegebenen Handlungsalternativen auf eine reflektierte, selbstbewusste Weise umzugehen« weiß (Honneth, 1994, S. 25). Autonomie hat also etwas mit Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung zu tun, um deren Verwirklichungschancen es freilich schlecht bestellt ist. Marie-France Hirigoyen (2002), eine europaweit anerkannte Expertin für psychische Gewalt bei der Arbeit, stellt dazu fest:

Die Autonomie der Arbeitnehmer hat sich in bestimmten Grenzen zu bewegen. Obwohl auch traditionelle Unternehmen nach kreativen Beschäftigten verlangen, fürchten sie in Wahrheit jeden neuen Gedanken und bevorzugen die geistige oder zumindest die formale Konformität. [...] Man verlangt von den Mitarbeitern Initiativen und Verantwortung, aber je selbständiger sie werden, desto bedrohlicher wirken sie auf ihre Vorgesetzten, die befürchten müssen, ihre Macht zu verlieren. [...] Man fordert vom Arbeitnehmer großen Einsatz, erwartet von ihm, sich persönlich einzu-

bringen, [...] lässt ihm aber für die geleistete Arbeit keinerlei Anerkennung zukommen (S. 209, 211 & 213).

Als Folge sehen wir eine latente Verrohung der Umgangsformen und eine Zunahme von Falschheit und Zynismus bei der Arbeit. In der neueren arbeitssoziologischen Diskussion wird von »subjektiver Taylorisierung« gesprochen (Matuschek et al., 2008, S. 49ff.). »Nach außen« muss der/die Arbeitende eine Haltung des Engagements zeigen, gleichsam eine vorge-spielte Arbeitsfreude, mit einem enormen Aufwand an Selbstbeherrschung in einer Situation von Fremdheit und Misstrauen, was zu gravierenden innerpsychischen Folgen führt (vgl. Neubach, 2004; Hollmann, 2005).

Von großer Bedeutung ist ein weiterer Faktor: Auch das Erfahrungswissen der Beschäftigten, ein ganz wesentlicher Faktor der Anerkennung und damit der Gesunderhaltung und der Gesundheitsförderung, wird zunehmend entwertet. Manfred Albrod (2008), Betriebsarzt in einem multinationalen Konzern, zählt in diesem Zusammenhang einige sehr nachdenklich machende Faktoren auf:

Fortfall von lokalen Wissens- und Erfahrungsprivilegien sowie globale Standardisierung von Prozeduren und Tools mit internationaler personeller Austauschbarkeit, [...] zunehmende Fremdbestimmung und nicht mehr abgeforderte Kreativität des Einzelnen bei globaler Zentralisierung von Arbeitsvorgaben, Einschränkung der individuellen Aufgabenvollständigkeit und Aufgabenüberschaubarkeit durch globale Arbeitsteilung (S. 611).

Albrod weist auch darauf hin, dass persönliche Nischen im Arbeitsalltag wegrationalisiert werden und die Möglichkeiten für eine nicht zweckgebundene Kommunikation gegen Null gehen. Doch gerade diese kommunikativen Freiräume – in der Arbeitswissenschaft wurde von »verborgenen Situationen« gesprochen (Thomas, 1964, S. 85ff.; Volmerg et al., 1983) – sind in der betrieblichen Lebenswelt und vor allem für die Gesundheit der Arbeitenden lebens- und überlebensnotwendig. Auch im IT-Sektor zeigt sich eine zunehmende Re-Taylorisierung (vgl. Hien, 2008);

Arbeitsvorgänge werden extrem standardisiert, und Handlungsspielräume mutieren durch globalisierte Vorgaben und mangelnde Ressourcen zu einem Wettlauf gegen die Zeit. Als Zwischenfazit kann festgehalten werden: Die Arbeitswelt wird zunehmend durch eine verschärfte Vermarktlichung mit entsprechender Entwertung beruflicher bzw. professioneller Traditionen und Maßstäbe geprägt. Die Belastungen kombinieren sich mit einer Ausdehnung der Arbeitszeit, auch der Schichtarbeit, und einer insgesamt stärker werdenden Entgrenzung zwischen Arbeit und Leben.

