

Haubl, Rolf

Depression und Arbeitswelt

Leuzinger-Bohleber, Marianne / Bahrke, Ulrich und Negele, Alexa (Hg.): Chronische Depression : Verstehen – Behandeln – Erforschen, 2013 S. 111-128

urn:nbn:de:bsz-psydok- 48792

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

V&R

SCHRIFTEN DES SIGMUND-FREUD-INSTITUTS

Herausgegeben von
Marianne Leuzinger-Bohleber und Rolf Haubl

REIHE 1
Klinische Psychoanalyse: Depression

Herausgegeben von
Marianne Leuzinger-Bohleber, Stephan Hau
und Heinrich Deserno

BAND 3
Marianne Leuzinger-Bohleber /
Ulrich Bahrke / Alexa Negele (Hg.)
Chronische Depression:
Verstehen – Behandeln – Erforschen

Marianne Leuzinger-Bohleber /
Ulrich Bahrke / Alexa Negele (Hg.)

Chronische Depression

Verstehen – Behandeln – Erforschen

Mit 25 Abbildungen und 27 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978 – 3-525 – 45168 – 7

ISBN 978 – 3-647 – 45168 – 8 (E-Book)

Umschlagabbildung: Johann Heinrich Füssli, *Das Schweigen*/akg/De Agostini Pict.Lib.

© 2013, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen/

Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: process media consult GmbH

Druck & Bindung: ⊕ Hubert & Co, Göttingen

Inhalt

Marianne Leuzinger-Bohleber, Ulrich Bahrke und Alexa Negele Einleitung	9
--	---

I Konzepte und Hintergründe

Martin Hautzinger Verhaltenstheoretische Ansätze bei chronischer Depression	33
---	----

Marianne Leuzinger-Bohleber Chronische Depression und Trauma. Konzeptuelle Überlegungen zu ersten klinischen Ergebnissen der LAC-Depressionsstudie	56
---	----

Hugo Bleichmar Verschiedene Pfade, die in die Depression führen. Implikationen für spezifische und gezielte Interventionen	82
--	----

Rosemarie Kennel Chronische Depression und Psychic Retreat	98
---	----

Rolf Haubl Depression und Arbeitswelt	111
--	-----

II Behandlungspraxis

Argyroula Koutala Verhaltenstherapeutische Interventionen zur Behandlung chronischer Depressionen. Eine Falldarstellung	131
---	-----

Klara Kilber-Brüssow und Felicitas Weis Neuere Konzepte zur Behandlung von chronisch Depressiven. Zwei Falldarstellungen im Rahmen der LAC-Studie	146
Ingeborg Goebel-Ahnert Die schlechten und die guten Phasen – Gesichter einer Depression. Bericht einer psychoanalytischen Behandlung mit Kommentar von Hugo Bleichmar	168
Wolfgang Merkle Behandlung chronisch depressiver Patienten in einer Tagesklinik	180
Reinhard Lindner Psychotherapie mit älteren depressiven Patienten	198
III Studien	
Ulrich Bahrke, Manfred Beutel, Georg Fiedler, Andreas Haas, Martin Hautzinger, Lisa Kallenbach, Wolfram Keller, Marianne Leuzinger-Bohleber, Alexa Negele, Bernhard Rüger und Margerete Schött Psychoanalytische und kognitiv-verhaltens- therapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression (LAC)	217
Steven P. Roose Diskussion der LAC-Depressionsstudie	240
Heinz Böker Emotion und Kognition. Die Züricher Depressionsstudien	245

David Taylor, Jo-anne Carlyle, Susan McPherson,
 Felicitas Rost, Rachel Thomas und Peter Fonagy
 Die Tavistock Adult Depression Study (TADS). Eine
 randomisiert kontrollierte Studie zur analytischen
 Psychotherapie therapieresistenter / therapierefraktärer
 Depressionen 268

Dorothea Huber, Judith Gastner, Gerhard Henrich und
 Günther Klug
 Must all have prizes? Die Münchner Psychotherapiestudie
 (MPS) – ein Vergleich von analytischer Psychotherapie,
 tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und
 kognitiver Verhaltenstherapie 308

Martin Hautzinger, Martin Härter und
 Elisabeth Schramm
 Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy
 bei chronischer Depression. Die CBASP- versus
 SYSP-Studie 325

Wolfram Keller
 Symptomatik und strukturelle Veränderungen bei
 chronisch depressiven Patienten. Teilergebnisse der
 Praxisstudie analytische Langzeittherapie (PAL-Studie) .. 333

Die Autorinnen und Autoren 354

Rolf Haubl

Depression und Arbeitswelt

In der WHO-Charta von Ottawa aus dem Jahre 1986 steht zu lesen: »Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein.« Diese Forderung ist in der spätmodernen Arbeitsgesellschaft nach wie vor nicht eingelöst. Und Erwerbsarbeit ist kein Lebensbereich wie jeder andere. Über das Einkommen sichert sie das materielle Auskommen der Gesellschaftsmitglieder und ermöglicht ihnen, sich sozial zu integrieren und zu partizipieren. Deshalb sind Arbeitsplatzunsicherheit (Sverke, Hellgren u. Näswall, 2006) und Arbeitslosigkeit (Paul u. Moser, 2009) kritische Lebensereignisse, die kränken und krank machen.

