

Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen im Raum Berlin-Brandenburg

gefördert von der DRV Berlin/ Brandenburg

Az.: 0421/00-40-64-50-60

Abschlussbericht Juni 2019

Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Rehabilitationswissenschaften
(Projektbüro: Invalidenstrasse 110)
Georgenstr. 36, 10117 Berlin

Projektleitung

Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff

Wissenschaftliche Mitarbeiter

Dr. Sebastian Klaus

Dr. Alexander Meschnig

Sascha Blaszyk (M. A.)

Studentische Mitarbeiterinnen

Lea Mattern (stud. Hilfskraft)

Anna Rosa Ostern (stud. Hilfskraft)

Yvonne Rafalzik (stud. Hilfskraft)

Beantragte Projektlaufzeit: 1. Juni 2016 – 31. März 2019

Vorwort

Die Zunahme diagnostizierter psychischer Störungen stellt das deutsche Rehabilitationssystem vor besondere Herausforderungen. Bislang ist ungeklärt, auf welche Weise und unter welchen konkreten Bedingungen eine nachhaltige berufliche Wiedereingliederung – trotz chronifizierter psychischer Beeinträchtigungen bzw. hoher psychischer Vulnerabilität – erfolgversprechend sein kann. Dies führt zu zentralen Fragen nach den individuellen und kontextbezogenen förderlichen oder blockierenden Bedingungen in Familie und Arbeitswelt für eine Rückkehr an den Arbeitsplatz (Return to Work = RTW), nach den Verlaufsprozessen und Wendepunkten vor, während und nach der Rehabilitation, die für einen ge- oder misslingenden Wiedereinstieg in Arbeit verantwortlich sind sowie nach den Voraussetzungen für einen nachhaltigen Verbleib in Arbeit (Stay at Work = SAW) bei psychisch beeinträchtigten Rehabilitanden.¹ Der Fokus der hier vorliegenden Studie liegt daher auf der retrospektiven und verlaufsbezogenen Sicht von Rehabilitanden aus der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation.

Zu Beginn dieses Berichts werden noch einmal der Ausgangspunkt und die zentralen Fragestellungen des Projekts dargestellt und in einem folgenden Kapitel die Gründe für notwendige Anpassungen der Forschungsstrategie erläutert. Danach folgen notwendige Neuakzentuierungen und Ergänzungen der im Antrag formulierten Fragestellungen, die sich aus den Ergebnissen des Fragebogens, der Interviews, der fortlaufenden Ergänzung des Forschungsstandes sowie der inhaltlichen Diskussionen im Projektteam ergaben. Auf ein umfangreicheres Kapitel zum Forschungsstand folgt ein komprimiertes Kapitel zur Einbettung der Untersuchung in die unterschiedlichen Fachdisziplinen; die theoretische Rahmung unserer Studie bildet den Abschluss der einleitenden Kapitel 1 - 4.

Anschließend werden das Studiendesign und die methodische Herangehensweise beschrieben, die Akquise der Rehabilitanden in den beteiligten Einrichtungen (Kliniken, Berufsförderungswerken), die quantitative Fragebogenerhebung in den Kliniken und BFWs und die konzeptionell im Vordergrund stehenden episodisch narrativen, um einen Leitfragen ergänzten qualitativen Interviews mit ehemaligen Teilnehmern aus der psychosomatischen und der beruflichen Rehabilitation. Danach werden ausgewählte Ergebnisse aus den quantitativen und

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter; dort wo nur Frauen gemeint sind, wird das weibliche Geschlecht verwendet.

Vorwort

qualitativen Erhebungen anhand der Interviews mit den beteiligten Rehabilitanden und den befragten Experten präsentiert. Anschließend werden unter dem Stichwort „Problematisierungen“ einige zentrale und wichtige thematische Ergebnisse der Studie nochmals in einem eigenen Kapitel aufgenommen. In einer Zusammenfassung werden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Analyse schließlich komprimiert dargestellt.

Am Ende des Berichtes finden sich einige Empfehlungen für die Praxis. Die vorliegende Studie hat den Anspruch das bisherige Wissen um die Bedingungen einer kontinuierlichen beruflichen Teilhabe trotz chronisch psychischer Erkrankung bzw. einer deutlich erhöhten psychischen Vulnerabilität – ablesbar an AU-Tagen und Reha-Maßnahmen – zu erweitern und so die Grundlage für Überlegungen um die Notwendigkeit einer weiterführenden begleitenden Reha-Strategie bei psychischen Erkrankungen zu schaffen

An dieser Stelle möchten wir den beteiligten Einrichtungen und ihren Mitarbeitern für ihre Kooperationsbereitschaft und ihre Expertise danken. Im Einzelnen waren das vier Rehabilitationskliniken mit psychosomatischem Schwerpunkt im Raum Berlin-Brandenburg:

- Heinrich Heine Klinik (Potsdam-Neu Fahrland): Dr.med. Barbara Lieberei
- Brandenburg Klinik (Wandlitz): Prof. Dr.med. Tom Alexander Konzag
- Seehof Klinik (Berlin-Teltow): Prof. Dr. med. Volker Köllner
- Zentrum für ambulante Rehabilitation (Berlin-Mitte): Dr. med. Sven Steffes-Holländer und Dr. med. Eric Therstappen

und das Berufsförderungswerk Berlin (Dr. Ariane Miehle-Ihrler) mit seinen zwei Standorten:

- BFW Mühlenbeck: Frank Neunaß
- BFW Berlin-Charlottenburg: Jürgen Maiwald

Bedanken möchten wir uns auch beim Beirat zu unserem Projekt, der außer den oben genannten Personen noch aus Frau Dr. Susanne Bartel (Leiterin der Abteilung Forschung und Entwicklung beim Bundesverband der Berufsförderungswerke), Herrn Dr. Marco Streibelt von der Deutschen Rentenversicherung Bund und Herrn Dr. Ulrich Eggens von der Rentenversicherung Berlin-Brandenburg bestand; allen Mitgliedern verdanken wir wertvolle Anregungen und hilfreiche kritische Hinweise für die Durchführung des Projekts und die Einschätzung der von uns auf zwei Beiratssitzungen präsentierten Ergebnisse.

Vorwort

Last but not least möchten wir allen beteiligten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für ihre Bereitschaft und ihre Zeit für die Teilnahme an unserer Untersuchung danken. Ohne ihre Mitarbeit wäre das vorliegende Projekt nicht möglich gewesen.

Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff

Berlin, Juni 2019

Dr. Sebastian Klaus

Dr. Alexander Meschnig

Sascha Blasczyk (M. A.)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis	8
1. Ausgangspunkt und Idee der Studie	9
1.1 Fokus der Studie	9
1.2 Die volkswirtschaftliche Dimension: Daten und Zahlen.....	11
1.3 Bedeutung für das System der Rehabilitation.....	14
1.4 Exkurs: Gibt es überhaupt eine Zunahme psychischer Erkrankungen?	17
1.5 Zielperspektive und Fragestellungen der Studie	19
1.6 Neuakzentuierungen	21
2. Forschungsstand und weiterführende Fragen.....	24
2.1 Zur sozial- und rehabilitationspolitischen Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Teilhabe am und die Rückkehr zum Arbeitsleben	26
2.2 Zur Epidemiologie der Common Mental Disorders (CMD)	27
2.2.1 Burn-out:.....	30
2.2.2 Komorbidität	33
2.2.3 Sozialstrukturelle Verteilung:.....	34
2.2.4 Berufe mit einem hohen Risiko für das Auftreten von Common Mental Disorders	35
2.3 Anforderungen und Veränderungen in der Arbeitswelt: Auswirkungen auf psychische Gesundheit.....	37
2.3.1 Salutogenese und Pathogenese: die beiden Seiten der Arbeitswelt	37
2.3.2 Arbeitsbedingte Belastungen und Beanspruchungen	38
2.3.3 Präsentismus.....	42
2.3.4 Gestörte Work-Life-Balance und das Risiko psychischer Beeinträchtigung.....	43
2.4 Psychische Beeinträchtigungen im Kontext des Versorgungssystems.....	44
2.4.1 Geringe Inanspruchnahme fachlicher Hilfe und hohe Dunkelziffer	45
2.4.2 EM-Berentung aufgrund psychischer Beeinträchtigungen	46
2.5 Bedingungsfaktoren für (Miss-)Erfolg von RTW bei Common Mental Disorders	47

Inhaltsverzeichnis

2.5.1	Rehabilitandenmerkmale.....	52
2.5.2	Diagnose, Art und Schwere der Erkrankung: zur Bedeutung medizinischer Faktoren	55
2.6	Krankheitsverlauf.....	57
2.6.1	Krankheitsbearbeitung: Bewusstwerdung, Akzeptanz, Krankheitsarbeit	58
2.7	Psychisch beeinträchtigte Menschen in der Rehabilitation	60
2.7.1	Differente Reha-Erwartungen von Patienten und Ärzten	61
2.7.2	Entlassungsberichte	62
2.8	Übergang von der medizinischen Rehabilitation in Arbeit.....	63
2.8.1	Stufenweise Wiedereingliederung (STW) für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.....	64
2.8.2	Übergangsbegleitung, Nachsorge und Rückfallprävention	64
2.9	Social Return on Investment für RTW-Maßnahmen	65
2.10	Forschungslücken	66
2.10.1	Prozess- und Biografieorientierung als Desiderate der weiteren RTW-Forschung	66
2.10.2	Psychische Beeinträchtigungen und RTW: Mangel an qualitative Studien.....	68
2.11	Folgerungen für unsere Studie	69
3.	Einbettung der Studie in verschiedene disziplinäre Diskurse.....	71
3.1	Rehabilitation als multidisziplinäre und multiprofessionelle Praxis	71
3.2	Unterschiedliche Verständnisse „psychischer Krankheit und Gesundheit“ als Herausforderung für die Untersuchung von RTW-Prozessen	72
3.2.1	Die unterschiedlichen Konzepte psychischer Erkrankungen.....	74
3.3	Multiperspektivität in einer sozialwissenschaftlichen Forschungsperspektive	81
4.	Theoretische Rahmung	83
4.1	Zum sozialpolitischen und gesellschaftlichen Kontext von Return to Work und Stay at Work	83
4.1.1	Die Bezugsprobleme für die theoretische Rahmung der Studie.....	86

Inhaltsverzeichnis

4.1.2 Biografische Entwicklung in der Lebensspanne und „Verlaufskurven des Erleidens“	90
4.2 Inanspruchnahme und Nutzung medizinischer, psychotherapeutischer und rehabilitativer Leistungen.....	95
4.3 Die theoretischen Hintergrundannahmen	97
4.3.1 Symbolischer Interaktionismus als übergreifende Handlungstheorie	98
4.3.2 Grounded Theory als konzeptionelle und methodologische Grundlage.....	100
4.3.3 Biografische Entwicklung und Krankheitsverläufe: das Konzept der Verlaufskurve als Heuristik.....	103
4.3.4 Arenen als Orte der Aushandlung von gelingendem oder blockiertem RTW	107
4.4 Zusammenfassung.....	110
5. Forschungsdesign.....	112
5.1 Feldzugang.....	112
5.2 Einschlusskriterien	113
5.3 Rücklauf und Interviewbereitschaft	114
5.4 Methoden und Instrumente.....	115
5.4.1 Erhebungsinstrumente	116
5.4.2 Experteninterviews	119
5.4.3 Studiendesign.....	120
5.4.4 Datenauswertung.....	121
6. Ergebnisdarstellung	123
6.1 Quantitative Analyse	123
6.1.1 Stichproben: Zusammenfassung.....	123
6.1.2 Vergleich mit epidemiologischen und klinischen Daten.....	124
6.1.3 Detaillierte Auswertung der Stichprobe	128
6.2 Qualitative Analyse.....	135
6.2.1 Darstellung des qualitativen Samples.....	136
6.2.2 Verlaufskurvenprozesse, Krisen, Wendepunkte und Potenziale.....	142
6.2.3 Krankheitserleben	166

