

Einleitung

Arbeitsleid? Ein multiperspektivischer Zugang

Stellen wir uns eine Arbeitnehmerin vor, nennen wir sie der Einfachheit halber Frau Ypsilon. Frau Ypsilon ist mittleren Alters, nach ihrem Studium der Elektrotechnik fand die dynamisch aufstrebende Frau schnell einen Arbeitsplatz bei einem größeren Unternehmen der Metall verarbeitenden Industrie, war bei der Entwicklung verschiedener Anlagen beteiligt, arbeitete mehrere Jahre als engagierte Ingenieurin, sodass sie mit der Leitung eines eigenen Teams betraut wurde.

Ihr Partner unterstützte sie bei der Entscheidung, diesen Schritt zu gehen. Frau Ypsilon jedenfalls versprach sich neue Herausforderungen durch diesen Schritt. Die Arbeitsbelastung, Überstunden wurden nun selbstverständlicher, blieb entgegen den Befürchtungen überschaubar, gelegentlich ließen sich auch Überstunden abgelten. Ihr Hobby, in einer Damenmannschaft Volleyball zu spielen, litt derweil ein wenig. Galt sie zuvor gewissermaßen als eine Stütze der Mannschaft, kam es nun gelegentlich zu Absagen des wöchentlich zweimal stattfindenden Trainings.

Mit der Zeit konnte sie ihr Team im Betrieb von vier auf zehn Mitarbeiter ausbauen, erhielt Gratifikationen, favorisierte einen eher partizipativen Führungsstil. Mit zunehmendem Konkurrenzdruck in der Branche wurde auch der Druck der Geschäftsführung auf Frau Ypsilon spürbar, die Dilemmata ihrer Sandwichposition mehrten sich. Es stellten sich zunehmend Schlafstörungen ein, eine vermehrte Tendenz zum Grübeln, Spannungen in der Partnerschaft. Morgens verspürte sie oft Übelkeit, litt unter Durchfällen, die sie mit frei verkäuflichen Präparaten so weit in den Griff bekam, dass sie ihrer Tätigkeit trotz der Beschwerden einigermaßen nachgehen konnte. Abends war sie oft erschöpft, vermied Treffen mit Freunden, meldete sich bei ihrer Volleyballmannschaft vorübergehend ab. Auch an den

Wochenenden kam es zu vermehrtem Rückzug, schien sie förmlich jeder Energie beraubt.

Nach einem Wochenende allein zu Hause fand ihr Partner, der mit seinen »Jungs« unterwegs gewesen war, sie grübelnd auf dem Sofa vor, das sie das ganze Wochenende nicht verlassen hatte, und motivierte sie, endlich ihre Hausärztin aufzusuchen. Diese schrieb Frau Ypsilon für zwei Wochen krank. Als trotzdem keine Linderung der Beschwerden eintrat, verwies sie an eine psychotherapeutische Beratungsstelle. Dort sah man das Symptombild am ehesten mit einer depressiven Episode vereinbar und empfahl einen tagesklinischen Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik.

Frau Ypsilon überlegte gemeinsam mit ihrem Partner und entschied sich für diese Behandlung, hatte Glück, bekam zeitnah einen Aufnahmetermin in einer psychosomatischen Tagesklinik. Nach anfänglichen Schwierigkeiten, sich auf das zuweilen aus ihrer Perspektive spielerische und mit reichlich Leerlauf versehene Programm einzulassen – bezeichnete sie selbst sich doch als »Anpackerin« und war zeitlebens mehr auf pragmatische Welten denn auf musische eingestellt –, konnte sie sich in den folgenden Wochen gut in die Gruppe integrieren, entdeckte insbesondere die Gestaltungstherapie für sich: In abstrakten Bildern bekam sie Zugang zu bestehenden Dilemmata ihrer Erwerbsarbeit, diese wurden erstmals für sie thematisierbar, die ohnmächtige Position konnte von Frau Ypsilon als solche wahrgenommen und formuliert werden.

