

Arbeit und psychische Krankheit

Einleitung

Das Thema dieses Beitrags „Arbeit und psychische Krankheit“ erweist sich bei näherer Betrachtung als Themenkomplex, der verschiedene Schwerpunktsetzungen ermöglicht. Jeder Schwerpunkt kann wiederum von verschiedenen Seiten beleuchtet werden. Wenn beispielsweise die Arbeitsfähigkeit von psychisch Kranken in den Fokus rückt, kann diese als Therapieziel und Maß für psychische Gesundheit gesetzt werden. Gleichzeitig kann die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aber auch als Erfüllung einer gesellschaftlichen Norm gelten, die hinterfragt werden kann. Ein noch einmal anderes Licht auf Arbeitsfähigkeit als Kriterium für psychische Gesundheit wirft die historische Einordnung, denn im Nationalsozialismus wurde dieses Kriterium zur unbarmherzigen Auslese unerwünschter Menschen missbraucht. Ein weiterer Schwerpunkt des Themenkomplexes betrifft die Frage, ob Arbeit krank macht oder gesund erhält. Behandelt wird weiters, ob die Wechselwirkungen von Arbeit und Psyche Sache des Individuums sind oder primär auf institutioneller Ebene untersucht und korrigiert werden sollten. Dabei geht es um die Frage, ob die Ursachen für eine psychische Störung primär im Individuum selbst oder in seiner Außenwelt verortet werden. Der amerikanische Psychiater und Psychoanalytiker Glen Gabbard formuliert die Antwort darauf: „It’s neither nature nor nurture - it’s always nature via nurture!“ (zitiert nach Gross 2015, S. 91). Welche Auswirkung es hat, ob entweder das eine oder das andere betont wird, wird später im Text bei der Behandlung des sogenannten „Burnout-Syndroms“ gezeigt werden. Zunächst aber soll ein Blick zurück zu Gabbards psychoanalytische Vorfahren geworfen werden, denn schon Sigmund Freud hat sich mit der psychischen Bedeutung von Arbeit auseinandergesetzt.

Sigmund Freud hatte den Fokus dabei klar auf „nature“: Er wollte ergründen, wie die Psyche des Menschen funktioniert oder nicht funktioniert und wie sie in letzterem Fall geheilt werden kann. Er zielte dabei auf Veränderungen in der Patientin ab, nicht auf Veränderungen der Gesellschaft bzw. Außenwelt. Nach einem ihm zugeschriebenen, wenn auch nicht belegten Zitat bedeutete für ihn Gesundheit, die Fähigkeit lieben und arbeiten zu können (vgl. Archiv des Freud Museums Wien). Arbeit betrachtete er dabei als Möglichkeit und wichtige Fähigkeit eines Individuums, seine Triebe zu sublimieren. Er ging davon aus, dass Menschen mit libidinösen und aggressiven Trieben ausgestattet sind, welche im Rohzustand dem menschlichen Zusammenleben nicht förderlich sind. Um eine Anpassung an die Gemeinschaft zu erreichen, müssen diese auf eine für die Betroffene mehr oder weniger gedeihliche Art abgewehrt werden. Ein Abwehrmechanismus ist Sublimierung, das heißt Umleitung der Triebe auf und in andere Betätigungsfelder - wie eben Arbeit (vgl. Freud S. 211f, Fußnote 1).

Freud hat Arbeit vor allem aus dem Blickwinkel des behandelnden Arztes betrachtet, als Kriterium für Gesundheit und als für die Gemeinschaft wichtige Triebsublimierung. Sozialpolitisch hat er kaum Stellung bezogen im Unterschied zu anderen PsychoanalytikerInnen wie etwa Wilhelm Reich, Schüler Freuds, Mitglied bei der kommunistischen Partei. Darin ist ein Spannungsfeld angedeutet, in dem sich die psychoanalytische Theorie nach wie vor befindet: Entwickelt aus der individuellen Behandlung und Selbstreflexion Einzelner wurde sie auch zur Erklärung gesellschaftlicher Phänomene herangezogen¹. Sie pendelt dadurch zwischen der Problemverortung in der je eigenen psychischen Verarbeitungsweise der Einzelnen und Gesellschaftskritik mit durchaus revolutionärem Potential, wobei letzteres auch auf individueller Ebene zu finden ist: Eine geglückte Psychoanalyse ermächtigt die AnalysandIn dazu, ihren ganz persönlichen Lebensentwurf zu leben und sich davon weder von eigenen unbewussten Hemmungen, noch von bewussten falschen Vorstellungen oder gesellschaftlichen Normen abhalten zu lassen, dabei aber

¹ Zum Beispiel von Wilhelm Reich in „Massenpsychologie des Faschismus“ von 1933 oder auch von Freud selbst in „Das Unbehagen in der Kultur“ von 1927.

eine gewisse Anpassung an die Realität aufrechtzuerhalten. Letzteres kann auch konservativ gehandhabt werden. Ein Beispiel dafür wäre, dass der Wunsch nach Selbstverwirklichung einer Frau als phallischer Anspruch gedeutet wird und nicht als legitimer „[...] Wunsch nach Aufbau und Anerkennung einer emanzipierten weiblichen Geschlechtsidentität.“ (Dejours, S. 78) Darauf näher einzugehen würde zu weit vom Thema weg führen.

Angemerkt sei, das in einem Kernstück psychoanalytischer Theorie, im Ödipuskomplex, die Lösung darin besteht, den Vater zu ermorden und sich an seine Stelle zu setzen. Alle Individuen stehen früher oder später vor der Aufgabe, sich zu trauen, die Götter (Erwachsene) zu hinterfragen, sich an ihre Stelle zu setzen (also selbst erwachsen zu werden) und nach den eigenen Anschauungen zu leben ohne dafür pauschal alle Werte der Altvorderen zu verteufeln.

Heute wie damals umweht der psychoanalytischen Methode der Ruch des bürgerlich-luxuriösen. Dabei ist die Psychoanalyse eine wirksame Heilmethode wie mittlerweile vielfach belegt ist. Bereits zu Freuds Zeiten gab es den Wunsch, diese Behandlung auch jenen zu ermöglichen, welche sich nicht leisten können, sechs Mal die Woche bei Freud auf der Couch zu liegen. Daher wurde 1922 das Wiener psychoanalytische Ambulatorium gegründet. Hier wurden in den Zwanziger Jahren des vorigen Jahrhunderts kostenfreie Erstgespräche geführt und kostenfreie oder zumindest kostenarme Psychotherapien oder Psychoanalysen vermittelt. Das Ambulatorium wurde nach dem „Anschluss“ Österreichs durch die Nationalsozialisten liquidiert und bis 1999 nicht wieder eröffnet (www.wpv.at/ambulatorium/geschichte/). Erst seit 1999 werden hier wieder wie ehemals kostenfreie Erstgespräche geführt und psychoanalytische Behandlungen an jene vermittelt, welche die dafür nötigen finanziellen Mittel nicht aufbringen können.

Exemplarisch für das soziale Engagement der frühen PsychoanalytikerInnen, soll August Aichhorn angeführt werden. Er leitete 1918 die Fürsorgeerziehungsanstalt der Stadt Wien in Oberhollabrunn für 600 verwahrloste Kinder und Jugendliche mit folgendem Grundsatz: „In der Besserungsanstalt sind der prügelnde Aufseher und die Einzelzelle mit Arrestantenkost nicht notwendig, wenn diese mit tiefenpsychologischer Einsicht geführt wird - für uns war Freuds Lehre maßgebend -: Nur dann gibt es eine wirkliche Behebung der Verwaarlofung.“ (August Aichhorn zitiert in: Aichhorn, S. 24) Nachdem das Jugendheim aufgelöst worden und Aichhorn nach Wien zurück gekehrt war, richtete er an den damals 14 Bezirksämtern Erziehungsberatungsstellen ein. Durch die Elternberatung sollten Entwicklungsstörungen möglichst früh erkannt und behandelt werden, mit der Hoffnung dadurch spätere Delinquenz und die Einweisung in Institutionen verhindert zu können. (vgl. Aichhorn, S. 26) Dabei besprach er viele Fälle mit Anna Freud, die in einem Kinderhort mit Arbeiterkindern gearbeitet hatte. Aichhorn war davon überzeugt, dass die Gesellschaft die Verantwortung für die Verwaarlofung der Kinder und Jugendlichen trägt und dass die Erziehungsberatungsstellen dem und dem Einschlagen eines kriminellen Weges vorbeugen könne. Aichhorn hatte einen konsequent humanistischen Zugang auch zu kriminell Gewordenen und betrachtete diese als „schuldlos schuldig [...] [welchen] es unabhängig zukünftiger ökonomischer Effizienz, vor allem um [ihrer] selbst willen, aber als eines gesellschaftlichen Wesens zu helfen galt.“ (Göllner, S. 18). Damit stand er in einem deutlichen Widerspruch zu den damals modernen eugenischen Überlegungen, welche später während des Nationalsozialismus zur Legitimation furchtbarer Verbrechen dienen sollten.

Psychische Krankheit und Arbeit während des Nationalsozialismus

„Einen Kranken hatten wir, er hiess mit dem Vornamen Herbert, der hat einfach nichts getan und daher konnten wir ihn auch nicht als Arbeitenden angeben. Wenn ich ihn um die Post schickte, tat er es einfach nicht. Er sass immer in der Sonne und tat nichts.“ (Schreiber 2007, S. 10)

Diese Äußerungen einer geistlichen Schwester über einen Patienten wurden nach dem Ende des Nationalsozialismus während eines Prozesses getätigt. Während des Nationalsozialismus entschieden solche Bewertungen über Leben und Tod.