Inhaltsverzeichnis

6.2.4 Nutzungsansprüche der medizinischen und beruflichen Rehabilitation.....	195
6.2.5 Medizinische Reha: Zuweisungsprozesse, Diagnosewechsel, Einzel- und Gruppenangebote, spezielle Maßnahmen (MBOR), Entlassungsdiagnose	214
6.2.6 Rückkehr in Arbeit.....	250
6.2.7 Nachsorge	287
6.2.8 Soziale Unterstützung, Einbindung und Verantwortung	305
7. Problematisierungen und offene Fragen	320
7.1 Zugang ins Versorgungssystem.....	321
7.2 Die Rolle der Diagnose.....	325
7.3 BBPL und MBOR: Zuweisung und Erleben der Rehabilitanden	332
7.4 Krankheit oder Lebenskrise?	335
8. Synopse der Ergebnisse	338
8.1 Vergleiche der Problemlagen beruflicher und medizinischer Rehabilitanden	338
8.2 Ergebnisse zur medizinischen Rehabilitation	339
8.3 Das Modell der Verlaufskurve als Heuristik	342
8.4 Nutzungserwartungen und -formen medizinischer und beruflicher Reha	345
8.5 Return to Work und Stay at Work	349
8.6 Überleitung, Begleitung und Nachsorge:	355
9. Empfehlungen.....	358
9.1 Der Zugang in die Reha	358
9.2 Während des Reha-Prozesses	360
9.2.1 Medizinisch-berufliche Orientierung (MBOR)	360
9.2.2 Gruppenangebote	361
9.2.3 Entlassungssituation	362
9.3 Im Nachgang der Reha.....	363
9.3.1 Schonraum im Anschluss an die Reha	363
9.3.2 Stufenweise Wiedereingliederung (StW)	364
9.3.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)	365
9.3.4 Soziale Unterstützung im Alltag.....	366
9.3.5 PsyRENA	367

Inhaltsverzeichnis

9.3.6 Klinische Auffrischung.....	368
9.3.7 Internetbasierte Rehabilitationsnachsorge (InterNa-Reha)	369
9.3.8 Stärkung träger- und einrichtungsübergreifenden Case-Managements.....	370
Literaturverzeichnis.....	373
10. Anhang.....	408
10.1 Anschreiben an die Rehabilitanden medizinisch und beruflich	409
10.2 Einwilligungserklärung.....	415
10.3 Fragebogen medizinisch und beruflich	417

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren 1997-2018 (Statista, 2019a)	12
Abbildung 2: 12-Monatsprävalenz der häufigsten psychischen Störungen. (Quelle: Wittchen/Jacobi, 2012, S.8)	29
Abbildung 3: Die häufigsten psychischen Störungen nach Geschlecht (Quelle: Wittchen/Jacobi, 2012, S.10).....	30
Abbildung 4: Psychosoziale Risiken bei der Arbeit (DGPPN 2014) (Stegmann/Schröder, 2018, S.16).....	32
Abbildung 5: Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen und psychischen Störungen (Zwerenz, 2005)	32
Abbildung 6: 12-Monatsprävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression - sozialer Gradient (Thom u. a., 2017).....	35
Abbildung 7: Arbeitsunfähigkeitstage - die häufigsten Erkrankungen 2000-2016 (Quelle: Daten der AOK, BARMER-GEK, BKK, DAK, TK; eigene Berechnungen der Bundespsychotherapeutenkammer, 2017)	40
Abbildung 8: Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018b).....	45
Abbildung 9: Krankheitseinfluss auf RTW (vgl. Meschnig/Kardorff/Klaus, 2019)	50
Abbildung 10: Hemmende Faktoren für den RTW bei psychischen Leiden (Auswahl ergänzt mit eigenen Ergebnissen nach Weber/Peschkes/de Boer, 2015)	52
Abbildung 11: Rechnet sich die (medizinische) Rehabilitation - vor dem Hintergrund nicht in Anspruch genommener EM-Renten (Quelle: DRV-Reha-Bericht 2018, S. 70).....	66
Abbildung 12: Return to Work (RTW) und Stay at Work (SAW) im Kontext des Versorgungssystems (Quelle: Eigene Darstellung)	84
Abbildung 13: Der gesellschaftliche Bedingungs Zusammenhang von RTW und SAW (Quelle: (Loisel u. a., 2005)	86
Abbildung 14: Das heuristische Modell einer Verlaufskurve von den ersten Symptomen bis zum RTW (Quelle: Eigene Darstellung)	107
Abbildung 15: Die wechselseitige Beeinflussung der Sozialen Welten "Familie" und "Arbeitswelt"(Quelle: Eigene Darstellung).....	109

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 16: Studiendesign und Methoden (Quelle: Eigene Darstellung)	120
Abbildung 17: Zeitschiene des Studienablaufs (Quelle: Eigene Darstellung)	121
Abbildung 18: Verteilung der wichtigsten Einzeldiagnosen psychischer Erkrankungen nach Geschlecht und AU-Tage/100 Versichertenjahre (Statista, 2019e)	125
Abbildung 19: Arbeitsunfähigkeitsvolumen aufgrund psychischer Erkrankungen nach Einzeldiagnose in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2012 (Statista, 2019b)	126
Abbildung 20: Falldauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen in Deutschland nach Diagnose und Geschlecht im Jahr 2017 (Statista, 2019d)	127
Abbildung 21: Falldarstellung Herr Wrobel (Verlaufskurve)	165
Abbildung 22: Verlaufskurve, Unterstützungsbedarf und Nutzungsansprüche der Reha im Kontext der Arbeitslinien (Quelle: Eigene Darstellung)	344

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berufsgruppen mit den meisten AU-Tagen je Fall aufgrund von F-Diagnosen in Deutschland 2017 (Statista, 2019c)	36
Tabelle 2: Experteninterviews (N = 19)	119
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung (N=105, N=23 und N=214)	123
Tabelle 4: Inanspruchnahme Psychotherapie (N = 105, N=23).....	132
Tabelle 5: Beschreibung der beruflichen Rehabilitanden (qualitatives Sample, N = 12).....	137
Tabelle 6: Beschreibung der medizinischen Rehabilitanden (qualitatives Sample, N = 33) ..	141
Tabelle 7: Arbeitsfähigkeitseinschätzung vor und nach der Reha (Quelle: Eigene Darstellung)	327

1. Ausgangspunkt und Idee der Studie

1.1 Fokus der Studie

Die Zunahme psychischer Erkrankungen stellt - neben vielfältigen Problemen für die Betroffenen - eine gesellschaftliche, volkswirtschaftliche und nicht zuletzt eine für das Rehabilitationssystem bedeutende Herausforderung dar.² In einer vorhergehenden Studie zu den Verlaufskarrieren ehemaliger beruflicher Rehabilitanden entstand die Idee, nicht nur das Spektrum der von uns untersuchten Rehabilitanden auf die medizinische Rehabilitation auszuweiten, sondern uns auf die psychosomatische Reha zu konzentrieren, da wir, wie später noch ausgeführt wird, hier spezifische Problemlagen sehen, die vom Reha-System nicht adäquat oder zumindest nur partiell abgebildet und versorgt werden können. Wir fokussieren uns dabei auf die in der ICD-10 mit F3 und F4 gekennzeichneten Diagnosegruppen, die in der internationalen Literatur zu den *Common Mental Disorders* (vgl. Kapitel 2) gezählt werden und etwa 80% der Eingangsdiaagnosen in das Reha-System bilden, oft mit weiteren F-Diagnosen oder auch somatischen Krankheitsbildern kombiniert.

Psychische Erkrankungen haben in der Regel eine sich über Jahre hinziehende „unentdeckte“ und oft unbehandelte Vor- und Krankheitsgeschichte, die häufig eng mit der beruflichen Situation verbunden ist (vgl. *Lohmann-Haislah, 2012; Siegrist, 2018*), wengleich im Fortgang unserer Studie die Bedeutung außerberuflicher Faktoren und biografischer Problemaufschichtungen stärker in den Mittelpunkt tritt (vgl. Kapitel 4 und Kapitel 6; vgl. auch *Alsdorf u. a., 2017*). Trotz der meist langjährigen Symptomatik und entsprechender Beeinträchtigungen, die in der Arbeitswelt oft durch den sog. Präsentismus (vgl. *Steinke/Badura, 2011; Lohaus/Habermann, 2018*) überdeckt werden, gelangen gerade psychisch erkrankte Menschen entweder gar nicht oder erst relativ spät in das System der Rehabilitation. So haben nur ca. 50% der

² Wir sprechen im Folgenden in der Regel von psychischen Beeinträchtigungen und nicht von psychischen Krankheiten oder Störungen. Der erstgenannte Begriff lässt offen, ob es sich um eine Krankheit im engeren Sinne oder mehr um eine ausgeprägte psychische Belastung mit relevanten Folgen für die Funktionsfähigkeit der Betroffenen im Sinne der ICF handelt. Ebenso bleibt damit offen, ob es sich um ein(e) beraterbedürftige(s) Lebenskrise bzw. ein bislang ungelöstes Lebensproblem handelt (Z-Diagnose; vgl. auch *Gensichen/Linden (2013)*). Im Hinblick auf die Teilhabe am Arbeitsleben sind tätigkeitsbezogene Beeinträchtigungen (Konzentrationsstörungen, soziale Ängste etc.) zentrale Herausforderungen für die Rehabilitation. Der Begriff der Beeinträchtigung steht auch im Einklang mit den Teilhabeberichten der Bundesregierung (2013 und 2017). Da es sich hier um ein konzeptionell-theoretisches Problem handelt, das die Rehabilitationsstrategien im Feld psychosomatischer Beeinträchtigungen berührt, greifen wir das Thema konzeptionell in Kap. 3.2 auf und widmen ihm gegen Ende des Berichts unter der Überschrift „Problematierungen“ ein eigenes Unterkapitel (vgl. Kap. 7.4).

Ausgangspunkt und Idee der Studie

Bezieher von Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Krankheiten vor Eintritt in die Rente eine Reha-Maßnahme in Anspruch genommen (vgl. *Deutsche Rentenversicherung Bund*, 2014a).

Während eine Vielzahl empirisch gestützter und bewährter theoretischer Modelle für die Erklärung beruflicher Krisen (vgl. die Übersichten bei *Siegrist*, 2015; ders. 2018) vorliegen, existiert nur wenig Wissen über die konkreten Prozesse der Wahrnehmung erster Krisenanzeichen bei den Betroffenen und den individuellen Umgang damit – Ausnahmen bilden hier eine aktuelle Studien zum RTW (*Alsdorf u. a.*, 2017; *Kardorff/Meschnig/Klaus*, 2019; *Stegmann R./Schulz/Schröder*, 2019) sowie Untersuchungen zum Präsentismus in der Arbeitswelt (vgl. *Steinke/Badura*, 2011, *Lohaus/Habermann*, 2018). Das Fehlen einschlägiger, insbesondere qualitativer Untersuchungen, zum Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen in einer lebensweltlichen und (berufs)biografischen Perspektive, verweist auf einen Forschungsbedarf, der Ansatzpunkte für frühe Interventionen im betrieblichen und medizinischen Kontext sowie zu den Unterstützungsbedarfen bei der Rückkehr in Arbeit liefern könnte, die die subjektive Sicht der betroffenen Menschen ernst nimmt. Die langen Entwicklungs- und Therapieprozesse bei psychischen Störungen verweisen zudem auf ein erhebliches Forschungsdefizit hinsichtlich individuell passfähiger und längerfristiger Strategien der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen über die eigentliche medizinische oder berufliche Rehabilitation hinaus.