In den Einzeltherapien fand sie den geschützten Raum, um unter Einbeziehung ihrer Biographie Erklärungen für den Zusammenbruch am Arbeitsplatz zu entwickeln, Auslöser zu identifizieren. Langsam kehrte die Energie zurück, Grübeln und Schlafstörungen ließen nach. Nach ausreichender Stärkung ihres Gefühls der Selbstwirksamkeit reagierte sie auf die Kontaktaufnahme des Beauftragten für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und offenbarte die Schwierigkeiten, die ihr im Rahmen ihrer vorangegangenen Tätigkeit entstanden waren, sowie die Bedingungen, die in ihrem neu erlangten Verständnis relevant für ihre Erkrankung waren. Gemeinsam wurde ein Plan für den Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit erarbeitet, den Frau Ypsilon auch mit ihrem Kliniktherapeuten in Bezug auf die herausgearbeiteten persönlichen Vulnerabilitäten prüfte.

Eine Kontaktaufnahme seitens des Klinikarztes mit dem BEM schien nicht vonnöten, da Frau Ypsilon im Rahmen der Therapie einen guten Zugang zu Auslösern sowie Ressourcen für sich entwickeln konnte und zu-

dem zunehmend sprachfähig wurde. Trotzdem wurde ihr eine ambulante weitere Behandlung zur Stabilisierung und Weiterentwicklung des bisher Erreichten angeraten, die Frau Ypsilon gern im Anschluss an die tagesklinische Behandlung in Anspruch nahm. Die Betreuung und Reflexion des weiteren Wiedereingliederungsprozesses konnten im Rahmen dieser ambulanten Psychotherapie neben der biographischen Arbeit gut begleitet werden.

So oder ähnlich war unsere Vorstellung, wie sich eine individuelle Geschichte einer Patientin oder eines Patienten in diesem Forschungsprojekt darstellen könnte. Doch wir wären schnell eines Schlechteren belehrt worden, hätten wir an diese optimistische Hoffnung wirklich geglaubt. Tatsächlich zeigt die optimistische Geschichte, an welchen Stellen die Verläufe sich nicht so günstig gestalten und die Akteure und Systeme nicht sinnvoll ineinandergreifen.

Frau Ypsilon hätte sich mit ihren Beschwerden sehr viel länger »abfinden« können, sie hätte Strategien entwickeln können, um die Arbeit weiter »erfolgreich« zu erledigen und sich nichts anmerken zu lassen. Hausärzte erkennen Beschwerden dieser Art keineswegs immer als psychosomatisch, und der Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung kann sehr viel mehr Wartezeit erfordern. Auch der zügige Aufnahmetermine in die Tagesklinik ist eher ein Glücksfall. Geheilt und arbeitsfähig entlassen zu werden ist Ziel, aber nicht immer Ergebnis eines Klinikaufenthalts. Dass im Betrieb von Frau Ypsilon ein BEM-Verfahren existiert und sie dort auf Beteiligte trifft, die sowohl ihre Vulnerabilität als auch die gesundheitlich beeinträchtigenden Arbeitsbedingungen thematisieren, ist nicht selbstverständlich. Und dass dann an die Tagesklinik auch noch gleich eine therapeutische Weiterbehandlung anschließt: Das sind Verläufe und Erfolge, die zu wenig real sind, als dass sie als Maßstab gelten können, an dem die Defizite und Schwierigkeiten einer betrieblichen und therapeutischen Bewältigung psychischer Erkrankungen deutlich werden können.

Seit einigen Jahren werden psychische Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit stehen, in der öffentlichen und der wissenschaftlichen Diskussion vielfältig thematisiert. Auch die betrieblichen und gewerkschaftlichen Akteure und das betriebliche Gesundheitsmanagement haben psychische Belastungen in der Arbeit als Problemfeld entdeckt.

Häufig unter dem – umstrittenen – Stichwort »Burn-out«¹ verhandelt, ging das Thema in die populäre Literatur und Kultur ein: Die Burn-out-Erfahrungen der vielfältig engagierten Professorin, Publizistin und PR-Beraterin Miriam Meckel wurden von ihr selbst in einem Buch (Meckel 2010) geschildert und in der Folge zu einem Fernsehspielfilm verarbeitet.