Was die Arbeitsplatzunsicherheit betrifft, so ist es nicht allein die Sorge, den Arbeitsplatz zu verlieren, die belastet. Gleiches gilt für die verbreitete Erfahrung, dass sich die Arbeitsbedingungen der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen auf Kosten ihrer psychischen Gesundheit gravierend verschlechtern. Deshalb muss es alarmieren, wenn Beschäftigtenbefragungen gegenwärtig darauf hinweisen, dass etwa jeder Zweite seine gesundheitlichen Probleme in einen ursächlichen Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen an seinem Arbeitsplatz bringt (Zok, 2010).

Epidemiologie

Während der allgemeine Krankenstand in Deutschland zurückgeht, nehmen psychische Erkrankungen zu. Das wird von allen Krankenkassen berichtet. Um nur den DAK Gesundheitsreport 2012 anzuführen: Im Jahr 2011 machen psychische Erkrankungen 13,4 % des Gesamtkrankensandes aus. Ein Jahr zuvor waren es noch 1,3 % weniger. Psychische Erkrankungen stehen damit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten.

Mit einem Anteil von 16,3 % der Arbeitsunfähigkeitstage sind Frauen im Vergleich mit Männern, deren Anteil bei 11 % liegt, deutlich mehr belastet.

Alle vorliegenden Befunde zusammenfassend (Rau, Gebele, Morling u. Rösler, 2010), kommen psychische Erkrankungen in jedem Alter vor, wobei sich die Spitzenwerte beider Geschlechter bei den über 55-Jährigen finden. Der größte Zuwachs betrifft die unter 30-Jährigen.

Bezogen auf die verschiedenen Branchen tragen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen im Bereich personaler Dienstleistungen, und da besonders im Gesundheits- und Sozialwesen das größte Risiko, psychisch zu erkranken. Aber auch in Branchen mit traditionell niedrigen Krankenständen wie etwa Banken nehmen die Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund psychischer Erkrankungen zu.

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist im Vergleich mit somatischen Erkrankungen überdurchschnittlich hoch. Hinzu kommen überdurchschnittlich viele Frühberentungen (RKI, 2006), was insgesamt deutlich macht, wie kostenintensiv psychische Erkrankungen sind.

Die bevorzugte Behandlung ist psychopharmakologisch, wobei Frauen in der Regel bis zu doppelt so oft Medikamente verordnet bekommen wie Männer. Mit der Zunahme der Erkrankungsrate hat auch das Volumen der verordneten Medikamente zugenommen. Beispielsweise zeigt eine Analyse der Medikamentenverschreibungen der Gmünder Ersatzkasse, die bundesweit etwa 1,4 Millionen Versicherte umfasst, dass die Verordnung von Stimmung aufhellenden und Angst lösenden Psychopharmaka zwischen 1998 und 2003 deutlich angestiegen

sind (GEK, 2005). Allerdings ist damit zu rechnen, dass nicht nur ein therapeutisch indizierter Gebrauch von Medikamenten zunimmt, sondern auch psychopharmakologisches Enhancement (DAK, 2009; vgl. dazu auch Haubl, 2012).

Betrachtet man die Einzeldiagnosen in den Krankenkassenstatistiken, so wird die Liste von der Diagnose »Depressive Episode« angeführt, für die mit durchschnittlich 54,1 Arbeitsunfähigkeitstagen auch die Dauer der Erkrankung am längsten ist.

Krankheitsleid, direkte und indirekte Kosten

Epidemiologische Bevölkerungsstudien in Deutschland (Wittchen, Müller, Schmidtkunz, Winter u. Pfister, 2000) zeigen, dass 11,5 % der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter im Laufe eines Jahres von einer behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankung betroffen ist. Das entspricht 5,6 Millionen Menschen. Darunter stellen die depressiven Episoden (»Major Depression«) mit 8,3 % die mit Abstand häufigste Form dar.

Depressionen können in jedem Alter auftreten. 50 % der Ersterkrankung kommen vor Erreichen des 40. Lebensjahres zum Ausbruch. Die größte Häufigkeit liegt dabei Mitte 30, Ersterkrankungen nach dem 60. Lebensjahr sind mit 10 % vergleichsweise selten.

Depressionen sind mehrheitlich episodisch verlaufende Erkrankungen mit einer hohen Rezidivneigung: Nach zwei Episoden liegt sie bei 70 %, nach drei Episoden bei 90 %. In 15 – 20 % der Fälle dauert eine Episode länger als ein Jahr.

Depressionen beeinträchtigen die Lebensführung gravierend. Die WHO hat zur vergleichenden Abschätzung dieser Beeinträchtigung das Konzept »Global Burden of Disease« entwickelt. Neben der Sterblichkeit sind dessen wichtigste Messgröße die gesunden Lebensjahre, die ein Mensch infolge seiner Erkrankung verliert. Weltweit gehen 11,8 % aller verlorenen Jahre auf Depressionen zurück. Keine andere Erkrankung erreicht diesen Prozentsatz. Das entspricht 2002 etwa 67 Millionen Menschen, die infolge der Erkrankung in ihrer Lebensführung nicht nur gravierend psychosozial beeinträchtigt sind, sondern oftmals

auch somatisch, da etwa ein Viertel von ihnen auch unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen leidet. Aber Depressionen beeinträchtigen nicht nur das Leben, sie nehmen es auch: 10–15 % der Erkrankten sterben durch Suizid.