Den Wert eines Menschen von seiner Arbeitsfähigkeit her zu bestimmen, tauchte bereits im 19. Jahrhundert auf. 1920 wurde in Deutschland die Schrift „Die Freigabe der Vernichtung unwerten Lebens“ publiziert,

welche die Tötung „lebensunwerten“ Lebens befürwortete, allerdings mit der Einschränkung, dass eine Tötung nicht erfolgen darf, wenn die Kranke einen Lebenswillen zeigt bzgl. glücklich ist (vgl. Klee 2014, S. 23). Diese Einschränkung wurde von den Nationalsozialisten nicht mehr getroffen. Ein Leben wurde dann als „lebensunwert“ eingeschätzt, wenn es für die Gesellschaft keinen ökonomischen Mehrwert besaß.² (vgl. Schreiber 2007) Ein deutscher Psychiater drückte das 1931 so aus: „Der Mensch im Krankenhaus, in der Irrenanstalt, im Krüppelheim, im Zuchthaus, im Altersheim kostet mehr, oft viel mehr, als der überwiegenden Mehrheit unseres Volkes in gesunden Tagen zur Verfügung steht. [...] Es wird wieder mehr gestorben werden müssen.“ (zitiert nach Klee 2014, S. 33) Ökonomische Überlegungen in ethische Beurteilungen einfließen zu lassen, erscheint dadurch hochproblematisch. Wie durchtrieben die NS-Propaganda auch bei diesem Thema war, wird offensichtlich, wenn man sich folgendes Rechenbeispiel aus einer Schule zur Zeit des Nationalsozialismus vor Augen führt: „Der jährliche Aufwand des Staates für einen Geisteskranken beträgt im Durchschnitt 766 RM; ein Tauber oder Blinder kostet 615 RM, ein Krüppel 600 RM. In geschlossenen Anstalten werden auf Staatskosten versorgt: 167.000 Geisteskranke, 8.300 Taube und Blinde, 20.600 Krüppel. Wieviel Mill. RM kosten diese Gebrechlichen jährlich? Wieviele erbgesunde Familien könnten bei 60 RM durchschnittlicher Monatsmiete für diese Summe untergebracht werden...?“ (Schreiber 2008, S. 37)

In den Zwanziger Jahren des vorigen Jahrhunderts waren Gedanken hinsichtlich lebens- oder lebensunwerten Lebens zunächst nur Hypothesen, die mit anderen Hypothesen konkurrierten. Doch, wie Horst Schreiber ausführt, diese „akademischen“ Thesen gingen mit dem totalitären Regime des Nationalsozialismus eine tödliche Allianz ein. Der Unrechtsstaat differenzierte im Übrigen nicht hinsichtlich der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit. Nicht nur psychisch Kranke, auch sogenannte „Asoziale“, sollten „ausgemerzt“ werden, im Nationalsozialismus wurden sie „moralisch Schwachsinnige“ genannt. Diese „Ausmerzungen“ erfolgte zunächst durch Eheverbote, Zwangseheaufhebungen, Kindeswegnahmen, Zwangssterilisation und Zwangsarbeit (Schreiber 2007, S. 5). Mit „moralischem Schwachsinn“ war eine „unangepasste Lebensweise und ein abweichendes Wertesystem“ gemeint, er umfasste „Schulversagen, Vorstrafen, Arbeitsplatzverlust, Wohnungslosigkeit und inkriminiertes Sexualverhalten“ (ebd.). Armut sollte ausgerottet werden, indem man die Armen ausrottet. War ein Mensch arbeits- oder kriegstauglich, war er „lebenswert“. In den „Richtlinien für die Beurteilung der Erbgesundheit“ vom Juli 1940 wurde genauer ausgeführt, welche Personen unter diese „Asoziale“ zu zählen sind. Als „Asoziale“ wurden demnach Personen bewertet, "die auf Grund einer anlagebedingten und daher nicht besserungsfähigen Geisteshaltung“ (ebd., S.6) mit Gesetzten in Konflikt geraten, „arbeitsscheu“ sind, und den eigenen und den Unterhalt der Angehörigen durch Sozialleistungen bestreiten, keinen "geordneten Haushalt zu führen noch Kinder zu brauchbaren Volksgenossen zu erziehen vermögen“, Alkoholiker oder Menschen mit „unsittliche[m] Lebenswandel“ (ebd.). Wie aus dem Zitat hervorgeht, wurde diese „Asozialität“ als biologisch-erblich bedingt verstanden. Der Umgang mit Nicht-Arbeitenden wurde auch auf einer SS-Tagung thematisiert, wo es hieß: „Bei der angespannten Lage am Arbeitsmarkt war es ein Gebot der nationalen Arbeitsdisziplin, alle Personen, die sich dem Arbeitsleben der Nation nicht einpassen wollten und als Arbeitsscheue und Asoziale dahinvegetierten und Großstädte und Landstraßen unsicher machten, auf dem Zwangswege zu erfassen und zur Arbeit anzuhalten.“ (zitiert nach Klee 2014, S. 54).

Geistig Behinderte und psychisch Kranke wurden ebenfalls verdächtigt, die „Erbgesundheit“ zu gefährden. Auch sie waren zunächst „nur“ den oben angeführten Zwangsmaßnahmen wie etwa der Zwangssterilisation unterworfen. Schließlich wurde beschlossen, sie zu töten. Hitler datierte den Erlass zur Ermordung mit Kriegsbeginn am 1.9.1939. Es ist heute kaum vorstellbar, dass ein kurzer Brief an zwei Menschen, ein Zettel Papier, tatsächlich ausgereicht hat, um so viele Menschen umzubringen, und das mit einem einzigen Satz: „Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich

² Im Umkehrschluss bedeutet das, ein Leben das der Gesellschaft ökonomischen Mehrwert bringt, ist wertvoller. Die Verwandtschaft utilitaristischer Überlegungen mit dem sozialdarwinistischen, eugenischen Denken der Zwischenkriegszeit sollte man sich bewusst halten, wenn man über „den effektiven Altruismus“ eines Peter Singer nachdenkt (vgl. Singer). Singer bestimmt im gleichnamigen Buch, dass es moralisch geboten sei, einer möglichst hoch dotierten Arbeit nachzugehen, um dadurch viel Geld für die globale Gemeinschaft spenden zu können. Dies sei moralisch besser, als etwa als SozialarbeiterIn zu arbeiten, da bei letzterem quantitativ weniger Menschen von den guten Handlungen profitieren.

zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann. Adolf Hitler“ (Klee 2014, S. 114). Dieser Satz Hitlers hat ausgereicht, die sogenannte Aktion T4 zu organisieren und durchzuführen. Die organisierte Tötung psychisch Kranker und geistig Behinderter wurde als „geheime Reichsache“ behandelt, obwohl den Akteuren offenbar bewusst war, dass sich die Ermordung zahlreicher Kranker nicht langfristig geheimhalten lassen würde. Deshalb haben sie laut Mitscherlich, dem psychoanalytischen Prozessbeobachter der Nürnberger Ärzteprozesse, immer wieder versucht, Hitler zu einer Gesetzesverkündung zu veranlassen (vgl. Mitscherlich S. 241). Außerdem wurden einige Anstrengungen unternommen, um die Morde zu verschleiern, indem die PatientInnen von A nach B verlegt und aus C eine Todesnachricht an die Angehörigen geschickt worden war. Als Todesursache wurde eine Diagnose der letzten Untersuchung der PatientInnen genannt. Diese Verschleierungsversuche deuten darauf hin, dass den handelnden Akteuren bewusst war, dass diese mörderischen Vorgänge unter der Bevölkerung nicht befürwortet werden würden (vgl. Klee 2014).

Das NS-„Euthanasie“programm erhielt den Decknamen T4, benannt nach der Tiergartenstraße 4 in Berlin, wo sich die Planungszentrale befand. Als zu vernichten galten Menschen mit folgenden Krankheitsbildern: „Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankungen, [...] erbliche Formen von Fallsucht, Chorea Huntington, Blindheit, Taubheit und schwerer körperlicher Missbildung sowie schwerem Alkoholismus [...]“ (DGPPN, S. 5) Im Rahmen dieser Aktion wurden die Heil- und Pflegeanstalten angehalten, Meldebögen auszufüllen, welche anschließend von Gutachtern bewertet wurden. Diese entschieden, welche Gemeldeten, die sie selbst noch nie gesehen hatten, von den Anstalten abgeholt und vergast werden sollten. In den Meldebögen war zwar dezidiert nach der Arbeitsleistung der Betroffenen gefragt worden, bei der Beurteilung wurde diese dennoch oft nicht berücksichtigt (vgl. Klee 2014, S. 125f). Die Anstalten fingen daraufhin selbstständig an, arbeitsfähige PatientInnen von den Listen zu streichen und durch PatientInnen, welche für sie weniger brauchbar waren zu ersetzen. Das konnten Menschen sein, die weniger oder gar nicht arbeiten konnten, es konnten aber auch schlicht ums Geld gehen, so wurde darauf geachtet, dass Selbstzahler von der Liste gestrichen wurden. Dazu noch einmal die von Schreiber zitierte geistliche Schwester: „[...] Wenn jemand kleine Arbeiten machen konnte, hat dies zur Herausnahme genügt. [...] wir urteilten nach menschlichem Ermessen. Wir brauchten die Leute zum Aufrechterhalten des Anstaltsbetriebes. Zurückbehalten sind diejenigen worden, die etwas leisten konnten [...]“ (Schreiber 2007, S.11)

Trotz der Versuche, die Aktion geheimzuhalten, wurde das Morden in der Bevölkerung bekannt, etwa weil einer Familie versehentlich zwei Urnen zugeschickt worden waren, oder weil als Todesursache „Blinddarmentzündung“ bei jemanden angeführt wurde, dem der Blinddarm schon lange entfernt worden war (vgl. Klee 2014, S. 212). Es kam zu Protesten in der Bevölkerung, unter Juristen und Geistlichen. Der Bischof von Galen in Münster warnte schließlich öffentlich im August 1941: „Wenn man den Grundsatz aufstellt und anwendet, daß (sic!) man den „unproduktiven“ Mitmenschen töten darf, dann wehe uns allen, wenn wir alt und altersschwach werden! [...]“ (zitiert nach Klee 2014, S. 256) Diese Predigt wurde weitergereicht und von britischen Fliegern als Flugblatt abgeworfen. Spätestens damit war die Geheimhaltung gescheitert. Ende August 1941 wurde zwar die Aktion T4 offiziell gestoppt, die Tötungen gingen aber weiter.

Im Rahmen der zwischen Jänner 1940 und August 1941 durchgeführten Aktion T4 wurden 70.273 Personen ermordet. Allerdings sind das nur die im Rahmen dieser Aktion getöteten Menschen, ab 1933 wurden „mehrere hunderttausend Menschen“ getötet, weil sie oben angeführte Diagnosen hatten, aber auch Altersheimbewohner, Fürsorgezöglinge, Arbeitsinvalide, durch Bombenangriffe verwirrte Zivilisten, schwerverwundete Soldaten und zuletzt auch gebrechliche Flüchtlinge (Klee 2012, S. 5).