Ob Burn-out eine Krankheit der Moderne, ein Ausdruck des Kapitalismus oder eine Modeerscheinung ist, darüber wird heftig gestritten (vgl. Dornes 2016; Ingenkamp 2012; Neckel/Wagner 2013). Wir wollen mit diesem Buch zu dieser Diskussion nicht unmittelbar Stellung beziehen. Es handelt nicht vom »Burn-out« – wenn auch viele der Patienten, mit denen wir gesprochen haben, diesen Terminus zur Charakterisierung ihrer Beschwerden gebraucht haben. Vielmehr ist es unser Ziel, mit unserer Untersuchung die Debatte über den Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Erwerbsarbeit durch empirische Erkenntnisse zu bereichern und zu fundieren. Es gibt eine Fülle von Erkenntnissen über psychische Belastungen in der Arbeit, insbesondere in »modernen«, entgrenzten und subjektivierten Arbeitsformen. Ebenfalls ist die psychische Erkrankung als Gegenstand betrieblichen Gesundheitsmanagements thematisiert, und selbstverständlich gibt es Literatur zu diesbezüglichen Psychotherapien. Wir werden uns hiermit im folgenden Aufsatz näher befassen. Warum also eine weitere Studie?

Unser Zugang zeichnet sich dadurch aus, dass wir unseren Blick auf einen Prozess richten: Wir stellen Patienten und Patientinnen in den Fokus, die im Erstgespräch in der Klinik den Zusammenhang von Erwerbsarbeit und ihrer psychischen Erkrankung thematisiert haben, eine Therapie in einer psychosomatischen Klinik wahrnehmen und anschließend wieder in die Arbeitswelt und ihren Alltag zurückzufinden versuchen. Wir suchen also nach psychisch belastenden Arbeitsbedingungen, nach den Formen der Therapie und nach der Wiedereingliederung in den krankheitsbiographischen Verläufen der Patienten. Wir sprechen mit ihnen zu drei verschie-

1 | Burn-out ist keine eigenständige Diagnose, die etwa die Einweisung in ein Krankenhaus begründen könnte, sondern eine Rahmen- und Zusatzdiagnose. In der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) wird sie als »Ausgebranntsein« und »Zustand der totalen Erschöpfung« mit dem Diagnoseschlüssel Z73.0 erfasst. Er umfasst »Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung«.

denen Zeitpunkten – vor Beginn der Therapie, am Ende der Therapie in der Klinik und einige Monate später. Und wir beziehen die Perspektive der Ärzte und Therapeuten ein, deren Blick auf die Patientinnen und Patienten und ihre Krankheit(sgeschichte) und ihr professionelles Selbstverständnis.

Um dies tun zu können, ist unsere Studie als eine qualitative Fallstudie angelegt. Möglich wurde sie durch eine ausgesprochen kooperative und unterstützende Zusammenarbeit mit zwei psychosomatischen Kliniken und den dort tätigen Ärzten und Therapeuten, die uns nicht nur die Kontakte zu den Patientinnen und Patienten vermittelten und die Erstansprache leisteten, die angesichts der forschungsethischen Normen mit Sorgfalt vorgenommen werden musste, sondern die uns auch selbst für Gespräche zur Verfügung standen.

Diese Fallstudien in den Kliniken werden gerahmt durch Expertengespräche, die wir mit Experten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) geführt haben. Aus forschungsethischen Gründen konnten wir diese Gespräche nicht in den Betrieben und Verwaltungen führen, in denen die Patienten tätig sind, es war also nicht möglich, die eigenen Schilderungen und Deutungen der Patienten über ihre Arbeitssituation mit denjenigen anderer Akteure im Betrieb in Beziehung zu setzen. Aber die Expertengespräche mit den BEM-Beteiligten erlauben uns, Aussagen über Verfahren, Probleme und Erfolgsmöglichkeiten des BEM zu treffen. Diese komplexe Herangehensweise erlaubt uns auch, gerade die Schnittstellenprobleme der im Krankheitsverlauf relevanten Teilsysteme zu erfassen.