Zu den »Lasten einer Erkrankung« gehören weiterhin die finanziellen Kosten, die sie verursacht, wobei zwischen direkten und indirekten Kosten zu unterscheiden ist. Zu den direkten Kosten gehört das Geld, das für Behandlungen – von der Medikation bis zum Krankenhausaufenthalt – aufgebracht werden muss. Im Vergleich dazu fallen indirekte Kosten an, wenn eine Erkrankung zu Arbeitsunfähigkeit führt, die dann als Arbeitslosengeld oder einer krankheitsbedingten Frühberentung zu Buche schlägt. Geltend zu machen sind zudem Produktivitätsausfälle, die aufgrund einer krankheitsbedingten Leistungsminderung entstehen (vgl. Adler et al., 2006), auch wenn sie sich schwer erfassen lassen. US-amerikanischen Schätzungen zufolge sind indirekte Kosten doppelt so hoch wie direkte Kosten zu veranschlagen (Stamm u. Salize, 2005).

Über die direkten Depressionskosten in Deutschland informiert die Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe von 3.555 Personen der nicht institutionalisierten volljährigen Bevölkerung, die mittels einer Version des »Composite International Diagnostic Interview« befragt worden sind (Friemel, Bernert, Angermeyer u. König, 2005):

In einem ersten Schritt identifiziert diese Befragung 131 Personen – das sind 3,51 % – mit einer 12-Monats-Prävalenz für DSM-IV-Diagnosen (Major Depression, Minor Depression, Dysthymie), die dann in einem zweiten Schritt gebeten werden, anzugeben, welche medizinischen Ressourcen sie in welchem Umfang im zurückliegenden Jahr verbraucht haben. Schließlich wird dieser Verbrauch in einem dritten Schritt nach den Preisen des Jahres 2002 monetär bewertet, was eine durchschnittliche Pro-Kopf-Summe von 686 Euro ergeben hat.¹ Wenn 3,51 % Personen der Stichprobe als depressiv diagnostiziert worden sind

¹ Aufgrund einer breiteren Berechnungsgrundlage kommen Salize et al. (2004) mit einem Betrag von 3449 Euro allerdings zu sehr viel höheren Pro-Kopf-Kosten!

und 67 Millionen Volljährige im Jahre 2002 in Deutschland gelebt haben, dann ergeben sich die Gesamtkosten als 3,51 % von 67 Millionen multipliziert mit den Pro-Kopf-Kosten von 686 Euro, abgerundet also 1,6 Milliarden Euro, was ungefähr 0,08 % des damaligen Bruttoinlandprodukts entspricht.²

Die Detailanalyse zeigt, dass die Kosten nicht gleich verteilt sind: 80 % der direkten Kosten haben 10 % der Erkrankten verursacht. Was die Einzelkosten betrifft, so sind die stationären Leistungen mit 53 % des Gesamtbetrages am teuersten gewesen, gefolgt von Kosten für psychologische (18 %), psychiatrische (13 %) und medikamentöse (9 %) Behandlungen.

Soziale Desintegration und Verlust an Teilhabe

Generell gilt, dass psychisch kranke Menschen sehr viel häufiger die Erfahrung machen, sozial ausgegrenzt zu werden, als somatisch kranke Menschen. Sie sind schlecht in den Arbeitsmarkt integriert, haben ein niedrigeres Einkommen und leben häufiger sozial isoliert (Social Exclusion Unit, 2004). Allerdings sind Menschen mit schizophrenen Störungen deutlich mehr als depressive Menschen betroffen und auch innerhalb des Formenkreises depressiver Erkrankungen gibt es Unterschiede. So sind Menschen mit einer bipolaren Depression beeinträchtigt als Menschen mit einer unipolaren Depression. Aber auch diese haben kein geringes Exklusionsrisiko, da selbst eine behandelte unipolare Depression keine Gewähr bietet, das prämorbid subjektive Wohlbefinden und die prämorbid Leistungsfähigkeit wieder zu erlangen.

Gelegentlich können sogar vermeintliche Entlastungen zu nicht intendierten Belastungen führen. So stellt eine Untersuchung (Richter, Eikermann u. Reker, 2006) für eine repräsentative Stichprobe chronisch psychisch Erkrankter fest, dass die Hälfte der Patienten und Patientinnen mit einer unipolaren depressiven Störung vorzeitig berentet worden ist, und das durchschnittlich

² Das Statistische Bundesamt (2006) schätzt 4,2 Milliarden Euro für das Jahr 2004.

um das 40. Lebensjahr herum.³ Derart früh berentet zu werden, können die Betroffenen als Signal verstehen, dass die Gesellschaft sie nicht braucht. Zudem haben geringe Einzahlungen in die Rentenkasse geringe Auszahlungen zur Folge, was Armut bedeuten kann. Schließlich schneidet der Rentnerstatus die Patienten und Patientinnen von der Finanzierung rehabilitativer Maßnahmen ab, da diese über die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt legitimiert sind (vgl. Apfel u. Riecher-Rössler, 2005).

