

Rückkehr in die Arbeit bei psychischen Erkrankungen

Herausforderungen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement

Die Zunahme psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt stellt besondere Anforderungen an ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), das zur nachhaltigen Wiedereingliederung der Erkrankten beitragen soll. Denn diese Art der Erkrankung gilt als eng mit der Persönlichkeit der Betroffenen verbunden. Daher sind die Erkrankten in besonderer Sorge vor einer Stigmatisierung; die Thematisierung der Erkrankung, die im BEM wichtig ist, wird daher oft gescheut. Überdies ist das BEM in seiner Anlage auf den Einzelfall ausgerichtet. Psychische Belastungen und Erkrankungen in der Arbeit sind aber häufig nur im breiteren betrieblichen und arbeitsorganisatorischen Zusammenhang zu verstehen. Daher wäre es sinnvoll, das BEM stärker als Instrument der Verhältnisprävention zu nutzen.

STEPHAN VOSWINKEL

1 Problemlage, Untersuchungsziel und empirische Basis

Der Anteil psychischer Erkrankungen am Krankheitsgeschehen in den Betrieben und Verwaltungen wächst stetig. Von 2007 bis 2017 ist der Anteil der Ausfalltage nach Daten der AOK um 67,5 % angestiegen, der deutlich höchste Anstieg aller Krankheitsgruppen (Meyer et al. 2018, S. 358ff.). Unterschiedliche Ursachen werden genannt: die Zunahme psychisch belastender Arbeitsbedingungen, Überforderungen des „erschöpften Selbst“ (Ehrenberg 2004; Fuchs et al. 2018), aber auch eine Veränderung der Diagnosestellung (Dornes 2016). Diese Entwicklung wird von den Interessenvertretungen, teilweise auch vom Management, zunehmend als Problem gesehen. Dieser Aufsatz beschäftigt sich mit institutionellen Maßnahmen, die die Rückkehr psychisch Erkrankter in die Arbeit erleichtern sollen, und untersucht die bei der Verfolgung dieses Ziels gegebenen Möglichkeiten sowie die zum Teil strukturell angelegten Restriktionen und Grenzen insbesondere des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM), der Kooperation der relevanten Akteure und der Verbindung des BEM als Instrument des *Return to Work* mit Maßnahmen der Prävention. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem

BEM und den Faktoren, die zu dessen begrenzter Nutzung beitragen.

Seit dem Jahr 2004 ist durch § 167 Abs. 2 des Sozialgesetzbuches (SGB) IX allen Arbeitgebern verpflichtend vorgeschrieben, ihren Beschäftigten ein Verfahren des BEM anzubieten, wenn diese innerhalb von zwölf Monaten mindestens sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. Damit soll, so die Begründung des Gesetzgebers, „durch geeignete Gesundheitsprävention das Arbeitsverhältnis möglichst dauerhaft“ gesichert werden (Deutscher Bundestag 2003, S. 16). Das BEM soll also der Prävention dienen, aber es wird dann relevant, wenn bereits eine Erkrankung eingetreten ist; es handelt sich also um eine Maßnahme der Tertiärprävention. Als solche ist es Teil eines institutionellen Maßnahmenbündels, zu dem mit der Gefährdungsbeurteilung ein weiteres Instrument gehört, das das Auftreten von Erkrankungen im Zusammenhang mit gefährdenden Arbeitsbedingungen verhindern soll. Beide Instrumente sind in ihrer faktischen Reichweite bislang begrenzt. Gefährdungsbeurteilungen für psychische Belastungen sind noch weniger etabliert als das Verfahren generell. Nur 16 % aller Betriebe führen ganzheitliche (also psychische und körperliche) Gefährdungsbeurteilungen durch (Ahlers 2015, S. 198). Hinsichtlich der Nutzung des BEM wird geschätzt, dass etwa zwei Drittel bis drei Viertel der großen Betriebe,

ein Fünftel bis die Hälfte der mittleren und unter einem Viertel der Kleinbetriebe ein BEM praktizieren (Mozdowski 2015, S. 486f.).¹

Auch in den Betrieben, die das BEM-Verfahren grundsätzlich eingeführt haben, ist keineswegs selbstverständlich, dass die Betroffenen die Durchführung eines BEM für sich in ihrer Situation immer begrüßen. Die Teilnahme der betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist freiwillig. Lehnen sie ein BEM ab, können sie sich jedoch nicht auf den Schutz vor Kündigung berufen, der ansonsten eintreten würde, wenn der Arbeitgeber kein BEM durchführen würde.

Dass Betroffene manchmal kein BEM wünschen, beruht auf einer Reihe von Gründen: Misstrauen gegenüber dem Verfahren, insbesondere Zweifel an der Beachtung des Datenschutzes hinsichtlich der Art der Erkrankung, und Sorgen vor negativen Folgen, wenn sie die Erkrankung outen, aber auch der Eindruck, mit Wiederaufnahme der Arbeit gelte die Erkrankung als abgeschlossen, können sie von der Teilnahme am BEM abhalten. Oftmals löst bereits der Umstand, dass die Betroffenen durch einen Brief der Personalverwaltung zu einem BEM eingeladen werden, eher Erschrecken als eine positive Erwartung von Unterstützung aus (Riechert 2018, S. 99). Zudem assoziieren die Betroffenen BEM-Gespräche vielfach mit Krankenrückkehrgesprächen, wie sie früher in vielen Betrieben üblich waren und in manchen heute noch (unter diesem oder anderem Namen, z. B. als „Fehlzeitengespräche“) praktiziert werden. Ihnen wird häufig eine disziplinierende Wirkung (und oft auch Intention) zugeschrieben; sie werden als Warnung vor weiteren Fehlzeiten interpretiert (Kiesche 2016; Pfaff et al. 2003; Kocyba/Voswinkel 2007). Eine solche Wahrnehmung verschlechtert die Chancen für ein vertrauensvolles BEM.

