

Psychische Erkrankungen und die Erwerbsarbeit

Schlaglichter auf den Forschungsstand

Überforderungsphänomene durch Arbeit sind seit vielen Jahren zum viel diskutierten Thema in der öffentlichen Debatte geworden. Stichworte wie »Burn-out«, »Präsentismus«, das »erschöpfte Selbst« sind auch dann, wenn sie als medizinisch-psychologische Diagnosen von zweifelhaftem Wert sein sollten, hochbedeutsame zeitdiagnostische Marker einer gesellschaftlichen Problematik. In der Regel wird in der Debatte davon ausgegangen, dass der Arbeitswelt eine zentrale Bedeutung für soziale Integration und Anerkennung zukommt. Sinnstiftende Arbeit kann in gewissem Maße Arbeitsbelastungen kompensieren und damit auch Gesundheitsrisiken vorbeugen.

Aber zugleich gehen von der Arbeitswelt auch Krankheitsgefährdungen aus, die nicht zuletzt Arbeitsabläufe und Wertschöpfung beeinträchtigen können. Deshalb ist Gesundheit eine unverzichtbare Ressource in Unternehmen. Eine Reihe von Unternehmen implementiert Formen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, bietet ihren Mitarbeitern Angebote zur Krankheitsprävention wie auch zur Burn-out-Prophylaxe an. Auch in der gewerkschaftlichen Politik »Guter Arbeit« kommt der Frage der gesundheitsgerechten Arbeit ein zentraler Stellenwert zu, zumal Gesundheit eine Voraussetzung gesellschaftlicher und betrieblicher Partizipation ist und gesundheitsgerechtes Verhalten auf Partizipation angewiesen ist.

Die Bedeutung der Arbeit für die Entwicklung von Krankheitsprozessen besteht nicht nur in der *Verursachung* von Krankheit, sondern auch darin, dass die Bedingungen der Arbeit es *erschweren* können, *sich gesundheitsgerecht zu verhalten* und auf gesundheitliche Beeinträchtigungen und Krankheitszeichen rechtzeitig und angemessen zu reagieren. Auch Krank-

heiten, die ihre »Ursache« im privaten Bereich oder in der persönlichen Lebensgeschichte haben, sind in ihrem Verlauf und in ihrer »Therapierbarkeit« also auch von den Bedingungen der Arbeit beeinflusst.

Zwar verharren die Krankenstände seit vielen Jahren auf niedrigem Niveau. Jedoch nehmen seit längerer Zeit gerade die psychischen Erkrankungen – zumindest deren Diagnosehäufigkeit – signifikant zu. Hieraus resultieren nicht nur neue Krankheitsbilder mit neuen Therapieanforderungen und spezifischen Kostenbelastungen für die Unternehmen, die Krankenversicherungen und das Gesundheitssystem, sondern diese Entwicklung verweist auch auf neue Belastungsformen in der Arbeit. Auch wenn körperliche und stoffliche Belastungen und Gesundheitsgefährdungen nach wie vor kaum etwas von ihrer Bedeutung eingebüßt haben, stellen sich doch mit der Zunahme psychischer Belastungen und Erkrankungen neue Anforderungen an den Arbeitsschutz, da der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Erkrankung in veränderter Weise analysiert und identifiziert werden muss, als dies bei klassischen Unfallrisiken oder bei Gefährdungen durch schädliche Arbeitsstoffe möglich ist.

Über die Frage nach der Verursachung gesundheitlicher Beeinträchtigungen hinaus ist es gerade unter den Bedingungen moderner Arbeitsformen nötig, ebenso nach der Bedeutung von Arbeit im Krankheitsgeschehen allgemein zu fragen wie nach ihrem Beitrag oder Hemmnispotenzial im Gesundungsprozess. Dies gilt umso mehr dann, wenn zunehmend psychische Belastungen und psychische oder psychisch mitbedingte Krankheitsbilder in den Vordergrund treten. Denn Arbeit, Karriere und beruflicher Erfolg sind in hohem und wachsendem Maße identitätsrelevant, von ihnen sind soziale Anerkennung und Selbstwertgefühl wesentlich bestimmt. Der Arbeit kommt daher im Leben und damit auch in der Gesundheitsbiographie der Menschen eine zentrale Prägekraft zu. Um das Selbstbild als Leistungsträger nicht zu gefährden, fällt es dann schwer, sich mit Krankheiten offen auseinanderzusetzen. Das kann zur »interessierten Selbstgefährdung« (vgl. Peters 2011; Krause et al. 2012) führen.

Auch dann, wenn sie die gesundheitlichen Belastungen durch Arbeitsbedingungen und Stress erkennen, halten viele die Erwerbsarbeit jedoch für einen Bereich, dessen Zwängen sie ausgeliefert sind, besonders wenn sie um ihre Beschäftigung fürchten. Das kann dazu führen, dass sie glauben, nichts an ihren gesundheitlichen Gefährdungen und Beeinträchtigungen ändern zu können. Der Verweis auf unvermeidliche Arbeitszwänge kann

dann auch dazu führen, dass sie Erwartungen, etwa von Therapeuten oder auch Angehörigen, an die Änderung des eigenen Gesundheitsverhaltens abwehren.

Arbeit kann also nicht nur gesundheitliche Beeinträchtigungen hervorrufen, sondern auch das gesundheitsgerechte Verhalten behindern. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass in der Arbeitsgestaltung die Bedürfnisse und Fähigkeiten gesundheitlich beeinträchtigter Menschen berücksichtigt werden. Das wird besonders deutlich im Prozess der Wiedereingliederung Erkrankter in den Arbeitsprozess, in besonderer Weise bei psychischen Belastungen und Erkrankungen, für deren Überwindung bzw. Verarbeitung häufig das Zusammenwirken verschiedener Akteure im Arbeitsumfeld wichtig ist, um Stigmatisierungen psychisch Erkrankter und damit einer Verlängerung oder Reproduktion der Erkrankung entgegenzuwirken.

Wenn Arbeit gerade für den Verlauf psychischer Erkrankungen eine solch komplexe Bedeutung hat, dann ist es auch wichtig, welche Rolle ihr in den Konzepten und Theorien über Ursachen von Krankheitsentwicklungen und somit auch in der Diagnostik von Mediziner*innen, Psychologen und Therapeuten zukommt. Denn die Vorstellungen über den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit haben Folgen für die Therapie, für die Handlungsempfehlungen und die gesundheitliche Prognostik. Wichtig ist also, wie die Arbeitssituation im Heilungsprozess und in den therapeutischen Strategien einbezogen wird, wie aber auch die Erkrankten die Arbeit im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung und ihren Gesundungsmöglichkeiten wahrnehmen und deuten.

In diesem Aufsatz wird ein kurzer Einblick in vorliegende Erkenntnisse der Forschung gegeben. Dabei stehen vier Themenkomplexe im Vordergrund:

- Die Entwicklung psychischer Erkrankungen verursacht durch
- psychosoziale Belastungen in der Arbeit,
- die betriebliche Gesundheitsförderung und die Wiedereingliederung im Bereich psychischer Belastungen und Erkrankungen sowie schließlich
- die Bedeutung der »Arbeit« in der Psychotherapie.

1. Die Entwicklung psychischer Erkrankungen

Werfen wir zunächst einen Blick auf die Entwicklung der krankheitsbedingten Fehlzeiten, so sehen wir zwei unterschiedliche Trends: auf der einen Seite den langfristigen Rückgang der Fehlzeiten im Allgemeinen, auf der anderen Seite die Zunahme derjenigen Fehlzeiten, die von psychischen Erkrankungen verursacht werden.

Seit vielen Jahren ist ein langfristiger Rückgang des Krankenstandes zu beobachten. Der Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK weist einen Rückgang der Krankenstände von 5,9 Prozent im Jahre 1995 auf 4,2 Prozent im Jahre 2006 nach. Seitdem ist ein Wiederanstieg auf 5,2 Prozent im Jahre 2014 zu registrieren, ohne dass jedoch das Niveau der 1990er Jahre wieder erreicht wurde (Meyer/Böttcher/Glushanok 2015, S. 347). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind gering.