### › Aufgehen in der Arbeitsrolle‹ als Ausweg?

In der philosophischen und soziologischen Rollen-Theorie wird darauf hingewiesen, dass zur menschlichen Autonomie die Fähigkeit und die Möglichkeit gehört, sein eigenes Rollenspiel zu gestalten und sich prinzipiell vom Zwang der Positionspflichten zu distanzieren. Es kommt, so Hans-Peter Dreitzel (1980, S. 132ff.), darauf an, dass der Rollenträger nach Maßgabe seiner individuellen Fähigkeiten und den jeweiligen Situationsbedingungen seine Rolle selbst ausgestaltet. Die Bewältigung ambivalenter Situationen und ambivalenter Rollenerwartungen ist eine der wesentlichsten Funktionen der Ich-Leistungen. Ein starkes Ich im Sinne von Autonomie und Selbstbestimmung, d. h. zugleich: die Distanz zu den Erwartungshaltungen der Organisation, wird angesichts traditions- oder milieugebundener engmaschiger Verhaltenserwartungen geradezu eine Überlebensvoraussetzung. »Die Totalität von Organisationen und Anstalten, d. h. die Engmaschigkeit der Verhaltensregulierungen, lässt sich also ablesen an den in ihnen jeweils noch möglichen Formen der Rollendistanz« (ebd., S. 139). Eine unbedingte Autonomie gibt es – wegen unserer Gebundenheit an Leiblichkeit und Sozialität – zwar nicht, doch erfordern Rahmenbedingungen und Logik der gegenwärtigen Weltökonomie erhöhte Achtsamkeit gegenüber überzogenen Erwartungen. Menschen müssen, wenn sie gesund bleiben wollen, lernen, in der Ambivalenz zwischen Rollenanforderung – oder Rollendiktat – und dem ›Eigenen‹ zu leben, wozu auch die berufliche oder berufsethische Identität gehört.

Gerät das reale Arbeitsverhalten zu sehr in die Nähe des Rollendiktats, d. h. zu sehr in die Nähe ökonomistischer Zumutungen, so müssen Personen entweder übermäßige Selbstkontroll-Anstrengungen aufbringen, mit dem Risiko eines psychischen – und oftmals auch körperlichen – Zusammenbruchs (vgl. Neubach 2004; Hollmann, 2005), oder ›sie gehen in der Rolle auf‹, d. h. sie verlieren sich selbst und werden zu einer seelenlosen Marionette. Auch eine bewusst übertriebene Bejahung der Rolle, eine Überidentifikation, führt ins seelische und gesundheitliche Abseits. Für Löffler und Sofsky (1986, S. 379f.) gehören derartige Prozesse zum Kernbereich einer Psychopathologie organisierter Arbeitssituationen.

Die Rollendistanz ist überlebensnotwendig. Die innere Spannung zwischen Außen und Innen muss sich der Mensch bewusst machen, um sich immer wieder von Neuem auszutarieren. »Distanzverlust erschüttert das Verhältnis des Subjekts zu sich selbst« (ebd., S. 237f.). Je weniger die reflexive Anstrengung, desto größer wird die Gefahr einer Ich-Schwächung (vgl. Funk, 2005, S. 178ff.). Als psychodynamische Prozesse sind hier zu nennen: Verdrängungen, Verleugnungen, Projektionen, Verwechslungen von Realität und Phantasie, Ich-Spaltungen und schließlich manifeste Erkrankungen wie Burnout und Depression. Autonomie zeigt sich gerade in der Fähigkeit, so Gorz (2000), sich von zugewiesenen und oftmals zugemuteten Rollen zu distanzieren. In der Fähigkeit zur Muse und zu einem schöpferischen Tun, das sich den Verwertungsbeziehungen der Marktökonomie entzieht, manifestieren sich Momente einer unverbauten oder unverstellten Subjektivität, einer authentischen Beziehung zu sich selbst und anderen. Diese Überlegung bedarf keiner Hypothese, die ein ›Ur-Ich‹ oder ein ›Ur-Subjekt‹ postuliert. Es verhält sich eher umgekehrt: Gerade dann, wenn anthropologisch das Subjekt radikal ›vom Anderen her‹ angenommen wird, schneiden anhaltende Selbstkontrolle oder anhaltende Überidentifikation die Beziehungen zum Anderen ab.

Die Soziologie unterscheidet zwischen Arbeits- und Berufsrolle (vgl. Voges, 2002), doch stehen im Zuge neuer Managementtechniken die Chancen, bestimmte Anforderungen oder Zumutungen als berufsfremd von sich zu weisen, schlecht bis sehr schlecht. Die Annahme, dass eine eigenständige berufsethische Orientierung – insbesondere bei personen-