Die zweite – mit unserem spezifischen Zugang zusammenhängende – Spezifik unserer Forschung besteht in ihrer interdisziplinären Multiperspektivität. Nicht nur die Gesprächspartner unserer Untersuchung, sondern auch die Mitglieder des Forscherteams selbst gehören unterschiedlichen Professionen an und verfügen in ihren Arbeitsschwerpunkten über unterschiedliche Erfahrungen, Expertisen und Methoden, auf ein psychosoziales Phänomen zu schauen. Zum Team gehören (Arbeits- und Professions-) Soziologinnen und Soziologen, ein psychoanalytisch orientierter Sozialpsychologe und Organisationsberater sowie eine klinisch tätige Ärztin und Psychotherapeutin. Alle haben ihre je eigene Art und Weise, auf einen Fall zu schauen, und ihre unterschiedlichen Forschungs- und Erfahrungshintergründe in den Arbeitsprozess eingebracht – und das nicht nur durch

Spezialarbeiten, sondern in einem permanenten interpretativen Diskussions- und Arbeitsprozess.

Eine interdisziplinäre Forschung muss sich damit auseinandersetzen, dass die Disziplinen auch für gleiche oder ähnliche Phänomene unterschiedliche Begriffe entwickelt haben, die im jeweiligen Zusammenhang unterschiedliche Bedeutungsanschlüsse beinhalten. In interdisziplinären Diskussionen sind daher immer auch disziplinäre Selbstverständnisse angesprochen, die sowohl bewahrt werden wollen als auch infrage gestellt werden müssen, will man miteinander ertragreich kooperieren. Diese Unterschiede durch Begriffs- und Denkkompromisse überdecken zu wollen, kann nicht sinnvoll sein, deshalb haben wir die Unterschiede der professionellen Sichtweisen nicht geglättet, sondern sie finden sich in den verschiedenen Aufsätzen des Buches wieder, nicht als widersprüchliche Positionen, aber doch als unterschiedliche Akzentsetzungen (vgl. hierzu auch das Stichwort »Interpretationsgruppen« im Methodenglossar). Wir sind überzeugt, dass es uns gelungen ist, die eigene Theorie und Begrifflichkeit nicht als »Festungswall« (Norbert Elias) zu behandeln, sondern als gegenseitige Herausforderung zur Reflexion über die eigene Herangehensweise.

Zum Aufbau des Buches

Wir haben uns dafür entschieden, auch in der Anlage dieses Buches der multiperspektivischen Form unserer Forschung und Kooperation gerecht zu werden und nicht den Versuch zu machen, uns auf eine einheitliche Begrifflichkeit zu einigen und die unterschiedlichen Perspektiven einzu-ebnen. Deshalb handelt es sich hier nicht um eine durchgehende Monographie. Vielmehr folgen einzelne Aufsätze einander, die nicht nur ein bestimmtes Thema behandeln, einen spezifischen Aspekt unserer Ergebnisse beleuchten, sondern dies auch in einer dem Autor oder der Autorin eigenen Form und Herangehensweise tun. Handelt es sich somit auf der einen Seite der Form nach um einen Sammelband, so folgen die Beiträge doch auf der anderen Seite dem Verlauf der Krankheitsgeschichte »unserer« Patienten. Sie sind drei Blöcken zugeordnet, die jeweils für eine Phase in diesem Verlauf stehen. Nehmen wir noch einmal die Geschichte von Frau Ypsilon auf, so lässt sich dies so skizzieren:

Frau Ypsilon entwickelt ihre Beschwerden im Kontext ihrer Arbeitssituation. Entsprechend werfen wir in den ersten vier Aufsätzen, die wir der Perspektive 1 zugeordnet haben, zunächst einen Blick auf den Zusammenhang von Erwerbsarbeit und psychischer Erkrankung. Stephan Voswinkel identifiziert in unserem empirischen Material verschiedene typische Arbeitssituationen, die psychisch belastend sind oder sein können. Allerdings lässt sich dies nicht in einem streng kausalen Sinne verstehen, da unter gleichen Bedingungen jeweils nur ein Teil der Beschäftigten erkrankt. Die Erkrankung erscheint daher als besondere, nicht »normale«, sondern individuelle Reaktion. Im folgenden Aufsatz nimmt er dann die Schwierigkeiten, Voraussetzungen und Folgen in den Blick, die damit verbunden sind, die Krankenrolle einzunehmen, also sich selbst und anderen gegenüber sich als krank zu definieren, eine Schwierigkeit, die gerade bei psychischen Erkrankungen mit der Furcht vor Stigmatisierung einhergeht. Auch Frau Ypsilon hat einige Zeit und die Motivation durch ihren Partner gebraucht, um die Konsequenz zu ziehen, sich in ärztliche Behandlung zu begeben.

Anschließend wechseln Rolf Haubl und Ute Engelbach die Perspektive und beleuchten die »selbstheilenden« Potenziale der Erwerbsarbeit. Schließlich analysiert Rolf Haubl die Bedeutung, aber auch die Defizite der Unterstützung von belasteten Beschäftigten durch ihre Vorgesetzten und ihre Kollegen. Obwohl Frau Ypsilon nicht direkt schlecht von ihrem Umfeld behandelt wurde, blieb sie in der Entwicklung ihrer Störung doch weitgehend auf sich selbst zurückgeworfen.

Die drei Aufsätze, die wir dann der Perspektive 2 zugeordnet haben, behandeln verschiedene Aspekte der Therapie in der Klinik. Frau Ypsilon macht in unserer fiktiven Geschichte letztlich durchweg positive Erfahrungen, die zu ihrer Gesundung beitragen. Dass dies nicht so sein muss, haben wir bereits betont, und wir widmen uns hier einigen Aspekten und Problemfeldern der Therapie und des Klinikaufenthalts. Nora Alsdorf geht zunächst auf die Seite der Patienten ein. In ihrem Aufsatz rekonstruiert sie unterschiedliche Erwartungen, die von den Patienten an die Klinik gerichtet werden; sie werden verständlich vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen subjektiven Krankheitstheorien, also der eigenen Deutungen von Charakter und Hintergrund ihrer Erkrankung und ihres Selbstverständnisses. Frau Ypsilon beispielsweise ging zunächst mit Vorbehalten in die Klinik,

weil sie sich nicht auf Therapien einlassen zu können meinte, die nicht direkt lösungsorientiert erschienen.

Ute Engelbach setzt sich sodann mit einem vermeintlichen therapeutischen Ziel auseinander, das auch den Erwartungen vieler Patienten entgegenkommt, nämlich der Vorstellung, wichtig sei vor allem, dass die Patienten sich besser abzugrenzen lernen; sie weist auf die Defizite eines solchen Leitbildes hin. Schließlich richtet Sabine Flick die Aufmerksamkeit auf die Therapeuten und analysiert insbesondere, welche Bedeutung sie der Erwerbsarbeit in ihrem therapeutischen Handeln beimessen, welches Bild von der Arbeit sie haben und wie sie beides in ihre professionelle therapeutische Orientierung integrieren oder umdeuten.

Der dritte Block von Aufsätzen, die wir der Perspektive 3 zugeordnet haben, befasst sich mit der Zeit nach dem Klinikaufenthalt, also der Phase, die bei Frau Ypsilon so vergleichsweise reibungslos verlaufen ist. Unsere Befunde sind gerade hier weit weniger optimistisch. Andreas Samus zeigt die Defizite auf, die sich in der Nachsorge nach dem Klinikaufenthalt gerade dann zeigen, wenn die Rückkehr in die Arbeit nicht sogleich erfolgen kann; viele Betroffene fallen hier hinter einen schon erreichten Stand der Besserung zurück, und die Orientierung des Teilsystems Klinik reicht zu oft nicht über das Ende des Klinikaufenthalts hinaus.