Ist Erwerbsarbeit ein kaum kompensierbares Medium sozialer Integration und Partizipation, dann gilt es, an der Wiedereingliederung von depressiven Menschen in den Arbeitsmarkt festzuhalten. Dafür bedarf es einer angemessenen Begleitung. Bisher fehlt es jedoch an evaluierten Konzepten (vgl. Längle, Köster, Mayenberger u. Günther, 2000; Poersch, 2007). Allerdings hat man es auch mit einem Dilemma zu tun. Denn die Orientierung an bestmöglicher psychischer Gesundheit setzt Arbeitgeber voraus, die ihre Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nicht nur als betriebswirtschaftliche Risiko- und Kostenfaktoren behandeln, sondern als ihr Humankapital, das ihnen ihre Gewinne sichert und deshalb fürsorglich zu behandeln ist. Genau diese Fürsorge aber steht in Frage, häufen sich doch die Hinweise, dass es die neoliberalen Arbeitsbedingungen sind, die immer mehr Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen psychisch überfordern und krank, insbesondere depressiv werden lassen.

O-Töne

»... als ich da hinkam, hatte die Leitungskraft 600 Überstunden. Und alles, was unter 100 war, war irgendwie [...] also die arbeiten nicht richtig.« (F5)

»... das ist das nächste große Thema, nicht nur, ›ich schaffe meine Arbeit nicht mehr‹, sondern, ›ich weiß eigentlich gar nicht mehr, was ich bewirke‹. Also das Gefühl von Ohnmacht, und das ist ja etwas,

³ In der Stichprobe von Brieger, Bloink, Rottig und Maneros (2004) ist ein Viertel der depressiven Patienten und Patientinnen im Alter von 51 berentet worden, die Hälfte mit 58 Jahren.

was dann wirklich auch in Krankheit, psychische Erkrankung führt, dass nimmt zu.« (F13)

»Also ich finde, es wird billigend in Kauf genommen, dass immer mehr Menschen psychisch erkranken [...] also Leute, die ich über mehrere Jahre kenne, werden schwer krank und müssen ihre Arbeit aufgeben.« (F10)

»Ein guter Teamzusammenhalt hilft ungemein, also so, »dann wenigstens wir, wir schaffen uns immer noch irgendwie eine angenehme Gruppenatmosphäre, einen Zusammenhalt«. Das hilft, es zu substituieren, so die mangelnde Würdigung. Wenn das nicht gegeben ist, dann kommt es wirklich –, dann wird es wirklich sehr individuell, wirklich auch mit Erkrankungen, ein hoher Krankenstand und so.« (F12)

»Die Leute sind nicht in der Lage [...] für sich zu sorgen, sondern sie gehen sehr stark unter ihre eigene Würde –. [...] ja, dass viele innerlich kündigen, aber dann somit auch diese zufriedene Arbeit ja auch für sich nicht erleben.« (F6)

»... die haben nicht den Abstand zu sagen, »klar, da kommt jeder an seine Grenzen«, sondern die fragen sich dann, »liegt das an mir?« Und wenn die anderen dann sagen, »nee du, mir geht es genauso«, dann merken die, »aha, das ist dieser Belastbarkeitsmythos, nicht nur ich bin diejenige, die ausschert und die nicht belastbar ist, sondern möglicherweise hat es was mit den Strukturen zu tun.« (F1)

Die Zitate sind eine kleine, aber repräsentative Auswahl von Stimmen aus unserem Forschungsprojekt »Arbeit und Leben in Organisationen 2011« (Haubl, Voß, Alsdorf u. Handrich, 2013). Es sind Äußerungen von Supervisoren und Supervisorinnen, die seit Langem in Non-Profit- und Profit-Organisationen unterwegs sind. Sie mögen eine Vorstellung davon vermitteln, welche Folgen die neoliberale Transformation der Arbeitswelt für (viele) Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen hat.

Interessierte Selbstgefährdung und Krankheitsverleugnung

»Unser Leben währt 70 Jahre und wenn es köstlich gewesen ist, so ist es Mühe und Arbeit gewesen.« Diese jüdisch-christliche Denkfigur, die Arbeit als Strafe dafür deutet, das Paradies ver-

spielt zu haben, statt in der Arbeit einen emanzipativen Akt der Selbstbestimmung zu sehen, durchzieht die abendländische Geschichte. Sie betont das Arbeitsleid und mit ihm den Wunsch, nicht arbeiten zu müssen.

Dass Erwerbsarbeit der Selbstverwirklichung und damit guten Gefühlen wie Arbeitszufriedenheit, Arbeitsfreude oder Arbeitsstolz dienen soll, ist zumindest als Anspruch mit Breitenwirkung historisch nicht allzu alt. Seit den 1980er-Jahren macht sich der Neoliberalismus diesen Anspruch zu nutze. Sein Siegeszug besteht unter anderem darin, dass er die tradierte Sehnsucht nach einer Arbeit, die nicht leidvoll ist, rhetorisch bedient.

Gegenüber der Missachtung der Subjektivität der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die den Fordismus-Taylorismus kennzeichnete, wird Subjektivität aufgewertet, freilich nicht (nur) toleriert, sondern seitens der Unternehmen gezielt aktiviert und eingefordert. Insofern ist es eine normative Subjektivierung (Voß u. Weiß, 2005). An die Stelle steiler Hierarchien, in denen die Koordination der rollenspezifischen primären Aufgaben über Befehl und Gehorsam läuft, treten Verhandlungsprozesse, die den Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen ein Höchstmaß an Selbstverwirklichung am Arbeitsplatz versprechen, allerdings nur insofern, wie sie sich mit den ökonomischen Zielen der Unternehmen identifizieren. Dann mutieren Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen zu »Arbeitskraftunternehmern« (Voß u. Pongratz, 1998).