bezogenen Dienstleistungen – ein Schutzwall sein könne gegen fremdbestimmte Rollenerwartungen oder gegen manipulative und ideologisierende Zugriffe auf den arbeitenden Menschen (vgl. Senghaas-Knobloch, 2008), findet in der neueren Empirie keine Unterstützung (vgl. Neubach, 2004; Hollmann, 2005; Glasberg et al., 2007; Juthberg et al., 2008; Hien, im Druck). Wenn die Primäraufgabe, auch in der Pflegearbeit, heute darin besteht, profitabel zu arbeiten, führt dies bei den Arbeitenden zu massiven Zerreißproben zwischen ihrer beruflichen und berufsethischen Identität einerseits und ihrer Arbeitsrolle andererseits. Nur wenn es ihnen gelingt, in Distanz zur Arbeitsrolle und – mit anderen gemeinsam – Sphären einer »verborgenen Situation« (Thomas, 1964, S. 85ff.) aufzubauen, in denen sie im Einklang mit ihrem eigenen beruflichen Verständnis etwas tun können, können sie sich gleichsam »hinüberretten«. Doch diese Versuche bleiben insulär, wenn es nicht gelingt, eine verallgemeinerte Perspektive zu entwickeln. Von einer »beruflichen Arbeitsrolle« zu sprechen, harmonisiert etwas, was unter den Bedingungen des betrieblich sich manifestierenden Marktradikalismus nicht zu harmonisieren ist. Wer es nicht schafft, sich von der Arbeitsrolle ein gutes Stück zu distanzieren, gerät in die Gefahr, zu einem willfährigen Funktionär einer Organisation und einem »leistungsbewussten Mitläufer« (Negt, 2009, S. 67) zu werden.

### Paradoxien der Verbetrieblichung und Individualisierung

Es ist ein Kennzeichen postmoderner Feststellungen und – da solche Feststellungen schnell einen normativen Gehalt annehmen – auch postmoderner Postulate, sich von den großen Erzählungen, d. h. den großen Theorien und den großen Konzepten, abzuwenden. In diesem Zusammenhang diagnostizierte Ulrich Beck (1986) eine Individualisierung des Lebens, d. h. eine Abkehr von kollektiven Zwängen und vorgegebenen Biographiemustern. Dies führte unzweifelhaft zu einer Vergrößerung der Freiheitsgrade. Doch im gleichen Zug – und das ist die andere Seite der Medaille – verstärkten sich auch Bestrebungen, universalistische Konzepte und allgemeine Regeln, welche – zumindest von der Intention her – die

Schwächeren der Gesellschaft zu schützen in der Lage waren, über Bord zu werfen. Diese ideologische Strömung erleichterte es dem europäischen Unternehmertum, die Forderung zu erheben, sich von allgemein gültigen Regulierungen zu verabschieden und dies auch stellenweise durchzusetzen. So gibt es zwar seit 1989 eine allgemeine Rahmenrichtlinie, welche das Grundrecht auf Leben und Gesundheit bei der Arbeit für alle zusichert; die einzelnen Themenfelder – z. B. physikalische, chemische, biologische und psychosoziale Gefährdungen – sollten in Einzelrichtlinien genauer definiert und Maßnahmen zu deren Reduzierung rechtlich verbindlich festgelegt werden (vgl. Hien, 2003). Doch genau zu dem entscheidenden Feld der arbeitsbedingten psychosozialen Belastungen und Erkrankungen gibt es eine derartige Einzelrichtlinie nicht. Arbeitgeber, Regierungen und ein Teil der europäischen Gewerkschaften waren der Meinung, dass sich dieses Feld nicht regeln lasse, weil psychische Anforderungen nur dann als Belastung empfunden würden, wenn die betreffenden Menschen ›empfindlich‹, ›anfällig‹ oder schlichtweg für den Beruf, in dem diese Belastungen vorkommen, ›nicht geeignet‹ seien.

Unter dem Motto *Deregulierung* argumentiert die Politbürokratie, es obläge den einzelnen Arbeitgebern und einzelnen Arbeitnehmer, sich als ›Wirtschaftsbürger‹ darüber zu einigen, was das richtige Maß der Belastung sei. Die Rede ist von einer ›Verbetrieblichung der Regulierung‹, im Gefolge derer sich die ›betrieblichen Sozialpartner‹ verständigen sollen (vgl. Hien, 2003). Abgehoben wird zudem auf die ideologisch überladene Kategorie der ›Eigenverantwortung‹, die sich seit einigen Jahren einer Hochkonjunktur erfreuen kann. Es ist überaus zynisch, Menschen, die in extremen Abhängigkeitsverhältnissen stecken und die zumeist über keinerlei Ressourcen und Machtmittel zur Durchsetzung ihrer Lebens- und Gesundheitsinteressen verfügen, Eigenverantwortung für ihre Situation zuzuschreiben. In Wirklichkeit ist dies nichts anderes als eine Schuldzuschreibung an das Individuum, d. h. eine Individualisierung gesellschaftlicher sozialer und betrieblicher Risiken, für die die tatsächlich Verantwortlichen keine Verantwortung übernehmen wollen. Unterstellt werden den sich wehrenden Arbeitnehmer/innen, sie seien nicht bereit, Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen. Dieses Deutungsschema kommt