In einer Vorgängerstudie, die berufliche Rehabilitanden nach dem Ende einer zweijährigen Vollzeitmaßnahme über 3-4 Jahre begleitete, stellte sich insbesondere bei Personen mit einer psychischen Erstdiagnose der Prozess des Return to Work (RTW) aus verschiedenen Gründen als besonders problematisch heraus.³ Dies bildete den zentralen Anlass für die in vorliegendem Projekt verfolgte Fragestellung nach der nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen und zu den spezifischen dabei zu überwindenden Problemen und Barrieren im Zusammenspiel zwischen Betroffenen-, Behandler- und Arbeitgebersicht auf der einen und der beschreibbaren Kontextfaktoren (Arbeit, Familie), aktueller Lebenslage und aufgeschichteter Biografie auf der anderen Seite. Dabei interessierte uns insbesondere der Vergleich von beruflichen und medizinischen Rehabilitanden mit F3 oder F4 Diagnosen, um

³ Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse findet sich in *Meschnig/Kardorff/Klaus* (2019).

die Frage zu beantworten, ob wir es hier mit ähnlichen oder ganz anders gelagerten Problemen zu tun haben, was wiederum Konsequenzen für mögliche Unterstützungsangebote während und nach der Rehabilitation mit sich bringt.

Wir gehen davon aus, dass die Frage nach einem gelingenden RTW und einem dauernden Verbleib in Arbeit (Stay at Work) zwingend mit der Art, der Verarbeitung und der Dauer der biografisch erlebten Vorgeschichte bis zur akuten Krise und der darauf folgend erzwungenen Unterbrechung der Arbeitstätigkeit oder dem Ausscheidens aus dem Arbeitsprozess zusammenhängt und nur vor diesem Hintergrund adäquat verstanden und bewertet werden kann. Das heißt für uns, dass die individuelle(n) Verlaufsgeschichte(n) und mögliche typische Verlaufsmuster von Beginn der ersten wahrgenommenen Symptome bis zum Wiedereinstieg in Arbeit biografisch rekonstruiert werden müssen. Dazu bedienen wir uns methodisch narrativer Interviews die zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten (sechs, zwölf und achtzehn Monate nach dem Abschluss der Maßnahme) mit den Rehabilitanden geführt wurden, um über einen längeren Zeitraum die persönlichen Veränderungen der Lebenslage, der Einstellungen zu Arbeit und Beruf, den Umgang mit der eigenen Erkrankung, die Erfahrungen mit der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Qualifizierung, aber auch die privaten Veränderungen in der Rückschau aus Sicht der ehemaligen Rehabilitanden zu rekonstruieren.

1.2 Die volkswirtschaftliche Dimension: Daten und Zahlen

Die Zunahme von Rehabilitanden mit psychischen und psychosomatischen Diagnosen ist mit erheblichen – insbesondere finanziellen – Konsequenzen für Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern verbunden. Die OECD schätzt die Kosten einschließlich der Produktivitätsausfälle durch psychische Störungen weltweit auf „several billions of dollar annually“ (Corbière/Negrini/Dewa, 2013, S. 267).

Die uns vorliegenden Daten der gesetzlichen Krankenkassen belegen eine seit über zehn Jahren im Verhältnis zu körperlichen Erkrankungen überproportional ansteigende Zunahme an Krankschreibungen wegen psychischer Krankheiten, vor allem von Angsterkrankungen und Depressionen. So wurden 2012 bundesweit 60 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage im Diagnosespektrum psychischer Erkrankungen registriert (vgl. *Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*, 2016, S. 31). Damit hat ihr relativer Anteil am Gesamtumfang der Arbeitsunfähigkeit in den vergangenen 40 Jahren von zwei auf

Ausgangspunkt und Idee der Studie

15,1% zugenommen. Die auf psychische Krankheiten zurückgehenden Krankheitstage haben sich in diesem Zeitraum verfünffacht; in den letzten elf Jahren sind die AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen sogar um mehr als 97% angestiegen. Während psychische Erkrankungen vor 20 Jahren statistisch noch von eher geringer Bedeutung waren, stellen sie heute die dritthäufigste Diagnosegruppe bei Krankschreibung bzw. Arbeitsunfähigkeit dar (Knieps/Pfaff, 2016, S. 59). Die AU-Fälle aufgrund von psychischen Erkrankungen haben sich in den letzten 20 Jahren für beide Geschlechter nahezu verdreifacht, wobei hier, anders als bei den geschlechterspezifischen Häufigkeiten, bei Männern und Frauen in etwa dieselben Steigerungen vorzufinden sind (vgl. Abbildung 1).



Abbildung 1: Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren 1997-2018 (Statista, 2019a)

Besondere Relevanz und Brisanz erhalten diese Ergebnisse durch die *Krankheitsdauer*, also die Anzahl der AU-Tage pro Arbeitnehmer. Bei als psychisch bedingt diagnostizierten Krankheitsfällen ist sie mit durchschnittlich 36 Tagen dreimal so hoch wie bei anderen Erkrankungen mit

Ausgangspunkt und Idee der Studie

12 Tagen (*Knieps/Pfaff, 2016, S. 47*). Darüber hinaus stellen sie inzwischen die häufigste Ursache für *krankheitsbedingte Frühberentungen* (Erwerbsminderungsrenten, EM-Renten) dar: zwischen 1993 und 2017 stieg ihr Anteil von 15,3% auf 43,0% (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018c, S. 111*). Berentungsfälle wegen "psychischer und Verhaltensstörungen" treten im Vergleich zu (chronischen) körperlichen Krankheiten zudem *deutlich früher* im Lebensverlauf auf; das Durchschnittsalter liegt hier bei 48,1 Jahren, während es bei anderen (körperlichen) Erkrankungen 51,1 Jahre beträgt (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, S. 24*).

Bei der Zunahme (diagnostizierter) psychischer Erkrankungen handelt es sich quantitativ vor allem um das Diagnosespektrum der F3 (Affektive Störungen, insbesondere verschiedene Formen der Depression) und F4 Diagnosen (neurotische, Belastungs- und Anpassungsstörungen, insbesondere Angststörungen) der ICD-10, während etwa die Inzidenz und Prävalenz von Psychosen weitgehend stabil geblieben sind. Anders als etwa Menschen mit Psychosen, Suchtkranke oder Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen und/oder langen sozialen Abstiegskarrieren tauchen die Menschen aus dem oben beschriebenen Diagnosespektrum in der Regel nur selten im akut- oder im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem auf (Psychiatrisches Krankenhaus, Psychiatrische Institutsambulanz, Sozialpsychiatrische Dienste, Krisenzentren, Therapeutische WGs etc.). Sie finden sich überwiegend bei niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten sowie bei Psychotherapeuten, in psychosomatischen Reha-Kliniken oder – oft nach längeren Zeiten krankheitsbedingter Erwerbslosigkeit – in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Die Mehrzahl dieser wenig auffälligen und damit in der Öffentlichkeit weitgehend unsichtbaren Klientel erscheint kaum im sozialpsychiatrischen Diskurs, weil viele der Betroffenen trotz hoher Belastungen (noch) genügend Ressourcen besitzen, um nicht auf komplexe sozialpädagogische und sozialpsychiatrische Hilfen angewiesen zu sein. Zudem verfügen sie aufgrund ihrer langen Berufsbiografien und ihres Alters beim erzwungenen Ausstieg aus dem Erwerbsleben oft noch über eine ausreichende finanzielle Eigensicherung und/oder soziale Einbindung, sodass nur ein relativ geringer Anteil von ihnen in institutionenabhängige Lebenslagen (z. B. SGB II; Sozialgeldbezug) gerät.

1.3 Bedeutung für das System der Rehabilitation

Im Sinne des Leitsatzes „Reha vor Rente“ zielen Rehabilitationsleistungen im Auftrag der Gesetzlichen Rentenversicherung auf geeignete Interventionen, die längere AU-Zeiten oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben aufgrund psychischer Beeinträchtigungen verhindern und dazu beitragen sollen, Beschäftigung, ggf. auf einem leidensgerechten Arbeitsplatz, nachhaltig sichern zu helfen. Sowohl volkswirtschaftlich als auch individuell gesehen stellt sich die Frage nach gelingender Sicherung und Wiederherstellung der Teilhabe am Arbeitsleben als zentrale Herausforderung für das Rehabilitationssystem dar.

2016 gingen bei der Rentenversicherung mehr als 1,6 Mio. Anträge auf medizinische Rehabilitation ein. Rund 68 % der erledigten Anträge wurden bewilligt, etwa 17 % abgelehnt – meist aus medizinischen (92 %), selten aus versicherungsrechtlichen (8 %) Gründen. Die restlichen 15 % der Anträge wurden zum jeweils zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet. Die monetären Aufwendungen betrugen 2016 rund 6,4 Mrd. € für Rehabilitation (brutto), davon rund 4,7 Mrd. € für medizinische Rehabilitation, rund 1,3 Mrd. € für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und rund 0,4 Mrd. € für Sozialversicherungsbeiträge (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018b, S. 68*).

Der überwiegende Teil medizinischer Rehabilitation erfolgt nach wie vor stationär. Allerdings sank der Anteil stationärer Leistungen für Erwachsene vom Jahr 2000 bis 2016 von 93 % auf 82 %. Die ambulanten Leistungen für Erwachsene haben sich dagegen bis 2016 mehr als sechsfacht, wobei die Zunahme vor allem auf ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitationsmaßnahmen zurückgeht: von rund 25.000 im Jahr 2000 auf knapp 148.000 Leistungen. Sie machen derzeit ca. 14 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen aus (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018b, S. 23*).

Die Anschlussrehabilitation (AHB) umfasste 2016 mit 359.641 Leistungen gut ein Drittel aller medizinischen Reha-Leistungen. Zur Reha-Nachsorge führte die Rentenversicherung 149.370 Leistungen durch. Eine Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V; § 44 SGB IX; § 15 SGB VI), die einen „sanften Einstieg“ in die berufliche Tätigkeit zum Ziel hat und die von sechs Wochen bis zu sechs Monaten dauern kann, förderte die Rentenversicherung 2016 in 56.747 Fällen. Das stellt eine Steigerung um 52% innerhalb der letzten 6 Jahre dar (2010: 37.243 Fälle), liegt aber aktuell etwas niedriger als in 2015 (57.625).

Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen

Die häufigsten Reha-Indikationen sind Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe: Auf sie entfallen stationär etwa ein Drittel der Reha-Leistungen bei Frauen und Männern. Im ambulanten Bereich machen sie 75% der Reha-Leistungen bei Frauen und 68% bei Männern aus.⁴ Rang 2 der Indikationen belegt bei Frauen die Medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen (21 %), dicht gefolgt von der Rehabilitation bei Neubildungen (20 %). Bei Männern ist der Anteil psychischer Erkrankungen mit 13% nach wie vor deutlich geringer als bei Frauen. Dennoch liegt die medizinische Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen bei Männern nach der Rehabilitation bei Neubildungen (15 %) inzwischen an dritter Stelle. Entwöhnungsbehandlungen (Sucht) sind bei Männern fast dreimal so häufig wie bei Frauen (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018b, S. 30*).

Insgesamt wurden im Jahr 2016 rund 150.000 Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Beeinträchtigungen (ohne Sucht) erbracht (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018b, S. 28*). Mit rund 16 % aller bewilligten medizinischen Reha-Leistungen stellen sie damit die drittgrößte Indikationsgruppe dar. Eine in der Regeln für 3 Wochen bewilligte stationäre medizinische Rehabilitation bei körperlichen Erkrankungen kostet im Schnitt 2.831 €. Die mit durchschnittlich fünf Wochen längeren medizinischen Reha-Leistungen bei psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind mit durchschnittlich 6.759 € deutlich teurer.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und Psychische Krankheiten

Bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen können Rehabilitanden aus einer breiten Palette einschlägiger Angebote unterschiedliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (sog. LTA-Leistungen) beantragen (§§ 49 – 54, § 57, 60 SGB IX; § 16 SGB VI; Leistungen an Arbeitgeber § 50 SGB IX). 2016 gingen bei der Rentenversicherung 449.138 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein. 156.117 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden 2016 abgeschlossen. Nach Diagnosen aufgeschlüsselte Angaben zu LTA-Leistungen liegen nach unseren Recherchen bislang nicht vor; das IAB hat ein Erhebungskonzept für LTA-Leistungen für junge psychisch kranke Menschen vorgelegt (*Reims u. a., Januar 2018, Daten hierzu liegen allerdings noch nicht vor*).