Ich will mich in diesem Aufsatz *erstens* mit Stigmatisierungsangst beschäftigen, die bei Betroffenen eine Sorge vor oder gar einen Widerstand gegen das BEM zur Folge haben kann. Die Besorgnis, dass sie als nicht mehr leistungsfähig betrachtet werden und ihnen daraus Nachteile erwachsen, können zwar auch Beschäftigte entwickeln, die unter einer somatischen chronischen Erkrankung leiden. Doch bei psychischen Erkrankungen kommt der Stigmatisierungsangst eine besondere Bedeutung zu (Abschnitt 2).

Zweitens handelt es sich beim BEM um ein Verfahren, das den Betroffenen helfen soll, wieder in die Arbeit re-

integriert zu werden, ohne erneut zu erkranken. Ich werde die These vertreten, dass dem BEM in der Regel eine Tendenz zur Individualisierung des Einzelfalles eigen ist, die sich aus dem Zusammenspiel der Handlungslogiken der beteiligten Akteure ergibt. Diese Individualisierung hat ihre berechnete, aber zugleich auch ihre problematische Seite (3).

Drittens werde ich auf die im BEM weithin übliche Standardpraxis eingehen, eine stufenweise Wiedereingliederung durch eine zeitweilig verkürzte Arbeitszeit bei Finanzierung durch das Krankengeld der Krankenversicherungen vorzusehen. Arbeitszeitverkürzung mag hilfreich sein, doch die Fixierung auf sie kann auch das Erfordernis überdecken, Änderungen an der Arbeitssituation vorzunehmen, um nach Beendigung der Maßnahme ein gesundes Arbeiten zu ermöglichen (4).

Viertens schließlich werde ich vorschlagen, zur Begrenzung der negativen Seite der Individualisierungstendenz eine bessere Verzahnung von Gefährdungsbeurteilung und BEM zu fördern, die bislang in der Regel institutionell separiert sind (5).

Die hier präsentierten Überlegungen beruhen auf Befunden und Schlussfolgerungen eines vom Institut für Sozialforschung und dem Sigmund-Freud-Institut Frankfurt a. M. durchgeführten und von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten empirischen Forschungsprojekts, das sich mit psychischen Erkrankungen² im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit und deren Deutung und Verarbeitung durch Beschäftigte befasst hat. Mit zwölf Patientinnen und elf Patienten, die sich zur Behandlung in eine psychosomatische Klinik begeben haben, wurden je drei längere narrativ-biografische Interviews geführt – zu Beginn und am Ende des Klinikaufenthaltes sowie einige Monate später.³ Dabei wurden auch die Erfahrungen und Erwartungen der Betroffenen bezüglich der betrieblichen Wiedereingliederung thematisiert. Zudem wurden in zehn Betrieben und Verwaltungen unterschiedlicher Branchen Interviews mit Beteiligten am BEM geführt (Voswinkel 2016).

Dem Folgenden ist noch eine Klarstellung zu Kausalitätsannahmen voranzuschicken: Psychische *Belastungen* sind von psychischen *Erkrankungen* zu unterscheiden. Psychische Belastungen in der Arbeit (wie Stress, Zeitdruck, Monotonie, Angst um den Arbeitsplatz, schwierige soziale Beziehungen mit Vorgesetzten oder im Team) können sowohl zu psychischen als auch zu somatischen

1 Zahlen zur Verbreitung des BEM bei psychischen Erkrankungen liegen nicht vor, denn sie könnten nur erhoben werden, wenn die Art der Erkrankung bekannt wäre, was ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz ausschließen.

2 Unter psychischen Erkrankungen sind hier „Burnout“ (eher eine Selbstdefinition der Betroffenen als eine medizinisch-psychologische Diagnose), Depression und Angststörungen, nicht aber etwa Psychosen oder Schizophrenie zu verstehen.

3 Die Samplemitglieder wurden (mit Ausnahme der Geschlechterparität) nicht nach sozialstrukturellen Merkmalen ausgewählt. Vielmehr wurden diejenigen Beschäftigten einbezogen, die im Untersuchungszeitraum die Kliniken aufsuchten und ihre Teilnahmebereitschaft erklärten. Wenn die Studie somit auch nur begrenzt repräsentativ ist, streut das Sample doch recht breit über die Altersgruppen und auch die Berufe. Die empirische Anlage des Projekts wie auch die Ergebnisse der Untersuchung werden ausführlich in Alsdorf et al. (2017) dargestellt.

Erkrankungen (etwa des Herzens, des Magens usw.) führen. Psychische Erkrankungen wie „Burnout“, Depression, Angststörungen wiederum müssen nicht monokausal aus psychischen Arbeitsbelastungen resultieren. Man kann also aus mehreren Gründen aus der Zunahme des Auftretens psychischer Erkrankungen nicht einfach auf gestiegene psychische Arbeitsbelastungen schließen. Zudem kann die Zunahme psychischer Erkrankungen auch Ursachen außerhalb der Arbeitswelt haben oder sich aus veränderten Diagnosestellungen ergeben (heute Depression, früher Magenbeschwerden). Gleichwohl kann man trotz der lockeren Kausalität psychische Erkrankungen als einen Indikator für psychische Belastungen heranziehen; zudem bringen psychische Erkrankungen auf jeden Fall Anforderungen an die Gestaltung des Arbeitsumfeldes mit sich, um psychische Belastungen zu reduzieren.