einer Pathologisierung kritischen Denkens gleich, ein Vorgang, der zugleich auch massive materielle Auswirkungen für die Betroffenen hat. Vor diesem Hintergrund muss das in vielen Unternehmen etablierte ›Gesundheitsmanagement‹ sehr kritisch betrachtet und bewertet werden. Nicht selten werden nämlich präventive und partizipative Gestaltungskonzepte umgangen oder gar verworfen und an deren Stelle ein konzeptionelles Vorgehen gesetzt, das allein verhaltenspräventiv und leistungssteigernd angelegt ist. Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen sollen nicht mehr im Sinne der Humanisierung verändert werden. Stattdessen werden Schwächere stigmatisiert, und letztlich ausgegliedert und exterritorialisert.

### Gegen die Psychologisierung sozialer Verhältnisse

Unter dem Titel *Ich arbeite, also bin ich? Sinnsuche und Sinnkrise im beruflichen Alltag* erschien kürzlich ein Sammelband (Hänsel & Matzenauer, 2009), in dem der Unternehmensberater Karl-Martin Dietz (2009) Überlegungen anstellt, wie Arbeitende dazu gebracht werden können, sich für das Gesamtunternehmen verantwortlich zu fühlen. Dietz plädiert für ›individuelle Begegnung‹, ›Transparenz‹, ›Beratung im Sinne von Entdeckung‹ und ›Entschlussfreudigkeit‹. Die Individualität jedes Einzelnen soll für Kreativität und Produktivität nutzbar gemacht werden, wobei als Ziel sehr klar ausgesprochen wird, »dass möglichst viele Menschen im Unternehmen in eine unternehmerische Disposition kommen« sollen (ebd., S. 73f.). Stillschweigend wird davon ausgegangen, dass eine derartige Disposition, die auf Wettbewerb, Selektion und Ausbeutung ausgerichtet ist, anthropologisch fixiert sei. Die oftmals mit philosophischen und theologischen akademischen Abschlüssen versehenen Verfechter des ›Totalkapitalismus im Subjekt‹ ignorieren bewusst alle anthropologischen Erkenntnisse zur Gemeinschaftlichkeit, Zwischen- und Mitmenschlichkeit (vgl. Duchrow et al., 2006), zumal sich hier ein eklatanter Selbstwiderspruch auftut: Wenn Dietz den Arbeitenden zutraut, voll unternehmerisch zu denken und zu handeln, warum spricht er ihnen dann die Fähigkeit ab, eine solidarische, genossenschaftliche oder auf Gemeineigentum basierende Ökonomie aufzubauen? Obwohl die Dietzsche In-

tention eine ›freiheitliche‹ und ›demokratische‹ zu sein vorgibt, schimmert durch derartige Überlegungen, für die Dietz nur ein Beispiel darstellt, die Vision einer Arbeitsideologie durch, nach der jede/r »sehr selbständig, rasch entschlossen, gern mit Verantwortung beladen und allein auf einen Posten gestellt, zu intelligentem Gehorsam bereit« sein sollte, »mit einem Blick« die Zusammenhänge erkennend und »nicht durch das Schema einer Dienstordnung« eingeengt, sondern motiviert und angeregt »durch ein instinktives Gefühl dafür, was jetzt kommen muss« (Arnhold, 1926, S. 14). Dies war das ideologische Programm der konservativen Arbeitswissenschaft der Weimarer Republik.

Unterstützt werden derartige Denkwelten von führenden Rehabilitationsmedizinern und leider auch von großen Teilen der Psychotherapeuten-Szene, auch wenn die Bundes-Psychotherapeuten-Kammer erfreulicherweise zumindest eine vorsichtige Kehrtwende eingeleitet hat (vgl. BPtK, 2010). Doch immer noch dominieren repressive Individualisierungs-Muster. So stellen Linden und Muschalla (2007, S. 39) – bevor sie auf arbeitsbezogene Krankheiten eingehen – zunächst einmal grundsätzlich fest, dass »jegliche Lohnarbeit [...] Leistungs- und Verhaltensanforderungen« stellt, die im Rahmen einer betrieblichen Hierarchie angeordnet, kontrolliert und bewertet würden. Toleranzen für abweichendes Verhalten gäbe es in der Arbeitswelt nicht. Daher sei der therapeutische Auftrag der, die Arbeitspersonen in ihre Arbeitsrolle hineinzubringen, d. h. sie auf diese Rolle zu konditionieren. Was hier zum Ausdruck kommt, ist ein Verständnis des Menschen, das sich tierpsychologischen Modellen anlehnt. Doch die Autoren gehen noch einen Schritt weiter: Viel zu oft würden Arbeitende von niedergelassenen Ärzten krankgeschrieben (vgl. Linden & Weidner, 2005). Zu trainieren sei deshalb die ›Durchhaltefähigkeit‹, wofür auch eine ›Gesundschreibung‹ seitens des Medizinischen Dienstes – das hieß früher: Vertrauensarzt – durchaus sinnvoll und angeraten sei. Dass damit Assoziationen längst überholte geglaubter Konzepte einer Leistungs- und Selektionsmedizin nicht ganz aus der Luft gegriffen sind, zeigt ein weiteres Beispiel aus der Reha-Medizin. Poersch (2007) geht von dem Faktum aus, dass es immer mehr depressiv und psychosomatisch chronisch Erkrankte gibt und geben