Arbeitsfähigkeit war übrigens keine Garantie, am Leben gelassen zu werden, wie das Beispiel der 1942 verstorbenen fünfzehnjährigen Therese zeigt, über welche es im Schwesternbericht von Wien-Spiegelgrund 1941 hieß, sie sei „[...] sehr hilfsbereit den anderen Kindern gegenüber, half ihnen beim Anziehen, auch beim Essenaustragen. [...] Konnte beim Zimmerauskehren, beim Abstauben verwendet werden. [...] Man konnte ihr auch komplizierte Aufträge geben, die sie bereitwilligst (sic!) erfüllte“ (zitiert nach Klee 2014, S. 115). Nicht nur Erwachsene wurden bekanntlich im Rahmen der „Euthanasie“ getötet, sondern auch Kinder und Jugendliche. Auch hier war die zu erwartende Arbeitsfähigkeit häufig ausschlaggebend, wie Ernst Klee

schreibt: „Das einzige Kriterium, daß (sic!) Kinder nicht getötet werden, ist ihre spätere produktive Nützlichkeit. Das Todesurteil lautet in allerlei Variationen: *Keinerlei Arbeitseinsatzfähigkeit zu erwarten*. [...] Die Bildungsfähigkeit interessiert nie, wenn das Kind *arbeitsverwendungsunfähig* ist“ (Klee 2014, S. 333, Hervorhebungen im Original). Um den abstrakten Zahlen einen weiteren Namen zu geben, und die Getöteten nicht durch Anonymisierung weiter „auszulöschen“ berichtet Klee auch vom elfjährigen Johann Lippert, ebenfalls aus Wien, der dem Tagesbericht vom Spiegelgrund als „Liebling der Station“ (ebd., S. 334) gilt und stirbt, weil der „*Reichsausschußarzt* (sic!) Heinrich Gross befunden hatte, „[...] er sei dauernd nicht arbeitsverwendungsfähig“ (ebd., Hervorhebung im Original). Am Spiegelgrund ist der Tod von mindestens 789 Kindern und Jugendlichen erfasst (ebd., S. 355). Der Arzt Heinrich Gross arbeitete von November 1940 bis März 1943 in der Wiener Jugendpsychiatrie, Klee zufolge handelt es sich dabei um das zweitgrößte „Kindermordzentrum“ (ebd., S. 382). Heinrich Gross hatte zwar nach dem Krieg zunächst „Schwierigkeiten mit der Justiz“ (ebd., S. 383), war aber ab 1955 wieder an der Psychiatrie Baumgartner Höhe, wo sich die frühere Kinderfachabteilung am Spiegelgrund befunden hatte, als Psychiater tätig, ab 1957 als Chefarzt. Er wurde von der Wiener Justiz auch als Gutachter eingesetzt. Erst 1998 wurde eine gerichtliche Voruntersuchung eingeleitet, die im März 2000 zu einem Prozess führte, der am selben Tag, an dem er begonnen hatte, auch endete: Heinrich Gross legte ein Gutachten vor, dass ihm eine Altersdemenz bescheinigte. Eine Diagnose, die von ihm während des Nationalsozialismus gestellt zu seinem Tod geführt hätte, bewahrte ihn nun davor, zur Verantwortung gezogen zu werden.

Arbeit und psychische Krankheit heute - Krank durch Arbeit?

In den 76 Jahren seit Ende des Nationalsozialismus hat sich in der Psychiatrielandschaft Österreichs vieles verändert. Heute steht im Zentrum des Zusammenhanges Arbeit-Psyche einerseits die Erkenntnis, dass eine sinnstiftende Beschäftigung notwendig oder zumindest hilfreich zum Erhalt bzw. zur Stabilisierung der psychischen Gesundheit ist. Andererseits gibt es eine Vielzahl von Texten zum Themenbereich psychisch krank durch Arbeit, wobei sich die Literatur hauptsächlich mit „Burn Out“ beschäftigt und sich auf die Frage konzentriert wie die Betroffene den Weg zurück in die Leistungsgesellschaft finden kann.

Dem französischen Psychoanalytiker Christophe Dejours geht es nicht darum. In seinen „Fallstudien zur Psychopathologie der Arbeit“ beschreibt er pathogene Mechanismen in verschiedenen Arbeitszusammenhängen und wie diese das psychische Wohlbefinden der ArbeitnehmerInnen beeinflussen. Er geht davon aus, dass die Arbeit, beziehungsweise die Beziehung des Subjekts zu seiner Arbeit, Auswirkungen auf sein Seelenleben hat (vgl. Dejours, S. 17). Er macht auch darauf aufmerksam, dass dies von Professionisten kaum in dem Umfang berücksichtigt wird, wie es notwendig wäre. Das verblüfft, schließlich verbringen wir einen Großteil unseres wachen Lebens mit Arbeit. In den von ihm gesammelten Fallbeispielen wird außerdem deutlich, dass die Unterscheidung von „normal“ und „gestört“ mitunter willkürlich erscheint. Ein Beispiel von ihm mag das erhellen. Dejours schildert den Fall eines algerischen Bauarbeiters, der in seiner (französischen) Arbeitswelt solange funktioniert, bis seine Familie (Frau und Kinder) ebenfalls nach Frankreich zieht. Dejours beschreibt, wie spezifische Berufsgruppen, hier eben am Bau beschäftigte Männer, spezifische, kollektive Abwehrmechanismen entwickeln müssen, um besondere psychische Herausforderungen aushalten zu können. Um am Bau etwa mit der ständigen Gefahr durch die Höhe etc. umgehen und die Angst aushalten, beziehungsweise nicht spüren zu müssen, wird einerseits kontraphobisches Risikoverhalten an den Tag gelegt, etwa durch Nichteinhaltung der Sicherheitsvorschriften, andererseits Alkohol als angstlösende Substanz eingesetzt. Alkohol eignet sich auch deshalb so hervorragend dafür, weil die angstlösende Wirkung nicht offensichtlich ist. Dejours dazu: „Das Substrat Alkohol verfügt über alle Qualitäten eines Medikaments, das bei Aufrechterhaltung der Männlichkeit zur Bekämpfung der Angst verhilft.“ (Dejours, S. 21). Der im Fallbeispiel beschriebene Patient entwickelte zwei Jahre vor dem psychiatrischen Erstkontakt nächtliche Atemprobleme, welche zu Schlafstörungen und einem Asthmaanfall führten, der schließlich eine depressive und Angst-Symptomatik zur Folge hatte. Im psychiatrischen Gespräch zeigte sich ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und dem Nachzug seiner Familie nach Frankreich. Im weiteren Verlauf stellte sich heraus, dass der Patient die kollektiven Abwehrstrategien seiner Arbeitssituation nicht mehr aufrecht erhalten konnte. Es war ihm nicht

möglich, einerseits Sorgen um die körperliche Sicherheit am Arbeitsplatz auszublenden und gleichzeitig die Fürsorge gegenüber seinen Kindern aufrechtzuerhalten, welche die Sorge um ihre körperliche Unversehrtheit beinhaltet. Die Abwehrstrategien am Arbeitsplatz konkurrierten mit seinem Wunsch ein liebevoll-sorgender Vater und Ehemann zu sein, das ging sich für seine Psyche nicht aus, es kam zur Dekompensation. „Wir ziehen aus diesem Beispiel daher den Schluss, dass zwischen Arbeitsleben und Leben außerhalb der Arbeit eine fundamentale psychische Verbindung, dass zwischen beiden existenziellen Modalitäten eine ökonomische Einheit besteht“ (ebd., S. 35) fasst Dejours zusammen. Wie dieses Beispiel zeigen soll, endet die innerpsychische Arbeitssituation nicht einfach nach Dienstschluss. Wirft die Arbeitssituation innere Konflikte auf (der Wunsch, den Kindern ein lebendiger Vater zu sein versus dem Wunsch die eigene körperliche Verletzlichkeit auszublenden) können diese zu psychischen Beeinträchtigungen führen. Ein anderes Beispiel beschreibt eine 40 jährige Handelsangestellte, welche nach einem Vorgesetztenwechsel so massive Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen entwickelt, dass schon die Diagnose einer Alzheimer-Erkrankung im Raum steht. Erst nach Ausschluss einer körperlichen Ursache und einem therapeutischen Strategiewechsel, gerät die Arbeitssituation in den Fokus. Dabei kommt heraus, dass der Arbeitsalltag durch den neuen Vorgesetzten massiv beeinträchtigt worden war, etwa indem häufig neue Aufgaben gestellt wurden noch ehe die vorige zu Ende gebracht werden konnte, es zu willkürlichem Versetzen in andere Abteilungen kam ungeachtet des Arbeitspensums an der eigenen Abteilung, und unter KollegInnen die Solidarität abnahm. Schließlich fiel auf, dass auch andere MitarbeiterInnen häufiger der Arbeit fernblieben. Die Patientin machte eine Meldung beim Arbeitsmediziner, welcher Alarm schlug. Schließlich wurde der Vorgesetzte ausgetauscht, die Arbeitsorganisation verbesserte sich wieder und die kognitiven Störungen der Patientin sind abgeklungen (vgl. Guiho-Bailly/Lafond).

Die genannten Fallbeispiele sollen darstellen, wie komplex der Zusammenhang Arbeit-Psyche sich im Einzelnen auswirken kann. Bei der 40jährigen Frau etwa sind einige Belastungsfaktoren zusammengekommen, welche in einer Studie der Donau-Universität Krems und WIFO im Auftrag der Arbeiterkammer Wien 2011 (Biffl et. al) als allgemeine psychische Belastungsfaktoren erhoben wurden. Genannt wurden darin einerseits hohe Anforderungen an die Arbeitnehmerin wie Zeitdruck, Hektik, niedriger Gestaltungsspielraum und fehlende soziale Unterstützung und Gratifikation (vgl. Biffl et al, S. VIII). In der Studie wurde betont, dass diese psychischen Belastungsfaktoren in Österreich im Vergleich mit den anderen EU Staaten recht hoch sind und durch die ebenfalls hohen Werte an sozialem Rückhalt und Anerkennung nur teilweise kompensiert werden können. Das führt dazu, dass in Österreich „[...] arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme häufiger [...] als im EU-15-Durchschnitt“ (ebd.) auftreten. In Österreich treten Biffl et. al zufolge besonders häufig Zeitdruck und Überbeanspruchung auf. Diesen Belastungsfaktoren waren ein Drittel der unselbstständig beschäftigten Männer und ein Viertel der unselbstständig beschäftigten Frauen so stark ausgesetzt, dass ihr psychisches Wohlbefinden beeinträchtigt war. Der Leidensdruck durch diese psychischen Belastungsfaktoren nimmt mit dem Alter, im Fall von Nacht- oder Schichtarbeit und bei Frauen mit steigender Betriebsgröße zu. Sie können nicht nur zu psychischen Krankheiten wie Depressionen oder Angstzuständen führen, sondern erhöhen das Risiko für gesundheitliche Probleme insgesamt. Also auch das Risiko für beispielsweise Herz-Kreislaufkrankungen nimmt durch die genannten Stressoren zu. Andere Symptome, die im Zusammenhang mit den psychischen Belastungsfaktoren erhoben wurden, waren Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit oder Erschöpfungszustände. Betroffen sind davon hauptsächlich „Hilfsarbeitskräfte, insbesondere im Dienstleistungsbereich und im Verkauf und in der Anlagen- und Maschinenbedienung“ (ebd., S. X). Auch Personen, die nicht in Österreich geboren wurden, haben ein höheres Risiko, zu erkranken. Wancata et. al. zufolge haben ältere Personen, Personen aus einer niedrigeren sozialen Schicht und Personen mit höherem Schulabschluss ein höheres Risiko, eine psychische Erkrankung zu bekommen. Weitere Risikofaktoren sind finanzielle Sorgen und als wichtiger Einzelfaktor die langdauernde Pflege eines kranken Familienmitglieds (vgl. Wancata et. al., S. 30).