Stephan Voswinkel schlägt den Bogen zurück zur Erwerbsarbeit und stellt Verfahrensvarianten des Betrieblichen Eingliederungsmanagements und typische Probleme und Herausforderungen aus der Sicht der hier engagierten betrieblichen Akteure dar. Schließlich stellen Rolf Haubl und Ute Engelbach – vielleicht utopische – Überlegungen darüber an, wie das Entlassungsmanagement in den Kliniken verbessert werden kann und welche Ansätze zur Vernetzung der Akteure im Gesundheitssystem vorstellbar sind.

Der Band endet mit einem Ausblick, der den Blick darauf richtet, was aus unseren Ergebnissen gelernt werden kann und welche Aspekte weiter vertieft werden müssten. Schließlich enthält das Buch im Anhang ein Methodenglossar, in dem zentrale Begriffe und Dimensionen unseres methodischen Herangehens erläutert werden.

Vor den soeben dargestellten drei thematischen Blöcken geben wir zunächst einen kurzen Einblick in wesentliche Befunde der bisherigen Forschung zum Thema der psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit der Erwerbsarbeit, also in das Wissen, mit dem wir unsere Untersu-

chung begonnen haben. Hierauf folgt der Aufsatz, der unsere Untersuchungsmethoden und -instrumente sowie die Form erläutert, in der wir das Material ausgewertet haben. Hier stellen wir auch die Konstruktion und Anlage des Samples der Patientinnen und Patienten dar, mit denen wir unsere Gespräche in den verschiedenen Phasen geführt haben.

Sie, liebe Leserin, lieber Leser, können das Buch von vorn bis hinten lesen. Sie können aber auch Ihren Präferenzen folgen und Aufsätze in einer hiervon abweichenden Reihenfolge lesen. Die Aufsätze stehen für sich und bauen nicht streng aufeinander auf. In den verschiedenen Aufsätzen werden Sie einzelnen Beispielen von Patientinnen und Patienten wiederholt begegnen, aber auch deren Verständnis setzt nicht die Kenntnis anderer Passagen voraus.

Einige Hinweise noch

Unsere Untersuchung unterliegt den strengen Anforderungen, die von den Ethikkommissionen der beiden Kliniken, mit denen wir kooperiert haben, vorgegeben sind und die über die üblichen Anforderungen an empirische Forschungen etwa im arbeits- oder professionssoziologischen Bereich noch hinausgehen. Das ist nur zu berechtigt, befinden sich unsere »Probanden« doch in einer besonders vulnerablen Situation und handelt es sich doch um eine Thematik, die grundsätzlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt.

Jedes empirische Projekt ist zur Anonymisierung von Informationen und zur Pseudonymisierung der Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen verpflichtet. Für die hier vorliegende Untersuchung gilt dies in besonderer Weise. Diese Geheimhaltung, zu der wir uns auch gegenüber den Ethikkommissionen der beteiligten Kliniken verpflichtet haben, beinhaltet auch, dass nur die Personen Einblick in die transkribierten Interviews und andere Unterlagen erhalten dürfen, die in der Zustimmungsvereinbarung genannt wurden, die mit den Patientinnen und Patienten geschlossen wurde. Dementsprechend können wir in unsere empirischen Materialien, insbesondere die Gesprächstranskripte und Protokolle, anderen – auch anderen Wissenschaftlern – keine Einsicht geben. Daher werden auch für Zitate aus Interviews keine Seiten oder Abschnitte im Interviewtranskript nachgewiesen.

Die Darstellung einzelner Fälle wird daher so vorgenommen, dass die betreffenden Personen von anderen nicht identifizierbar sind. Allerdings können wir nicht ausschließen, dass die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner sich selbst erkennen. Sollten die Betroffenen Nachfragen haben oder mit uns über unsere Deutungen sprechen wollen, so sollen sie sich ermutigt sehen, mit den Projektbearbeiterinnen und -bearbeitern Kontakt aufzunehmen. Die Kontaktadressen finden sich im Anhang zu diesem Buch.

Noch eine letzte Bemerkung. Überwiegend (bis auf zwei Aufsätze) verwenden wir in diesem Buch die männliche Form. Selbstverständlich sind Frauen hier immer mitgemeint. Wir sind uns der damit verbundenen Problematik bewusst, möchten aber bürokratisch wirkende Sprachformen vermeiden.