wird, die erst während des Arbeitslebens krank geworden sind bzw. krank werden. Er stellt fest, dass diese während des Arbeitslebens Erkrankte in zwei Gruppen aufgeteilt werden können: in eine Gruppe der ›Motivierten und Motivierbaren‹, d. h. eine für die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben geeignete Gruppe einerseits, und eine Gruppe der ›ambivalent-chronifizierten‹ Kranken andererseits, für die er eine Wiedereingliederung als nicht sinnvoll, weil zu langwierig, zu teuer und für die ›Solidargemeinschaft‹ als nicht zumutbar ansieht. Poersch spricht explizit von ›Selektion‹. Als Entscheidungskriterium soll ein Belastungstest herangezogen werden, der sich von der ›üblichen passiven und schonenden Krankenbehandlung‹ abhebt (ebd., S. 229). Ins Auge fällt hierbei – neben den zweifelhaften sozialmedizinischen Vorstellungen – die völlige Abwesenheit der Frage, ob und in welcher Weise Arbeitsbedingungen den Menschen krank gemacht haben und krankmachende Strukturen so verändert werden können, dass vorgeschädigte Menschen wieder darin leben können. Dies passt – leider – in das populäre Konzept der ›Beschäftigungsfähigkeit‹, welches immer nur den Menschen, nie aber die Arbeitsstrukturen ›beschäftigungsfähig‹ machen will (vg. Hien, 2003).

Die gegenwärtige Lage auf dem Feld der betrieblichen Gesundheit ist vom Versuch gekennzeichnet, im Zuge des Unternehmens-Berater-Booms – gleichsam ›von außen‹ – die zwischenmenschlichen Beziehungen im Betrieb zu thematisieren. Stichworte in diesem Zusammenhang sind: Fehlzeiten, Konflikte, Blockaden, Mobbing, Sucht und Burnout. Ein Heer von Unternehmensberater/innen, Konfliktberater/innen, Mediator/inn/en, Supervisor/inn/en sowie Expert/inn/en für Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement bevölkern heute den Markt. Es soll hier nicht gegen eine sinnvolle Beratung polemisiert werden; und in vielen Fällen, z. B. auf Krankenhausstationen, in sozialen Diensten oder in autonomer und teilautonomer Gruppenarbeit, ist Supervision dringend erforderlich. Es soll auch nicht bestritten werden, dass in der professionellen Supervision eine erfreulich problemadäquate Wahrnehmung der betrieblichen Wirklichkeiten Einzug hält. Doch es ist aus fachlicher und ethischer Sicht problematisch, wenn Supervision – dies ist beispielsweise im Gesundheitswesen besonders auffällig (vgl. Hien, im Druck) – als Ersatz für die

dringend erforderliche Gefährdungsbeurteilung und die daraus erwachsenden Maßnahmen einer menschengerechten Arbeitsgestaltung eingesetzt wird. Wo durch Personalkürzungen die für die berufliche Arbeit notwendigen Mindestzeitbudgets unterschritten werden und damit der Überverausgabung mit all ihren Folgen Tür und Tor geöffnet werden, ist ein Burnout nicht weit. Zu lernen, mit völlig unzureichenden Ressourcen zurechtzukommen, heißt, sich auf ein berufsethisch unvertretbares Maß ›herunterkonditionieren‹ zu lassen. Doch der Gewissenstress lässt sich nicht wegtrainieren, man kann ihn verdrängen und er kehrt als Krankheit wieder.