⁴ Die Steigerung im Vergleich zu 2015 kommt durch eine verbesserte Zuordnung der Einzeldiagnosen zu den Diagnosegruppen zustande (*Deutsche Rentenversicherung Bund (2018b, S. 7)*).

Ausgangspunkt und Idee der Studie

Männer nehmen häufiger LTA in Anspruch als Frauen. Nach einem Rückgang in den Jahren 2011 und 2012 steigt der Anteil der Frauen seit 2013 wieder deutlich an. Frauen und Männer in der beruflichen Rehabilitation sind im Schnitt nahezu gleich alt: Frauen 47,3 Jahre, Männer 47,1 Jahre. Etwa ein Fünftel der LTA sind berufliche Bildungsleistungen. Bezogen auf Bildungsleistungen zur LTA für 2016, liegt der Anteil der als psychisch krank (einschließlich Sucht) diagnostizierten Frauen bei 32% (bei insgesamt 12.748 LTA-Leistungen), der als psychisch krank (einschließlich Sucht) diagnostizierten Männer bei 18%, bei insgesamt 18.247 LTA-Leistungen (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018b, S. 57*). Gut drei Viertel aller Teilnehmer schließen ihre berufliche Bildungsleistung erfolgreich ab. Zwei Jahre nach Abschluss einer beruflichen Bildungsleistung sind nach sechs Monaten 45 %, nach zwei Jahren bei 55 % der Teilnehmer sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

Spezielle Herausforderungen für das System der Rehabilitation

Auf der Ebene des Versorgungssystems zeigen sich bei der Behandlung und der Rehabilitation psychischer Beeinträchtigungen vor allem folgende Auffälligkeiten und Probleme:

- Zu späte und zu wenig fachspezifische Inanspruchnahme (Fachärztliche Behandlung, Psychotherapie, medizinische Reha);
- Zu spätes Erkennen (wollen) der psychischen Belastungen und eines Behandlungsbedarfs bei den betroffenen Menschen selbst, sei es aus Angst vor Selbstwertverlust, vor Stigmatisierung oder vor mangelnder Akzeptanz und/oder aufgrund zu geringer Kenntnisse einschlägiger Versorgungsangebote oder des Mangels an Angeboten (z.B. Psychotherapieversorgung im ländlichen Raum);
- Geringere Wirksamkeit und geringere Nachhaltigkeit der Interventionen im Verhältnis zur somatischen Medizin (*Zander/Lindow, März 2015*) aber dagegen (*Petermann/Koch, 2009*);
- Ungleiche Versorgung in den Bundesländern und den Regionen;
- Zuweisung: Systematik vs. „Zufall“ in der Inanspruchnahme; Verfahrensbedingte Behandlungspfade (z.B. unterschiedliche Erfahrungen mit der Beratung zur Inanspruchnahme spezifischer Therapie- und Reha-Leistungen bei niedergelassenen Ärzten, in den Job-Centern oder bei den Reha-Fachberatern).

Die Mehrzahl der hier angedeuteten Ergebnisse gehen auf quantitative Studien zurück und verweisen auf versorgungssystembedingte Probleme: In den Studien zeigt sich, dass die mangelnde Inanspruchnahme von einschlägigen Angeboten auf Informationsmängel der Patienten und/oder auf mangelnde Zusammenarbeit der Kostenträger und der Akteure und Einrichtungen innerhalb der Versorgungskette zurückzuführen ist. Auch wenn die Kenntnis über Angebote eine notwendige Voraussetzung zur Nutzung darstellt, ist sie jedoch keineswegs hinreichend, denn auch bei Kenntnis von Angeboten werden diese, wie die Erfahrung zeigt, oft nicht genutzt; etwa weil betroffene Menschen für sich keinen Handlungsbedarf sehen, den Kontakt zu Psychotherapie oder Psychiatrie meiden oder noch mit eigenen Bewältigungsstrategien in ihrem alltäglichen Leben zu Rande kommen.

1.4 Exkurs: Gibt es überhaupt eine Zunahme psychischer Erkrankungen?

Es mag nach diesen Ausführungen paradox klingen, aber die sozialepidemiologische Forschung stellt zumindest in Frage, ob wir es mit einer tatsächlichen Zunahme psychischer Krankheiten zu tun haben. So geht etwa *Jacobi* (2009) davon aus, dass die gestiegenen Zahlen lediglich ein realistisches Bild der bislang unterschätzten Prävalenz psychischer Störungen darstellen, da die Zunahme der Diagnosen auf eine verbesserte/genauere Diagnostik, auf eine gestiegene Sensibilität gegenüber seelischen Störungen bei Ärzten, aber auch in der Öffentlichkeit, sowie auf eine größere Veröffentlichungsbereitschaft der betroffenen Menschen selbst zurückgehen (vgl. auch *Richter/Berger/Reker*, 2008). Der säkulare Diskurs in den alten und neuen Medien um „Burn-out“ und Depression scheint die Aufmerksamkeit auf die Folgen dieses Krankheitsbildes zu zentrieren. Hinzu kommt – so eine unserer Hypothesen – dass Depressionen sich im Arbeitsleben schwerer kompensieren lassen als dies etwa bei Angsterkrankungen der Fall ist. Diese Überlegungen sind angesichts der Tatsache plausibel, dass in unserem Sample und in den teilnehmenden Kliniken Störungen aus dem F3 Spektrum im Verhältnis zu den Ergebnissen der psychiatrischen Epidemiologie, bei der Angststörungen dominieren (vgl. *Jacobi u. a.*, 2014), überwiegen. Eine Hypothese hierzu ist, dass unter anderem aus den oben angeführten Gründen die Diagnose „Depression“ eine besonders große Chance auf Bewilligung einer psychosomatischen Reha hat.

Es lässt sich in diesem Zusammenhang hinzufügen, dass sich durch die Neufassung der psychiatrischen Diagnosekataloge auch eine „Erweiterung der Behinderungszone“ (*Felkendorff*,

2003) seitens der Wissenschaft, der Pharmaindustrie und der Fachkräfte vollzieht.⁵ Parallel dazu nutzen betroffene Menschen im gesellschaftlichen Diskurs omnipräsente Schlagworte wie „Burn-out“ als Projektionsfläche für diffuse seelische Beeinträchtigungen, die vielleicht eher als Erschöpfung und Anpassungsstörungen anstelle von „Krankheit“ zu bezeichnen wären. Unter einer gesellschaftstheoretischen Perspektive diagnostiziert (*Ehrenberg, 2004*) ein „erschöpftes Selbst“ als Merkmal westlicher Gegenwartsgesellschaften und Byung-Chul Han (*Han, 2010*) spricht von einer durch Arbeitsfixierung erzeugten „Müdigkeitsgesellschaft“.

Gegen die oben genannten Erklärungsversuche der Epidemiologie ist festzuhalten, dass psychische Belastungen und daraus resultierende Beanspruchungen und Beanspruchungserleben in der Arbeitswelt bis hin zur Beschäftigungsunfähigkeit durch den Wandel von Technologien und Arbeitsorganisation (z.B. *Dragano, 2007; Carstensen, 2015; Diebig/Müller/Angerer, 2017* für Digitalisierungsfolgen), gestiegene Arbeitsverdichtung (*Rothe u. a., 2017*) und atypische Arbeitszeiten (z.B. *Lohmann-Haislah, 2012; Stab/Jahn/Schulz-Dadaczynski, 2016*), Konkurrenz und Arbeitsplatzkonflikte (Stichwort „Mobbing“: *Meschkat/Stackelbeck/Langenhoff, 2005*) sowie Arbeitsplatzunsicherheit (*Köper, B. & Gerstenberg, S., 2016*) angestiegen sind. Das gilt auch dann, wenn der kausale Anteil nicht für jeden Aspekt evidenzbasiert belegt werden kann, weil es sich um komplexe Interaktionen von Biografie, Resilienz und Vulnerabilität, von Lebenslage und -phase, von Umweltbedingungen und von situativen Momenten handelt (vgl. *Keupp/Dill, 2014; Lohmann-Haislah, 2012; Siegrist, 2015; Alsdorf u. a., 2017*). Hinzu kommen das Erleben einer aus dem Gleichgewicht geratenen Work-Life Balance, die eine Regeneration in Familie, Freundeskreis und Freizeit erschwert (*Hochschild, 2006; Amlinger-Chatterjee, 2016*) sowie der Einfluss privater Krisen auf die Leistungsfähigkeit im Beruf sowie die Tabuisierung von Krankheit und besonders von seelischen Problemen am Arbeitsplatz (vgl. *Kocyba/Voswinkel, 2007; Kardorff, 2018*). Die Anforderungen und Erwartungen an private Beziehungen, an die Rolle als Ehemann oder Ehefrau, daraus resultierende Rollenkonflikte, aber auch bis dato vertraute Identitäten sind ebenfalls schon längere Zeit einem Dynamisierungsprozess ausgesetzt. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass der Wandel in der Arbeitswelt, die subjektiven Wahrnehmungen der Veränderungen sowie die gestiegenen (Selbst-)Ansprüche an optimierte Formen der Lebensführung und generalisierten Erwartungen an Selbstver-

⁵ So hat die WHO im Mai dieses Jahres „Burn-out“ mit Wirkung von 2021 im neuen ICD-11 Diagnoseschlüssel anerkannt.

antwortung, das Risiko für psychisch bedingte Anpassungsstörungen bis hin zu krankheitswertigen Beeinträchtigungen erhöht haben (Rothe u. a., 2017). Das gilt in besonderer Weise für verstärkt erlebte subjektive Beanspruchungen und verringerte subjektive Lebensqualität (Robert-Koch-Institut, 2015).

1.5 Zielperspektive und Fragestellungen der Studie

Auf dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen zielt die zentrale Frage unserer Studie auf die individuellen und kontextbezogenen (betrieblichen und familialen) Bedingungen und Verläufe einer gelingenden Rückkehr an den Arbeitsplatz (Return to Work = RTW) und eines nachhaltigen Verbleibs in Arbeit (Stay at Work = SAW) bei psychisch beeinträchtigten Rehabilitanden – insbesondere aus der retrospektiven und verlaufsbezogenen Sicht der betroffenen Menschen. Vor allem ist bislang nicht beleuchtet worden, ob und welche unterschiedlichen Aspekte bei der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz (im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation) oder der Aufnahme einer völlig neuen Tätigkeit (nach einer beruflichen Rehabilitation) wirksam werden und welche Bedeutung die Rehabilitanden einzelnen Faktoren und Bedingungen zumessen. Der Schwerpunkt der Studie liegt deshalb auf der Analyse der episodisch-narrativen und um Leitfadenfragen ergänzten Interviews mit den ehemaligen Rehabilitanden zu drei Zeitpunkten: ca. 6, 12 und 18 Monate nach Beendigung der Rehabilitation. Ausgehend von der skizzierten Problemstellung stellt unser Projekt folgende Fragen in den Mittelpunkt:

- Wie gestalten sich die Wiedereingliederungsprozesse in Arbeit bei psychosomatischen Rehabilitanden konkret und wie sehen deren subjektives Erleben, ihre Entscheidungen und Handlungsstrategien aus?
- Welche charakteristischen Hemmschwellen und Barrieren zeigen sich beim RTW von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen im Anschluss einer psychosomatischen bzw. beruflichen Rehabilitation?
- Wie werden nach der medizinischen und nach der beruflichen Rehabilitation die Anforderungen an die Arbeit erlebt und wie arrangieren sich die Rehabilitanden mit den Arbeitsanforderungen (subjektives Management des Krankseins in der Arbeitswelt)?