Als solche sollen sie fähig und bereit sein, sich als »Intrapreneure« weit über die klassische Arbeitnehmerrolle hinaus zu engagieren und Verantwortung zu übernehmen, ohne aber wirklich unternehmerisch agieren zu können, weil sie nicht oder nicht äquivalent an Strukturentscheidungen und am Gewinn beteiligt sind. Durch die systematische Einbeziehung der Subjektivität der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen wird der Begriff der Arbeit verändert:

Die mit der Aufrechterhaltung des Arbeitsprozesses verknüpften Koordinationsaufgaben sind nur durch eine permanente Selbst- und Fremdbeobachtung sowie Evaluation zu erfüllen. Mithin entscheidet die soziale Dimension des Arbeitshandelns. Was für Freiberufler schon immer gegolten hat, wird

für alle Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, einschließlich der Arbeiterschaft in der Produktion, verbindlich.

Auf der historischen Folie des Fordismus-Taylorismus betrachtet, löst der Neoliberalismus die Kritik an der Entfremdung ein, die durch Unterwerfung unter ein Arbeitsregime entsteht, das den Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen vorenthält, sich als Wert schöpfend zu erfahren. Folglich blitzt im Neoliberalismus die Utopie einer Selbstverwirklichung durch Erwerbsarbeit auf.

Aber so wie der Kapitalismus generell alle Kritik an ihm verinnahmt, um immer weitere Lebensbereiche »in Wert zu setzen«, heißt: sie marktförmig zu gestalten (Boltanski u. Chiapello, 2003), so sprengt auch der neoliberal realisierte Anspruch auf Selbstverwirklichung diesen Rahmen nicht: Die ersehnte Freiheit, sich selbst in seiner Erwerbsarbeit zu verwirklichen, wird als Zwang ausgemünzt, sich von allen lebensweltlichen Bindungen frei zu halten. Anders als im Fordismus-Taylorismus erscheint nunmehr nicht das Leben nach der Arbeit als Reich der Freiheit, sondern das Leben in der Arbeit. Deshalb stellt sich bei der gern beschworenen Work-Life-Balance in der Praxis auch in vielen Fällen ganz schnell die Frage, wie man(n) sein Leben außerhalb der Arbeit so gestalten kann, dass es die Arbeit nicht behindert.

Unter neoliberalen Arbeitsbedingungen sind die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen an eine Eigenverantwortung gekettet, die es ihnen schwer macht, sich zu entlasten. Sie können sich nicht länger legitim als Opfer fühlen, sondern müssen die Ursachen für ihren Erfolg oder ihr Scheitern bei sich selbst suchen. So zeigt eine Untersuchung in Deutschland, dass die Mehrheit der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die ihre Arbeit als psychisch belastend erleben, die Verantwortung für die Reduzierung dieser Belastungen nicht in erster Linie den Unternehmen zuschreiben, sondern sich selbst (Dunkel, Kratzer u. Menz, 2010). Sie halten es für ein persönliches Problem, wenn sie sich dem Leistungsdruck nicht gewachsen fühlen, und das selbst dann, wenn sie offensichtlich überfordert werden. Sie wollen jedem Zweifel an ihrer Leistungsfähigkeit zuvorkommen:

2009 sind mehr als 71 % der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen in Deutschland mindestens einmal krank zur Arbeit

gegangen, rund 30 % sogar gegen den ausdrücklichen Rat ihres Arztes. 13 % haben zu ihrer Genesung extra Urlaub genommen (Badura, Schröder, Klose u. Macco, 2009). Zugespitzt formuliert: »Interessierte Selbstgefährdung« (Krause, Dorsemagen u. Peters, 2010) und »Krankheitsverleugnung« (Kocyba u. Voswinkel, 2007) erscheinen als Tugenden eines deregulierten Arbeitsmarktes.

Identifizieren sich Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit der neoliberalen Arbeitsmoral, dann rationalisieren sie ihre Selbstaussbeutung als Selbstverwirklichung und wenden ihren Ärger gegen die eigene Person. Dabei riskieren sie ihre psychische Gesundheit, weil sie beständig mehr an Arbeitskraft verausgaben, als es der Arbeitgeber honoriert. Werden sie depressiv, dann oft deshalb, weil sie ihre Enttäuschung nicht wahrhaben wollen.

Gratifikationskrise am Arbeitsplatz und Depressionsrisiko

Ein erster systematischer Überblick über arbeitsplatzbedingte Depressionsrisiken (Bonde, 2008) erbringt überzeugende Befunde: 16 Längsschnittstudien mit insgesamt mehr als 63.000 Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen belegen, dass überfordernde Arbeitsbedingungen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an depressiven Symptomen oder sogar einer Major Depression zu erkranken.

Worin diese Überforderung besteht, dafür gibt es verschiedene prognostische Modelle. Neben dem Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek u. Theorell, 1990) ist es vor allem das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996), das bislang die größte Evidenz aufzuweisen hat.

Das Modell postuliert, dass Arbeitsverträge eine Reziprozitätsverpflichtung beinhalten: Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen erwarten, dass sie für den Arbeitseinsatz, den sie ihrer Wahrnehmung nach zu erbringen haben, um die Arbeitsanforderungen ihres Berufes zu erfüllen, angemessen belohnt werden. Enttäuschte Erwartungen erleben sie als Gratifikationskrise, die zu »distress« führt, was, vermittelt über Stresshormone, das Risiko erhöht, depressiv zu erkranken.