### Für eine betriebliche Gesundheitspolitik › von unten

In den 1980er Jahren des letzten Jahrhunderts etablierten sich neue Formen der Problemwahrnehmung, die sich zugleich als Medium der Problemlösung anboten: die Gesundheitszirkel. Sie entstanden, teilweise als Weiterentwicklung des Qualitätszirkel-Gedankens, hauptsächlich jedoch als Auswirkung der aus Norditalien kommenden Gesundheitsbewegung, welche die Forderung *Non delegata!* zu ihrem Prinzip gemacht hatte (vgl. Pirella, 1980). Dies waren einerseits Bewegungen, die – unter dem Begriff der Antipsychiatrie und Gemeindepsychiatrie – seelisch Erkrankte aus den Anstalten herausholen und in die Gesellschaft re-integrieren wollten; die Bewegung wurde andererseits vom damals zunehmenden Widerstand der Industriearbeiter gegen gesundheitszerstörende Arbeitsbedingungen und dem Widerstand gegen eine Arbeitsmedizin gespeist, die ihre Aufgabe nur leistungs- und selektionsmedizinisch begriff. Unter dem Begriff der ›Arbeitermedizin‹ – nicht die Arbeit, sondern die Arbeiter sollten geschützt werden – und mit Postulaten wie z. B. »Wir sind Experten unserer eigenen Situation«, »Die Gesundheit in die eigenen Hände nehmen« und »Betroffene zu Beteiligten machen« verbreiterten sich diese Ideen weltweit; sie manifestierten sich schließlich in unterschiedlichen Modellen der betrieblichen Gesundheitspolitik und in verschiedenen Instrumenten, von denen der Gesundheitszirkel sicherlich das bekannteste geworden ist (vgl. Schröder & Sochert, 1997). Auch das in vielen Ländern

der Welt und inzwischen auch wieder in deutschen Betrieben – wie z. B. bei Freudenberg in Weinheim – angewandte Konzept des Gesundheitsmappings (vgl. Keith, 2003) zählt zu diesen Instrumenten der arbeitsweltbezogenen Aktionsforschung. Nach wie vor gilt, worauf schon Christian von Ferber (1991) hingewiesen hat: Qualitative Methoden stehen den quantitativen hinsichtlich Objektivität und Validität in nichts nach, sie besitzen aber den Vorteil, aus Betroffenen aktiv Beteiligte zu machen.

Es ist an der Zeit, eine lebens- und gesundheitsorientierte Arbeitspolitik ›von unten‹ zu entwickeln. Dies wird nicht möglich sein ohne die Hilfe von kritischen Vertreter/innen sozialer, psychologischer und gesundheitsbezogener Berufe, die – gemeinsam mit politischen Aktivist/inn/en – einerseits an den Traditionen der Arbeiter/innen-Gesundheitskämpfe anknüpfen bzw. diese für die heutigen Menschen verstehbar machen und die andererseits bereit sind, sich auf die konkrete Analyse der gegebenen Situation einzulassen und sich auch an unkonventionellen Auseinandersetzungen – wie im Falle von *Gate Gourmet* – zu beteiligen. Was wir brauchen ist eine neue betriebliche Gesundheitsbewegung. In den Medien wird über Phänomene wie Burnout, Depression, körperliche und seelische Zusammenbrüche, über einen ›neuen Zynismus‹ in der Arbeitswelt, physische und psychische Gewalt durch Kollegen und Vorgesetzte, alltägliche Gehässigkeiten und Böswilligkeiten, auch über Verzweiflung und Selbstmord am Arbeitsplatz, in einer eher voyeuristischen Art berichtet. Die Themen sind greifbar und könnten zum Gegenstand betrieblicher Basis-Gesundheitsgruppen oder Selbsthilfegruppen werden. Zu durchbrechen wäre hierfür allerdings die weit verbreitete Illusion, durch Flucht in die Freizeit sei der Arbeitswelt zu entkommen. Ihr langer Schatten verpestet auch das Leben in Familien und Freundeskreisen. So gesehen, geht es beim Thema Gesundheit bei der Arbeit nicht nur um Regulierung und – im Sinne menschenwürdiger Arbeit – ›anständige‹ Arbeitsbedingungen, sondern auch um die innere und äußere Befreiung aus der Umklammerung durch neoliberale Arbeitsverhältnisse.