Viele Indizien sprechen dafür, dass der Rückgang der Fehlzeiten in nicht unwesentlichem Maße darauf zurückzuführen ist, dass Beschäftigte auch krank zur Arbeit gehen. 2009 sind mehr als 71 Prozent der Arbeitnehmer in Deutschland mindestens einmal krank zur Arbeit gegangen, rund 30 Prozent sogar gegen den ausdrücklichen Rat ihres Arztes. 13 Prozent haben zu ihrer Genesung extra Urlaub genommen (Steinke/Badura 2011, S. 18). Für das Jahr 2014 wird ein Anteil von 68 Prozent der Beschäftigten genannt, der in diesem Jahr mindestens einen Tag krank zur Arbeit gegangen ist, darunter 14 Prozent sogar mehr als drei Wochen (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2016).

Das Phänomen des »Präsentismus« hat nicht nur gesundheitlich bedenkliche Folgen für die betroffenen Arbeitnehmer, deren Krankheiten dadurch verschleppt und verschlimmert werden können, und für Kollegen, die unter Umständen mit Ansteckung rechnen müssen, sondern auch für die Qualität und Produktivität der Arbeit. Die Kosten für Präsentismus werden höher eingeschätzt als diejenigen, die Unternehmen durch Absentismus entstehen (vgl. Steinke/Badura 2011; Vogt/Badura/Hollmann 2010; Weiherl/Emmermacher/Kemter 2007).

Gerade bei solchen Erkrankungsformen, die nicht ganz evidenterweise die Arbeit unmöglich machen, besteht ein Spielraum für die Entscheidung, der Arbeit fernzubleiben oder zur Arbeit zu gehen (vgl. Hauß/Oppen 1985; Twardowski 1998). Hier spielen vermutete Nachteile für Arbeitsplatzsicher-

heit und Karrierechancen ebenso eine Rolle wie Termindruck, soziale Verpflichtungsgefühle gegenüber Teamkollegen oder Identifikation mit der Arbeit oder dem Projekt. Vor diesem Hintergrund kann man davon ausgehen, dass gerade neue Arbeitsformen, die durch diese Aspekte gekennzeichnet sind, den Präsentismus fördern (vgl. Kocyba/Voswinkel 2007a; 2007b).

Im Gegensatz zur Entwicklung der Fehlzeiten generell steht die Entwicklung des Krankenstandes, der von psychischen Erkrankungen verursacht wird. Zwischen 2003 und 2014 ist hier bei den Arbeitsausfalltagen ein Anstieg um 83,7 Prozent zu verzeichnen (Meyer/Böttcher/Glushanok 2015, S. 370). Allein die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von »Burn-out« (Diagnosegruppe Z73 in der ICD-10-Klassifikation) haben sich zwischen 2005 und 2014 um das Siebenfache erhöht (ebd., S. 387).

Auch wenn man dies teilweise als Effekt einer veränderten Diagnosestellung ansehen mag, so ist doch der Anstieg gleichwohl eindrucksvoll. Fehlzeiten von Frauen sind in höherem Maße auf psychische Erkrankungen zurückzuführen als diejenigen von Männern (ebd., S. 371). Die angeführten Daten haben zwar nur die Fehlzeiten der AOK-Mitglieder zur Grundlage, lassen sich aber in der Tendenz verallgemeinern, da die Studien anderer Versicherungen zwar Abweichungen im Detail, nicht aber in der Tendenz zeigen (DAK-Gesundheitsreport 2016; TKK Gesundheitsreport 2016; Barmer GEK 2015; BKK Gesundheitsreport 2015).

Psychische Erkrankungen kommen, so die vorliegenden Befunde zusammenfassend Rau et al. (2010), in jedem Alter vor, wobei sich die Spitzenwerte beider Geschlechter bei den über 55-Jährigen finden. Der größte Zuwachs betrifft die unter 30-Jährigen. Generell sind Frauen im Vergleich zu Männern deutlich mehr belastet. 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. Bezogen auf die verschiedenen Branchen tragen Arbeitnehmer im Bereich personaler Dienstleistungen, und da besonders im Gesundheits- und Sozialwesen, das größte Risiko, psychisch zu erkranken, nicht zuletzt aufgrund der zu leistenden Emotionsarbeit (vgl. Mesmer-Magnus/DeChurch/Wax 2012). Aber auch in Branchen mit traditionell niedri-

gen Krankenständen, wie etwa Banken, nehmen die Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund psychischer Erkrankungen zu.

Nun darf nicht übergangen werden, dass methodisch begründete Zweifel formuliert worden sind, die eine Zunahme psychischer Erkrankungen in Abrede stellen (vgl. Richter/Berger 2013). Damit ist Vorsicht gegenüber einer gesellschaftskritischen Dramatisierung geboten, aber keinesfalls Entwarnung angebracht. Denn die Erkrankungsraten sind zweifellos so hoch, dass ein dringender Handlungsbedarf besteht.

Mit Recht wird auch darauf verwiesen, dass die Zunahme diagnostizierter psychischer Erkrankungen die Lage nicht übertreibe, sondern nunmehr realistischer abbilde (Jacobi 2009). Außerdem erscheint es plausibel, dass es psychisch Erkrankten besonders schwerfällt, sich zu ihren Beschwerden zu verhalten und ärztlich-psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Denn sie machen sehr viel häufiger als somatisch kranke Menschen die Erfahrung, sozial ausgegrenzt und nicht mehr als leistungsfähig angesehen zu werden (vgl. Kühnlein/Mutz 2008).

Zu den Lasten einer Erkrankung gehören auch die finanziellen Kosten, die sie verursacht. Zu den direkten Kosten gehört das Geld, das für Behandlungen aufgebracht werden muss. Nach einer soliden Schätzung (vgl. Friemel et al. 2005) beliefen sich die direkten Depressionskosten in Deutschland im Jahr 2002 auf 1,6 Milliarden Euro. Indirekte Kosten fallen an, wenn eine Erkrankung zu Arbeitsunfähigkeit führt, die dann als Arbeitslosengeld oder in Form einer krankheitsbedingten Frühberentung zu Buche schlägt. Hinzu kommen Produktivitätsausfälle aufgrund einer krankheitsbedingten Leistungsminderung (vgl. Adler et al. 2006). US-amerikanischen Schätzungen zufolge sind indirekte Kosten doppelt so hoch wie direkte zu veranschlagen (vgl. Stamm/Salize 2006).

Während Depression zu den tradierten klinischen Diagnosen gehört, ist mit *Burn-out* eine Gesundheitsstörung benannt, die in aller Munde ist, der aber (noch) nicht der Status eines eigenständigen Krankheitsbildes zukommt. Diagnostische Codierungen sind nach den offiziellen Diagnosemanualen nur als (arbeitsbezogene) Neurasthenie (ICD-10: F48.0) oder als Zusatzdiagnose einer »Schwierigkeit bei der Lebensbewältigung« (Z73.0) möglich. In der Tat lässt sich Burn-out aufgrund seiner Vielfalt von Symptomen (vgl. Burisch 2010) nur schwer fassen und tendiert ständig zu einer Erweiterung. Seine Popularität rührt nicht zuletzt daher, dass der Begriff weit verbreitete, mehr oder weniger diffuse arbeitsbezogene psychische Ge-

sundheitsrisiken zum Ausdruck bringt, ohne die Stigmatisierung auszulösen, die mit einer Depressionsdiagnose verbunden ist.

Auch wenn es unbestreitbare Überschneidungen zwischen Burn-out und Depression gibt, erscheint eine Reduktion von Burn-out auf Depression als nicht gerechtfertigt (vgl. Ahola et al. 2005). Burn-out ist nicht einfach eine Depression, die durch Überforderung am Arbeitsplatz ausgelöst oder gar verursacht wird. Legt man Phasenmodelle zugrunde, so spricht allerdings einiges dafür, Burn-out zu den Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression zu zählen, wobei denkbar ist, dass sich zwischen Depressionen mit und ohne Burn-out unterscheiden lässt (vgl. Kaschka/Korczak/Broich 2011). Klarheit hierüber besteht allerdings nicht, zumal es bislang an validen differenzialdiagnostischen Verfahren fehlt, Burn-out festzustellen (vgl. Korczak/Kister/Huber 2010). Deshalb weichen dann auch die verfügbaren Präventionsschätzungen extrem weit voneinander ab.

Dieses Modell, das ursprünglich für helfende und erzieherische Berufe entwickelt wurde, geht von einem Syndrom aus, das aus drei Facetten besteht: »emotionale Erschöpfung«, »Depersonalisation« und »reduzierte persönliche Erfüllung und Leistungsfähigkeit«. Die drei Facetten bilden die theoretische Grundannahme ab, Burn-out komme dadurch zustande, dass eine bei der sozialen Arbeit auftretende emotionale Erschöpfung durch dysfunktionales Coping (z.B. Zynismus) bewältigt werde, was zu einem Sinnverlust der Arbeit und schließlich zu einer realen Minderleistung führe (vgl. Maslach/Jackson 1981).