2 Stigmatisierungsangst

Psychische Erkrankungen unterscheiden sich von vielen somatischen Erkrankungen dadurch, dass sie nur schwer an eindeutigen Symptomen erkennbar sind und dass die Grenze zu einem alltäglichen Verhalten, das als wunderbarlich und abweichend empfunden wird, fließend ist, ferner dadurch, dass es – anders als etwa bei einem Beinbruch oder Herzinfarkt – nicht offenkundig unmöglich ist, zur Arbeit zu erscheinen. Obwohl psychisch Erkrankte deshalb häufig zu Präsentismus neigen, also auch mit Beschwerden zur Arbeit gehen, zeigen sie häufig Leistungsdefizite oder Verhaltensauffälligkeiten. Daher steht schnell der Verdacht im Raum, die Betroffenen simulierten oder seien einfach überempfindlich und wenig belastbar. In der Vermutung der Krankheitssimulation besteht eine erste Form der Stigmatisierung. Eine zweite Form resultiert daraus, dass psychische Erkrankungen eng mit der Persönlichkeit verbunden zu sein scheinen, sodass die Krankheitsidentität die soziale Identität der Betroffenen dominiert (Goffman 1994 [1963]) – sie gelten nicht mehr als Personen, die eine „Störung haben“, sondern als Personen, die „gestört sind“ (Kardorff 2010, S. 6). Daraus ergibt sich die Gefahr, dass die Betroffenen über das Ende der manifesten Erkrankung hinaus entsprechend etikettiert werden und dass die Stigmatisierung selbst zu einer Verfestigung der Erkrankungen und zu Formen sekundärer Abweichung führt (Lemert 1975).

Die Betroffenen stehen hier also vor einem Dilemma zwischen den beiden Formen der Stigmatisierung, wie sich am Thema der Diagnose verdeutlichen lässt: Eine klare Diagnosestellung durch anerkannte Mediziner*innen oder Therapeut*innen kann dem Simulationsverdacht entgegenwirken. Zugleich aber kann sie zur Stigmatisierung wegen der Art der Erkrankung führen. Dieses Di-

lemma erklärt, warum gerade psychisch Erkrankte sich oft ambivalent, unentschlossen, zurückhaltend oder ängstlich hinsichtlich der Frage zeigen, ob sie ihre Erkrankung outen sollen.

Generell sind Unsicherheit und Angst vor Stigmatisierung zentrale Probleme für ein erfolgreiches BEM bei psychischen Erkrankungen (vgl. auch Stegmann/Schröder 2018, S. 50ff., 120ff.), wenngleich ihre Stärke und Ausprägung wesentlich vom Kontext abhängen, also vom Arbeits- und Betriebsklima, von vorherrschenden Vertrauens- oder Misstrauensbeziehungen, von der betrieblichen Gesundheitspolitik und der ökonomischen Situation des Betriebs. Auch wenn die am BEM beteiligten Akteure – wie das meist der Fall ist – versichern, möglichst wenig zu dokumentieren, die ärztliche Schweigepflicht zu respektieren und selbst Stillschweigen zu bewahren, können sie die Problematik zwar mildern, aber nicht völlig auflösen. Den Betroffenen erscheint es trotzdem oft riskant, ihre Erkrankung mitzuteilen. Vor allem stellt sich das Problem, wie denn Maßnahmen im BEM angepackt werden sollen, um den Betroffenen den Wiedereinstieg zu erleichtern und krankheitsförderliche Bedingungen auszuräumen, wenn über Art und Ursachen der Erkrankung – etwa mit den Vorgesetzten oder dem Team – nicht gesprochen werden kann. Die von uns interviewten BEM-Akteure rieten mehrheitlich dazu, auch hier „die Karten auf den Tisch zu legen“, weil man so die Schwierigkeiten bei der Arbeit verständlich machen könne. Auch das BEM-Team könne wenig erreichen, wenn es selbst an die Schweigepflicht gebunden sei. Ein erfolgreiches BEM setze in der Praxis voraus, dass die Betroffenen sich öffnen. So äußerte ein BEM-Beteiligter eines Elektronikbetriebs:

„Wenn ich mich [als BEM-Akteur] natürlich hinstelle und sage: ‚Ich kann gar nichts sagen, aber ich will dieses, dieses und dieses‘, dann kann ich es gut verstehen, dass die andere Seite sagt: ‚Ja, Moment einmal: Wir sollen geben, kriegen tun wir gar nichts! Wissen, warum, tun wir auch nicht – Nö!!!“

Oftmals prägt auch nicht erst tatsächlich erfahrene, sondern schon die erwartete Stigmatisierung das Handeln der Betroffenen. Im Umgang mit Stigmaerfahrungen und -erwartungen entwickeln Betroffene unterschiedliche Formen von Identitätspolitik. Eine Umgangsform ist die Selbststigmatisierung: Das Stigma wird in das Selbstbild übernommen, und die Betroffenen verstehen sich als Opfer tragischer Lebensgeschichten, untragbarer Arbeitsbedingungen. Manchmal sehen sie sich als Mahner und verwandeln so das Stigma in Charisma.⁴ So glaubt eine

4 Sie verstehen sich dann als besonders Betroffene und Leidende, als diejenigen, die mehr wissen und an denen sich die Probleme des Betriebs besonders deutlich zeigen. Der Begriff des Stigmas verweist auf die Wundmale Jesu; der Umschlag von Stigma in Charisma ist vielfach belegt (Lipp 1985).

Integrationsassistentin in einer Schule, ihre Erkrankung habe den Lehrerinnen die Augen geöffnet, wie schlecht sie und ihre anderen Berufskolleginnen behandelt worden seien und was in der Zusammenarbeit und im Arbeitsklima generell schief laufe. Man sage ihr:

„Deine Beiträge, die sind so wichtig und wertvoll, und ich möchte dir einfach sagen: Du bist nicht nur eine Integrationsassistentin, du bist für uns viel mehr.“

Während Selbstcharismatisierung offenen Umgang mit der Erkrankung voraussetzt, scheuen andere Betroffene eine Öffnung, wenn sie sich in ihrer Selbststigmatisierung einrichten, denn dann ziehen sie aus der Stigmatisierung einen sekundären Gewinn als „Opfer“.