Wenn über betriebliche Gesundheitspolitik gesprochen wird, so sollten deren sozialphilosophische Implikationen nicht verschwiegen werden. In der gegenwärtigen betrieblichen Situation zeigen erschreckend viele

Individuen – und die Programmatik der Leistungsbereitschaft und Beschäftigungsfähigkeit fordert dies geradezu – eine Biugsamkeit, die jedem Druck nachzugeben bereit ist. Chronifiziert führt dies zu einer inneren und manchmal auch äußerlich sichtbar gebeugten Haltung, die einen Verlust von Würde anzeigt. Naturrecht und Aufklärung haben dem Menschen Würde zugesprochen, die der Philosoph Ernst Bloch (1977) mit dem Bild des aufrechten Gangs verbindet. Seine Würde zu wahren bedeutet, Zumutungen und Anmaßungen auf Augenhöhe zu begegnen, ihnen Widerstand entgegen zu setzen, für Widerfahrnisse anderer sensibel zu sein und eigene Wege herauszufinden, auch und gerade solche, die mit anderen gemeinsam begangen werden können. Das neoliberale Menschenbild ist mit einer an Gesundheit orientierten Gestaltung der Arbeitsverhältnisse unvereinbar. Es wäre zu hoffen, dass professionelle Akteure, die sich in diesem Feld bewegen, den Mut finden, sich über anthropologische und sozialpolitische Hintergrundannahmen Klarheit zu verschaffen und die zutage tretenden Kontroversen auch öffentlich zu thematisieren.

### ► Literatur

- Albrod, Michael (2008). Die Bedeutung psychomentaler Belastungen im betrieblichen Kontext. *Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin*, 43, 608-617.
- Arnhold, Carl (1926). *Herausbildung eines hochwertigen Nachwuchses von Facharbeitern in der Eisen-Industrie*. Sonderdruck aus der Jubiläumsausgabe »Eisen« der Deutschen Bergwerkszeitung. Düsseldorf.
- Balko, Gerd (2007). Gegen die Mitmacher und »Fit«-Macher. Debattenbeitrag. *Arbeiterpolitik*, 48, 8-11.
- Beck, Ulrich (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bödeker, Wolfgang, Friedel, Heiko, Friedrichs, Michael & Röttger, Christof (2006). *Kosten der Frühberentung: Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und der Folgekosten*. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Bloch, Ernst (1977). *Tagträume vom aufrechten Gang. Sechs Interviews mit Arno Münster*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BPtK (Bundes-Psychotherapeuten-Kammer) (2010). *Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank*. Berlin: Eigendruck.



- Clays, Els, Bacquer, Dirk de, Leynen, Francoise, Kornitzer, Marcel, Kittel, France & Backer, Guy de (2007). Job stress and depression symptoms in middle-aged workers – prospective results from the Belstress study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 33, 252-259.
- Clumeck, Nathan, Kempnaers, Chantal, Godin, Isabelle, Dramaix, Michèle, Kornitzer, Marcel, Linkowski, Paul & Kittel, France (2009). Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: results from the Belstress I prospective study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 286-292.
- Dietz, Karl-Martin (2009). Eigenständig im Sinne des Ganzen. In Markus Hänsel & Anna Matzenauer (Hrsg.), *Ich arbeite, also bin ich? Sinnsuche und Sinnkrise im beruflichen Alltag* (S. 61-76). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dreitzel, Hans Peter (1980). *Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft*. Stuttgart: Enke.
- Duchrow, Ulrich, Bianchi, Reinhold, Krüger, Rene & Petracca, Vincenzo (2006). *Solidarisch Mensch werden. Psychische und soziale Dimensionen im Neoliberalismus*. Hamburg: VSA-Verlag.
- Ferber, Christian von (1991). Gesundheitszirkel – eine Strategie zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. *Sozialer Fortschritt – Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik*, 40, 293-298.
- Funk, Rainer (2005). *Ich und Wir. Psychoanalyse des postmodernen Menschen*. München: dtv.
- Gerlmaier, Anja, Kümmerling, Angelika & Latniak, Erich (2010). Gesund altern in High-Tech-Branchen? *IAQ-Report der Universität Duisburg-Essen*. Duisburg: Eigendruck.
- Glasberg, Ann-Luise, Eriksson, Sture & Norberg, Astrid (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 392-403.
- Gorz, Andre (2000). *Arbeit zwischen Misere und Utopie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hänsel, Markus & Matzenauer, Anna (Hrsg.). (2009). *Ich arbeite, also bin ich? Sinnsuche und Sinnkrise im beruflichen Alltag*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hien, Wolfgang (2003). Wider den schleichenden Abbau des Arbeitsschutzes. Gesundheit bei der Arbeit – Stand und Perspektiven. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 52, 346-353.
- Hien, Wolfgang (2006). *Arbeitsbedingte Risiken der Frühberentung*. Bremerhaven: NW-Verlag.