Das Modell spiegelt (historisch) die Situation von »entflammten« Personen, die soziale Arbeit beruflich oder ehrenamtlich mit großem Idealismus betreiben und durch die Praxis tief enttäuscht werden. Inzwischen hat sich jedoch die zentrale Referenzgruppe des Modells verändert: An die Stelle der (damaligen) Idealisten sind die Leistungsträger des Neoliberalismus getreten, und Burn-out wird als eine Krankheitsfolge subjektivierter Arbeit und des Bestrebens nach Selbstoptimierung gesehen (vgl. Farber 2000, Thunman 2012), das sich historisch in eine Reihe mit der »Neurasthenie« und der »Managerkrankheit« stellen lässt (Kury 2012).

2. Psychosoziale Belastungen in der Arbeit

Die Zunahme psychischer *Erkrankungen* ist nicht mit der Zunahme psychischer *Belastungen* und *Beanspruchungen* in der Arbeit gleichzusetzen. Zum einen können psychische Erkrankungen ihre Ursachen sowohl in als auch außerhalb der Arbeit haben, wobei die Bedingungen der Arbeit allerdings verstärkend, mildernd oder moderierend wirken können. Zum anderen können psychische Belastungen in der Arbeit von den Beschäftigten so verarbeitet werden, dass hieraus keine Erkrankung resultiert, oder im Vordergrund der Erkrankung können somatische Beschwerden stehen, die zwar psychisch (mit)bedingt sein können, aber nicht als psychische Erkrankung behandelt werden. Kurzschlüsse von psychischen Belastungen zu psychischen Erkrankungen sind also zu vermeiden.

Folgt man dem arbeitswissenschaftlichen Belastungs-Beanspruchungs-Modell, so kann zwar aus Belastungen nicht unmittelbar auf Gesundheitsfolgen geschlossen werden, da anregende (z. B. Eustress) und beeinträchtigende (z. B. Distress) Beanspruchungen unterschieden werden müssen und zwischen Belastungen und Beanspruchungen die Merkmale der Person, ihre Ressourcen und ihr Gesundheitsverhalten moderieren. Gleichwohl lassen sich Profile der Gefährdung identifizieren. Oppolzer (2010) unterscheidet zwischen Risikofaktoren im Bereich der Arbeitssituation und der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsaufgabe, der Arbeitsorganisation und Arbeitszeit, der Arbeitsumgebung, der sozialen Beziehungen im Betrieb und der betrieblichen Rahmenbedingungen. Diese können sich in den psychischen Fehlbeanspruchungen von Stresszuständen, psychischer Ermüdung und ermüdungsähnlichen Zuständen, wie Monotonie und herabgesetzter Wachsamkeit, niederschlagen.

Auf Basis der Erwerbstätigenbefragungen des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) (2008) und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) bzw. der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (vgl. Beermann/Brenscheidt/Siefer 2007) sowie der Befragungen zum DGB-Index (aktuell: Institut DGB-Index Gute Arbeit 2015) kommen Lenhardt/Ertel/Morschhäuser (2010) zu dem Ergebnis, dass psychische Belastungen inzwischen im Vordergrund belastender Arbeitsbedingungen stehen.

Das betrifft vor allem die Intensität der Arbeit, Länge und Lage der Arbeitszeiten, den häufigen Wechsel und die Überkomplexität inhaltlicher

Arbeitsanforderungen. Gewachsene Handlungsspielräume und Transparenz in der Arbeit wirken sich ambivalent aus, weil sich mit ihnen Anforderungen und Eigenverantwortung, aber auch Souveränitätsspielräume in der Arbeit erhöhen, die als Gesundheitsressourcen betrachtet werden können. Etwa die Hälfte der Beschäftigten in Deutschland fühlt sich psychischer Belastung ausgesetzt, die psychisch beeinträchtigende Beanspruchung und Stress verursacht (vgl. Joiko/Schmauder/Wolff 2010, S. 15).

Nicht nur aus bestimmten Arbeitsbedingungen, sondern auch aus einem subjektiven Sinnverlust der Arbeit können sich psychische Belastungen ergeben. Wenn Beschäftigte ihre berufliche Identität infrage gestellt sehen, weil ihre Fachlichkeit von Ökonomisierungsimperativen in den Hintergrund gerückt und durch Berichtspflichten, formalisierte Kommunikations- und Beurteilungsweisen bürokratisiert wird, dann können sich hieraus erhebliche Anerkennungs- und Identitätskonflikte ergeben (vgl. Reindl 2012).

Hinzu kommen veränderte Anforderungen an die Subjektivität der Arbeitenden. Die Arbeitnehmer sind in subjektivierten Arbeitsformen an eine Eigenverantwortung gekettet, die es ihnen schwer macht, sich psychisch zu entlasten. Sie müssen die Ursachen für ihren Erfolg oder ihr Scheitern allein bei sich selbst suchen. Arbeitnehmer, die ihre Arbeit als psychisch belastend erleben, schreiben die Verantwortung für die Reduzierung dieser Belastungen häufig nicht den Unternehmen, sondern sich selbst zu (vgl. Menz/Dunkel/Kratzer 2011). Das erfahrene Ungenügen in der Realisierung individueller Selbst-Ansprüche wird zur psychischen Belastung (vgl. Ehrenberg 2004).

Dieser Subjektdisposition entsprechen moderne Formen indirekter Steuerung (vgl. Krause et al. 2012), in denen bewertet wird, ob vom Unternehmen vorgegebene, implizit erwartete oder erst im Nachhinein definierte Ziele erreicht wurden, während die Arbeitsausführung selbst der Selbstorganisation der Beschäftigten überlassen ist. Da Anforderungen und Grenzen der Arbeit hier unbestimmt bleiben, können die Beschäftigten unter dem Gefühl permanenten Ungnügens leiden und durch die Zuweisung von Eigenverantwortung für die Resultate ihrer Arbeit psychisch überfordert werden (vgl. Menz/Dunkel/Kratzer 2011; auch Rau 2010).

Wenn sich individuelle Selbst-Ansprüche mit Formen der Leistungssteuerung und veränderten Verantwortungszuschreibungen verbinden, ist es nur noch schwer möglich, arbeitsbedingte (»externe«) Verursachungs-

faktoren psychischer Beanspruchungen von individuellen (»internen«) Dispositionen zu unterscheiden. Insofern wird es noch schwieriger, zwischen verursachenden und auslösenden Erkrankungsfaktoren zu differenzieren. Hinzu kommt, dass bestimmte Arbeitsstrukturen spezifische Verhaltensweisen im Umgang mit Belastungen fördern und in einem Prozess negativer Passung Persönlichkeitsmuster mit Arbeitsstrukturen verknüpft werden, ein Phänomen, das man aus der Forschung zur Arbeitssucht kennt (vgl. Wolf/Meins 2003; Heide 2010).

Bei der Ursachenforschung psychischer Erkrankungen muss also darauf geachtet werden, die Frage nach dem Verhältnis von arbeitsplatzbezogenen und lebensgeschichtlichen Kausalfaktoren der betroffenen Arbeitnehmer nicht voreingenommen zu beantworten. Modelle werden benötigt, die das Zusammenwirken beider Faktorengruppen berücksichtigen, ohne sie wahlweise aufeinander zu reduzieren. Dementsprechend ist es auch wichtig, ein Verständnis von »Salutogenese« zu vermeiden, das die externen Krankheitsverursacher aus dem Blickfeld rückt. Zu Recht wird einem pathogenen Verständnis von Krankheiten, dem zufolge ein Zustand der Gesundheit durch externe Faktoren gestört wird und durch medizinische Maßnahmen wiederherzustellen ist, ein salutogenes Verständnis (vgl. Antonovsky 1997) entgegengestellt, das den Blick darauf richtet, was Menschen dazu befähigt, auch angesichts gesundheitlicher Risikofaktoren gesund zu bleiben.