Der Begriff „psychische Krankheit“ ist sehr weit und reicht im ICD-10 Verzeichnis der WHO (vgl. Dilling/Freyberger (Hrsg.)) für psychische Krankheiten von einfachen Alpträumen bis hin zur Schizophrenie.³ Pro Jahr nehmen in Österreich 900.000 Menschen aufgrund einer psychischen Krankheit die Leistungen der Sozialversicherung in Anspruch (vgl. Sozialversicherung, online unter www.sozialversicherung.at). Betont sei, dass es sich hierbei nur um jene Betroffenen handelt, welche sich gegen ihre psychische Erkrankung behandeln ließen. Wancata et. al. zufolge beträgt die Ein-Jahres-Prävalenz für Männer 20,3%, für Frauen 25,1% (Wancata et. al., S. 159). Im Laufe eines Jahres erleiden also ein Fünftel der österreichischen Männer und ein Viertel der österreichischen Frauen eine psychische Erkrankung. Das Sozialministerium hat 2018 aufgeführt, dass unter den zehn führenden Ursachen krankheitsbedingter Behinderungen drei psychische Erkrankungen sind: Depression, Alkoholkrankheit, Demenz (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018, S. 1). Psychische Erkrankungen sind demnach in Österreich die zweithäufigste Ursache für Berufsunfähigkeitspensionen. Die genannten Zahlen wurden vor der Pandemie erhoben, sie werden nun höchstwahrscheinlich nach oben zu korrigieren sein.

In den von Dejours herausgegebenen Fallstudien wird die Problematik, welche zur psychischen Dekompensation führt, hauptsächlich in der Arbeitsumgebung, beziehungsweise in der Gesellschaft verortet. Die innere Störung kann in den Beispielen von Dejours behoben werden durch Veränderung der Umgebungsbedingungen. Auch in der AK-Broschüre „Psychische Krankmacher in der Arbeit und ihre Kosten“ (Arbeiterkammer, online unter www.arbeiterkammer.at) geht es um allgemeine psychische Belastungsfaktoren der Arbeitsumgebung. Die Störung befindet sich sozusagen in der Außenwelt der Betroffenen. Das ist natürlich legitim, insofern die Arbeiterkammer dazu da ist, die Arbeitsplatzbedingungen der ArbeitnehmerInnen auch hinsichtlich ihrer potentiell gesundheitsgefährdenden Aspekte zu beobachten und zu verbessern. Gleichzeitig wird dadurch aber auch einer gewissen Viktimisierung Vorschub geleistet: Wenn äußere, Arbeitsplatzbedingungen „Schuld“ an der psychischen Dekompensation sind, ist es nicht das „Versagen“ des Einzelnen. Betroffene müssen sich nicht mit dem eigenen Innenleben und eventuellen dysfunktionalen Mustern auseinandersetzen. Diesen Vorteil bietet scheinbar auch die „Diagnose“ Burnout, wie wir später noch sehen werden. In der AK-Studie wird zwar darauf hingewiesen, dass die „individuelle Lebenssituation und Lebenszufriedenheit [...] einen großen Einfluss auf den Gesundheitszustand, insbesondere auf den psychischen Gesundheitszustand“ (Biffel et. a., S. X) haben. Betont wird aber, dass das „subjektive Empfinden der Sinnhaftigkeit der Arbeit und der eigenen Lebensgestaltung“ (ebd.) die psychischen Belastungen aus der Arbeit nicht kompensieren können. Dejours hat aus seinen Fallbeispielen ähnlich den Schluss abgeleitet, „[...] dass zwischen Arbeitsleben und Leben außerhalb der Arbeit eine fundamentale psychische Verbindung [...] besteht“ (Dejours, S. 35).

Schon per definitionem wird diese Verbindung im Phänomen „Burnout“ postuliert. Laut der Studie „Prävalenz des Burnout-Syndroms in Österreich“ von Scheibenbogen et.al., durchgeführt für das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2017, sind 44% der Befragten im Bereich Burn-Out-Syndrom anzusiedeln, wobei diese Zahl verschiedene Stadien umfasst und bei 8% von einem manifesten Erkrankungsstadium auszugehen ist (vgl. Scheibenbogen et. al. S. 3). Erhoben wurden diese Zahlen mittels Burnout-Dimensionen-Inventar. Wancata et. al. kommt in seiner Prävalenzstudie mit einem anderen Messinstrument (Maslach Burnout Investor) zu etwas anderen Ergebnissen. Demzufolge litten 21,6% unter einem leichten Burnout und 3,4% unter einem schweren Burnout (vgl. Wancata et. al., S. 164). Übereinstimmung gab es bezüglich des Erkrankungsalters, so sind Jüngere (unter 30 bei Scheibenbogen, unter 40 bei Wancata) häufiger betroffen als Personen im mittleren Alter, bei Scheibenbogen nimmt die Häufigkeit ab dem 50. Lebensjahr wieder zu, ehe sie ab 59 Jahren wieder sinkt (Scheibenbogen et. al., S. 3). Frauen sind laut Wancata et. al. häufiger betroffen als Männer und - überraschenderweise - Menschen ohne

³ Bezüglich einer umfassenderen Kritik des Begriffs „Psychische Krankheit“ vgl. Heinz 2015. Hier soll der Begriff entsprechend seinem klinischen Gebrauch im ICD-10 verwendet werden.

Arbeit häufiger als Menschen im Arbeitsleben (vgl. Wancata et. al., S. 139)⁴. Dieser letzte Punkt wird später noch einmal aufgegriffen. Bei berufstätigen Personen wurden als Prädiktoren „häufig wechselnde Arbeitszeiten und finanzielle Sorgen“ (ebd., S. 143) erhoben, während eine Führungsaufgabe das Risiko verminderte. Das ist insofern bemerkenswert, als Burnout häufig als Krankheit der sogenannten „Leistungsträger“ und Manager inszeniert wird. Kein signifikanter Zusammenhang konnte bzgl. „Geschlecht, Alter, Jahre der Schulbildung und die wöchentliche Arbeitszeit“ (ebd.) festgestellt werden. Bei den arbeitslosen Befragten gab es keinen signifikanten Zusammenhang mit den genannten Risikofaktoren (ebd., S. 145). Heinemann und Heinemann stellen in ihrem Übersichtsartikel zu Burnout fest, dass die verschiedenen von ihnen untersuchten Studien keine Übereinstimmung bezüglich der Symptomatik des Burnout-Syndroms zeigen. Im Unterschied zu einer Depression, wo die entscheidenden Fachleute recht einig sind darüber, welche Symptome im Wesentlichen vorhanden sein müssen, um die Diagnose stellen zu können, ist diese Einigkeit beim Burnout nicht vorhanden. Insofern sei es erstaunlich, dass es so viele Studien zu Prävalenzen, Ursachen und Behandlungsstrategien gibt (vgl. Heinemann und Heinemann, S. 243) - als wäre völlig klar, dass es sich um eine eigenständige Krankheit handelt. Auch die von ihnen untersuchten Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen, was sie auf die unterschiedlichen Messinstrumente und Symptomschwerpunkte zurückführen, wie es ja auch bei den oben angeführten österreichischen Studien der Fall war. Obwohl es also eine Flut an Publikationen über Prävalenzen in verschiedenen Bevölkerungsschichten gibt (vgl. oben), sind die Diagnosekriterien den AutorInnen zufolge unklar. Es werde aber so getan, als gäbe es ein „klar abgrenzbares und abzugrenzendes Krankheitsbild“ (ebd.).

Unabhängig von den Zahlen und von den Ergebnissen dieser Studien überrascht demnach, dass hier etwas untersucht wird, das streng genommen keine psychische Krankheit mit klarer Symptomatologie ist. Burnout wird im ICD-10 Verzeichnis für psychische Krankheiten der WHO nicht als psychische Krankheit geführt, sondern wird im Anhang unter „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ genannt (vgl. Dillinger/Freyberger, S. 408). Es ist nicht geplant, Burnout in den ICD-11 Katalog aufzunehmen, so wie er auch nicht im 2013 aktualisiert veröffentlichten DSM-V⁵ geführt wird (vgl. Heinemann/Heinemann, S. 235). Heinemann und Heinemann fragen zu Recht, woher die Popularität dieses Konzepts stammt. Eine Erklärung dafür könnte in einem bemerkenswerten Paradoxon des Umgangs mit der Diagnose liegen: Burnout hängt schon per definitionem mit der Arbeit zusammen: Widrige Umgebungsbedingungen führen zu Symptomen. Obwohl also äußere Faktoren ursächlich seien, wird die Behebung der Symptome dem Individuum selbst überlassen. Wie passt das zusammen?