Ausgangspunkt und Idee der Studie

- Werden in der Rehabilitation erlernte Strategien (z.B. Stressmanagement) und Empfehlungen von den Rehabilitanden genutzt, in welchem Umfang und in welcher individuellen Aneignungsform geschieht dies? Welche Strategien werden aus welchen Gründen nicht genutzt? Welche längerfristig gesundheitsgefährdenden Strategien werden verfolgt?
- Mit welchen individuellen Erwartungen und Emotionen (z.B. Ängsten) kehren psychisch beeinträchtigte Rehabilitanden nach einer medizinischen bzw. beruflichen Reha an ihren Arbeitsplatz zurück und welche Erfahrungen machen sie dort?
- Welche förderlichen, aber auch belastenden Faktoren für einen erfolgreichen und *nachhaltigen Verbleib* in Arbeit werden von den Rehabilitanden (in Biografie, Lebenslage und -phase, Arbeitswelt und Reha-System) genannt?
- Welche konkreten Unterstützungsangebote von Rehabilitationseinrichtungen, Arbeitgebern, Kostenträgern etc. werden von Rehabilitanden tatsächlich genutzt und auf welche Weise werden sie angeeignet?
- Welcher zusätzliche Unterstützungsbedarf wird von den Rehabilitanden nach der Rehabilitation an die Reha-Einrichtung, an den Kostenträger, an den Arbeitgeber und die Kollegen formuliert?
- Zeigen sich wesentliche Unterschiede bei der Rückkehr und dem Verbleib in Arbeit zwischen psychisch beeinträchtigten Rehabilitanden, die an den alten Arbeitsplatz nach einer medizinischen oder in eine neue Tätigkeit nach einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme zurückkehren?

Das Hauptziel der Studie besteht darin, den *konkreten Verlauf* der *Rückkehr in* und des *Verbleibs in Arbeit* aus *Sicht der betroffenen Rehabilitanden* vom Klinikaufenthalt oder nach Ende der beruflichen Rehabilitation an ihren (alten bzw. auf einen neuen) Arbeitsplatz nachzuverfolgen und Bedingungen für eine gelingende Rückkehr und einen nachhaltigen Verbleib in Arbeit zu identifizieren.

1.6 Neuakzentuierungen

Im Laufe des Zugangs in das Feld und aufgrund der ersten empirischen Ergebnisse stellten sich manche Vorannahmen und Hypothesen, die wir im Antrag formuliert hatten als empirisch nicht relevant, andere hingegen im Laufe des Forschungsprozesses als besonders wichtig heraus.

Die ursprünglich im Antrag konzeptionell begründete Unterscheidung zwischen der Rückkehr an die alte Arbeitsstelle (medizinische Rehabilitanden) bzw. an einen neuen Arbeitsplatz (berufliche Rehabilitanden) hat sich empirisch nicht als bedeutsam erwiesen. Die Problemlagen der medizinischen und beruflichen Rehabilitanden unterscheiden sich, was den RTW betrifft, nicht wesentlich voneinander. Auch in zentralen Parametern wie Gesundheitszustand, Dauer der Beeinträchtigung, Rückkehr- und Zukunftserwartungen unterscheiden die sich in die Studie eingeschlossenen Rehabilitanden nicht signifikant voneinander, so dass sich hier kein sinnvoller Vergleich der beiden Gruppen anbietet. In anderen Dimensionen gibt es aber sehr wohl Unterschiede. Insgesamt haben wir es bei den medizinischen Rehabilitanden mit einer deutlich größeren Heterogenität von Motiven, Problemlagen und Handlungsstrategien als bei den beruflichen Rehabilitanden zu tun.

Die Auswertung der Fragebogenergebnisse sowie die Analyse der Interviews legen nahe, dass es andere Parameter als die zunächst angenommenen sind, die den weiteren Verlauf der Krankheitsgeschichte und die Rückkehr in Arbeit beeinflussen. Zudem treten bei unseren Rehabilitanden F3 und F4 Diagnosen häufig gemeinsam auf, vielfach auch verbunden mit zusätzlichen somatischen und psychiatrischen Diagnosen, wie z.B. einer Suchterkrankung, so dass die Erstdiagnose – im Unterschied zum Schweregrad – in der Regel keinen nachweisbaren Einfluss auf den RTW hat. Wie auch aus den Experteninterviews in den beteiligten Kliniken deutlich wurde, kommt es zudem häufig vor, dass aufgrund der Gespräche, Beobachtungen und weiterer diagnostischer Maßnahmen während des Aufenthalts in der Reha-Klinik die Eingangsdia gnose modifiziert wird und sich somit Eingangs- und Entlassungsdia gnose der Rehabilitanden vielfach voneinander unterscheiden. Mit Blick auf die Rolle der medizinischen ICD10-Diagnosen zeigte sich in Expertengesprächen mit Praktikern der beruflichen Rehabilitation, dass für den RTW-Erfolg nicht so sehr die Diagnosen bedeutsam sind als vielmehr die individuellen persönlichen Probleme in der Mischung aus biografischer Vorgeschichte, erwor-

Ausgangspunkt und Idee der Studie

benen Haltungen und Mustern und der aktuellen Lebenslage auf der einen Seite und den konkreten Arbeitsbedingungen auf der anderen Seite. Es ließen sich von uns auch nur wenige diagnosespezifischen Behandlungsangebote (abgesehen von den therapeutischen Einzelgesprächen), etwa getrennt nach F3 oder F4, in den Kliniken beobachten, was auch durch die Teilnehmer bestätigt wurde.

Das Thema „Arbeit“, das in der beruflichen Rehabilitation naturgemäß im Mittelpunkt steht, tritt in der medizinischen Rehabilitation im Verhältnis zu biografischen, familiären und sozialen Problemen eher in den Hintergrund. Wenn das Thema Arbeit in der medizinischen Reha explizit aufgenommen wird, dann sind es, so die Ergebnisse aus den Interviews, vor allem soziale Konflikte am Arbeitsplatz (z.B. Wertschätzung, Anerkennung, Kollegen, Vorgesetzte, Betriebsklima), die für psychosomatische Rehabilitanden die entscheidende Rolle spielen.

Personen mit der Diagnose F4 haben, so ein vorweggenommenes Ergebnis unserer Studie, weitaus seltener vor Beginn der medizinischen Rehabilitation Psychotherapie oder psychologische Behandlung in Anspruch genommen als Personen mit Diagnosen aus dem F3 Spektrum. Die vorliegenden Daten suggerieren auch, dass F4 Patienten „länger“ an ihrem Arbeitsplatz durchhalten können, offenbar sind Ängste soweit beherrschbar, dass Verhaltensweisen entwickelt werden, die ein halbwegs unauffälliges „Funktionieren“ am Arbeitsplatz erlauben.

Im Prozess der Datenerhebung und -auswertung ergaben sich im Forschungsprozess weitere wichtige Fragen und Problemstellungen, die wir in unsere Studie aufgenommen haben:

- Welche Rolle spielt die Diagnose für den RTW? Welchen Stellenwert hat der diagnostizierte Krankheitswert im Verhältnis zu besonderen Problemen der Lebensbewältigung und zu existenziellen Lebenskrisen?
- Was unterscheidet (temporäre) Lebenskrisen von psychischen Krankheiten? Und was bedeutet dies für die Rehabilitation?
- Welchen Stellenwert haben Arbeit und Beruf für die Rehabilitanden in der psychosomatischen Rehabilitation?
- Wie sieht das Verhältnis zwischen beruflichen und familiären/privaten Belastungen für die Rehabilitanden aus? Welche Folgen ergeben sich daraus für Beratung und Therapie?

Ausgangspunkt und Idee der Studie

- Welche Rolle spielt die Diagnose für die Zuweisung a) zur Rehabilitation, b) zu spezifischen Behandlungsformen, c) für die Entlassungsdiagnose (arbeitsfähig bzw. -unfähig), d) für den Return to Work (RTW) und e) für den nachhaltigen Verbleib in Arbeit (Stay at Work = SAW)?
- Wie erfolgen klinikinterne Zuweisungsprozesse zu Maßnahmen wie MBOR, diagnosespezifischen Gruppen- und Einzelangeboten, LTA-Empfehlungen? Wie werden sie von Rehabilitanden wahrgenommen und wie wirkt sich dies auf den Erfolg der Reha aus?
- Welche Bedeutung haben klinikinterne Zuweisungsprozesse zu Einzelmaßnahmen wie MBOR, diagnosespezifische Gruppen- und Einzelangebote, LTA-Empfehlungen?
- Welche Reha-Erwartungen existieren zu Beginn, während und am Ende der Rehabilitation und welchen Einfluss haben sie auf individuelle Rückkehrprozesse und deren nachträgliche Deutung?
- Welche Bedeutung wird der Maßnahme zugeschrieben und wie erfolgt eine (strategische?) Nutzung der Medizinischen Rehabilitation?
- Welche Rolle spielt der Zeitpunkt in der Krankheitsentwicklung beim Zugang zur medizinischen Reha? Welche Bedeutung wird der Maßnahme zugeschrieben und wie erfolgt eine (strategische?) Nutzung der medizinischen Rehabilitation? Welche Veränderungen bezogen auf den Nutzen ergeben sich während der Rehabilitation?

Die Vielzahl der Fragestellungen ist Ausdruck für das Zusammenspiel unterschiedlichster, miteinander zusammenhängender Faktoren und die Komplexität des Problemfelds, das im Laufe des Forschungsprozesses von uns in seinen wichtigsten Dimensionen immer weiter erschlossen wurde, obschon wir allein aus forschungsökonomischen Gründen nicht alle Fragen in derselben Detailliertheit aufnehmen konnten. Bevor wir mit der Ergebnisdarstellung beginnen wird im Folgenden kurz der Stand der Forschung zu psychischen Beeinträchtigungen und RTW skizziert und danach unsere Studie in einen größeren theoretischen Rahmen gestellt, der insbesondere auch die unterschiedlichen Wissensdiskurse mit denen wir es hier zu tun haben skizziert.

2. Forschungsstand und weiterführende Fragen

Vorbemerkung

Der erhebliche Anteil psychischer Störungen und hier vor allem der in unserem Forschungsprojekt im Mittelpunkt stehenden *Common Mental Disorders (CMD)*⁶ an der weltweiten (*World Health Organization, 2003b*), wie auch der nationalen (*Jacobi, 2009*) Gesamtmorbidität und die dokumentierte Zunahme diagnostizierter psychischer (CMD-)Störungen⁷ besonders in den sich rasch technologisch wie kulturell wandelnden modernen Industriegesellschaften während der vergangenen 30 Jahre haben zu einer verstärkten Aufmerksamkeit der Sozial- und Rehabilitationspolitik für die dahinter liegenden Ursachen, für wirksame und nachhaltige Strategien des RTW und SAW sowie für Möglichkeiten frühzeitiger und zielgenauer Prävention⁸ geführt. Angesichts der Auswirkungen der Common Mental Disorders vor allem auf die Dauer von AU-Zeiten (*Techniker Krankenkasse, 2018*)⁹ sowie der stark angestiegenen EM-Berentungsraten aufgrund diagnostizierter psychischer Störungen, die mit ca. 43 % inzwischen an der Spitze aller neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten in Deutschland stehen (vgl.