Eine andere Art, mit der Stigmatisierungserwartung umzugehen, kann darin bestehen, die Schwere der Erkrankung zu demonstrieren. Auch dies kann Transparenz fördern, aber es auch erschweren, an baldiger Genesung zu arbeiten.⁵ Umgekehrt kann das Bestreben, Stigmatisierung zu vermeiden, es aber auch nahelegen, die Krankheitsart zu verschweigen und damit auch ein BEM abzulehnen. Auch Rücksichtnahme kann als eine Form der Stigmatisierung verstanden werden, wenn die Betroffenen mutmaßen, von gewöhnlichen Erwartungen an die Leistungsfähigkeit ausgenommen zu werden. So war ein Betriebswirt in der Revision einer Bank erleichtert, dass es zu keinem förmlichen Verfahren im Rahmen des BEM gekommen war; er rechnete damit, dort zu hören:

„Ach, gut, dass Sie es sagen – dann kriegen Sie ab jetzt nichts mehr on top und kriegen jetzt quasi auch nur noch Sachen, die die Hälfte der Belastung darstellen. [...] Dass es dann heißt: Ja gut, der ist nicht mehr leistungsfähig, dem brauchen wir eigentlich gar nichts mehr geben. Dass man da halt irgendwo für – ja, auf eine gewisse Art und Weise für schwächlich gehalten wird.“

Diese Beispiele für unterschiedliche Umgangsweisen machen deutlich, dass Stigmatisierungsangst das Verhalten der Betroffenen in sehr unterschiedlicher Weise prägen kann und dass sie nur schwer auszuräumen ist. Die BEM-Beteiligten müssen sie also in Rechnung stellen. Eine Patentlösung, eine grundsätzlich richtige Strategie gibt es hier nicht. Stigmatisierung ist – so viel ist auf jeden Fall festzuhalten – ein mehrseitiges Phänomen: Sie bestimmt nicht nur durch Unsicherheit und Angst das Verhalten der Betroffenen, sondern auch die Vorgesetzten und die Kolleginnen und Kollegen nehmen mit ihrem Handeln und Unterlassen Einfluss. Stigma(angst) und Identitätspolitik entstehen in einer Konstellation von Akteuren. Auch die Kolleginnen und Kollegen sind unsicher, wie sie sich gegenüber den Betroffenen angemessen verhalten sollen, gerade auch dann, wenn sie diese nicht ausgrenzen wollen.

3 Tendenz zur Individualisierung

Ziel des BEM ist es zunächst, die erkrankten Beschäftigten wieder in die Arbeit zu reintegrieren. Dies soll dadurch erreicht werden, dass die Betroffenen Hilfe und Unterstützung empfangen, aber auch dadurch, dass der Arbeitsplatz der spezifischen Problemlage angepasst wird oder eine Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz erfolgt. Zur Anpassung des Arbeitsplatzes gelten Maßnahmen des Arbeitsschutzes, die Gestaltung der Arbeitszeit und Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung als typisch (Kohte 2016). Der Fokus richtet sich also auf den Einzelnen bzw. die Einzelne respektive den einzelnen Arbeitsplatz.

Es sind jedoch eher selten nur die Bedingungen an einem einzelnen Arbeitsplatz, die (mit-)ursächlich für psychische Erkrankungen sein können. Vielmehr sind es häufig Bedingungen, denen mehrere Beschäftigte ausgesetzt sind. Wir konnten in unserer Untersuchung vor allem folgende belastende Arbeitssituationen identifizieren: Als sinnlos erfahrene Arbeit, moralische Konflikte in der Arbeit, Missachtungserfahrungen und Gratifikationskrisen, unbestimmte Erwartungen und Führungsdefizite, übermäßige Kontrollen sowie entgrenzte Arbeit, Konflikte mit Kunden und Klienten oder eine Kultur der Aufopferung (etwa im Pflegebereich) (ausführlich dazu: Voswinkel 2017).

Hier handelt es sich um Arbeitssituationen, die nicht nur an einem einzelnen Arbeitsplatz vorzufinden sind, auch wenn sie sich an einem einzelnen besonders zu spitzen mögen oder eine Arbeitskraft betreffen, die besonders vulnerabel ist. Und zugleich ist von Wiedereingliederungsmaßnahmen, die auf eine spezifische Person abzielen, jedenfalls in der Regel indirekt auch das Team betroffen, schon weil eine individuelle Arbeitsentlastung zu Mehrbelastung anderer Teammitglieder führen kann und sich die Problematik so unter Umständen nur verschiebt. Eine erfolgreiche Tertiärprävention müsste also den Arbeitsbereich insgesamt und eine Veränderung der belastenden Arbeitssituation in systemischer Weise in den Blick nehmen. Das BEM tendiert hingegen zu einer individualisierenden Handlungsweise.

Diese Individualisierung wird nicht so sehr oder nicht allein durch die Einstellungen der beteiligten Akteure erzeugt, sondern durch deren Handlungssituation im Insti-

5 Diese Problematik ist übrigens auch charakteristisch für das Verhalten mancher Teilnehmer an Rehabilitationsmaßnahmen, die dazu dienen sollen, die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen zu prüfen, während die Erkrankten ein anderes Ziel verfolgen: nämlich eine Erwerbsminderungsrente zu erhalten.

tutionensetting nahegelegt. Das leuchtet ein, wenn man die Wiedereingliederungssituation insgesamt betrachtet.

Grundsätzlich folgt die Entstehung psychischer Erkrankungen, wie erwähnt, selten einer einfachen Ursache-Wirkungs-Kausalität. Anders als etwa bei der schädigenden Wirkung von Asbest oder den Folgen von starkem Lärm für Gehör und Nerven sind psychische Belastungen nicht eins zu eins als Verursacher psychischer Erkrankungen auszumachen. Unter gleichen psychisch belastenden Arbeitsbedingungen erkranken nur wenige oder nur einzelne Beschäftigte. Psychische Erkrankungen können manifest werden, ohne dass sich an den Arbeitsbedingungen etwas geändert hätte, etwa wenn eine private Veränderung die Balance zwischen Arbeit und anderen Lebensbereichen ins Wanken gebracht oder wenn bei einzelnen der berühmte Tropfen das Fass zum Überlaufen gebracht hat. Stress kann sogar eine Zeitlang von psychischen Problemen ablenken oder einen Zusammenbruch hinausschieben, weil die Betroffenen sich – wie eine Sekretärin einer Unternehmensberatung dies formulierte – im Hamsterrad fühlen, dessen Laufen sie davor zu schützen scheint, bei Stillstand umzukippen. Aufgrund der Verschränkung persönlicher und arbeitsbedingter Faktoren besteht nur eine lockere kausale Kopplung von Arbeitsbedingungen und Erkrankungseintritt, was den Eindruck nahelegt, die Erkrankung, obgleich sie mit der Arbeit zu tun hat, sei das Problem Einzelner.