Als Gratifikationen berücksichtigt das Modell nicht nur Lohn oder Gehalt, sondern auch berufliche Aufstiegschancen und Arbeitsplatzsicherheit sowie Anerkennung.

Generell dürften sich Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen bemühen, Situationen zu vermeiden, in denen sie keine angemessenen Gratifikationen für ihren Arbeitseinsatz erhalten. Nur ist eine Vermeidung aber nicht immer möglich. Das Modell nennt dafür drei Bedingungen:

- Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen müssen ein Ungleichgewicht hinnehmen, weil ihnen ein Arbeitsplatzwechsel aufgrund fehlender beruflicher Qualifikationen oder einer schlechten Arbeitsmarktlage verbaut ist.
- Sie erwarten eine baldige Verbesserung des Verhältnisses von Arbeitseinsatz und Belohnung, weshalb sie das aktuelle Ungleichgewicht vorübergehend hinnehmen.
- Sie tragen aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur dazu bei, dass es zu einem Ungleichgewicht kommt, da sie die beruflichen Leistungserwartungen an sie und/oder die Belohnungen, die sie für angemessen erachten, völlig unrealistisch einschätzen.

Forschungspraktisch arbeitet das Modell mit einem Fragebogen, der Fragen zum Arbeitseinsatz und zur Belohnung enthält. Das Ungleichgewicht wird als Quotient aus den Summenwerten der beiden Skalen bestimmt. Hinzu kommen Fragen, die »Overcommitment« als Persönlichkeitsmerkmal erfassen (Siegrist et al., 2004).

Der aktuelle Forschungsstand zum Zusammenhang von Gratifikationskrise und Depressionsrisiko kann sich neben anderem auf die Ergebnisse aus sechs prospektiven epidemiologischen Untersuchungen mit einer Laufzeit zwischen einem und elf Jahren berufen, die um die 30.000 Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen aus verschiedenen europäischen Ländern einschließen. Das relative Risiko, depressiv zu erkranken, variiert zwischen 1,5 und 4,6 (»odds ratio«). Im Mittel verdoppelt eine Gratifikationskrise das Depressionsrisiko. In den untersuchten Stichproben sind es zwischen 10 und 25 % der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die sich in einer solchen Krise befinden. Aufgrund ihrer hohen Komorbidität ist das Depressionsrisiko

zudem immer auch ein kardiovaskulärer Risikofaktor (Ferketic, Schwartzbaum, Frid u. Moeschberger, 2000).

Auf zwei Untersuchungen sei besonders hingewiesen, da sie die Wirkung von Gratifikationskrisen weiter zu differenzieren erlauben: So belegt die eine (Pikhart et al., 2004), dass mit zunehmendem Ungleichgewicht auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens depressiver Symptome steigt, und die andere (Godin, Kittel, Coppieters u. Siegrist, 2005), dass deren Auftretenswahrscheinlichkeit auch davon abhängt, wie lange ein Ungleichgewicht andauert.

Das Modell der Gratifikationskrise ist stresstheoretisch formuliert, weshalb die enttäuschte Belohnungserwartung als »distress« gefasst wird und damit emotionspsychologisch unbestimmt bleibt. Je nach Emotion mag die Belastung aber unterschiedlich sein: So kann die Enttäuschung zu Schamgefühlen, aber auch zu Neid, Ärger oder Traurigkeit führen. Als weitere relevante Emotion wäre die unterdrückte, gegen die eigene Person gerichtete Wut zu denken, die aus gefühlter Ungerechtigkeit resultiert, da das Modell annimmt, dass die betroffenen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen das Ungleichgewicht als Verletzung von Reziprozitätspflichten wahrnehmen.

Eine Untersuchung vermag diesen Zusammenhang zu bestätigen (Kivimäki, Vathera, Elovainio, Virtanen u. Siegrist, 2007): Sowohl ein wahrgenommenes Ungleichgewicht als auch wahrgenommene Ungerechtigkeit sind mit Depression assoziiert. Die Kombination aus beiden Prädiktoren ergibt das höchste Gesundheitsrisiko.

Unsere Untersuchung »Arbeit und Leben in Organisationen 2011« kann mit einem ihrer Ergebnisse einen solchen Zusammenhang bestätigen (Haubl u. Fuchs, 2013): Die befragten Supervisoren und Supervisorinnen beobachten, dass die arbeitsplatzbedingte Erschöpfung und Demoralisierung der von ihnen supervidierten Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sinkt, wenn sie in einer Organisationskultur arbeiten, die durch realisierte Anerkennung, Leistungsgerechtigkeit, Führungskompetenz und Kollegialität gekennzeichnet ist.

Verhaltensprävention

Psychische Erkrankungen sind bio-psycho-sozial verursacht. Lebensgeschichtlich betrachtet, entwickelt jeder Mensch in seiner Lebenswelt von Kindheit an durch Reifung, Sozialisation und Erziehung eine psychische Konstitution, die ihn mehr oder weniger anfällig macht, bei hohen psychosozialen Belastungen psychisch zu erkranken.