⁶ Unter *common mental disorders* werden vor allem Depressionen und Angststörungen verstanden (National Collaborating Centre for Mental Health [UK] 2011) – weitgehend übereinstimmend mit der Zielgruppe der Personen mit F 3 und F 4 ICD-10 Diagnosen in unserer Studie –, die zahlenmäßig den größten Anteil der Menschen ausmacht, die eine psychiatrische Diagnose erhalten haben. „Common mental disorders cause marked emotional distress and interfere with daily function, but do not usually affect insight or cognition. Although usually less disabling than major psychiatric disorders, their higher prevalence means the cumulative cost of CMDs to society is great“ (*McManus u. a. (2016)*). Die *World Health Organization (2017)* gibt in ihren aktuellen vorsichtigen Schätzungen zur Prävalenz von „Depression and Other Common Mental Disorders“ für Depressionen einen weltweiten Bevölkerungsanteil von 4,4% (Europa: ca. 4,2 %,) und für Angststörungen von 3,6 % (Europa 3,8%) an. Für Deutschland kommen *Jacobi u. a. (2014)* für die 12-Monats-Prävalenz der repräsentativen Erhebung der 18 – 79jährigen in der DEGS1-MH-Studie zu höheren Werten: für alle F-3 Diagnosen 12,3 %, für alle F-4 Angststörungen auf 15,3 %, für somatoforme Störungen auf 3,5 % (*Jacobi u. a. (2014)*).

⁷ *Jacobi (2009)*; *Handerer/Thom/Jacobi (2018)* geht davon aus, dass psychische Störungen zwar „... an Bedeutung gewonnen [haben], ohne dass dies notwendigerweise einer realen Zunahme entspricht.“ Daher sprechen wir von einer Zunahme *diagnostizierter* Störungen, die u.a. auf eine genauere Diagnostik, größere Veröffentlichungsbereitschaft und Health Literacy zurückgehen. Zur Diskussion darüber, ob psychische Störungen zugenommen haben: vgl. auch *Richter/Berger/Reker (2008)* zur Zunahme psychischer Störungen aufgrund von (veränderten) Arbeitsbedingungen: *Rothe u. a. (2017)*; *Siegrist (2018)*.

⁸ Die Bedeutung der Prävention psychischer Beeinträchtigungen in der Arbeitswelt zeigt sich in der seit 2012 im Arbeitsschutzgesetz verankerten einschlägigen Gefährdungsbeurteilung und in den etwa im Rahmen der „Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA)“ (*Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2017)*) entwickelten Empfehlungen der GDA-Arbeitsgruppe Psyche (2017) sowie des Netzwerks „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (psyGA).

⁹ Bei psychischen Erkrankungen ist ökonomisch nicht nur die Anzahl der AU-Fälle, sondern vor allem die *Krankheitsdauer* entscheidend (*Techniker Krankenkasse (2018)*: 44,3 Tage bei Männern, 40,8 Tage bei Frauen und deutlich vor allen anderen Krankheiten; die durchschnittliche Dauer psychisch bedingter Krankheitsfälle ist mit 38,9 Tagen *mehr als dreimal so hoch wie bei anderen Erkrankungen* mit 13,2 Tagen im Durchschnitt (*Knieps/Pfaff (2018)*).

(*Deutsche Rentenversicherung Bund*, 2018c)¹⁰, verwundert es nicht, dass sowohl die Breite der Themen, die Vielfalt der Akzente und der Umfang der vorliegenden Studien nur noch schwer zu überblicken ist; dies liegt auch daran, dass in den vergangenen 10 Jahren aufgrund einer verstärkten Orientierung der Rehabilitation auf den RTW und den SAW von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (vgl. *Deutsche Rentenversicherung Bund*, 2014a) und einer Hinwendung zur betrieblichen Prävention (*Alsdorf u. a.*, 2017; *Schwarz/Wegewitz*, 2018; *Stegmann/Schröder*, 2018), nicht zuletzt im Gefolge des Präventionsgesetzes (PrävG 2015) und des Flexi-Rentengesetzes (RV-Leistungsverbesserungsgesetz 2016) eine deutliche Zunahme einschlägiger Forschungsprojekte, Modellvorhaben (Reha-Pro) und Publikationen zu beobachten ist (*Andersen/Nielsen/Brinkmann*, 2012; *Wege/Angerer*, 2014).¹¹ Wir konzentrieren uns daher im Folgenden auf aktuelle Studien zum Thema RTW psychisch kranker Menschen aus medizinischer und beruflicher Rehabilitation und greifen dabei auch auf bereits bestehende Literaturübersichten, Zusammenfassungen und Meta-Analysen zurück. Da der Erfolg von Strategien zum RTW und zum SAW auch davon abhängt, wie, in welchen Bereichen und in welchem Umfang in Anamnese, Beratung, Intervention und Nachsorge die möglichen Bedingungsfaktoren für Entstehung, Chronifizierung und Aufrechterhaltung von Symptomen berücksichtigt werden, haben wir auch exemplarisch Studien zu den besonderen Belastungen in der Arbeitswelt, in die die Mehrzahl der Rehabilitanden wieder zurückkehrt, zum Zusammenspiel zwischen den Arenen *Arbeit* und *Familie* sowie zu den besonderen *biografischen Risikofaktoren* aufgenommen. Den Forschungsstand zu unserem hermeneutisch-rekonstruktiven Forschungsansatz und zu den unterschiedlichen disziplinären Diskursen in unserem Forschungsfeld haben wir in den einschlägigen Kapiteln Kapitel 3 und Kapitel 4 behandelt, Aspekte des Forschungsstands zum methodischen Vorgehen finden sich in Kapitel 5.

¹⁰ So ist in den letzten 22 Jahren der Anteil der Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung frühzeitig eine EM-Rente erhielten, von 17,8 auf 43 Prozent gestiegen (*Deutsche Rentenversicherung Bund* (2018c).

¹¹ Beispielhaft für das erstarkende Interesse an Fragen des RTW in *Deutschland* kann z.B. der Sammelband von *Weber/Peschkes/Boer* (2015a) stehen.; vgl. auch: *Wege/Angerer* (2014). *International: Andersen/Nielsen/Brinkmann* (2012), *Vogel u. a.* (2017) *Loisel, P. & Anema, J. R.* (2013) sowie die Zunahme der einschlägigen Beiträge im *Journal of Vocational Rehabilitation* und im *Scandinavian J. of Work, Environment and Health*.

2.1 Zur sozial- und rehabilitationspolitischen Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Teilhabe am und die Rückkehr zum Arbeitsleben

Innerhalb der nicht zuletzt demografisch und lebensstilbedingten Zunahme chronischer Krankheiten insgesamt (*Knieps/Pfaff, 2015*) stellen die direkten Krankheitskosten und vor allem die Produktivitätsverluste speziell durch psychische Erkrankungen eine volkswirtschaftlich und sozialpolitisch bedeutsame Größe dar. Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt schätzt die OECD die Kosten einschließlich der Produktivitätsausfälle durch psychische Störungen weltweit auf „several billions of dollar annually“ (*Corbière/Negrini/Dewa, 2013*). Dabei stehen depressive Störungen weltweit an zweiter Stelle gesundheitsbedingter Einschränkungen. Die WHO prognostiziert, dass durch diese Erkrankungsgruppe von 2011–2030 ökonomische Schäden in Höhe von 5.360 Milliarden US-\$ entstehen werden. Der aktuelle OECD-Bericht geht davon aus, „dass psychische Gesundheitsprobleme wie Depressionen, Angststörungen sowie Alkohol- und Drogenkonsumstörungen mehr als jeden sechsten Menschen in der EU betreffen“. Neben den negativen Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Menschen und deren nicht in Geldgrößen messbaren Folgen für Produktivität, Rollenerfüllung in der Familie etc., den sogenannten „intangiblen Kosten“, werden die Gesamtkosten psychischer Erkrankungen „auf über 600 Milliarden Euro - oder auf mehr als vier Prozent des BIP - in den 28 EU-Ländern“ geschätzt; für Deutschland beläuft sich die Schätzung 4,8% des BIP (*OECD, 2018*)¹². Die *direkten Kosten* für psychische Erkrankungen belaufen sich in Deutschland auf rund 44,4 Milliarden Euro pro Jahr und weisen eine deutliche Steigerung in den letzten 10 Jahren auf (2008: 30,3 Milliarden Euro). Für Rehabilitationsleistungen werden jährlich zusätzlich rund 2,6 Milliarden Euro aufgewandt (*Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2018b*). Neben den direkten Behandlungskosten ergibt sich ein geschätzter Produktionsausfall von circa 26 Mrd.€ bzw. ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von circa 45 Mrd.€ (Daten von 2008) (*Nübling u. a., 2014*). Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Notwendigkeit zur Entwicklung integrierter sozial- und gesundheitspolitischer Strategien zur Prävention und Rehabilitation, nicht zuletzt um damit ein krankheits- bzw. beeinträchtigungsbedingtes

¹² „Ein großer Teil dieser Kosten ist auf geringere Erwerbsbeteiligung und eine geringere Produktivität von Menschen mit psychischen Erkrankungen (1,6 Prozent des BIP oder 260 Mrd. EUR) und höhere Ausgaben der Sozialversicherungen (1,2 Prozent des BIP oder 170 Mrd. EUR) zurückzuführen, der Rest sind direkte Ausgaben für die Gesundheitsversorgung (1,3 Prozent des BIP oder 190 Mrd. EUR).“ (*OECD (2018)*).

vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben möglichst weitgehend zu verhindern. Dafür ist die Generierung von wissenschaftlich gesichertem Wissen auf unterschiedlichen Integrations-ebenen erforderlich: auf den Ebenen der *Systemgestaltung*, z.B. Bedarfsfeststellung, Zugangswege, Schnittstellenmanagement, träger- und rechtskreisübergreifende Angebote, der *Interventionsformen und ihrer Gestaltung*, z.B. shared-decision making, Selbstbestimmung, Personenzentrierung, Zuweisung zu Einzelmaßnahmen wie MBOR, der *Wirkungsanalyse*, z.B. Symptomreduktion, (Formen der) Teilhabe am Arbeitsleben, Krankheitsbewältigung, Beschäftigungsstabilität, Akzeptanz und subjektive Lebensqualität und auf der Ebene der *Bedingungen*, z.B. auf Seiten der Angebote und auf Seiten der Rehabilitanden, z.B. Passfähigkeit der Angebote zu zielgruppenspezifischen und individuellen Bedarfen, biografische Hintergründe, Lebenssituation usw. sowie auf der Ebene von *Prozessen*, wie z.B. Verlaufskurven der Krankheitsentwicklung und des RTW, Wege der Nicht-/Inanspruchnahme von Angeboten, Case-Management, etc. Bei der Darlegung des Forschungsstandes konzentrieren wir uns hier vor allem auf die Ergebnisse zu den *Bedingungen* und *Prozessen*.

2.2 Zur Epidemiologie der Common Mental Disorders (CMD)

Mit Blick auf Beeinträchtigungen und den Verlust von Lebensqualität infolge psychischer Störungen kommt die *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (Alonso/Angermeyer/Lépine, 2004)* zu folgenden Ergebnissen:

- “(i) In each of the ESEMeD European countries, mental disorders were associated with substantial levels of disability and loss of quality of life.
- (ii) Disability and loss of quality of life increased with the number of mental disorders; in particular loss of quality of life showed a nearly dose–response relationship with the number of mental disorders.
- (iii) Some mental disorders have more impact than others. Adjusted for gender, age and mental and/or physical comorbidity, the five mental disorders with the strongest impact were: dysthymia, major depressive episode, PTSD, panic disorder and social phobia.¹³

¹³ Die hier genannten Störungen stimmen weitgehend mit den CMDs überein; die extra angeführte Dysthymie fällt unter die in der ICD-10 F-34 genannten anhaltenden affektive Störungen, konkret ist Dysthymia F-34.1 eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder

- (iv) The impact of mental vs. physical disorders on quality of life is rather specific, with mental disorders impacting on mental' quality of life and physical disorders on physical' quality of life.
- (v) Overall, the impact of mental disorders on disability and quality of life seems similar or stronger than the impact of common chronic physical disorders.“
(Alonso/Angermeyer/Lépine, 2004).

Für Deutschland zeigen sich im Einzelnen folgende epidemiologische Daten für CMDs¹⁴: hier sind „jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen. Das entspricht rund 17,8 Millionen betroffenen Personen, von denen pro Jahr nur 18,9 % Kontakt zu Leistungsanbietern aufnehmen (*Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde*, 2019). Die 12-Monats-Prävalenz depressiver Störungen in Deutschland liegt bei knapp 15%, d. h. etwa jede(r) Siebte wird im Laufe eines Jahres betroffen sein.

schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (*ICD-10*, o.J.).