Die Tendenz zur Individualisierung ist im Zusammenspiel der Handlungssituationen der verschiedenen Akteure angelegt. Die *Betroffenen* sind natürlich zunächst an ihrer Gesundheit interessiert; sie fragen sich, was sie tun können, um mit den Arbeitsbedingungen zurecht zu kommen.⁶ Sie kennen die Ratschläge, sie müssten lernen, sich abzugrenzen, nein zu sagen, sie müssten Stressmanagement erlernen oder sich erholen und „runterkommen“. Ihre Einstellung, dass jedenfalls sie als Einzelne an den Arbeitsbedingungen nichts ändern können, führt entweder zu Resignation (Alsdorf 2018, S. 277ff.) oder zu individuellen Lösungsstrategien.

Eventuell haben sie einen Klinikaufenthalt hinter sich, während dessen sie es mit Therapien zu tun hatten, die darauf zielen, ihre eigenen Beiträge zum Krankheitsgeschehen sichtbar zu machen und tief in der psychobiografischen Entwicklungsgeschichte verankerte Ursachen und Verhaltensmuster aufzudecken. Sie stehen hier Akteuren – den *Ärzt*innen* und *Therapeut*innen* – gegenüber, die nur die einzelnen Patientinnen und Patienten, nicht aber den Arbeitsplatz therapieren können und deren Handlungslogik schon deshalb auf das Individuum zentriert ist.⁷

Viele *BEM-Experten* verorten die akuten Auslöser psychischer Erkrankungen eher im außerbetrieblichen, privaten Umfeld: Scheidungen, Erkrankungen von Eltern, Kindern, Partner*innen oder Beziehungsprobleme und biografische Erfahrungen gelten als Ursachen, die sich in der Arbeit nur niederschlagen (vgl. auch Pöser et al. 2017, S. 44ff.). Doch auch wenn Ursachen in der Arbeit selbst –

sei es konkret in bestimmten betrieblichen Arbeitsbedingungen oder genereller in der Entwicklung der modernen Arbeitswelt – mitreflektiert werden, legen es die Zuständigkeiten und Handlungsmöglichkeiten nahe, nicht die – oft als nicht oder nur schwer und allenfalls langfristig veränderbar geltenden – Arbeitsbedingungen zu thematisieren, sondern den *Einzelnen* wieder eine Arbeitsmöglichkeit zu eröffnen, die auf deren gesundheitliche Lage Rücksicht nimmt.

Die BEM-Beteiligten stehen dabei vor einer widersprüchlichen Situation: Auf der einen Seite sehen sie die Ursachen von psychischen Erkrankungen häufig im außerbetrieblichen Bereich oder im Zusammenspiel von Arbeit und Privatem, auf der anderen Seite sehen sie ihre Rolle und Aufgabe zu Recht auf Arbeit und Betrieb begrenzt. Als Vertreter dieser Sphäre wollen und sollen sie sich nicht in die Privatsphäre einmischen. Dieses objektive Dilemma trägt dazu bei, nicht nur den Fall zu individualisieren, sondern zugleich die Komplexität des Falles zu verkürzen, indem er nur im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeit betrachtet wird.

Nun ist eine individualisierende Sichtweise zweifellos nicht nur unvermeidlich, sondern auch sinnvoll. Es gilt, an den Wahrnehmungen, Problemlagen und Verhaltensmöglichkeiten der Einzelnen anzusetzen und die Individualität der psychischen Krise ernst zu nehmen; ein standardisiertes Vorgehen wird der Spezifik der einzelnen Fälle in der Regel nicht gerecht und es kann zur Folge haben, dass sich die Betroffenen in ihrer Krankheit nicht verstanden fühlen. Zugleich aber sollte es darum gehen, die Einzelfälle in ihrem arbeitsorganisatorischen Zusammenhang zu sehen und zu berücksichtigen, dass sie möglicherweise Hinweise auf allgemeinere Probleme in den Arbeitsbedingungen geben. Sie bedürfen daher einer systemischen Betrachtungsweise, weil sie zugleich Gefahren für andere Beschäftigte aufzeigen und auch weil eine nachhaltige Verbesserung für den Einzelnen nur erreicht werden kann, wenn mehr als nur seine individuelle Arbeitssituation verändert wird (ebd., S. 20f.; Stegmann/Schröder 2018, S. 80ff.).

6 Bartels (2018, S. 278) zeigt, dass dies nicht nur bei psychischen Erkrankungen ein typisches Verhalten ist. Die Erkrankten „beziehen sich auf die veränderbaren Aspekte, die im persönlichen Einflussradius liegen wie die Vermeidung körperlicher Belastungen, eine veränderte Interaktion mit dem sozialen Umfeld oder die Schaffung von Zeiträumen für eigene Bedürfnisse.“ Vgl. auch Sikora et al. 2018.

7 Hinzu kommt den Ergebnissen unseres Projekts zufolge, dass die professionelle Ausbildung und Orientierung der Therapeut*innen wenig dazu beiträgt, Verständnis für die in der Arbeit liegenden Faktoren und Zwänge zu entwickeln. Siehe hierzu Flick (2017).