Der Wiener Psychiater und Psychoanalytiker Rainer Gross⁶ zitiert in seinem Buch „Angst bei der Arbeit“ eine Definition, die vor allem im Bezug auf den ersten Punkt bemerkenswert erscheint: „Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand *normaler* Individuen“ (Gross 2015, S. 83, Hervorhebung durch die Autorin). Burnout ist demnach also etwas, was nicht die Kranken und Schwachen trifft, sondern die „Normalen“. Auf diese Weise kann einerseits die Ursache für die psychische Beeinträchtigung ganz im Außen verortet werden und gleichzeitig ermöglicht die häufig selbst diagnostizierte „Krankheit“, sich von den psychisch Kranken abzugrenzen. Nicht an und in ihnen liegt es, dass sie nicht mehr können, nicht an einer persönlichen Schwäche, einem Versagen, sondern an der Leistungsgesellschaft und dem (löblichen) Versuch, dieser zu entsprechen. Sie ermöglicht es, sich von den psychisch Kranken und der Stigmatisierung, der diese häufig ausgesetzt sind, abzugrenzen. Gleichzeitig leisten sie der Stigmatisierung dadurch Vorschub, denn implizit wird damit den psychischen Krankheiten unterstellt, dass sie etwas mit (Willens-)schwäche und persönlichem Versagen zu tun hätten. Bei Burnout sei das anders. Es gibt damit „psychische Krankheiten“, die irgendwie verpönt sind und daneben „Burnout“, welches das erkrankte Abbild des gesellschaftlich Erwünschten ist. Zur Stigmatisierung kommt noch die

⁴ Der kausale Zusammenhang zwischen Arbeit und Burnout wird von Wancata dadurch diskret in Frage gestellt. (vgl. Wancata, S. 164).

⁵ Beides sind anerkannte Diagnosemanuale: Das ICD wird von der WHO herausgegeben und umfasst sämtliche Krankheiten, während das DSM-V der Amerikaner nur die psychischen Krankheiten anführt.

⁶ Nicht verwandt mit Heinrich Gross

Gefahr einer „Zwei-Klassen-Psychiatrie“ hinzu, worauf Gross hinweist: Für die „echten psychisch Kranken“ gibt es dann die Psychiatrien, wo schwere Depressionen und Schizophrenien etc. behandelt werden, während in den in den letzten Jahren zahlreich entstandenen Rehakliniken Burnout-Betroffene „auf Kur fahren“, beziehungsweise welche „[...] die „Burnout-Betroffenen“ wieder in jene Leitungsfunktionen zurückführen dürfen, deren Anforderungen ihre Symptomatik primär ausgelöst haben“ (Gross 2016, S. 256).

Hier sind wir bei einem weiteren Aspekt angelangt, der die Attraktivität des Konzepts erklären könnte: Burnout als „Krankheit der Leistungsträgerinnen“ (Heinemann/Heinemann, S. 236). Wie Neckel und Wagner schreiben, ermöglicht die Diagnose nämlich, sich selbst als übermäßig engagiert zu präsentieren, denn: „Wer ausgebrannt ist, muss zuvor für etwas gebrannt haben, was die Erkrankung vom Stigma des individuellen Versagens befreit“ (Neckel/Wagner, S. 8). Dem zufolge muss man also außergewöhnliche Leistungen erbracht haben, um Burnout bekommen zu können. Burnout-Betroffene sind also nicht nur „normal“, sondern auch noch besonders engagiert: „Ein gesundes, starkes und besonders leistungsbereites Subjekt wurde durch Über-Forderung Opfer unaufhaltbarer Arbeitsbelastung!“ (Gross 2016, S. 256)

Wie Heinemann und Heinemann nachzeichnen, kam es im Laufe der Zeit schließlich zu einer Verschiebung der Lesart. Zwar gilt Burnout weiterhin als „Preis der heutigen Leistungsgesellschaft“ (Heinemann/Heinemann, S. 248), aber nicht diese Leistungsgesellschaft wird nunmehr hinterfragt, sondern es geht darum, die Betroffene wieder fit für diese zu machen. Die Betroffene selbst ist also doch nicht ganz so stark wie sie sein sollte, aber die zahlreiche Ratgeberliteratur schafft Abhilfe und gibt Tipps, wie „der Auftrag zur Selbstoptimierung“ (ebd.) erfüllt werden kann und wie „Burnout [...] von den Betroffenen möglichst zügig, unter Einsatz optimaler Ressourcen und durch den vollen persönlichen Einsatz bearbeitet und gelöst werden“ soll (ebd.). Hier wird also wieder der Einzelnen die Verantwortung für ihr Leiden und ihre Genesung zugeschrieben „ohne bestehende Arbeits- und allgemeiner Gesellschaftsbedingungen in der neoliberalen Gesellschaft hinterfragen oder verändern zu müssen.“ (ebd.) Arbeitsfähigkeit als Therapieziel kann in diesem Kontext hinterfragt werden.

In der historischen Entwicklung des Burnout-Konzepts hat noch eine bemerkenswerte Umdeutung stattgefunden. Anfangs (Freudenbergers Erstbeschreibung ist aus dem Jahre 1974, vgl. Heinemann/Heinemann, S. 237) habe es weder die normative Abgrenzung zu den psychischen Krankheiten gegeben, noch wurde die Bürde der Veränderung den Betroffenen auferlegt. Burnout wurde ursprünglich als organisatorisches Problem gesehen, welches auf institutioneller Ebene behoben werden sollte. Freudenberger habe deshalb zunächst auch Arbeitsplatzmaßnahmen zur Prävention vorgeschlagen. Scheibenbogen et. al. führen in ihrer Prävalenzstudie von 2017 neben den individuellen Maßnahmen auch institutionelle Maßnahmen zur Prävention an. Neben allgemeineren Maßnahmen für einen sicheren Arbeitsplatz wie Reduktion von Lärm, Schmutz, Licht, werden darin arbeitszeitregulierende Maßnahmen vorgeschlagen, wobei auch der psychischen Belastung durch häufig wechselnde Arbeitszeiten Rechnung getragen wird. Außerdem sollten „Rückzugsmöglichkeiten zur Schaffung von Privatsphäre am Arbeitsplatz“ (Scheibenbogen et. al., S. 4) implementiert werden, wozu gehöre, die „Intensität und Häufigkeit der Sozialkontakte“ (ebd.) regulieren zu können. Dafür wiederum seien „die Atmosphäre am Arbeitsplatz und die vorgegebenen institutionellen Richtlinien“ (ebd.) wichtig. Weiters werden Supervisionsangebote und Teambetreuung empfohlen - eine Maßnahme, die bereits Freudenberger in seinem ersten Artikel zu Burnout gefordert hatte (vgl. Heinemann/Heinemann, S. 239). Von Seiten der Institution sollte „Zeit zum Abschalten“ gefördert werden. Die „subjektive Zufriedenheit mit der Arbeitsgratifikation bei gleichzeitiger Schulung von Führungskräften und Personalverantwortlichen hinsichtlich eines wertschätzenden Führungsstils“ (Scheibenbogen et. al., S. 5) sollte regelmäßig erhoben werden. Soweit die StudienautorInnen zu den institutionellen Maßnahmen der Burnout-Prävention. Diese Liste sollte ergänzt werden durch Maßnahmen, welche die Entstigmatisierung von psychischer Belastung und psychischer Krankheit im Fokus haben.

Die in der Studie empfohlenen „individuumszentrierten Maßnahmen“ ähneln bis zu einem gewissen Grad den oben angeführten „Selbstoptimierungsmaßnahmen“, wenn es etwa heißt, wichtig sei die „Vermittlung von Selbstmanagement und -motivation“ (ebd.). Auffallend ist, dass mehrere Empfehlungen sich auf die Förderung von Abgrenzung beziehen: Abgrenzung zu Sozialkontakten (die Studie wurde vor der Pandemie durchgeführt!) sind hier genauso angeführt, wie eine empfehlenswerte Abgrenzung zwischen Arbeit und

Freizeit. Bereits vor der Pandemie wurde diese fehlende Abgrenzung als Risikofaktor für psychische Überlastung erachtet.

Wenn nun Arbeit eine derart deutliche psychische Belastung mit sich bringen und ein Risikofaktor für psychische Krankheit bedeuten kann, könnte man naiv davon ausgehen, dass sich psychische Belastungen in Zeiten der Arbeitslosigkeit reduzieren und die Zahl der psychischen Krankheiten in Zeiten von Massenarbeitslosigkeit abnimmt. Doch das Gegenteil ist der Fall. Wie oben erwähnt, hat Wancata festgestellt, dass sogar die Prävalenz von „Burnout“ bei Erwerbslosen höher ist, als bei erwerbstätigen Personen. Ist nun aber Arbeitslosigkeit der Faktor, der psychisch krank macht, oder werden psychisch Kranke häufiger arbeitslos?

Arbeitslosigkeit als Folge von psychischer Krankheit oder psychische Krankheit als Folge von Arbeitslosigkeit?

Insgesamt ist die Gefahr, eine psychische Erkrankung zu erleiden, bei Arbeitslosen um ein Vielfaches erhöht, wie eine Reihe von Arbeiten belegen (vgl. z. B. die angeführten Arbeiten von Biffel et. al., Wancata, Paul et. al., Ahammer, Deutsches Ärzteblatt 2015b). Vor allem das Risiko von Angsterkrankungen und Depressionen ist demnach bei Arbeitslosen stark erhöht. Eine OECD-Studie hat 2015 analysiert, dass "in Österreich jeder dritte Empfänger von Krankengeld, Arbeitslosenleistungen oder Berufsunfähigkeitspensionen unter psychischen Problemen" (OECD 2015) leidet und „Menschen mit mentalen Problemen dreimal so häufig arbeitslos [sind] wie der Durchschnitt“ (ebd.). Auch das Sozialministerium führt im „Endbericht der Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts“ an erster Stelle der Hochrisikogruppen für psychische Krankheiten Langzeitarbeitslose (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg) 2014, S. 112f). Dabei wird die Frage aufgeworfen, ob das daran liegt, dass sich die Arbeitslosigkeit negativ auf die Psyche auswirkt, oder ob umgekehrt psychische Krankheit zu Arbeitslosigkeit führt. Die Kausalitätshypothese (psychisch krank durch Arbeitslosigkeit) steht damit der Selektivitätshypothese (arbeitslos wegen psychischer Krankheit) gegenüber. Der negative Effekt der Arbeitslosigkeit lasse nach Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit nach, was zwar für die Kausalitätshypothese spreche. Die AutorInnen des Endberichts halten aber fest, dass beide Hypothesen „in gegenseitiger Wechselwirkung aktiv und relevant“ (ebd., S. 114) seien. Sie führen außerdem an, dass „[...] es zwei zentrale Faktoren für Unterschiede im Erleben und Bewältigen der Erwerbslosigkeit gibt: die Dauer der Erwerbslosigkeit und die finanzielle Situation der Person“ (ebd., S. 113). Auch Wancata hat in seiner Prävalenzstudie festgestellt, dass psychische Krankheiten häufiger bei Personen in „niedrigerer Sozialschicht [und] finanziellen Sorgen“ (Wancata, S. 159) vorkommen. Während in seiner Erhebung psychische Erkrankungen jedoch auch häufiger sind „bei Personen mit höherer schulischer Ausbildung“ (ebd) kommen andere AutorInnen zum Ergebnis, dass Arbeitslose mit hoher Bildung eine bessere psychische Gesundheit aufweisen als Arbeitslose mit geringer Bildung (vgl. z.B. Paul et. al., S. 377). Ein wesentlicher Faktor bezüglich psychischer Gesundheit findet sich jedenfalls in allen drei zuletzt genannten Arbeiten: Die finanzielle Situation der Arbeitslosen. Dass eine beengte finanzielle Situation wesentlich dazu beiträgt, die körperliche und psychische Gesundheit Arbeitsloser zu verschlechtern, haben schon Jahoda et. al. 1933 in ihrer berühmten Marienthal-Studie beschrieben (vgl. Jahoda et. al.). Hier kann nachgelesen werden, welche Folge eine Kürzung der Arbeitslosenunterstützung für die Betroffenen haben kann: „Die Verschlechterung der ökonomischen Lage bringt also eine im Mittel fast errechenbare Veränderung der Stimmung mit sich. [...] Es scheint ein ganz unmittelbarer Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit zu bestehen.“ (Jahoda et. al., S. 97) Nicht die Arbeitslosigkeit per se ist es also, oder zumindest nicht die Arbeitslosigkeit als wichtigster Einzelfaktor, der die psychische Gesundheit so beeinträchtigt. Das zeigt sich auch darin, dass der „Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und eingeschränkter psychischer Gesundheit [...] in weniger entwickelten Ländern signifikant stärker ausgeprägt [war] als in hoch entwickelten Ländern“ (Paul et. al., S. 378). Ein Parameter, der Rückschlüsse darauf zulässt, wie es um die psychische Gesundheit der Bevölkerung bestellt ist, ist die Suizidrate eines Landes, denn ein Suizid ist wohl einer der gravierendsten Folgen einer psychischen Erkrankung.