Die psychische Konstitution eines Menschen ist eine innere Ressource. Hinzu kommen externe Ressourcen, zu denen vorrangig seine sozialen Beziehungen gehören, die er zu seinem Schutz vor Überforderung mobilisieren kann. Beide Arten von Ressourcen sind wechselseitig miteinander verbunden: Die sozialen Beziehungen eines Menschen stecken den Rahmen ab, in dem er seine psychische Konstitution lebensgeschichtlich entwickelt, umgekehrt hängt es von seiner psychischen Konstitution ab, ob und wie weit er seine sozialen Beziehungen für sich nutzen kann.

Diese Wechselwirkung ist ein Prozess subjektiver Aneignung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, weshalb er bei vergleichbaren Ausgangsbedingungen individuell höchst unterschiedliche »charakteristische« Profile des Denkens, Fühlens und Handelns hervorbringt. Ob ein Mensch die Arbeitsbedingungen an seinem Arbeitsplatz, wie sie in unserem Zusammenhang interessieren, depressiv verarbeitet oder nicht, ist somit zwar lebensgeschichtlich vorstrukturiert, aber nicht determiniert.

Dass in der multifaktoriellen Verursachung depressiver Erkrankungen dem Arbeitsleben individuell wie gesamtgesellschaftlich ein eigenes Gewicht zukommt, dürfte inzwischen unstrittig sein. Folglich ist es in psychotherapeutischer Perspektive angebracht, ihm Raum zu geben und die Selbstfürsorgepraktiken (Haubl, 2013) zu explorieren und zu reflektieren, die depressive Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (habituell) einsetzen.

Verhältnisprävention

Wechselt man in der Betrachtung von der Therapie zur Prävention, dann geht es nicht allein um die Frage nach einer gelingenden Verhaltensprävention, sondern letztlich um die Frage, wie eine Verhältnisprävention depressiver Erkrankungen gelingen kann. Nachhaltig, so steht zu vermuten, wirken nur Maßnahmen, die auf die Entwicklung einer salutogenen Gesellschaft und darin inbegriffen auf die Entwicklung von salutogenen Arbeitsbedingungen zielen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011). Dies unterstreichen auch die aktuellen kritischen Gesellschaftsdiagnosen, die Depressionen als psychopathologische Indizien ungesunder, weil inhumaner neoliberaler gesellschaftlicher Verhältnisse thematisieren (vgl. Ehrenberg, 2004; Rosa, 2005).

Diese Thematisierung setzt stets voraus, dass psychische Erkrankungen und insbesondere Depressionen etwa seit den 1980er-Jahren tatsächlich zugenommen haben. Nun darf nicht verschwiegen werden, dass methodisch begründete Zweifel formuliert worden sind, die eine solche Zunahme in Abrede stellen (Richter, Berger u. Reker, 2008). Damit ist Vorsicht gegenüber einer gesellschaftskritischen Dramatisierung einer »depressiven Gesellschaft« geboten, aber keinesfalls Entwarnung angebracht. Denn die Depressionsraten sind zweifellos so hoch, dass ein dringender Handlungsbedarf besteht, es sei denn, man hielte das Vorkommen von Depressionen für nicht beeinflussbar, weil es universal sei, weshalb man sich damit begnügen müsse, den Erkrankten das Leben zu erleichtern. Dagegen geht jede Form von Prävention davon aus, dass Möglichkeiten gefunden werden können, Depressionen zu verhindern. In Anbetracht der individuellen und gesamtgesellschaftlichen »Erkrankungslast« ist dies selbst eine salutogene Unterstellung.

Was die Verhältnisprävention in punkto Arbeitsbedingungen betrifft, so bildet die Kritik an der neoliberalen Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit einen gesellschaftsdiagnostischen Rahmen, der dazu beiträgt, diese Bedingungen nicht als Schicksal hinzunehmen. Interventionen können auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden. Forschungspolitisch wären Untersuchungen

von Nutzen, die prüfen, ob und wieweit Profit- und Non-Profit-Organisationen mit einem partizipativen Gesundheitsmanagement und einer entwickelten Anerkennungskultur als Antidepressivum wirken. Auf Seiten der Organisationen setzt dies voraus, Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen eben nicht nur als betriebswirtschaftlichen Risiko- und Kostenfaktor zu behandeln.

Literatur

- Adler, D. A., McLaughlin, T. J., Rogers, W. H., Chang, H., Lapitsky, J., Lerner, D. (2006). Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1569 – 1576.
- Apfel, T., Riecher-Rössler, A. (2005). Werden psychisch Kranke zu schnell in die Rente »abgeschoben«? *Psychiatrische Praxis*, 32 (4), 172 – 176.
- Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (2009). Fehlzzeitenreport 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Heidelberg: Springer.
- Boltanski, L., Chiapello, E. (2003). Der neue Geist des Kapitalismus. Konstanz: UVK.
- Bonde, J. P. E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 438 – 445.
- Brieger, P., Bloink, R., Rottig, S., Maneros, A. (2004). Die vorzeitige Berentung von unipolar depressiv und bipolar affektiv Erkrankten. *Psychiatrische Praxis*, 4 (3), 203 – 207.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011). Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlungen. Bonn: BMAS.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (2009). Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Doping am Arbeitsplatz. Hamburg: DAK.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (2012). DAK-Gesundheitsreport 2012. Hamburg: DAK.
- Dunkel, W., Kratzer, N., Menz, W. (2010). Permanentes Ungenügen und Veränderung in Permanenz – Belastungen durch neue Steuerungsformen. *WSI-Mitteilungen* 7.
- Ehrenberg, A. (2004). Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt a. M., New York: Campus.
- Ferketich, A. K., Schwartzbaum, J. A., Frid, D. J., Moeschberger, M. L. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and