4 Stufenweise Wiedereingliederung

Die häufigste Maßnahme im BEM ist die stufenweise Wiedereingliederung, häufig als „Hamburger Modell“ bezeichnet. Hierbei handelt es sich um eine in einem Stufenplan niedergelegte Verkürzung der Arbeitszeit im Wiedereingliederungsprozess. Während dieser Zeit erhalten die Betroffenen weiterhin Krankengeld (der Arbeitgeber kann freiwillig Arbeitsentgelt zahlen, das aber auf das Krankengeld angerechnet wird). Dem Arbeitgeber wird damit ein Anreiz geboten, die Erkrankten bereits zu einem Zeitpunkt zu beschäftigen, an dem ihre Leistungsfähigkeit noch nicht verlässlich gegeben zu sein scheint. Den Erkrankten wird ein Wiedereinstieg mit geringerem Leistungsdruck und der Möglichkeit geboten, die eigene Belastbarkeit besser einzuschätzen, Angst vor Überforderung oder eine bei längerer Krankheit sich oft einstellende Arbeitsplatzphobie abzubauen und vor allem auch veränderte Verhaltensweisen zu erproben (Giraud/Lenk 2016). Optimalerweise nützt dies nicht nur dem Erkrankten, sondern auch dem Arbeitsumfeld: Die stufenweise Wiedereingliederung bietet die Möglichkeit, gemeinsam veränderte Umgangsweisen und Arbeitsorganisationsformen zu erproben. Damit dies erfolgreich geschehen kann, sind eine gute Planung und Kommunikation zwischen den Beteiligten notwendig – dann ist die Wiedereingliederung anspruchsvoll und anstrengend (Stegmann/Schröder 2018, S. 121ff.; Riechert/Habib 2017, S. 79ff.).

Zwar wird die stufenweise Wiedereingliederung nahezu einhellig empfohlen, und sie ist zweifellos auch für psychisch Erkrankte häufig eine sinnvolle Maßnahme. Unsere Untersuchung zeigt indes auch, dass dieses Instrument im Falle psychischer Erkrankungen auch problematische Folgen haben kann.⁸ Unsere Gespräche mit den psychisch Erkrankten haben sehr deutlich gezeigt, dass das BEM mit der stufenweisen Wiedereingliederung nahezu gleichgesetzt wird (so auch Sikora et al. 2018, S. 111). Dadurch aber können andere Maßnahmen aus dem Blickfeld rücken. Vermutlich hat dies auch damit zu tun, dass es dieser Instrumententyp scheinbar unnötig macht, die Art der Krankheit genauer zu kennen, denn Arbeitszeitverkürzung ist gewissermaßen immer richtig. Für die Betroffenen handelt es sich um eine fassbare und konfliktarme Maßnahme; zugleich steigert sie die Zufriedenheit der anderen BEM-Beteiligten, etwas Konkretes erreicht zu haben.

Wenn die stufenweise Wiedereingliederung andere Maßnahmen mit dem Ziel, eine Veränderung der belastenden Arbeitssituation zu erreichen, aus dem Blickfeld rückt, ist die Gefahr groß, dass die Wiedereingliederung nicht nachhaltig ist (davon berichten auch einige der von uns interviewten Beschäftigten), weil die Betroffenen ja nach dem Ende der Maßnahme wieder in dieselbe belastende Arbeitssituation im ursprünglichen Umfang zurückkommen (ähnlich Riechert/Habib 2017, S. 79ff.).

Insofern folgt auch diese Maßnahme der Tendenz zur Individualisierung des Falles, wenn sie eingesetzt wird, ohne zugleich die Schaffung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen zu fördern.

5 Verzahnung von BEM und Gefährdungsbeurteilung

Das Ziel des BEM besteht in der Regel praktisch darin, die erkrankten Beschäftigten wieder an den Arbeitsplatz zurückzubringen, ohne dass sie einen Rückfall erleiden. Ist dies nicht möglich, wird als zweitbeste Lösung die Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz ins Auge gefasst. In der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts ist darüber hinaus von der „Anpassung des Arbeitsplatzes“ die Rede (Kohte 2016, S. 30), allerdings ist damit eine individuelle Anpassung des Arbeitsplatzes an die spezifische Problemlage der einzelnen erkrankten Beschäftigten gemeint. Die Ausführungen oben haben gezeigt, dass diese individualisierende Betrachtungsweise von allen Beteiligten des BEM geteilt und ihnen aus ihren – unterschiedlichen – Handlungsperspektiven heraus nahegelegt wird.

Doch weil, wie oben diskutiert, belastende Arbeitssituationen nicht nur an einzelnen Arbeitsplätzen auftreten und nicht nur besonders vulnerable Individuen psychisch erkranken können, sollte es auch darum gehen, die Arbeitsplätze insgesamt unter der Perspektive zu betrachten, welche psychischen Belastungen für die Beschäftigten mit ihnen verbunden sind. Damit sind der Arbeitsschutz generell und speziell das Instrument der Gefährdungsbeurteilung angesprochen.

In § 5 Abs. 3 Punkt 6 Arbeitsschutzgesetz ist festgelegt, dass eine Gefährdungsbeurteilung auch die „psychischen Belastungen“ bei der Arbeit einbeziehen muss. Zweifellos ist bereits für die Implementierung dieser Norm noch viel zu tun. Dennoch möchte ich hier noch einen Schritt weiter gehen und vorschlagen, BEM und Gefährdungsbeurteilung gerade bei psychischen Erkrankungen miteinander zu verzahnen. Man sollte das BEM auch als Hinweis auf Gefährdungen sehen, die eine Gefährdungsbeurteilung erforderlich machen. Die im BEM zur Sprache kommenden Einzelfälle gebieten „konkret, nach Risiken und Schutzmaßnahmen zu suchen“ (Nebe 2016, S. 195). Das BEM könnte zu einem Instrument nicht nur der Tertiär-, sondern auch der Sekundärprävention werden.

8 Auch Andersen et al. (2012, S. 97f.) kommen in einer internationalen Metastudie über vorliegende Forschungsergebnisse zu dem Ergebnis, dass „the reviewed studies showed that reduced work hours alone were insufficient to secure RTW [return to work – d. V.]“

Erster Schritt einer besseren Verknüpfung von BEM und Gefährdungsbeurteilung ist eine personelle Integration beider Maßnahmen im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Im Einzelfall des BEM müsste das zumindest potenziell Beispielhafte gesehen werden, das auf psychische Gesundheitsgefahren im Arbeitsbereich hinweist. Dazu muss eine Sichtweise überwunden werden, nach der psychische Belastungen nur dann vorliegen und in der Gefährdungsbeurteilung relevant werden können, wenn durch sie die Mehrheit der Beschäftigten psychisch tatsächlich erkranken.