Vorbereitet durch eine seit den 1970er Jahren intensivierte Diskussion um Prävention und die Entwicklung verschiedener Konzepte, die auf gesundheitsdienliche Personenmerkmale fokussierten, wie »Selbstwirksamkeitserwartung«, »Widerstandsfähigkeit« oder »dispositioneller Optimismus« (Bengel/Strittmatter/Willmann 2001), stellte der Paradigmenwechsel (vgl. Udris 2006) von der Patho- zur Salutogenese zweifellos einen Fortschritt dar (vgl. Thiel/Mayer 2016). Er trägt allerdings auch die Gefahr in sich, die Verantwortung für Erkrankungen den Individuen zuzuweisen.

Ein systematischer Überblick (16 Längsschnittstudien mit insgesamt mehr als 63.000 Arbeitnehmern) über arbeitsplatzbedingte Depressionsrisiken (vgl. Bonde 2008) belegt, dass überfordernde Arbeitsbedingungen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an depressiven Symptomen zu erkranken (ähnlich Mohr 2005). Rau (2005, S. 47 f.) zufolge kann allerdings eine persönlichkeitsbedingte Fehleinschätzung eigener Kontrollmöglichkeiten dazu führen, dass bestehende Verhaltens- und Kontrollspielräume nicht erkannt und nicht genutzt werden.

Verschiedene prognostische Modelle versuchen, die depressionsförderliche Wirkung von Überforderung zu erklären. Neben dem Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek/Theorell 1990) und seinen Weiterungen (vgl. Demerouti et al. 2001), das Arbeitsanforderungen und Bewältigungsressourcen (Entscheidungs- und Handlungsspielräume, soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen) ins Verhältnis setzt und in der Größe der Diskrepanz einen validen Prädiktor für Depression, Burn-out und Herz-Kreislauf-Erkrankungen nachgewiesen hat (vgl. Stansfeld/Candy 2006; De Lange et al. 2003), ist es vor allem das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (vgl. Siegrist 1996), das bislang die größte Evidenz aufzuweisen hat.

Ihm zufolge beinhalten Arbeitsverträge eine Reziprozitätsverpflichtung: Arbeitnehmer erwarten, dass sie für den Arbeitseinsatz, den sie erbringen, angemessen belohnt werden. Enttäuschte Erwartungen erleben sie als Gratifikationskrise, die zu Distress führt, was das Risiko erhöht, depressiv zu erkranken. Als Gratifikationen berücksichtigt das Modell nicht nur Lohn oder Gehalt, sondern auch berufliche Aufstiegschancen und Arbeitsplatzsicherheit sowie soziale Anerkennung (vgl. Siegrist et al. 2004).

Der aktuelle Forschungsstand zum Zusammenhang von Gratifikationskrise und Depressions- bzw. Burn-out-Risiko (zum Überblick Burisch 2010; Rösing 2003) kann sich neben anderem auf die Ergebnisse aus sechs groß angelegten epidemiologischen Untersuchungen berufen. Im Mittel verdoppelt eine Gratifikationskrise das Depressionsrisiko, wobei Größe und Dauer der Diskrepanz das Risiko steigern (vgl. Pikhart et al. 2004; Godin et al. 2005). In den untersuchten Stichproben sind es zwischen zehn und 25 Prozent der Arbeitnehmer, die sich in einer solchen Krise befinden. Aufgrund ihrer hohen Komorbidität ist das Depressionsrisiko zudem immer auch ein kardiovaskulärer Risikofaktor (vgl. Ferketich et al. 2000).

Forschungen zur genderspezifischen Betroffenheit von psychischen Belastungen und zu genderspezifischen Unterschieden im Gesundheitsverhalten kommen zu recht unterschiedlichen Ergebnissen, bei denen bisweilen auch geschlechtstypische Zuschreibungen eine Rolle zu spielen scheinen (vgl. Gümbel/Nielbock 2012). Zum einen ergeben sich unterschiedliche Betroffenheiten schon daraus, dass Männer und Frauen nach wie vor in erheblichem Maße in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern beschäftigt und damit auch verschiedenen Arbeitsanforderungen und -belastungen ausgesetzt sind. So bringen etwa schwere körperliche Arbeiten bestimmte Gesundheitsgefährdungen mit sich, die sich von den eher psychischen Belastungen

unterscheiden, die kennzeichnend für die Emotionsarbeit in interaktiven Dienstleistungsarbeiten sind, in denen Frauen überproportional beschäftigt sind.

Burchell et al. (2007) zufolge relativieren sich jedoch die Unterschiede in den Arbeitsbedingungen in vielen Bereichen, wenn man die Daten der europäischen Beschäftigtenbefragungen genauer betrachtet. Beermann/Brenscheidt/Siefer (2007), Resch (1998) und Kannengießer (2005) identifizieren spezifische, vorrangig von Frauen benannte psychische Belastungen, wie »Multitasking«, ständiges Freundlichsein und Belastungen durch fehlende Work-Family-Balance.

Über diese bekannten, zugegebenerweise klischeehaft zugespitzten Unterschiede der Belastungen und Gefährdungen in männer- und frauendominierten Beschäftigungsbereichen greift die Genderdimension psychischer Belastungen und Erkrankungen jedoch hinaus. Denn Arbeiten werden in unterschiedlicher Weise geschlechtlich gerahmt, indem sie etwa als typisch weiblich oder typisch männlich gelten. Damit verbunden gibt es geschlechtlich geprägte Vorstellungen spezifischer Kompetenzen, Anforderungen und Belastungen und differierende normative Erwartungen, welche Anforderungen als zumutbar oder als Ausweis von Leistungsfähigkeit in den jeweiligen Bereichen gelten.

Damit korrespondierend existieren geschlechtliche Rahmungen verschiedener Krankheitsformen – typische Frauen- und Männererkrankungen und spezifische Unterschiede des Gesundheitsverhaltens. Wissenschaftliche Untersuchungen unterstreichen diese Unterschiede teilweise. So weist Faltermaier (2008) darauf hin, Männer neigten zu gesundheitlich riskanteren Verhaltensweisen, während Frauen stärker motiviert seien, für ihre Gesundheit aktiv zu werden. Entsprechend werden Präventionsangebote der Krankenkassen wesentlich häufiger von Frauen wahrgenommen.

So haben im Jahr 2003 vor allem Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren solche Maßnahmen genutzt. Dagegen sind Männer am häufigsten aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems rehabilitativ behandelt worden (Rolland 2005, S. 980). Gesundheit könnte für Männer häufig weiblich konnotiert sein, das gilt besonders für psychische Belastungen und Erkrankungen, weil diese nicht einmal im Sinne eines somatischen »Maschinendiskurses« (Stöver 2010, S. 209) über den Körper thematisiert werden können.

3. Betriebliche Gesundheitsförderung und Wiedereingliederung im Bereich psychischer Belastungen und Erkrankungen

Mit dem Paradigmenwechsel von der Patho- zur Salutogenese ging eine Aufwertung der Betrieblichen Gesundheitsförderung einher. Sie erhielt einen besonderen Anstoß durch die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation 1986, in der Gesundheit nicht mehr als Abwesenheit von Krankheit definiert wurde, sondern als Zustand allgemeinen Wohlbefindens, das von den Beteiligten aktiv hergestellt werden soll. Sowohl den Individuen als auch den Betrieben wird damit die Aufgabe zugewiesen, nicht nur krankheitsverursachende Faktoren abzustellen, sondern zur Herstellung und Bewahrung von Gesundheit beizutragen.

Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement wurden in den letzten Jahren in immer mehr Unternehmen zu einer zentralen Aufgabe, die konzeptuell weiter ausgearbeitet wurde (vgl. Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung 2004; Badura et al. 2010; Lenhardt 2005; Busch/AOK Berlin 2004; Oppolzer 2010; BMAS 2011). Fragen der Prävention wurden in letzter Zeit vermehrt zum Gegenstand der Forschung, so z.B. in den BMBF-Projektverbünden »Präventiver Gesundheitsschutz in diskontinuierlichen Erwerbsverläufen« (PRAGDIS) (Klatt/Neuendorff 2010; Dill/Straus 2010) und »Partizipatives Gesundheitsmanagement« (PARGEMA) (siehe hierzu Kratzer et al. 2011).

Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention umfassen sowohl eine Verhaltens- als auch eine Verhältnisprävention. So sinnvoll auch die am individuellen Gesundheitsverhalten ansetzende Verhaltensprävention ist, so wichtig ist doch für eine nachhaltige Gesundheitsförderung die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und -anforderungen sowie der Leistungs politik (Verhältnisprävention). Zwischen beiden besteht zwar nicht notwendigerweise, aber doch insofern ein latenter Konflikt, als die Orientierung auf eine der beiden Seiten zur Vernachlässigung der anderen und zu einer entsprechenden Verantwortungszuschreibung führen kann.