¹⁴ Die Situation der schwerer psychisch erkrankten Menschen z.B. mit Psychosen mit Blick auf Arbeits- und Lebenssituation wird in dieser Übersicht nicht dargestellt, weil hier die hiervor betroffenen Menschen eher selten in der psychosomatischen Rehabilitation auftauchen und vor allem in der stationären Psychiatrie und im System der ambulanten und teilstationären Sozialpsychiatrie versorgt werden (*Gühne/Becker/Riedel-Heller* (2016).

Was sind die häufigsten psychischen Störungen? (12-Monatsprävalenz)

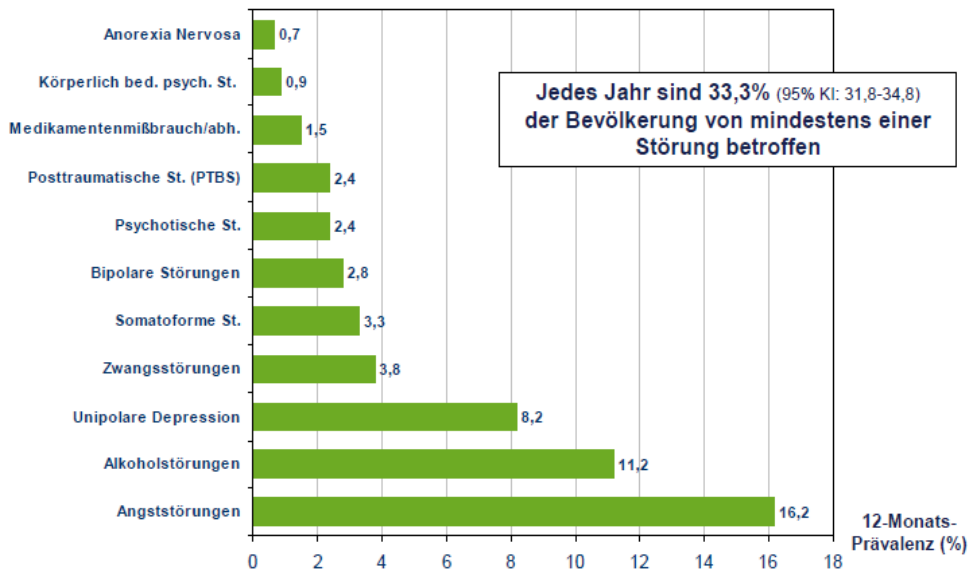


Abbildung 2: 12-Monatsprävalenz der häufigsten psychischen Störungen. (Quelle: Wittchen/Jacobi, 2012, S.8)

Die *Lebenszeitprävalenz*¹⁵ psychischer Störungen auf der Basis einer repräsentativen Einwohnermeldeamtsstichprobe (unter Einschluss von Substanzkonsum) liefert folgendes Bild: „Substanzen stellten mit einer Lebenszeitprävalenz von 25,8% die häufigste Diagnosegruppe dar, gefolgt von Angststörungen (15,1%), somatoformen Störungen (12,9%), affektiven Störungen (12,3%) und Essstörungen (0,7%). Frauen waren dabei häufiger von nicht-substanzbezogenen psychischen Störungen betroffen und Männer häufiger von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit“ (Meyer u. a., 2000).

¹⁵ Der etwas missverständliche Begriff bezieht sich auf die Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Population zum Zeitpunkt der Untersuchung; als Perioden-Prävalenz gibt sie das berichtete bzw. dokumentierte Auftreten einer psychischen Störung in der bis zum Erhebungszeitpunkt verstrichenen Lebenszeit an (vgl. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 12.06.2019).

Die häufigsten psychischen Störungen bei Männern und Frauen

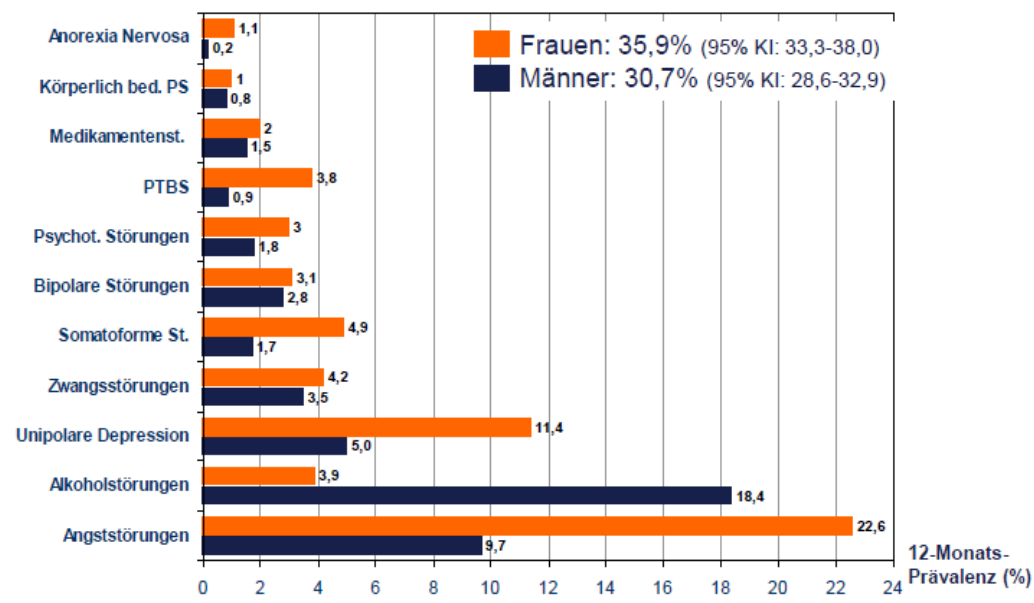


Abbildung 3: Die häufigsten psychischen Störungen nach Geschlecht (Quelle: Wittchen/Jacobi, 2012, S.10)

Bei jedem zehnten Erwachsenen in Deutschland besteht eine aktuelle depressive Symptomatik. Am häufigsten geben Personen im Alter von 45 bis 64 Jahren eine ärztliche Depressionsdiagnose an. Mit steigendem Bildungsstatus sinkt die 12-Monats-Prävalenz der selbst-berichteten ärztlich diagnostizierten Depression. Kurz: Je höher der Bildungsstatus, desto geringer ist die Prävalenz einer depressiven Symptomatik. Auch wenn einzelne depressive Episoden gut behandelbar sind und sich meist im Laufe von 12 Wochen zurückbilden, handelt es sich doch um eine Erkrankung mit einem hohen Rezidiv- und Chronifizierungsrisiko. Mehr als jede 5. Episode dauert mehr als ein Jahr (Köllner, 2016). Die lange Dauer akuter depressiver Episoden sollte nicht verdecken, dass die Vorgeschichte vom Beginn der ersten Symptome bis zu der in der Klinik abgefragten, unmittelbar vorhergehenden Episode sich oftmals über einen viel längeren Zeitraum erstreckt (vgl. 4.3.3).

2.2.1 Burn-out:

In der Diskussion zu den CMDs und zu arbeitsbedingten psychischen Belastungen spielt das von Freudenberg (Freudenberg, 1974) zuerst beschriebene *Burnout-Syndrom* – verstanden als chronische Erschöpfung, oft verbunden mit Motivations- und Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Gefühlen der Sinnlosigkeit, etc. – u.a. als Reaktion auf Überforderung, chronischen

Stress, versagte Anerkennung bei starker Verausgabung, etc. eine prominente Rolle (*Handerer/Thom/Jacobi, 2018*), auch wenn es in der ICD- 10 nicht als eigene psychische Krankheit oder Verhaltensstörung aufgeführt ist und es auch keine international verbindliche Definition von Burn-out gibt (*Korczak/Huber/Kister, 2010*). Hauptgründe für diese Bedeutungszuschreibung sind, dass im Burnout-Syndrom ein Risiko für Arbeitsproduktivität und die Gesundheit Erwerbstätiger gesehen wird und nicht zuletzt, weil es auch mediengestützt in der Öffentlichkeit als klinischer Ausdruck eines „erschöpften Selbst“ wahrgenommen (*Ehrenberg, 2004*) wird und sich als Projektionsfläche unterschiedlichster Störungen des Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit anbietet. In der primärärztlichen und klinischen Praxis erhält Burnout daher oftmals die sogenannte Z(usatz)-Diagnose Z-73 (*Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung*); sie stellt gewissermaßen eine Verlegenheitsdiagnose für real beschreibbares Bündel von Symptomen dar. Gegenwärtig wird Burnout als Synonym für das gesamte Problemfeld arbeitsbedingter Erschöpfungszustände, depressiver Verstimmungen, reduzierter Leistungsbereitschaft und -fähigkeit, „innerer Kündigung“ oder fehlender Bewältigungskompetenz angesichts veränderter und als angestiegen erlebter Anforderungen vor allem im Beruf, aber auch im Zusammenspiel zwischen beruflichen Belastungen und gestiegenen Anforderungen in der familialen Lebensbewältigung verwendet (*Stab/Jahn/Schulz-Dadaczynski, 2016*). Nach Erhebungen des RKI (Querschnittstudie mit mehr als 7.000 Befragten) zeigten insgesamt 3,3 % der Männer und 5,2% der Frauen Burnout Symptome, in der Altersgruppe der 50 – 59jährigen waren es insgesamt 6,6 %. In der Untersuchung zur *Gesundheit Erwachsener in Deutschland* (DEGS-1) zeigen die Ergebnisse zur chronischen Stressbelastung (*Hapke u. a., 2013*), dass Frauen zu 13, 9% und Männer zu 8,2% eine überdurchschnittliche Stressbelastung angeben. Bei den 45% der N = 5.749 Befragten (51,5% Frauen, 36,1% Männer), bei denen ein Burnout Syndrom (12-Monatsprävalenz) vorlag, zeigten sich *zusätzlich* bei 53,7% von ihnen eine aktuelle depressive Symptomatik, von 22,1% wurden Einschlaf- oder Durchschlafprobleme genannt. Die Kombination der selbstberichteten Symptome stellt – auch wenn die Studie hier nur eine Momentaufnahme darstellt – ein hohes Risiko für Problemaufschichtung und Dekompensation in situativen Krisensituationen, aber auch für die Chronifizierung dar, so dass Früherkennung und Prävention als besonders dringlich erscheinen. In der folgenden Abbildung 4 wird der Mechanismus der Chronifizierung von Burnout schematisch dargestellt, in Abbildung 5 werden die Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen und psychischen Störungen verdeutlicht.