- men in the NHANES I Study. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1261 – 1268.
- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M. C., König, H.-H. (2005). Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 32, 113 – 121.
- Gmünder Ersatzkasse (2005). *Gesundheitsreport 2005*. Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y., Siegrist, J. (2005), A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*, 5, 67 – 77.
- Haubl, R. (2012). Konsultationen in der Dienstleistungsmedizin – am Beispiel psychopharmakologischer Enhancements. In: A. Borkenhagen, E. Brähler (Hrsg.), *Die Selbstverbesserung des Menschen. Wunschmedizin und Enhancement aus medizinpsychologischer Perspektive* (S. 65 – 79). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Haubl, R. (2013). »Inseln schaffen ...« Praxis der Selbstfürsorge. In: R. Haubl, Voß, G. G., Alsdorf, N., Handrich, Ch. (Hrsg.), *Belastungsstörung mit System. Die zweite Studie zur psychosozialen Situation in deutschen Organisationen* (S. 65 – 78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Haubl, R., Fuchs, S. (2013). Schutzfaktoren einer gesundheitsbewussten Organisationskultur. In: R. Haubl, Voß, G. G., Alsdorf, N., Handrich, Ch. (Hrsg.), *Belastungsstörung mit System. Die zweite Studie zur psychosozialen Situation in deutschen Organisationen* (S. 113 – 119). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Haubl, R., Voß, G. G., Alsdorf, N., Handrich, Ch. (Hrsg.) (2013). *Belastungsstörung mit System. Die zweite Studie zur psychosozialen Situation in deutschen Organisationen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Karasek, R. A., Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kivimäki, M., Vathera, J., Elovainio, M., Virtanen, M., Siegrist, J. (2007). Effort-reward imbalance, procedural injustice as psychological predictors of health: complementary or redundant models. *Occupational and Environmental Medicine*, 64, 659 – 665.
- Kocyba, H., Voswinkel, S. (2007). *Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitsstrukturen und neue Arbeitsformen*. Arbeitspapier 150. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Krause, A., Dorsemagen, C., Peters, K. (2010). *Interessierte Selbstgefährdung: Was ist das und wie geht man damit um?* HR Today 4.
- Längle, G., Köster, M., Mayenberger, M., Günther, A. (2000). Der therapeutische Arbeitsversuch. *Psychiatrische Praxis*, 27, 176 – 182.
- Paul, K. I., Moser, K. (2009): Metaanalytische Moderatoranalysen zu den psychischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit – Ein Überblick. In: A. Holleederer (Hrsg.), *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Hand-*

- buch für Wissenschaft und Praxis (S. 39–61). Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Pikhart, H., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Topor, R., Sebakova, H., Nikitin, Y., Marmot, M. (2004). Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social Science & Medicine*, 58, 1475–1482.
- Poersch, M. (2007). Wiedereingliederungstherapie in das Erwerbsleben für depressiv/psychosomatisch kranke Erwerbstätige mit initial stabiler Erwerbsbiographie. *Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin*, 42, 228–235.
- Rau, R., Gebele, N., Morling, K., Rösler, U. (2010). Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Richter, D., Berger, K., Reker, Th. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35, 321–330.
- Richter, D., Eikelmann, B., Reker, T. (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Gesundheitswesen*, 68, 704–707.
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006). Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Gesundheitsbedingte Frühberentung. Berlin: RKI.
- Rosa, H. (2005). Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Salize, H. J., Stamm, K., Schubert, M., Bergmann, F., Härter, M., Berger, M., Gaebel, W., Schneider, F. (2004). Behandlungskosten von Patienten mit Depressionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 31, 1–10.
- Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, K., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward-imbalance at work: European comparisons. *Social Science and Medicine*, 58, 1483–1499.
- Social Exclusion Unit (2004). Mental health and social exclusion. London: Office of the Deputy Prime Minister.
- Stamm, K., Salize, H. J. (2005): Volkswirtschaftliche Konsequenzen. In: G. Stoppe, A. Bramsfeld, F. W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression – Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 109–120). Berlin: Springer.
- Statistisches Bundesamt (2006). Ausgaben Krankheitskosten und Personal 2004. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Sverke, M., Hellgren, H., Näswall, K. (2006): Arbeitsplatzunsicherheit: Überblick über den Forschungsstand. In: B. Badura, H. Schellschmidt, C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit* (S. 59–92). Berlin: Springer.

- Voß, G. G., Pongratz, H. J. (1998). Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der »Ware Arbeitskraft«? Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 50 (1), 131 – 158.
- Voß, G. G., Weiss, C. (2005). Subjektivierung von Arbeit – Subjektivierung von Arbeitskraft. In: I. Kurz-Scherf, I. Corell, S. Janczyk (Hrsg.), Arbeit: Zukunft (S. 139 – 155). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- WHO (1986). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Zugriff am 25. 05. 2012 unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.
- Wittchen, H. U., Müller, N., Schmidtkunz, B., Winter, S., Pfister, H. (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys »Psychische Störungen«. MMW Fortschritte der Medizin, 118/1, 4 – 10.
- Zok, K. (2010). Gesundheitliche Beschwerden und Belastungen am Arbeitsplatz. In: Ergebnisse aus Beschäftigtenbefragungen. Berlin: KomPart Verlag.