Mit der Reform des Arbeitsschutzgesetzes im Jahre 1996 wurde die betriebliche Eigenverantwortung gegenüber zwingenden Regelungen aufgewertet, was zu einer Verbetrieblichung des Arbeitsschutzes geführt hat. Der Arbeitgeber ist nun zur Gefahrenermittlung am Arbeitsplatz angehalten, was sich in der für den Arbeitsschutz zentralen Institution der Gefährdungsbeurteilung nach §5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) niederschlägt.

(Vgl. zu Potenzialen und Praxisdefinitionen der Gefährdungsbeurteilung Becke 2010; Becker et al. 2011; Satzer 2011; Gümbel/Nielbock 2012; BAuA 2014.) Psychische Belastungen müssen Teil der Gefährdungsbeurteilung sein.

Um den Anforderungen des Arbeitsschutzes zu genügen, sich auf gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu beziehen, sind in neuerer Zeit allerdings beträchtliche Fortschritte in der Normung im Bereich psychischer Belastungen in der Arbeit gemacht worden (vgl. Bamberg 2002; Joiko/Schmauder/Wolff 2010). Insgesamt haben sich die Messbarkeit und Bewertbarkeit psychischer Belastungen unter der Verbreitung des Burn-out-Begriffs zu einem stark vertretenen Forschungsbereich entwickelt. Bereits 1981 erstellten Maslach/Jackson mit dem MBI (Maslach Burnout Inventory) ein Messinstrument, das bis heute in der Burn-out-Forschung verwendet wird.

Seither wurde ein Großteil der Burn-out-Forschung mittels des adaptierten MBI erhoben (vgl. Rösing 2003). Das gegenwärtig populärste Forschungsfeld im Kontext arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen versucht, Belastungsfaktoren zu identifizieren und daraus Präventivmaßnahmen abzuleiten. Pröll/Gude (2003) untersuchten gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen und erstellten »Risikoabschätzung und Gestaltungsanforderungen«. Siegrist/Dragano (2008) erfassten die psychosozialen Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben mittels standardisierter Messverfahren.

Zusammenfassend stellen sie fest, dass mit den Arbeitsstressformen eine Risikoverdoppelung für die Ausprägung der untersuchten Erkrankungen einhergeht und eine verstärkte Beachtung und Erfassung der identifizierten Risikobedingungen im Erwerbsleben, insbesondere im Rahmen der betriebsärztlichen Tätigkeit, erforderlich sind. Richter/Schatte (2009) erstellten mit »BASA II« (Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen Screening für Arbeitsplatzinhaber II) ein Screeningverfahren, das im Rahmen betrieblicher Gefährdungsbeurteilungen eingesetzt werden soll, um förderliche und beeinträchtigende Bedingungen der Arbeit zu ermitteln.

Allerdings ist nicht zu übersehen, dass mehr noch als für die Praxis der Gefährdungsbeurteilung im Allgemeinen gerade bei psychischen Belastungen Defizite zu konstatieren sind. Sie sind zum einen auf den allgemeinen »Finanzierungsvorbehalt« (Becker et al. 2011, S. 264), zum anderen aber,

wie Langhoff/Satzer (2010) betonen, auch auf die fehlende Akzeptanz und Beteiligung der Beschäftigten zurückzuführen – wobei die Identifikation von psychischen Belastungen mit psychischen Störungen eine nicht geringe Rolle spiele. Demgegenüber sei die Frage der arbeitswissenschaftlich korrekten und präzisen Messung eher zweitrangig.

Die Wiedereingliederung in die Arbeit ist die Bewährungsprobe dafür, dass psychische Erkrankungen, die mit der Arbeitssituation in Verbindung stehen, dauerhaft überwunden werden oder dass die Betroffenen doch zumindest mit ihnen einigermaßen umgehen können, auch wenn das prä-morbide subjektive Wohlbefinden und die prä-morbide Leistungsfähigkeit nicht völlig wiedererlangt werden sollten. Seit 2004 ist mit dem § 84 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) IX gesetzlich vorgeschrieben, dass der Arbeitgeber bei Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt krankgeschrieben waren, in Abstimmung mit dem Betriebsrat und der Schwerbehindertenvertretung prüfen muss, wie die Wiedereingliederung ermöglicht und eine Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses vermieden werden kann. Dieses »Betriebliche Eingliederungsmanagement« (BEM) bedarf der Einwilligung des/der Betroffenen.

Über die Umsetzung und den Erfolg des BEM gibt es bereits eine Reihe von Untersuchungen, denen zufolge nach und nach entsprechende Verfahren Verbreitung finden, auch wenn der Erfolg von Experten häufig noch zurückhaltend bewertet und insbesondere das Fehlen geeigneter Arbeitsplätze als Problem identifiziert wird (vgl. Niehaus et al. 2008; Giesert/Weßling 2012). Allerdings stellen sich bei psychischen Erkrankungen besondere Anforderungen.

In den letzten Jahren hat sich eine Diskussion um die »integrierte Versorgung« entwickelt, bei der Kooperation und Integration spezialisierter medizinischer Akteure im Mittelpunkt stehen (vgl. Kühn 2001). Die Diskussion fokussiert hier vor allem auf die bessere Vernetzung von stationären und ambulanten haus- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Leistungserbringern (vgl. Barmer GEK 2011). Durch die Einführung von DRG (Diagnosis Related Groups), die tendenziell zu einer Verkürzung und Begrenzung stationärer Leistungen führt, hat die Debatte über integrierte Versorgung eine zusätzliche Bedeutung erfahren. Im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich wird gegenwärtig das »Pauschalierende Entgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik« (PEPP) eingeführt. Durch

diese Veränderungen wird die Gefahr gesehen, dass sich verstärkt Lücken zwischen stationärer und ambulanter ärztlich-therapeutischer Versorgung auftun, die überbrückt werden müssen.

Richtet man den Blick auf den Zusammenhang von *Arbeit* und Gesundheit, so ist darüber hinaus – und aus den genannten Gründen gerade bei psychischen Erkrankungen – wichtig, dass stationäre und ambulante medizinisch-psychotherapeutische Leistungen besser mit den *betrieblichen* medizinischen und anderen Akteuren abgestimmt und vernetzt werden. Im Behandlungs- und Wiedereingliederungsprozess muss sich eine bessere Kooperation der Akteure des Gesundheitssystems untereinander, aber gerade auch mit denen des Arbeitsbereichs entwickeln (vgl. Kühnlein/Mutz 2008, S. 344). Aufbauend auf die gesetzliche Verankerung des BEM wurden verschiedene Modelle schrittweiser Reintegration, zum Beispiel das »Hamburger Modell« (§ 74 SGB V, § 28 SGB IX) entwickelt (vgl. Giraud/Lenk 2016).

Insgesamt fokussiert der Forschungsstand zur Wiedereingliederung psychisch Erkrankter und zur Bedeutung integrierter Versorgung in diesem Zusammenhang auch dann, wenn er sich mit dem Verhältnis von Gesundheitssystem und Betrieb befasst, vor allem auf die *institutionelle* Vernetzung. Befragungen zur Wirkungsweise und zum Erfolg des BEM gerade bei psychischen Erkrankungen haben bislang nur die betrieblichen Experten einbezogen, nicht aber die Erfahrungen und Bewertungen der Betroffenen selbst. Unterbelichtet ist darüber hinaus die Integration der verschiedenen Perspektiven und der kommunikativen Anschlüsse im Zusammenwirken der Akteure klinischer und ambulanter Gesundheitsversorgung mit den Akteuren der Betriebe.

4. »Arbeit« in der Psychotherapie

Es scheint zunächst nicht verwunderlich, dass kaum Daten zur Bedeutung der Erwerbsarbeit im Kontext der Psychotherapie vorliegen, erhebt Letztere doch den Anspruch, die jeweils konkrete Lebens- und Krisensituation des Patienten in den Blick zu nehmen. Dies ließe sich schwer mit Vorgaben über »Therapiethemen« vereinbaren. Im Rahmen diagnostischer Richtlinien spielt Erwerbsarbeit keine Rolle. Der Begriff »Arbeit« oder Erwerbsarbeit oder inhaltlich verwandte Begriffe kommen im ICD-10-GM

(Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Version 2013) im Bereich F Psychische und Verhaltensstörungen (F00 bis F99) so gut wie nicht vor (vgl. ICD-10, eigene Recherche).