Zweifellos steht einer Nutzung des BEM in diesem Sinne die Schweigepflicht im BEM, von der in keiner Weise abgerückt werden sollte, ebenso entgegen wie die Stigmatisierungsangst der Betroffenen. So zeigt sich, wie zentral es ist, Bedingungen im Betrieb zu schaffen, die die Sorge der Betroffenen vor einer Stigmatisierung möglichst mindern.

Es gibt hier keine Patentlösung. Zweifellos ist ein wichtiger Schritt, in den Belegschaften das Wissen darüber zu verankern, dass psychische Erkrankungen nicht eine Abnormalität empfindlicher Einzelner ist, sondern – auch dann, wenn zu einem Zeitpunkt immer nur einige erkranken – auf in der Arbeitssituation angelegte Probleme verweisen (können). Psychische Erkrankungen nehmen zu, und es kann gegen die Stigmatisierungsangst helfen, jene in der betrieblichen Thematisierung zu normalisieren, indem verdeutlicht wird, dass es vielfache Arten (zeitweise) begrenzter Leistungsfähigkeit gibt. Psychische Krisen können im wechselhaften Lauf der Biografie viele treffen. Nahezu alle Beschäftigten sind grundsätzlich vulnerabel – die Normalität ist nicht die des „idealen Arbeitnehmers“.

Hierzu können alle Akteure des BEM beitragen, insbesondere auch die Betriebsärzte, die im BEM eine wichtige Rolle spielen könnten. Insbesondere können sie helfen, die Schwierigkeiten an der Schnittstelle von Betrieb und therapeutischen Einrichtungen (niedergelassene Ärzte und Kliniken), die von den Expertinnen und Experten als sehr gravierend beschrieben wurden, zu verringern, weil sie als Übersetzer und Mittler zwischen Betrieb und medizinischem Bereich fungieren könnten (Riechert/Habib 2017, S. 27f.; Pöser et al. 2017, S. 33ff.).⁹

Modellprojekte haben erfolgreich gezeigt, dass betriebsnahe Versorgungsnetzwerke, „psychosomatische Sprechstunden“ auf dem Betriebsgelände oder in dessen Nähe, Kooperationsvereinbarungen zwischen großen Betrieben und Kliniken oder andere Maßnahmen die Schnittstelle erheblich besser ausgestalten können (Wege/Angerer 2015, S. 724f. und Beispiele in BAuA 2018). Es ist wichtig, dass beide Systeme – das betriebliche und das therapeutische – nicht nur im Sinne der eigenen Logik operieren und hierbei die der anderen nicht als bloße Irritation behandeln.

6 Fazit

Obwohl sich das BEM als ein auch für psychische Erkrankungen geeignetes Instrument der Wiedereingliederung und der Tertiärprävention erwiesen hat, sind doch immer wieder auch bei psychisch erkrankten Beschäftigten Unsicherheit, Reserven und Ängste gegenüber der Teilnahme am BEM festzustellen. In diesem Aufsatz wurde auf die verbreitete Stigmatisierungsangst als eine wesentliche Ursache für diese Zurückhaltung hingewiesen. Die Einsicht in die Formen und Gründe der hieraus resultierenden Unsicherheit und Zurückhaltung ist wichtig, um den Umgang der Betroffenen mit der Stigmatisierungsgefahr besser verstehen zu können.

Der Aufsatz hat zum andern die Individualisierungstendenz hervorgehoben, die im BEM angelegt ist. Das BEM dient zunächst einmal der nachhaltigen Wiedereingliederung der einzelnen Erkrankten an ihrem Arbeitsplatz bzw. (bei Arbeitsplatzwechsel) in die Arbeit allgemein. Auch die Handlungslogiken der beteiligten Akteure, wie sie in ihren unterschiedlichen Handlungssituationen angelegt sind, legen eine individualisierende Perspektive nahe. Dies ist auch durchaus sinnvoll, weil sie nur so der Spezifik der Erkrankung und den individuellen Problemlagen angemessen agieren können. Allerdings wurde auch darauf hingewiesen, dass die psychisch belastenden Arbeitssituationen in der Regel nicht als Merkmale einzelner Arbeitsplätze und das Auftreten der Erkrankung nicht nur als Ergebnis individuell erhöhter Vulnerabilität betrachtet werden dürfen.

Das BEM beinhaltet zugleich Chancen, aus dem Einblick in die Erkrankung Einzelner Hinweise auf allgemeine Gefährdungslagen im Arbeitsbereich zu gewinnen. Dafür ist eine bessere Verzahnung von Gefährdungsbeurteilung und BEM, die derzeit häufig institutionell voneinander separiert sind, ebenso sinnvoll wie ein verändertes Verständnis der Entstehung arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen in einem komplexen Zusammenspiel von Arbeitsbedingungen und persönlicher Vulnerabilität. Dies ist auch wichtig, um der Stigmatisierungsangst entgegenzuwirken, deren Reduzierung gerade auch im Interesse eines betrieblichen Lernens aus den einzelnen BEM-Fällen erforderlich ist. Diese Perspektive ist in der Forschung wie auch in der Praxis noch kaum zur Kenntnis genommen worden.

Ein Betriebs- und Arbeitsklima, das Vertrauen ermöglicht, und eine Kooperation der verschiedenen Akteure, die die besondere Lage psychisch Erkrankter berücksichtigt, sind wesentlich dafür, wie sich Stigmatisierungsangst

9 Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass das Vertrauensverhältnis der Beschäftigten zu den Betriebsärzten in den Betrieben sehr unterschiedlich entwickelt ist.

und Individualisierungstendenz entwickeln oder wie sie begrenzt werden können. Die auf Fallstudien beruhenden Ergebnisse sollten systematisch ausgebaut werden, indem sie im Hinblick auf unterschiedliche Akteurskonstellationen in verschiedenen Organisationskulturen differenziert werden. Vor allem aber sollten sie Eingang in die Praxis der betrieblichen Gesundheitspolitik finden. ■