Wieviele (erkannte) Suizide in einem Land pro Jahr stattfinden, wird regelmäßig erhoben. Das ermöglicht einen Vergleich über die Zeit und verschiedene Länder. Die Suizidrate korreliert dabei mit der Arbeitslosigkeit insofern sie in Zeiten wirtschaftlicher Not ansteigt (vgl. z.B. Deutsches Ärzteblatt 2015a). Dies wird auch im österreichischen Suizidbericht von 2014 festgestellt, wo der Anstieg der Suizidalität kausal auf psychische Krankheiten durch steigende Arbeitslosigkeit und parallel dazu auf laufende Einsparungen im Gesundheitssystem zurück geführt wird (vgl. Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2014). Im selben Jahr hat eine im British Journal of Psychiatry veröffentlichte Untersuchung herausgefunden, dass nach der Finanzkrise die Suizidrate in Ländern wie Griechenland, wo sie traditionell niedrig ist, massiv angestiegen ist, während das in Ländern wie Schweden oder auch Österreich nicht der Fall war (vgl. Cambridge University Press). Dies wird mit der gleichbleibenden sozialen Unterstützung und Abfederung in den letztgenannten Ländern erklärt. Suizide seien dem Suizidbericht 2014 zufolge meist auf eine depressive Erkrankung zurück zu führen, wobei es dann unerheblich sei, ob diese „durch Arbeitsplatzverlust, soziale Vereinsamung, finanzielle Engpässe oder andere psychosozialen Krisen ausgelöst werden.“ (Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2014, S. 20) - sie sollten auf „gesellschaftlicher Ebene durch gesundheitspolitische Gegenmaßnahmen abgemildert werden“ (ebd.). Auch das Deutsche Ärzteblatt widmete sich diesem Thema. Zusätzlich zu den bereits genannten Zusammenhängen wurde hier erwähnt, dass die Suizidrate anstieg, bevor die Arbeitslosenrate anstieg, nämlich um ca. sechs Monate. Das wird darauf zurückgeführt, dass die Arbeitsmarktsituation bereits vorweggenommen wurde und zu vermehrten Sorgen und Unsicherheiten geführt hatte (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2015a). Die AutorInnen der genannten Arbeiten sind einhellig der Ansicht, dass die psychische Gesundheit in Ländern mit funktionierender und hinreichender Arbeitslosenunterstützung vergleichsweise gut bleibt. „Investitionen in dieses System scheinen demnach einen wertvollen präventiven Effekt zu haben“ (Paul et. al., S. 379). Das sollte berücksichtigt werden, wenn man darüber nachdenkt, das Arbeitslosengeld zu kürzen.

Bevor es aber zu zum äußersten Mittel der Verzweiflung im Suizid kommt, weisen Arbeitslose häufig Symptome auf, die beachtet und behandelt werden können und sollten. Depressionen und Angsterkrankungen wurden bereits als häufige Erkrankungen genannt. Arbeitslose weisen auch ein geringeres Selbstwertgefühl und eine größere Unzufriedenheit mit dem Leben insgesamt auf als Erwerbstätige. Paul et. al. fanden heraus, dass sowohl jüngere ArbeitnehmerInnen als auch ältere Arbeitslose kurz vor der Pensionierung stärkere Stresssymptome aufweisen als Arbeitslose mittleren Alters (vgl. Paul et. al. S. 378).

Es gibt also einen klaren Zusammenhang zwischen dem psychischen Befinden und der wirtschaftlichen Lage der Betroffenen. In den meisten Arbeiten wird aber auch hervorgehoben, dass nicht nur die finanzielle Einschränkung die psychische Gesundheit von Arbeitslosen gefährdet. Ein wichtiger Faktor ist etwa die fehlende Tagesstruktur, welche vielfach als problematisch angesehen wird. Bemerkenswerterweise wurde die Strukturlosigkeit des Tages bereits von Jahoda et. al. 1933 thematisiert. Ein anderer Befund dieser frühen SozialforscherInnen findet sich ebenfalls in den Ergebnissen von Paul et. al. wieder: Sie stellten fest, dass das psychische Wohlbefinden jener Arbeitslosen am meisten beeinträchtigt ist, die übermäßig motiviert sind (Paul et. al., S. 379). Jahoda et. al. nennt diese Arbeitslosen „Absturzexistenzen“ und halten fest dass „[d]ieser Absturz [...] gewöhnlich dann eintritt, wenn Ehrgeiz und große Ansprüche früher das Leben des Betroffenen beherrscht haben“ (Jahoda et. al., S. 108).

In den angeführten Schriften wird übereinstimmend betont, dass es für das psychische Wohl wichtig sei, einer Tätigkeit nachzugehen. Arbeit stabilisiert, ermöglicht Sozialkontakte, Selbstverwirklichung und stützt das Selbstbewusstsein (vgl. Bühring). Außerdem ist Arbeit wichtig für unsere Identitätsbildung (vgl. Gross 2015, S. 195). „Arbeit schützt und stützt die Psyche“ heißt es knapp formuliert im „Lösungspapier“ von pro mente (pro mente, S.8). Aber gilt das uneingeschränkt? Spielt es keine Rolle dabei, welcher Art die Arbeit ist, Hauptsache Arbeit? Der deutsche Arbeitspsychologe Karsten Paul betont in einem Interview der Wochenschrift "Die Zeit", dass es nicht so ist. Ihm zufolge findet sich kein Unterschied hinsichtlich des psychischen Befindens zwischen Arbeitslosen und im Beruf unzufriedenen Erwerbstätigen und schließt daraus: „Nicht jede Art von Erwerbsarbeit fühlt sich also besser an, als keine Arbeit zu haben.“ (Paul 2021). Wann kann Arbeit zur „Quelle von Lust und Sublimierung“ (Grenier-Peze, S. 103) werden? Reicht es dazu,

dass die von Biffel et. al. erhobenen psychischen Belastungsfaktoren nicht vorhanden sind, nämlich Stress, Zeit- und Leistungsdruck, geringer Handlungsspielraum und niedrige Entlohnung (vgl. Biffel et. al., S. 2)? Ist ein guter Arbeitsplatz gekennzeichnet durch die Abwesenheit von negativen Faktoren oder gibt es auch positive Aspekte, die einen solchen ausmachen? Die Arbeitslosen von Marienthal haben den Eindruck vermittelt, jede Arbeit annehmen zu wollen, was sicherlich der wirtschaftlichen Not geschuldet war. Wenn man also unattraktive Stellen mit unattraktiver Entlohnung vermitteln möchte, macht es Sinn, die Arbeitslosenunterstützung zu kürzen. Freilich besteht dann die Gefahr, dass die Betroffenen bereits vor Antritt der neuen Stelle resignieren, depressiv werden und daher gar keine Ressourcen mehr haben, um eine neue Stelle suchen und antreten zu können. In der sozialpsychiatrischen Zeitschrift „Brückenschlag“ kommen Betroffene selbst zu Wort und versuchen, ihrem Verhältnis zur Arbeit auf die Spur zu kommen. Dieses ist so individuell wie die Menschen selbst. Hier sollen einige Auszüge beispielhaft wiedergegeben werden. Claus Pawelka schreibt: „Diese Versuche, mir das Arbeiten beizubringen [in den Arbeitstherapien, Anm. d. Autorin] kamen mir alle äußerst lächerlich vor; jedenfalls als nicht geeignet, mich in die Gesellschaft wieder einzugliedern; all diese Rehabilitationsmaßnahmen erschienen mir manchmal wie eine Karikatur dessen, was Arbeit, Arbeitsleben für die bedeutete, die am Leben teilnahmen. [...] Was Lust am Arbeiten ist, ich kenne es nur aus der Literatur, und möchte ein Beispiel nennen, Tolstoi, „Anna Karenina“: wie der jungverheiratete [sic!] Lewin in einer Reihe mit seinen Bauern, der Sense in der Hand, tagelang Heu mäht, die Heuernte einbringt“ (S. 34f). Karin Rohner: „Heute weiß ich, nicht die Arbeit selbst macht einen Menschen krank, sondern seine Art, sie zu betrachten. [...] Dann wird mir klar, wieviel Spaß es macht, eine Arbeit bewußt und ohne Erfolgsdruck auszuführen“ (S. 39). Anna-Maria Pawlowna: „Was Arbeit sein kann, und was sie einem bedeuten kann, das wurde mir erst in den letzten Jahren klar - in der Arbeitstherapie: Arbeit als Halt und Stütze im Leben, als Erfüllung der körperlichen und geistigen Kräfte, Arbeit als Freude am wohlverdienten Feierabend! [...] meine Versöhnung mit der Gesellschaft [...]: Arbeiten sowohl für mich selbst - als auch für andere!“ (S. 51)

Marianne Resch hat in ihrem Text „Was ist gute Arbeit?“ im „Handbuch Arbeit“ einige Punkte formuliert, die jedenfalls gegeben sein müssen, damit man von „guter Arbeit“ sprechen kann. Teilweise ist es das Positiv der schon genannten Belastungsfaktoren. So sollten die ArbeitnehmerInnen einen möglichst hohen Entscheidungsspielraum bei der Erledigung der Arbeit haben. Da für das psychische Wohlbefinden soziale Interaktionen wichtig sind, sollte die Arbeit es ihnen ermöglichen, mit anderen Menschen zu kooperieren und zu kommunizieren. Ein wichtiger Punkt, der noch nicht genannt worden ist, betrifft das Leben außerhalb der Arbeit. So sollte die Erwerbsarbeit Resch zufolge vereinbar mit anderen Tätigkeiten sein. Die Arbeit sollte ausreichend inneren und äußeren Spielraum lassen, um etwa Hobbys, Haushalt und Beziehungen pflegen zu können. Als letztes Kriterium führt sie an, dass die Arbeit „schädigungslos und beeinträchtigungsfrei“ (Resch, S. 57) sein sollte. Damit meint sie, dass es beispielsweise nicht zu viele Hindernisse vor der Erledigung der eigentlichen Aufgabe geben sollte.