- Hien, Wolfgang (2008). »Irgendwann geht es nicht mehr« *Älterwerden und Gesundheit im IT-Beruf*. Hamburg: VSA-Verlag.
- Hien, Wolfgang (im Druck). *Pflegen bis 67? Zur gesundheitlichen Situation älterer Pflegekräfte*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Hirigoyen, Marie-France (2002). *Wenn der Job zur Hölle wird. Seelische Gewalt am Arbeitsplatz*. München: Beck.
- Hollmann, Sven (2005). Interaktive Beanspruchungswirkungen von erlebter Ziel-diskrepanz und Selbstkontrolle bei der Arbeit. Vortrag beim *Jahreskongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft* in Heidelberg im März 2005.
- Honneth, Axel (1994). *Desintegration. Bruchstücke einer soziologischen Zeitdiagnose*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Juthberg Christina, Eriksson, Sture, Nordberg, Astrid & Sundin, Karin (2008). Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1897-1906.
- Keith, Margaret (2003). Workplace Health and Safety Mapping: The why and how of body mapping. *Occupational Health Review*, 102, 31-33.
- Lenhardt, Uwe, Ertel, Michael & Morschhäuser, Martina (2010). Psychische Arbeitsbelastungen in Deutschland: Schwerpunkte – Trends – betriebliche Umgangsweisen. *WSI-Mitteilungen*, 63, 335-342.
- Linden, Michael & Muschalla, Beate (2007). Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsphobien. *Nervenarzt*, 78, 39-44.
- Linden, Michael & Weidner, Christian (2005). Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Nervenarzt*, 76, 1421-1431.
- Löffler, Reiner & Sofsky, Wolfgang (1986). *Macht, Arbeit und Humanität. Zur Pathologie organisierter Arbeitssituationen*. Göttingen: Jürgen Crome.
- Matuschek, Ingo, Kleemann, Frank & Voß, G. Günter (2008). Subjektiviert Taylorisierung als Beherrschung der Arbeitsperson. *PROKLA – Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*, 38, H. 150, 49-64.
- Negt, Oskar (2009). Politische Bildung und Demokratie. In Arbeiterkammer Oberösterreich (Hrsg.), *50 Jahre Bildungshaus AK-Jägermayrhof* (S. 52-67). Linz: Eigendruck.
- Neubach, Barbara (2004). *Psychische Kosten von Formen der Selbstkontrolle bei der Arbeit*. Eigendruck.
- Pirella, Agostino (1980). Erfahrungen mit einer institutionellen Struktur: Reformismus und Negation. In Manfred M. Wambach (Hrsg.), *Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie* (S. 19-40). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Poersch, Marius (2007). Wiedereingliederungstherapie in das Erwerbsleben für depressiv/psychosomatisch kranke Erwerbstätige mit initial stabiler Erwerbsbiographie. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 42, 228-235.
- Robertson Blackmore, Emma, Stansfeld, Stephen A., Weller, Iris, Munce, Sarah, Zagorski, Brandon M. & Steward, Donna E. (2007). Major depressive episodes and work stress: results from a national population survey. *American Journal of Public Health*, 97, 2088-2093.
- Rugulies, Rainer, Bültmann, Ute, Aust, Birgit & Burr, Hermann (2006). Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 163, 877-887.
- Schröer, Alfons & Sochert, Reinhold (1997). *Gesundheitszirkel im Betrieb*. Wiesbaden: Universum.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2008). *Wobin driftet die Arbeitswelt?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sennett, Richard (1998). *Der flexible Mensch*. Berlin: Siedler.
- Sennett, Richard (2005). *Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berlin-Verlag.
- Stansfeld, Stephan A., Clark, Charlotte, Caldwell, Tanya, Rodgers, Bryan & Power, Chris (2008). Psychosocial work characteristics and anxiety and depressive disorders in midlife: the effects of prior psychological distress. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 634-642.
- Thomas, Konrad (1964). *Die betriebliche Situation der Arbeiter*. Stuttgart: Enke.
- Tietel, Erhard (2007). *Konfrontation – Kooperation – Solidarität. Betriebsräte in der sozialen und emotionalen Zwickmühle*. Berlin: Edition Sigma.
- Ulich, Eberhard & Wülser, Marc (2008). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler.
- Volmerg, Birgit, Senghaas-Knobloch, Eva & Leithäuser, Thomas (1983). *Erlebnisperspektiven und Humanisierungsbarrieren im Betrieb*. Universität Bremen: Eigendruck.
- Virtanen, Pekka, Liukkonen, Virpi, Vahtera, Jussi, Kivimäki, Mika & Koskenvuo, Markku (2003). Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. *International Journal of Epidemiology*, 32, 1015-1021.
- Voges, Wolfgang (2002). *Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Weber, Andreas & Georg Hörmann (Hrsg.). (2007). *Psychosoziale Gesundheit im Beruf*. Stuttgart: Gentner.