Danksagung

Zahlreich sind diejenigen, denen wir zu tiefem Dank verpflichtet sind. Das sind natürlich an erster Stelle die Patientinnen und Patienten, die sich bereitfanden, mit uns in mehrstündigen Gesprächen über ihre Erkrankung und ihre Erfahrungen, Sichtweisen, Erwartungen und Hoffnungen zu reden. Wir wissen, dass ihnen das sicher nicht immer leicht gefallen sein kann. Sodann haben wir den Ärzten und Therapeuten Dank abzustatten, die uns ihre Arbeitszeit und ihr Engagement zur Verfügung stellten, um das Projekt möglich zu machen und ihre Sicht auf die Erkrankungen und die Thematik allgemein zu vermitteln. Auch denjenigen, die uns in der Verwaltung der Kliniken unterstützt haben, sowie den Sozialarbeiterinnen in den Kliniken haben wir zu danken. Dank gebührt auch den Expertinnen und Experten, die als Engagierte im Betrieblichen Eingliederungsmanagement uns Auskunft über ihre Arbeit, ihre Sichtweise und damit frühzeitig einen Blick in die Praxis der Wiedereingliederung gegeben haben.

Schließlich möchten wir Herrn Professor Dr. Ulrich Schultz-Venrath und Tanja Brandt unseren Dank aussprechen, die uns mit verschiedenen Gesprächen bei der Entwicklung unseres Forschungskonzepts unterstützt und wesentlich weitergeholfen haben. Das gilt auch für diejenigen in den Gewerkschaften, die uns wertvolle Hinweise gegeben und Kontakte ver-

mittelt haben, insbesondere Werner Feldes von der IG Metall und Vadim Lenuck von der IG Bergbau, Chemie, Energie.

Wir danken Andrea Alsdorf-Barthel und Elisabeth Matthias, die mit großer Sorgfalt und Geduld die Gesprächsmitschnitte transkribiert haben.

Zu ganz besonderem Dank sind wir der Hans-Böckler-Stiftung (HBS) verpflichtet, die unsere Untersuchung finanziell ermöglicht und uns während unserer Arbeit mit großer Geduld und verlässlicher Unterstützung begleitet hat. Das gilt insbesondere für die zuständige Forschungsreferentin, Frau Dr. Claudia Bogedan, und für die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats bei der HBS, die stets ebenso kritisch wie konstruktiv unseren Forschungsplan wie unsere Zwischenstände mit uns diskutiert haben.

Wir hoffen, dass alle, denen wir uns zu Dank verpflichtet wissen, zu der Meinung kommen können, die Unterstützung habe sich gelohnt, wenn sie unsere Ergebnisse lesen und bewerten.

Schließlich möchten wir uns bei denjenigen bedanken, die unser Projekt in unterschiedlichen Phasen als Praktikantinnen und Praktikanten unterstützt haben. Wir möchten ihren Beitrag zum Ergebnis hervorheben und dadurch würdigen, dass wir deutlich machen, dass es in dieser Form nur »unter Mitarbeit von« Jonas Biedermann, Alina Brehm, Katrin Holtgrewe, Simone Rassmann und Andreas Samus möglich war. Nicht zuletzt ist der Beitrag von Jakob Kuhlmann hervorzuheben, dem wir die sorgfältige technische Umsetzung der Texte in ein satzfähiges Manuskript verdanken.

Literatur

- Dornes, Martin (2016): Macht der Kapitalismus depressiv? Über seelische Gesundheit und Krankheit in modernen Gesellschaften. Frankfurt am Main: Fischer.
- Ingenkamp, Konstantin (2012): Depression und Gesellschaft. Zur Erfindung einer Volkskrankheit. Bielefeld: transcript.
- Meckel, Miriam (2010): Brief an mein Leben: Erfahrungen mit einem Burnout. Reinbek: Rowohlt.
- Neckel, Sighard/Wagner, Greta (Hrsg.) (2013): Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