LITERATUR

- Ahlers, E.** (2015): Leistungsdruck, Arbeitsverdichtung und die (ungenutzte) Rolle von Gefährdungsbeurteilungen, in: WSI-Mitteilungen 68 (3), S. 194–201, https://www.boeckler.de/wsimit_2015_03_ahlers.pdf
- Alsdorf, N.** (2018): Deutungsmuster im Kontext der Bewältigung berufsbiographischer Krisen. Subjektive Krankheitstheorien und Therapieerwartungen. Dissertation, Frankfurt a. M.
- Alsdorf, N. / Engelbach, U. / Flick, S. / Haubl, R. / Voswinkel, S.** (2017): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung, Bielefeld
- Andersen, M. F. / Nielsen, K. M. / Brinkmann, S.** (2012): Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders, in: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 38 (2), S. 93–104
- Bartels, S.** (2018): Arbeit – Gesundheit – Biographie. Gesundheitsbedingte Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben, Bielefeld
- BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)** (Hrsg.) (2018): Tagungsdokumentation Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung. Kolloquium vom 13. bis 14. Juni 2017 in Berlin, Dortmund/Dresden/Berlin, https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Gd94.pdf?__blob=publicationFile&v=6
- Deutscher Bundestag** (2003): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen, BT-Drs. 15/1783, Berlin
- Dornes, M.** (2016): Macht der Kapitalismus depressiv? Über seelische Gesundheit und Krankheit in modernen Gesellschaften, Berlin
- Ehrenberg, A.** (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart, Frankfurt a. M. / New York
- Feldes, W. / Niehaus, M. / Faber, U.** (Hrsg.) (2016): Werkbuch BEM – Betriebliches Eingliederungsmanagement, Frankfurt a. M.
- Flick, S.** (2017): „Das würde mich schon auch als Therapeutin langweilen“. Deutungen und Umdeutungen von Erwerbsarbeit in der Psychotherapie, in: Alsdorf, N. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 215–237
- Fuchs, T. / Iwer, L. / Micali, S.** (Hrsg.) (2018): Das überforderte Subjekt, Berlin
- Giesert, M. / Reuter, T. / Liebrich, A.** (Hrsg.) (2018): Betriebliches Eingliederungsmanagement 4.0, Hamburg
- Giraud, B. / Lenk, E.** (2016): Stufenweise Wiedereingliederung, in: Rieger, M. A. / Hildenbrand, S. / Nessler, T. / Letzel, S. / Nowak, D. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin, Landsberg, S. 279–286
- Goffman, E.** (1994 [1963]): Stigma, 11. Aufl., Frankfurt a. M.
- Kardorff, E. von** (2010): Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen, in: Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie 28 (4), S. 4–7
- Kocyba, H. / Voswinkel, S.** (2007): Krankheitsverleugnung – Das Janusgesicht sinkender Fehlzeiten, in: WSI-Mitteilungen 60 (3), S. 131–137
- Kohte, W.** (2016): Ausgewählte arbeitsrechtliche Fragen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement – Überblick über die Rechtslage und Rechtsdurchsetzung, in: Feldes, W. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 28–42
- Kiesche, E.** (2016): Krankenrückkehrgespräche und Betriebliches Eingliederungsmanagement, in: Feldes, W. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 74–87
- Lemert, E. M.** (1975): Der Begriff der sekundären Devianz, in: Lüderssen, K. / Sack, F. (Hrsg.): Seminar: Abweichendes Verhalten I. Die selektiven Normen der Gesellschaft, Frankfurt a. M., S. 433–476
- Lipp, W.** (1985): Stigma und Charisma. Über soziales Grenzverhalten, Berlin
- Meyer, M. / Wenzel, J. / Schenkel, A.** (2018): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017, in: Badura, B. / Ducki, A. / Schröder, H. / Klose, J. / Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit, Berlin, S. 331–536
- Mozdzanowski, M.** (2015): Das Betriebliche Eingliederungsmanagement, in: Weber, A. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 479–489

- Nebe, K.** (2016): Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement, in: Feldes, W. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 191–203
- Pfaff, H. / Krause, H. / Kaiser, C.** (2003): Gesundgeredet? Praxis, Probleme und Potenziale von Krankenrückkehrgesprächen, Berlin
- Pöser, S. / Becke, G. / Schwerdt, C.** (2017): Psychische Gesundheitsrisiken als Herausforderung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen 19, https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/IAW_Reihe/IAW_19_Betriebliches_Eingliederungsmanagement.pdf
- Riechert, I.** (2018): Psychische Störungen – eine Herausforderung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement, in: Giesert, M. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 95–106
- Riechert, I. / Habib, E.** (2017): Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Mitarbeitern mit psychischen Störungen, Berlin/Heidelberg
- Sikora, A. / Schneider, G. / Stegmann, R.** (2018): Von der Behandlung bis zur Rückkehr in den Betrieb aus der Perspektive der Betroffenen. Zwischenergebnisse einer Studie zu psychischen Erkrankungen, in: Giesert, M. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 107–113
- Stegmann, R. / Schröder, U.** (2018): Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt. Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement, Wiesbaden
- Voswinkel, S.** (2016): Betriebliches Eingliederungsmanagement bei psychischen Erkrankungen – Probleme und Veränderungsbedarf, in: Feldes, W. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 220–231
- Voswinkel, S.** (2017): Psychisch belastende Arbeitssituationen und die Frage der „Normalität“, in: Alsdorf, N. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 59–93
- Weber, A. / Peschkes, L. / de Boer, W.** (Hrsg.) (2015): Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Rehabilitation, Stuttgart
- Wege, N. / Angerer, P.** (2015): Return to work nach psychischen Erkrankungen, in: Weber, A. et al. (Hrsg.), a. a. O., S. 720–728

AUTOR

STEPHAN VOSWINKEL, PD Dr. disc. pol., ist Soziologe am Institut für Sozialforschung an der Goethe-Universität Frankfurt a. M. Forschungsschwerpunkte: Arbeits- und Organisationssoziologie, Gesundheitsforschung, Industrielle Beziehungen, Identität und Anerkennung.

✉ voswinkel@em.uni-frankfurt.de