Nun ist so eine gute Arbeit, welche die arbeitenden Menschen fordert und fördert, wie die Autorin schreibt, sicherlich nicht leicht zu finden. Vor allem für psychisch kranke Menschen ist der Wiedereinstieg in den Beruf nach einer Krankheitsperiode oft nicht bloß erschwert, sondern unmöglich. Besonders auffällig ist das bei an Schizophrenie Erkrankten. Nur 10-20% der Menschen mit einer Schizophrenie sind am ersten Arbeitsmarkt⁷ tätig (vgl. z.B. Gühne et. al.) - im österreichischen Schizophreniebericht ist von 14% die Rede (vgl. Rittmannsberger/Wancata). Dabei ist es gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sinnvoll und hilfreich, aus der in der Psyche und im Außen herrschenden Strukturlosigkeit in eine Regelmäßigkeit zu finden. Leo Navratil, Psychiater und „Entdecker“ der Gugginger Künstler, beschreibt das im Brückenschlag folgendermaßen: „Der Mensch hat grundsätzlich die Möglichkeit, in seinem Inneren zu verweilen oder in der Außenwelt etwas zu tun. Bei der Behandlung schizophrener Menschen, die zur Introversion und zum Autismus neigen, ist es üblich, ihre extratensiven Möglichkeiten zu wecken, zu fördern und zu unterstützen. Man erfand die Arbeits-, die Beschäftigungs- und die Gruppentherapie. Und man sah

⁷ Mit dem ersten Arbeitsmarkt wird der reguläre Arbeitsmarkt in der freien Wirtschaft im Unterschied zum geschützten Arbeitsmarkt mit Werkstätten, Tagesstruktur etc. bezeichnet.

einen Erfolg darin, wenn es dem schizophrenen Menschen gelingt, etwas aus seinem Inneren zu *externalisieren*.“ (Navratil, S. 172) und weiter: „Die Arbeit verbindet den Menschen mit den materiellen Verhältnissen der Außenwelt; sie verbindet ihn auch mit anderen Menschen. Arbeit ist gemeinschaftsbildend.“ (ebd. S. 174)

Betroffene wünschen sich meistens, wieder am ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Besonders augenfällig ist das gerade auch bei jungen Betroffenen. Eine Schizophrenie manifestiert sich häufig während der Adoleszenz bei Männern, bei Frauen tritt sie etwas später auf. Zu einem Zeitpunkt, da es eigentlich um die Entwicklung der eigenen autonomen Lebensführung geht, müssen diese jungen Menschen erfahren, dass sie eine schwere psychische Erkrankung haben. Die Krankheit bricht noch dazu häufig vor Abschluss einer Ausbildung aus, was den Einstieg in das Erwerbsleben zusätzlich erschwert. Die Gefahr ist groß, dass zum Stigma „psychisch krank“ das Stigma „arm“ dazukommt, psychisch Kranke erleben häufig einen sozialen Abstieg. Mittlerweile ist bekannt, dass gerade bei der schwer betroffenen Personengruppe eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess möglichst rasch und langfristig betreut erfolgen sollte (vgl. den Endbericht des Sozialministeriums 2014). Im Schizophreniebericht wird bereits 2008 der übliche „first train then place“ Ansatz dem moderneren und wohl auch erfolgsversprechenderen „first place then train“ gegenübergestellt (vgl. S. 174). Bei ersterem nehmen die Betroffenen an verschiedenen Schulungen hinsichtlich sozialer Kompetenz oder Bewerbungen teil und arbeiten in einem geschützten Bereich wie einem Arbeitstrainingszentrum, ehe eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt - meist erfolglos - versucht wird. Bei einer Nachuntersuchung eines Arbeitstrainingszentrums in Oberösterreich konnten 23% wieder am ersten Arbeitsmarkt Fuß fassen, bei 38% führte das Training direkt in die Pension (vgl. ebd., S. 175). Bei der anderen Methode, dem „first place then train“ wird mittels Arbeitsassistenz versucht, die Betroffenen ohne Umwege wieder am ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Dieser auch als „Supported Employment“ (Becker/Stengler, S. 51) bezeichnete Ansatz bringt doppelt so viele Menschen in Arbeit wie herkömmliche Rehabilitationsmethoden, die Unterstützung sollte dabei zeitlich unbefristet sein. Psychisch kranke Menschen, die mit dieser Methode in den Arbeitsmarkt integriert werden, bleiben außerdem länger in der freien Wirtschaft tätig, verdienen dort mehr, brauchen seltener eine (teil-)stationäre Behandlung und haben eine höhere Lebensqualität (vgl. Jäckel/Hoffmann., S. 60).

In Österreich wird die individuelle Betreuung mittels Arbeitsassistenz ermöglicht. Der NEBA⁸-Richtlinie zufolge - das ist die Richtlinie für die im „Netzwerk berufliche Assistenz“ (NEBA) gebündelten Arbeitsassistenz-Anbieter, sollte die Arbeitsassistenz zeitlich befristet erfolgen. In Oberösterreich haben Stefanie Breinlinger und Angela Wegscheider vom Institut für Gesellschaft- und Sozialpolitik Linz 2016 die Situation analysiert und kommen zum Ergebnis, dass obwohl das Land Oberösterreich beauftragt hatte, Maßnahmen umzusetzen, um Betroffene im ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, primär in den traditionellen geschützten Arbeitsbereichen investiert wurde, während „keine neuen Unterstützungsmaßnahmen im Sinne von Supported Employment, d.h. betreute Arbeitsverhältnisse in Betrieben des ersten Arbeitsmarktes geschaffen“ (Breinlinger/Wegscheider, S. 12) wurden. Die Psychiaterin Karin Gutierrez-Lobos hat heuer im Frühjahr in einem Kommentar im „Standard“ auf diese Methode hingewiesen (vgl. Gutierrez-Lobos) und obwohl bereits der Schizophreniebericht von 2008 auf die Wirksamkeit von „first place then train“ hingewiesen hatte, mangelt es vielerorts an der Umsetzung wie Breinlinger/Wegscheider herausgearbeitet haben. Für Deutschland hat die psychiatrische Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) heuer im Mai den Ausbau und die Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland gefordert (DGPPN 2021).

Trotz vieler Bemühungen ist eine Integration in den ersten Arbeitsplatz nicht immer möglich. Dann gibt es erwerbsorientierte Werkstätten, Arbeitstrainingszentren oder niederschwellige Tagesstruktur-Angebote. Ein Beispiel für erstere ist REiNTEGRA, welche vom bereits mehrmals zitierten „Endbericht der 2.

⁸ Die hier verwendete Abkürzung steht für: „Richtlinie NEBA-Angebote des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zur Durchführung der Angebote des „Netzwerks Berufliche Assistenz“ - Jugendcoaching, Produktionsschule, Berufsausbildungsassistenz, Arbeitsassistenz und Jobcoaching“ (online unter www.sozialministerium.at)

Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts“ „als erfahrene Einrichtung in Fragen der beruflichen und sozialen Integration von psychisch Erkrankten in Wien“ gilt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2014, S. 142). Hier können nach eigenen Angaben Menschen mit psychischen Erkrankungen „im Rahmen einer erwerbsorientierten Tagesstruktur eine sinnvolle Beschäftigung [...] und auf diese Weise Wertschätzung und Anerkennung“ (online unter www.reintegra.at) finden. Diese Rehabilitationsangebote können Betroffenen helfen, stabil zu bleiben und sich als sinnhaft tätig zu erleben, dabei wird auch mit der Wirtschaft kooperiert wie z.B. der Firma isi⁹. Eine andere Firma ist die Firma Electroplast GmbH, zu der es im Endbericht heißt: „Die Electroplast GmbH in Wien-Simmering ist Produzentin von elektrotechnischen Produkten und Spritzgussteilen [...] Electroplast könnte nach eigenen Angaben viele Produkte ohne Hilfe von REiNTEGRA in Österreich nicht mehr zur wettbewerbsfähigen Preisen herstellen“ (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2014, S. 143). Diese Anmerkung lässt das soziale Engagement der kooperierenden Firmen in einem ambivalenten Licht erscheinen. Einerseits könnte die Frage gestellt werden, ob die sinnvolle Rehabilitation psychisch Kranker zur Etablierung eines durch den Sozialfonds finanzierten Niedriglohnssektors missbraucht wird, in dem die Arbeitenden mit einer „Leistungsanerkennung abgespeist werden. Andererseits ist es wie oben ausgeführt hilfreich und stabilisierend für psychisch Kranke in einer geschützten Arbeitsumgebung erwerbsorientiert tätig zu sein, weswegen es wünschenswert ist, dass Firmen kooperieren.