Zudem grenzt sich Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen auch von arbeitsbezogenen Maßnahmen ab (vgl. die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Psychotherapie, KBV 2011, § 1). Die stabilisierende Bedeutung der Erwerbsarbeit für das subjektive Wohlbefinden kann ex negativo aus Befunden von Altenberichten oder Berichten über psychosoziale Folgen von Arbeitslosigkeit erschlossen werden, in denen erhebliche psychische Auswirkungen fehlender Erwerbsarbeit in der nachberuflichen Phase identifiziert werden (Mohr/Richter 2008; Bundespsychotherapeutenkammer 2010).

Untersuchungen zur Wirkung von Psychotherapie (vgl. Petzold/Märtens 2000) richten ihren Fokus nicht auf die Relevanz von Erwerbsarbeit in der Therapie. Aufmerksamkeit wird vielmehr häufig den sogenannten »Arbeitsstörungen« (vgl. Hoffmann/Hofmann 2009) gewidmet. Gemeint sind hiermit keine Störungen, die man aufgrund von Arbeit erleidet, sondern Störungen der Arbeitsfähigkeit selbst. Zur Behebung dieser Symptomatik dienen unter anderem ergo- bzw. arbeitstherapeutische Maßnahmen (vgl. Köhler/Steier-Mecklenburg 2008; Längle/Welte/Niedermeier-Bleier 1997, S. 481 ff.).

Hier wird das Feld der Erwerbsarbeit also explizit Gegenstand des therapeutischen Settings, ohne dass aber der Blick auf die Gesundheitsbelastungen durch oder im Kontext von Arbeit gerichtet wird. Verhaltenstherapeutische Ansätze zielen auf die konkreten Alltagsschwierigkeiten, ohne deren zugrunde liegende mögliche Ursachen zu befragen. Patienten sollen darin geübt werden, sich selbst nicht zu überfordern, Ziele realistischer zu vereinbaren (vgl. Hoffmann/Hofmann 2009). Der externe Kontext wird kaum zum Thema, im Zentrum der therapeutischen Maßnahmen steht der Patient mit seinen Fähigkeiten.

Psychotherapeutische Konzepte, so kann vermutet werden, tendieren dazu, die Bedeutung von Arbeit im Krankheitsgeschehen eher aus der Persönlichkeitsstruktur, der psychischen Disposition und dem Beziehungsverhalten der Individuen abzuleiten. Dann steht das Arbeitsverhalten der Betroffenen im Mittelpunkt, die Arbeit wird als Anforderung betrachtet, der sich Menschen in unterschiedlicher psychisch, charakterlich bestimmter

Weise stellen und die für sie eine je besondere Bedeutung besitzt. Arbeitsbeziehungen sind in dieser Perspektive vor allem soziale Beziehungen und können im Lichte des allgemeinen Beziehungsverhaltens analysiert werden (vgl. König 2011). Das schließt nicht aus, Arbeitsbedingungen und Beanspruchungen durch Arbeit ernst zu nehmen, doch steht der Umgang der Individuen mit ihnen im Vordergrund. Eine Verbesserung wird auf diese Weise in einer Veränderung des Umgangs mit den Arbeitsanforderungen gesehen, weniger in einer Veränderung der Arbeit selbst.

Aus psychoanalytischer Perspektive wird die Arbeit in der Perspektive von Beziehungen betrachtet (vgl. Hirsch 2000). Arbeit und die Probleme mit ihr werden dann meist unter zwei Gesichtspunkten verhandelt: Angst und Schuld (beispielsweise Schuld aus Vitalitätsbestrebungen oder Trennungsschuldgefühle). Mehrheitlich wird darauf verwiesen, dass Arbeitsstörungen, wie das Aufgeben »kurz vorm Ziel« oder auch Prüfungsängste, immer im Zusammenhang mit dem unbewussten Bestreben zu verstehen seien, einen Elternteil (ödipal beispielsweise den Vater bei einem männlichen Patienten) zu übertreffen, was Schuldgefühle auslöse. Therapeutisch wird Arbeit hier also thematisch, wenn es darum geht, die unter der Störung liegende Beziehungsdynamik aufzudecken und durch Bewusstwerdung möglichst aufzulösen.

Dabei wird aus psychoanalytischer Perspektive auch zu bedenken gegeben, dass eine hochfrequente Psychoanalyse durch die damit einhergehende zu erwartende Regression die Patienten noch arbeitsunfähiger mache, weswegen eine Kurzzeittherapie zunächst fokussiert die Arbeitsstörung angehen solle, um dann bei Besserung eine analytische Psychotherapie anzuschließen (vgl. König 1998). Die Erwerbsarbeit als solche verschwindet dann aber wieder aus dem Blick.

5. Fazit

Der Überblick über den Stand der Forschung macht deutlich, dass in den einzelnen Forschungsfeldern durchaus eine Reihe von Erkenntnissen vorliegt. Was jedoch bislang fehlte, ist eine Forschung, die die Analyse des Verhältnisses psychisch Erkrankter zu ihrer Arbeitssituation und ihre Erfahrungen mit den dort relevanten Belastungen mit einer Untersuchung der Rolle der Arbeitssituation in der Diagnose und Ursachendeutung von

Ärzten und Therapeuten sowie in der Behandlung psychischer Erkrankungen verbindet und diese für die Analyse der Wiedereingliederung psychisch Erkrankter in die Arbeit und für die Verbesserung der Beziehung von Therapie und Betrieblichem Eingliederungsmanagement fruchtbar macht. Der interdisziplinären Analyse dieser Zusammenhänge und der Probleme in der Zusammenführung dieser unterschiedlichen Perspektiven sowie der Anschlüsse an den Schnittstellen der Systeme hat sich unsere Untersuchung gewidmet.

Dabei können wir auch auf eigene Vorarbeiten zurückgreifen, denn die Mitglieder des Forscherteams beschäftigen sich mit dem Themenfeld bereits seit längerer Zeit und können daher auf Erfahrungen und Befunde aus anderen Untersuchungen zurückgreifen. In mehreren Untersuchungen, die sich mit den psychischen Folgen des Wandels der Arbeitswelt befasst haben, wurden insbesondere die Erfahrungen von Supervisoren systematisch ausgewertet (vgl. Haubl/Hausinger/Voß 2013; Haubl et al. 2013). Das Phänomen des Präsentismus stand im Fokus einer Untersuchung, die dieses Phänomen im Kontext neuer, insbesondere entgrenzter Arbeit beleuchtete und hierbei auf Ambivalenzen betrieblichen Gesundheitsmanagements hinwies (vgl. Kocyba/Voswinkel 2007a und 2007b; Voswinkel 2009; Voswinkel/Kocyba 2005). Probleme und Herausforderungen von »Selbstsorge« in entgrenzten Arbeitsformen wurden in einer qualitativen Untersuchung von Bankmitarbeitern im Vertrieb analysiert (vgl. Flick 2013a) und die Rolle der Psychotherapie in der therapeutischen Kultur professionssoziologisch untersucht (vgl. Flick 2013b).

Literatur

- Adler, David A./McLaughlin, Thomas J./Rogers, William H./Chang, Hong/Lapitsky, Leueen/Lerner, Debra (2006): Job performance deficits due to depression. In: *American Journal of Psychiatry* 163, S. 1569–1576.
- Ahola, Kirsi/Honkonen, Teija/Isometsä, Erkki/Kalimo, Raija/Nykyri, Erkki/Aromaa, Arpo/Lönnquist, Jouko (2005): The relationship between job-related burnout and depressive disorder. Results from the Finnish Health 2000 study. In: *Journal of Affective Disorders* 88, S. 55–62.
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt.

- Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Macco, Katrin (Hrsg.) (2010): Fehlzeitenreport 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren. Wohlbefinden fördern. Heidelberg: Springer.
- Bamberg, Ulrich (2002): Normung zur psychischen Belastung – aus Sicht der Arbeitnehmer. In: DIN-Mitteilungen 81, H. 8, S. 529–533.
- Barmer GEK (Hrsg.) (2011): Barmer GEK Report Krankenhaus 2011. Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen. St. Augustin: Asgard.
- Barmer GEK (2015): Gesundheitsreporte 2011 bis 2015, <https://firmenangebote.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Firmenangebote/Gesundheitsangebote-fuer-Beschaeftigte/Gesundheit-im-Unternehmen/Gesundheitsfakten/Gesundheitsreport/Gesundheitsreport-2015.html> (Abruf am 26.7.2016).
- BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (Hrsg.) (2014): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen. Berlin: Erich Schmidt.
- Becke, Guido (2010): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie. Zwischen »halbierter Modernisierung« und nachhaltiger Arbeitsqualität. In: Keupp/Dill 2010, S. 187–217.
- Becker, Karina/Brinkmann, Ulrich/Engel, Thomas/Satzer, Rolf (2011): Gefährdungsbeurteilungen als Präventionsspiralen zur Gestaltung von Arbeit. In: Kratzer et al. 2011, S. 261–285.
- Beermann, Beate/Brenscheidt, Frank/Siefer, Anke (2007): Arbeitsbedingungen in Deutschland. Belastungen, Anforderungen und Gesundheit. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Gesundheitsschutz in Zahlen 2005. Dortmund, Berlin, Dresden, S. 28–45.
- Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 6. Köln.
- Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. 2. Auflage, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- BKK-Gesundheitsreport 2015: Knieps, Franz/Pfaff, Holger (Hrsg.) (2015): Langzeiterkrankungen. Zahlen, Daten, Fakten. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales), Ausschuss für Arbeitsmedizin (2011): Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlung, Bonn.
- Bonde, Jens Peter (2008): Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of epidemiological evidence. In: Occupational and Environmental Medicine 65, S. 438–445.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2008): BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 – Ergebnisse online, <https://www.bibb.de/de/8353.php> (Abruf am 20.3.2017).
- Bundespsychotherapeutenkammer (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, http://www.bptk.de/uploads/media/2010_1124_sechster-altenbericht.pdf (Aufruf am 28.7.2016).
- Burchell, Brendan/Fagan, Colette/O'Brien, Catherine/Smith, Mark (2007): Working Conditions in the European Union: The Gender Perspective, Dublin: The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Burisch, Matthias (2010): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 4. Auflage, Berlin: Springer.
- Busch, Rolf/AOK Berlin (Hrsg.) (2004): Unternehmensziel Gesundheit. München, Mering: Hampp.
- DAK-Gesundheitsreport 2016: Marschall, Jörg/Hildebrandt, Susanne/Sydow, Hanna/Nolting, Hans-Dieter (2016): Gesundheitsreport 2016. Hamburg, https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2016_-_Wahrnehmung_Frauen_und_Maenner_anders_krank_sind-1782660.pdf (Abruf am 26.7.2016).
- De Lange, Annet H./Taris, Toon W./Kompier, Michiel A./Houtman, Irene L./Bongers, Paulien M. (2003): »The Very Best of the Millennium«: Longitudinal Research and the Demand-Control-(Support) Model. In: Journal of Occupational Health Psychology 8, H. 4, S. 282–305.
- Demerouti, Evangelia/Bakker, Arnold B./Nachreiner, Friedhelm/Schaufeli, Wilmar B. (2001): The job demands–resources model of burnout. In: Journal of Applied Psychology, 86, H. 3, S. 499–512.
- Dill, Helga/Straus, Florian (2010): Entgrenzt statt entfremdet. Arbeit ohne Ende? Ergebnisse der qualitativen retrospektiven Fallstudien im Projekt pragdis. In: Keupp/Dill 2010, S. 143–168.

- Ehrenberg, Alain (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Faltermaier, Toni (2008): Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. In: Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2007. Heidelberg 2008: Springer, S. 36–45.
- Farber, Barry A. (2000): Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. In: *Journal of Clinical Psychology* 56, S. 589–594.
- Ferketich, Amy K./Schwartzbaum, Judith A./Frid, David J./Moeschberger, Melvin L. (2000): Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I Study. In: *Archives of Internal Medicine* 160, S. 1261–1268.
- Flick, Sabine (2013a): Leben durcharbeiten. Selbstsorge in entgrenzten Arbeitsverhältnissen. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Flick, Sabine (2013b): Paradoxien der Psychotherapie. Psychotherapeut_innen und die Kultur des Therapeutischen. In: *Freie Assoziation* 16, H. 3–4, S. 111–128.
- Friemel, Susanne/Bernert, Sebastian/Angermeyer, Matthias C./König, Hans-Helmut (2005): Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 32, S. 113–121.
- Giesert, Marianne/Weßling, Adelheid (2012): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großbetrieben. Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Fallstudien. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.
- Giraud, Bernd/Lenk, Erich (2016): Stufenweise Wiedereingliederung. In: Rieger et al. 2016, S. 279–296.
- Godin, Isabelle/Kittel, France/Coppieters, Yves/Siegrist, Johannes (2005): A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. In: *BMC Public Health* 5, S. 67–77.
- Gümbel, Michael/Nielbock, Sonja (2012): Die Last der Stereotype. Geschlechterrollenbilder und psychische Belastungen im Betrieb. HBS edition 267. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Haubl, Rolf/Hausinger, Brigitte/Voß, G. Günter (Hrsg.) (2013): Riskante Arbeitswelten. Zu den Auswirkungen moderner Beschäftigungsverhältnisse auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsqualität. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Haubl, Rolf/Voß, G. Günter/Alsdorf, Nora/Handrich, Christoph (Hrsg.) (2013): Belastungsstörung mit System. Die zweite Studie zur psycho-

- sozialen Situation in deutschen Organisationen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hauß, Friedrich/Oppen, Maria (1985): Krankenstand als Ergebnis von Definitions- und Aushandlungsprozessen in Gesellschaft und Betrieb. In: Naschold, Frieder (Hrsg.): Arbeit und Politik. Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 339–365.
- Heide, Holger (2010): Ursachen und Konsequenzen von Arbeitssucht. In: Badura et al. 2010, S. 83–91.
- Hirsch, Mathias (Hrsg.) (2000): Psychoanalyse und Arbeit. Kreativität, Leistung, Arbeitsstörungen, Arbeitslosigkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hoffmann, Nicolas/Hofmann, Birgit (2009): Arbeitsstörungen. Ursachen, Therapie, Selbsthilfe, Rehabilitation. 2. Auflage, Weinheim/Basel: Beltz.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2015): DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2015. Berlin, <http://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/jahresreports/++co++bf0decf0-942a-11e5-82bf-52540023ef1a> (Abruf am 26.7.2016).
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2016): DGB-Index Gute Arbeit kompakt 2016, H. 2, <http://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/kompakt/++co++60354670-fd65-11e5-b291-52540023ef1a> (Abruf am 26.7.2016).
- Jacobi, Frank (2009): Nehmen psychische Störungen zu? In: report psychologie 34, H. 1, S. 16–28.
- Joiko, Karin/Schmauder, Martin/Wolff, Gertrud (2010): Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- Kannengießer, Ulrike C. (2005): Arbeitsschutz für Frauen. Ein Leitfaden für die Praxis. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Karasek, Robert/Theorell, Töres (1990): Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Kaschka, Wolfgang P./Korczak, Dieter/Broich, Karl (2011): Modediagnose Burnout. In: Deutsches Ärzteblatt 108, H. 46, S. 781–787.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2011): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1399) vom 17. April 2009, in Kraft getreten am 18. April 2009, zuletzt geändert am 15.10.2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger (AT 05.01.2016 B3).

- Keupp, Heiner/Dill, Helga (Hrsg.) (2010): Erschöpfende Arbeit. Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt. Bielefeld: transcript.
- Klatt, Rüdiger/Neuendorff, Hartmut (2010): Prävention in der Wissensökonomie. Eine neue Herausforderung für die Arbeitsforschung. In: Keupp/Dill 2010, S. 21–40.
- Kocyba, Hermann/Voswinkel, Stephan (2007a): Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen. Arbeitspapier 150 der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Kocyba, Hermann/Voswinkel, Stephan (2007b): Krankheitsverleugnung. Das Janusgesicht sinkender Fehlzeiten. In: WSI-Mitteilungen 60, H. 3, S. 131–137.
- Köhler, Kirsten/Steier-Mecklenburg, Friederike (Hrsg.) (2008): Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation. Stuttgart: Thieme.
- König, Karl (1998): Arbeitsstörungen und Persönlichkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- König, Karl (2011): Arbeit und Persönlichkeit. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Korczak, Dieter/Kister, Christine/Huber, Beate (2010): Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Köln: DIMDI.
- Kratzer, Nick/Dunkel, Wolfgang/Becker, Karina/Hinrichs, Stephan (Hrsg.) (2011): Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Berlin: edition sigma.
- Krause, Andreas/Dorsemagen, Cosima/Stadlinger, Jörg/Baeriswyl, Sophie (2012): Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung: Ergebnisse aus Befragungen und Fallstudien. Konsequenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2012. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 191–202.
- Kühn, Hagen (2001): Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive. WZB discussion paper P01/202. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Kühnlein, Irene/Mutz, Gerd (2008): Psychotherapie im gesellschaftlichen Wandel. In: Psychotherapeutenjournal, H. 4, S. 338–347.
- Kury, Patrick (2012): Der überforderte Mensch. Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout. Frankfurt am Main, New York: Campus.