Der Beitrag sollte zeigen, dass die einzelnen Facetten des Themenkomplexes „Arbeit und psychische Krankheit“ in Betrachtung und Beurteilung doppeldeutig sind. Sie sind mit wenigen Ausnahmen uneindeutig. Eine dieser Ausnahmen soll hier besonders betont werden: Arbeitslosigkeit macht psychisch krank, und zwar vor allem und in stärkerem Ausmaß, wenn sie mit finanziellen Nöten einhergeht. Im schlimmsten Fall kann sie sogar tödlich sein, wie die Suizidstatistiken zeigen. Da sich dies global und über die Zeit beobachten lässt, würde hier eine Reduktion auf individuelle innerpsychische Faktoren zu kurz greifen und die Gesellschaft zu Unrecht aus der Verantwortung entlassen.

Literaturverzeichnis:

- Ahammer, A. (2020): Arbeitslosigkeit macht krank. (online unter: <https://www.derstandard.at/story/2000118224715/arbeitslosigkeit-macht-krank>, 23. Juni 2020, zuletzt am 30.08.2021)
- Aichhorn Th. (Hrsg) (2014): August Aichhorn. Pionier der Psychoanalytischen Sozialarbeit, Wien: Erhard Löcher GesmbH
- Arbeiterkammer: Psychische Krankmacher in der Arbeit und was sie kosten. (online unter: https://www.arbeiterkammer.at/beratung/ArbeitundGesundheit/psychischebelastungen/Psychische_Krankmacher.html, zuletzt am 18.07.2021)
- Archiv des Freud Museums Wien (online unter: <https://archiv.freud-museum.at/de/simgund-und-anna-freud/zitate.html>, zuletzt am 18.09.2021)
- Becker, T., Stengler, K. (2015): Bedeutung von Arbeit für psychisch erkrankte Menschen, in: Stock J. und Blöße I. (Hrsg.): Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, Köln: Psychiatrie Verlag
- Biffel, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, T., Mayrhuber, C., Rückert, E. (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Endbericht der Donau Universität Krems (DUK) - Department für Migration und Globalisierung in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) im Auftrag der Arbeiterkammer Wien (online unter www.arbeiterkammer.at, zuletzt am 18.07.2021)

⁹ z. B. die „isi“-Patronen für Schlagobersbereiter

- Breinlinger, S., Wegscheider, A. (2016): In Arbeit kommen und bleiben [Geschützte Arbeit und unterstützte Beschäftigung in vergleichender Perspektive], online unter www.sozialplattform.at, zuletzt am 17.09.2021)
- Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst (1995): Arbeit! Was ist unser Arbeitslos? Band 11, Paranus Verlag Die Brücke Neumünster
- Bühning, P. (2014): Arbeit für Psychisch Kranke. Ungenutzte Potenziale, in: Deutsches Ärzteblatt Jg. 111, Heft 4, 24. Januar 2014
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018): Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit, 3. Auflage, Fassung vom 31. 07. 2018 (online unter www.sozialministerium.at, zuletzt am 18.07.2021)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg) (2014): Psychische Erkrankungen und Invalidität. Endbericht der 2. Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts September 2012 bis Juni 2013, in: Sozialpolitische Studienreihe Band 16, Wien: Verlag des ÖGB GmbH
- Cambridge University Press: Economic suicides in the great recession in Europe and North America, online publiziert am 02. Jänner 2018 (online unter: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/economic-suicides-in-the-great-recession-in-europe-and-north-america/DF85FA16DFB256F4DC7937FAEA156F8B>, zuletzt am 15.09.2021)
- Dejours, Ch. (Hrsg) (2012): Psychopathologien der Arbeit. Klinische Fallstudien, in: Psychodynamik der Arbeitswelt, Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel Verlag GmbH
- DGPPN: Psychiatrie im Nationalsozialismus: Gedenken und Verantwortung, online unter www.dgppn.de/schwerpunkte/psychiatrie-im-nationalsozialismus-html, zuletzt am 19.08.21
- (2021): Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland. Positionspapier vom 25.05.2021, online unter www.dgppn.de, zuletzt am 17.09.2021
- Deutsches Ärzteblatt (2015a): Arbeitslosigkeit und die Sorge darum erhöhen das Suizidrisiko (online unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61772/Arbeitslosigkeit-und-die-Sorge-darum-erhoehen-Suizidrisiko>, zuletzt am 10.09.2021)
- Deutsches Ärzteblatt (2015b): Psychisch schwer Kranke sind häufig vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen (online unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/64130/Psychisch-schwer-Kranke-sind-haeufig-vom-Arbeitsmarkt-ausgeschlossen>, zuletzt am 10.09.2021)
- Dilling H., Freyberger H.J. (Hrsg.) (2011): Weltgesundheitsorganisation: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 vs. DSMIV-TR, Bern: Verlag Hans Huber
- Freud, S. (2009): Das Unbehagen in der Kultur, in: Studienausgabe Band IX, Fragen der Gesellschaft, Ursprünge der Religion, S. Fischer Verlag GmbH: Frankfurt am Main, S. 193-270
- Göllner, R. (2003): Psychoanalytische-pädagogische Praxis ohne Ideologie vom „Schädling“, in Luzifer-Amor, 16(31): 8-36
- Grenier-Peze, M. (2012): Mobbing am Arbeitsplatz als körperlicher Zwang, in: Dejours 2012, S. 99-118
- Gross, R. (2015): Angst bei der Arbeit, Angst um die Arbeit. Psychische Belastungen im Berufsleben, Bern: Verlag Hans Huber
- (2016): „Ihre Klagen sind Anklagen...“ in: Mixa et. al (Hrsg.): Unwohlgefühle. Eine Kulturanalyse gegenwärtiger Befindlichkeiten, Bielefeld: transcript Verlag
- Gühne, U., Riedel-Heller, S. G., Kupka, P. (2020): Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken - ein Überblick (online unter: www.iab-forum-de/wie-sich-psychische-erkrankungen-auf-die-teilhabe-am-arbeitsmarkt-auswirken-ein-ueberblick/, zuletzt am 19.07.2021)
- Guiho-Bailly M-P, Lafond P. (2012): „Herr Doktor, Alzheimer in meinem Alter, gibt es das?“ Eine rätselhafte Veränderung der kognitiven Funktionen bei einer 40-jährigen Patientin, in: Dejours 2012
- Gutierrez-Lobos, K. (2021): Der Teufelskreis von psychischen Erkrankungen und Arbeitslosigkeit. (online unter www.derstandard.at vom 09. Juni 2021)
- Heinemann, L., Heinemann, T. (2016): Burnout. Zur gesellschaftlichen Konstruktion einer umstrittenen Diagnose, in: Mixa et. al.
- Heinz, A. (2015): Der Begriff der psychischen Krankheit, Berlin: Suhrkamp Verlag

- Jäckel, D., Hoffmann, H. (2015): Was bringt und hält psychisch erkrankte Menschen in Arbeit? Inklusion durch Supported Employment, in: Stock J. und Blöße I. (Hrsg.): Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, Köln: Psychiatrie Verlag
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F., Zeisel, H. (2020): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch, Berlin: Suhrkamp Verlag
- Klee, E. (2012): Was sie taten - Was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord, Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag
(2014): „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Mitscherlich A., Mielke F. (2017): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH
- Mixa, E., Pritz S., M., Tumeltshammer M., Greco M. (Hrsg.) (2016): Unwohlgefühle. Eine Kulturanalyse gegenwärtiger Befindlichkeiten, Bielefeld: transcript Verlag
- Navratil, L. (1995): Künstlerische Arbeit als Therapie, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Literatur, Kunst (1995): Arbeit! Was ist unser Arbeitslos?, Band 11, Paranus Verlag Die Brücke Neumünster
- Neckel, S., Wagner, G (Hrsg.) (2013): Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft. Berlin: Suhrkamp Verlag
- OECD (2015): OECD-Bericht zur Beschäftigung von Menschen mit psychischen Problemen fordert mehr Einsatz (online unter: <https://www.oecd.org/berlin/presse/oesterreich-oecd-bericht-zur-beschaeftigung-von-menschen-mit-psychischen-problemen-fordert-mehr-einsatz.htm>, zuletzt am 21.08.2021)
- Paul, K., Zechmann, A., Moser, K. (2016): Psychische Folgen von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit, in: WSI Mitteilungen 5/2016, 373-380
- Paul, K. (2021): Arbeitslose leiden oft unter Angstgefühlen“ Interview von Fabian Müller, (online unter https://www.zeit.de/arbeit/2021-01/psychische-gesundheit-arbeitslosigkeit-depressionen-karsten-paul-jobsuche-familie?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F, zuletzt am 21.08.2021)
- pro mente (2019): Lösungspapier zur psychischen Gesundheit und Zukunft der Sozialpsychiatrie in Österreich an die künftige Bundesregierung (Langfassung) (05.12.2019) (online unter <https://www.pmooe.at/archiv/05-12-2019-1%C3%B6sungspapier-zur-psychischen-gesundheit-und-die-zukunft-der-sozialpsychiatrie/>, zuletzt am 21.07.2021)
- Resch, M (2015): Was ist gute Arbeit? in: Stock J. und Blöße I. (Hrsg.): Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, Köln: Psychiatrie Verlag
- Rittmannsberger, H., Wancata J (2009): Österreichischer Schizophreniebericht 2008, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit (online unter www.sozialministerium.at, zuletzt am 15.09.2021)
- Scheibenbogen, O., Andorfer, U., Kuderer, M., Musalek, M.: „Zusammenfassung der Studie: Prävalenz des Burnout-Syndroms in Österreich. Verlaufsformen und relevante Präventions- und Behandlungsstrategien. Ein Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK), online unter www.sozialministerium.at, zuletzt am 15.09.2021)
- Schreiber, H. (2007): Der Wert des Menschen im Nationalsozialismus, online unter www.horstschreiber.at/txt/der-wert-des-menschen-im-nationalsozialismus/, zuletzt am 19.08.2021
(2008): Todesurteil: Unproduktiv. Zur Ermordung psychisch kranker und behinderter Menschen in Tirol, online unter www.gaismair-gesellschaft.at/texte/nationalsozialismus/, zuletzt am 19.08.2021
- Singer, P. (2016): Effektiver Altruismus. Eine Anleitung zum ethischen Leben, Suhrkamp Verlag: Berlin Sozialversicherung: (online unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844616&portal=svportal>, zuletzt am 02.09.2021)
- Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2014 (online unter www.sozialministerium.at, zuletzt am 02.09.2021)

Wancata, J. (2017): Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht. Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien (online unter www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozpsychiatrie/pdf/Abschlussbericht_Wissenschaft_Wancata.pdf, zuletzt am 21.07.2021)

Wiener psychoanalytisches Ambulatorium, (online unter www.wpv.at/ambulatorium/geschichte/, zuletzt am 18.09.2021)