- Länge, Gerhard/Welte, Wolfgang/Niedermeier-Bleier, Manuela (1997): Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30, H. 2, S. 479–490.
- Langhoff, Thomas/Satzer, Rolf (2010): Erfahrungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen. In: Arbeit 19, H. 4, S. 267–282.
- Lenhardt, Uwe (2005): Gesundheitsförderung, Rahmenbedingungen und Entwicklungsstand. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 28, H. 1, S. 5–17.
- Lenhardt, Uwe/Ertel, Michael/Morschhäuser, Martina (2010): Psychische Arbeitsbelastungen in Deutschland: Schwerpunkte – Trends – betriebliche Umgangsweisen. In: WSI-Mitteilungen 63, H. 7, S. 335–342.
- Maslach, Christina/Jackson, Susan E. (1981): The measurement of experienced burnout. In: Journal of Occupational Behavior 2, H. 2, S. 99–113.
- Menz, Wolfgang/Dunkel, Wolfgang/Kratzer, Nick (2011): Leistung und Leiden. Neue Steuerungsformen von Leistung und ihre Belastungswirkungen. In: Kratzer et al. 2011, S. 143–198.
- Mesmer-Magnus, Jessica R./DeChurch, Leslie A./Wax, Amy (2012): Moving emotional labor beyond surface and deep-acting: a discordance-congruence perspective. In: Journal of Occupational Psychology Review 2, H. 1, S. 6–53.
- Meyer, Markus/Böttcher, Mandy/Glushanok, Irina (2015): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2014. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (2015): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit. Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer, S. 341–400.
- Mohr, Gisela (2005): Forschungsstand und Forschungsperspektive aus arbeitspsychologischer Sicht zum Zusammenhang zwischen Erwerbsarbeit und Depressivität. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2005): Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen. Schriftenreihe der BAuA, Tagungsbericht 138. Dortmund, Berlin, Dresden, S. 58–65.
- Mohr, Gisela/Richter, Peter (2008): Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit und Intervention. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, H. 40–41, S. 25–32.
- Niehaus, Mathilde/Marfels, Britta/Vater, Gudrun E./Magin, Johannes/Werkstetter, Eveline (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement.

- Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln: Universität zu Köln.
- Oppolzer, Alfred (2010): Psychische Belastungsrisiken aus Sicht der Arbeitswissenschaft und Ansätze für die Prävention. In: Badura et al. 2010, S. 13–21.
- Peters, Klaus (2011): Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. In: Kratzer et al. 2011, S. 105–122.
- Petzold, Hilarion/Märtens, Michael (Hrsg.) (2000): Wege zu effektiven Psychotherapien, Bd. 1, Modelle, Konzepte, Settings. Wiesbaden: Leske + Budrich.
- Pikhart, Hynek/Bobak, Martin/Pajak, Andrzej/Malyutina, Sofia/Kubanova, Ruzena/Topor, Roman/Sebakova, Helena/Nikitin, Yuri/Marmot, Michael (2004): Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. In: Social Science and Medicine 58, S. 1475–1482.
- Pröll, Ulrich/Gude, Dietmar (2003): Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen: Risikoabschätzung und Gestaltungsanforderungen. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Rau, Alexandra (2010): Psychopolitik. Macht, Subjekt und Arbeit in der neoliberalen Gesellschaft. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Rau, Renate (2005): Zusammenhang zwischen Arbeit und Depression – ein Überblick. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2005, S. 38–57.
- Rau, Renate/Gebele, Niklas/Morling, Katja/Rösler, Ulrike (2010): Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Reindl, Josef (2012): Paradoxe Freiheit, gestörter Sinn. Verstehende Prävention in der modernen Arbeitswelt. Berlin: edition sigma.
- Resch, Marianne (1998): Frauen, Arbeit und Gesundheit. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern et al.: Hans Huber, S. 89–100.
- Richter, Dirk/Berger, Klaus (2013): Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. In: Psychiatrische Praxis 40, S. 176–182.

- Richter, Gabriele/Schatte, Martin (2009): Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen. Screening für Arbeitsplatzinhaber II (BASA II). Validierung, Anwenderbefragung und Software. 1. Auflage, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Rieger, Monika/Hildenbrand, Sibylle/Nessler, Thomas/Letzel, Stephan/Nowak, Dennis (Hrsg.) (2016): Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin. Landsberg: ecomed.
- RKI (Robert-Koch-Institut) (Hrsg.) (2006): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Gesundheitsbedingte Frühberentung. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Rösing, Ina (2003): Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. Heidelberg: Asanger.
- Rolland, Sebastian (2005): Vorsorge und Rehabilitation in Deutschland 2003. Wirtschaft und Statistik 9/2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Satzer, Rolf (2011): Die vorausschauende Gefährdungsbeurteilung als neues Instrument partizipativer Gestaltung von Arbeitsbedingungen. In: Kratzer et al. 2011, S. 287–304.
- Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist Johannes/Dragano, Nick (2008): Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 51, S. 305–312.
- Siegrist, Johannes/Starke, Dagmar/Chandola, Tarani/Godin, Isabelle/Marmot, Michael/Niedhammer, Isabelle/Peter, Richard (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. In: Social Science and Medicine 58, S. 1483–1499.
- Stamm, Klaus/Salize, Hans-Jörg (2006): Volkswirtschaftliche Konsequenzen. In Stoppe, Gabriela/Bramesfeld, Anke/Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.): Volkskrankheit Depression. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 109–120.
- Stansfeld, Stephen/Candy, Bridget (2006): Psychosocial work environment and mental health. A meta-analytic review. In: Scandinavian Journal of Work Environmental Health 32, S. 443–462.

- Steinke, Mika/Badura, Bernhard (2011): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Stöver, Heino (2010): Im Dienste der Männlichkeit: Die Gesundheitsverweigerer. In: Paul, Bettina/Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.): Risiko Gesundheit. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 203–211.
- Thiel, Ansgar/Mayer, Jochen (2016): Gesundheitsverständnisse. In: Rieger et al. 2016, S. 108–122.
- Thunman, Elin (2012): Burnout as a social pathology of self-realization. In: Distinktion. Scandinavian Journal of Social Theory 13, H. 1, S. 43–60.
- TKK-Gesundheitsreport 2016: Grobe, Thomas/Steinmann, Susanne: Gesundheitsreport (2016): Gesundheit zwischen Beruf und Familie. Hamburg, <https://www.tkk.de/centaurus/servlet/contentblob/855594/Datei/84957/TK-Gesundheitsreport-2016-Zwischen-Beruf-und-Familie.pdf> (Abruf am 26.7.2016).
- Twardowski, Ulita (1998): Krankschreiben oder krank zur Arbeit? Strategien im Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Arbeit. Marburg: Metropolis.
- Udris, Ivars (2006): Salutogenese in der Arbeit – ein Paradigmenwechsel? In: Wirtschaftspsychologie 8, H. 2–3, S. 4–13.
- Vogt, Joachim/Badura, Bernhard/Hollmann, Detlef (2010): Krank bei der Arbeit: Präsentismusphänomene. In: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Landmann, Julian (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2009. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 179–202.
- Voswinkel, Stephan (2009): Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen. In: Pape, Klaus (Hrsg.): Wandel der Arbeit und betriebliche Gesundheitsförderung. Hannover: Offizin, S. 49–62.
- Voswinkel, Stephan/Kocyba, Hermann (2005): Entgrenzung der Arbeit. Von der Entpersönlichung zum permanenten Selbstmanagement. In: West-End. Neue Zeitschrift für Sozialforschung 2, H. 2, S. 73–83.
- Weiherl, Philipp/Emmermacher, André/Kemter, Petra (2007): Gesundheitsmanagement, Präsentismus und Core Self-Evaluations. In: Richter, Peter G./Rau, Renate/Mühlpfordt, Susann (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit. Lengerich: Pabst, S. 305–323.
- Wolf, Sabine/Meins, Stephan (2003): Betriebliche Konsequenzen der Arbeitsucht. HBS-Arbeitspapier 72. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.