Forschungsstand und weiterführende Fragen

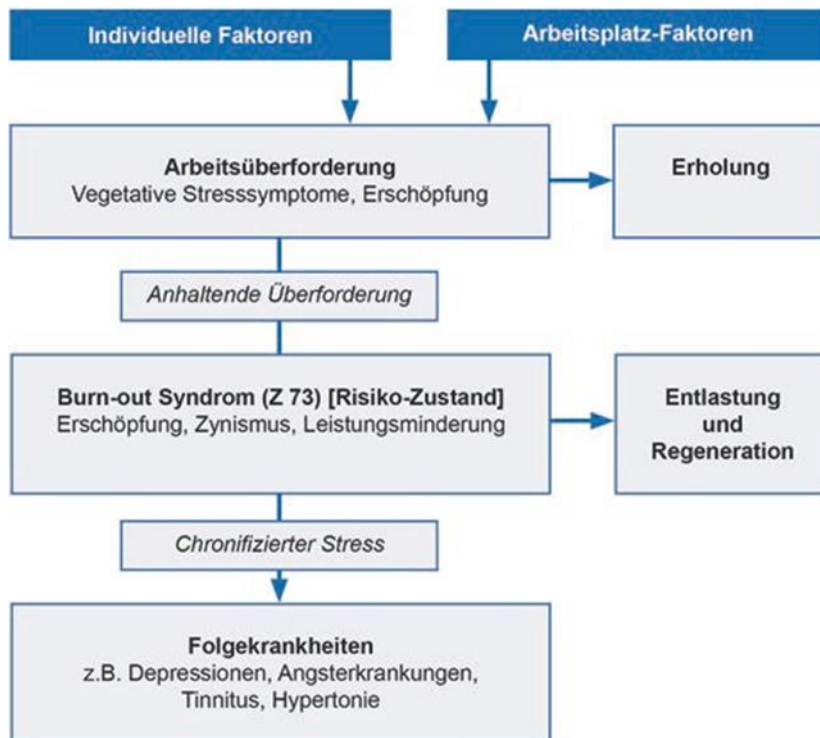


Abbildung 4: Psychosoziale Risiken bei der Arbeit (DGPPN 2014) (Stegmann/Schröder, 2018, S.16)

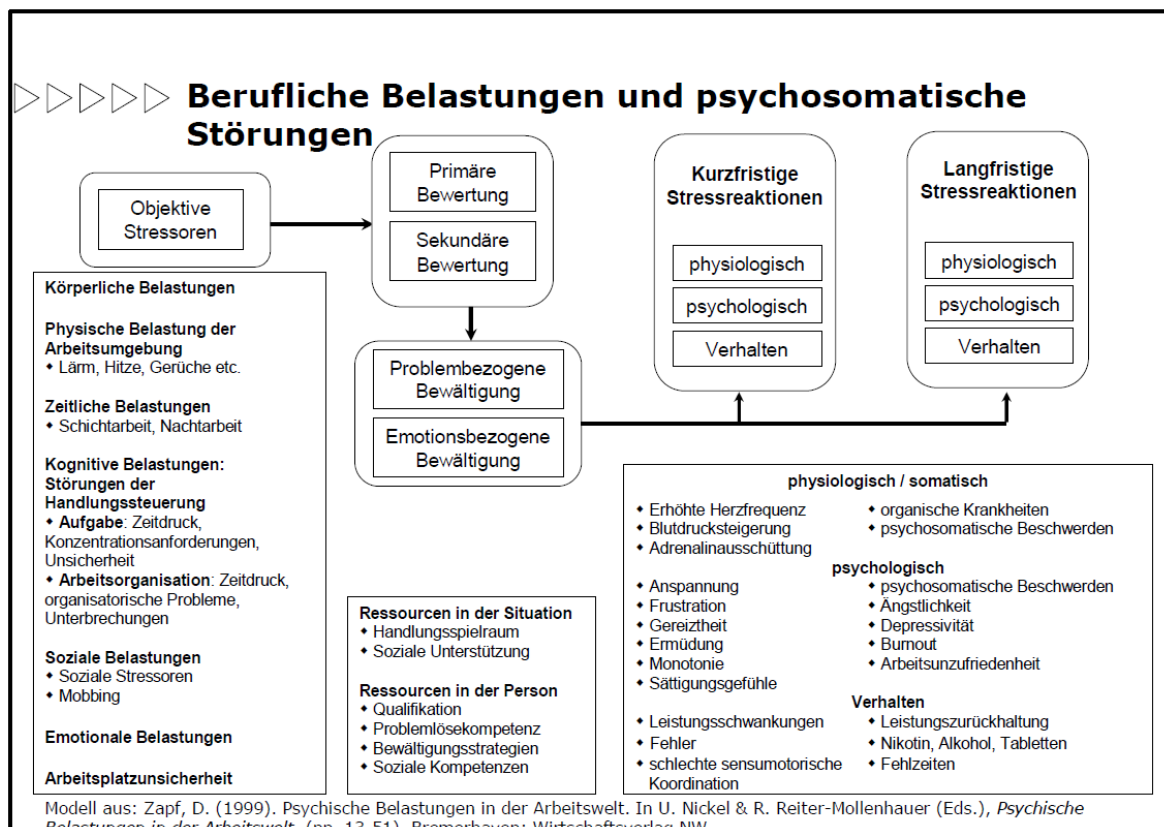


Abbildung 5: Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen und psychischen Störungen (Zwerenz, 2005)

2.2.2 Komorbidität

Das gemeinsame Auftreten mehrfacher F-Diagnosen oft verbunden mit zusätzlichen somatischen Krankheiten in Kliniken mit psychosomatischem bzw. von F-Diagnosen in Kliniken mit somatischem Schwerpunkt stellt nicht nur besondere Anforderungen an die Fachkräfte, sondern bedeutet zugleich eine konzeptionelle Herausforderung zur Gestaltung der Rehabilitation. So treten etwa depressive Störungen „...überzufällig häufig zusammen mit anderen psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen auf (= Komorbidität) auf. Daten des Zusatzmoduls »Psychische Gesundheit« des Bundesgesundheits surveys BGS-98 zur Komorbidität bei depressiver Episode und Dysthymie zeigen, dass 60 % der Personen mit einer depressiven Episode und 80 % derjenigen mit einer Dysthymie mindestens eine weitere psychische Störung aufweisen. Zu den häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen bei Depression gehören alle Formen von Angststörungen (Panikstörungen, Agoraphobie, Soziale und Spezifische Phobien, generalisierte Angststörung (...)). Diese treten zumeist vor der ersten Depression auf und werden in der Regel als primäre Störungen interpretiert, die das Risiko einer Depression deutlich erhöhen“ (Wittchen u. a., 2010); in unserer Stichprobe haben 19% der Befragten sowohl eine F-3 als auch eine F-3 Diagnose. Dabei können körperliche Erkrankungen Depressionen vorangehen oder sich im Anschluss an eine länger andauernde Depression einstellen ohne dass klare kausale Zusammenhänge identifiziert werden können. Das Auftreten psychischer Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014b) zeigt sich u.a. in besonders häufig beobachteten emotionalen Folgen der Erkrankungen; dazu gehören: „ein gestörtes emotionales Gleichgewicht, Ängste vor dem Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung, Gefühle von Autonomie- und Kontrollverlust sowie von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Depressionen, Probleme durch ein verändertes Körperschema und Selbstkonzept sowie Selbstwert- und Identitätsprobleme“ (Koch/Mehnert/Härter, 2011). Hierbei besteht nicht nur eine komplexe Wechselwirkung körperlich-psychischer bzw. psychisch-körperlicher Symptome; vielmehr befinden sich auch viele Patienten in der Psychosomatik, die neben der psychiatrischen ICD-10 Diagnose vielfältige relativ eigenständige körperliche Beschwerden aufweisen. In unserer Studie zeigen sich bei 73,3% unserer Stichprobe *körperliche Komorbiditäten*, was von den befragten Klinikleiter/innen nachhaltig bestätigt wird und teilweise auf das fortgeschrittenere Lebensalter der Stichprobe in der medizinischen Rehabilitation (51 Jahre, 2/3 liegen über 50 Jahre) im Vergleich zu den beruflichen

Rehabilitanden zurückgehen dürfte. Ein anderer Grund könnte sein, dass Beschäftigte, die häufig an ihrer Leistungsgrenze arbeiten, häufiger von Belastungen durch die arbeitsbedingten psychischen und körperlichen Anforderungen berichten und auch vermehrt psychische Beschwerden angeben und von Muskel-Skelett-Beschwerden berichten: „Während 67 % aller Beschäftigten, die häufig an der Leistungsgrenze arbeiten, von drei und mehr psychosomatischen Beschwerden berichten, sind Beschäftigte, die manchmal, selten oder nie an ihre Grenzen gehen, in 34 % der Fälle“ von den genannten Beschwerden betroffen (*Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2012*).

2.2.3 Sozialstrukturelle Verteilung:

Internationale Studien bestätigen einen *sozialen Gradienten* bei den Common Mental Disorders, der sich darin ausdrückt, dass hier besonders Personen in *prekären materiellen* (wie z.B. Erwerbslose, Empfänger wohlfahrtsstaatlicher Leistungen) und *sozialen* Lebenslagen (wie z.B. Alleinlebende) sowie jene mit niedrigeren Bildungsabschlüssen überwiegen (*Mauz/Müters/Jacobi, 2009*). Für England stellen *McManus et al. (2016)* fest:

“CMDs were more prevalent in certain groups of the population. These included Black women, adults under the age of 60 who lived alone, women who lived in large households, adults not in employment, those in receipt of benefits and those who smoked cigarettes. These associations are in keeping with increased social disadvantage and poverty being associated with higher risk of CMD” (*McManus u. a., 2016*).

Für Deutschland werden diese Ergebnisse mit Blick auf die soziale Schichtung etwa von (*Mauz/Müters/Jacobi, 2009; Schneider u. a., 2005*) bestätigt.

Bei den selbstberichteten, ärztlich diagnostizierten Depressionen zeigt sich in einer Übersicht die folgende nach sozialer Schicht und Geschlecht gegliederte Verteilung von Depression:

Forschungsstand und weiterführende Fragen

Frauen	%	(95 %-KI)	Männer	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	9,7	(9,0–10,3)	Männer (gesamt)	6,3	(5,8–6,9)
18–29 Jahre	8,1	(6,7–9,7)	18–29 Jahre	4,3	(3,2–5,9)
Untere Bildungsgruppe	12,3	(8,8–16,9)	Untere Bildungsgruppe	7,0	(4,2–11,2)
Mittlere Bildungsgruppe	7,5	(6,0–9,4)	Mittlere Bildungsgruppe	3,4	(2,3–4,9)
Obere Bildungsgruppe	3,6	(2,2–5,8)	Obere Bildungsgruppe	3,8	(1,5–8,9)
30–44 Jahre	9,3	(8,0–10,8)	30–44 Jahre	5,7	(4,5–7,2)
Untere Bildungsgruppe	13,4	(9,3–18,9)	Untere Bildungsgruppe	8,1	(4,5–14,1)
Mittlere Bildungsgruppe	10,2	(8,5–12,1)	Mittlere Bildungsgruppe	6,6	(5,2–8,4)
Obere Bildungsgruppe	4,8	(3,6–6,4)	Obere Bildungsgruppe	3,2	(2,1–5,0)
45–64 Jahre	11,8	(10,8–12,9)	45–64 Jahre	8,5	(7,5–9,6)
Untere Bildungsgruppe	15,1	(12,1–18,7)	Untere Bildungsgruppe	9,1	(6,5–12,6)
Mittlere Bildungsgruppe	11,7	(10,4–13,1)	Mittlere Bildungsgruppe	9,3	(7,8–11,0)
Obere Bildungsgruppe	9,3	(7,7–11,2)	Obere Bildungsgruppe	7,0	(5,7–8,5)
≥ 65 Jahre	8,0	(6,7–9,5)	≥ 65 Jahre	5,0	(4,0–6,1)
Untere Bildungsgruppe	10,1	(7,9–12,8)	Untere Bildungsgruppe	5,6	(3,7–8,3)
Mittlere Bildungsgruppe	6,9	(5,3–8,9)	Mittlere Bildungsgruppe	5,2	(3,8–7,1)
Obere Bildungsgruppe	5,3	(3,4–8,1)	Obere Bildungsgruppe	4,2	(2,9–5,9)
Gesamt (Frauen und Männer)	8,1	(7,6–8,5)	Gesamt (Frauen und Männer)	8,1	(7,6–8,5)

KI – Konfidenzintervall

Abbildung 6: 12-Monatsprävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression - sozialer Gradient (Thom u. a., 2017)

2.2.4 Berufe mit einem hohen Risiko für das Auftreten von Common Mental Disorders

Vertiefende Analysen der Verteilung psychischer Störungen, hier bezogen auf die Anzahl der AU-Tage zeigen nicht nur einen sozialen Gradienten, sondern belegen auch, dass bestimmte Berufsgruppen besonders betroffen sind. Auch wenn sich aus den Korrelationen keine Kausalbeziehungen ablesen lassen, sind es bestimmte mit besonderen psychischen Belastungen verbundene Arbeitsbedingungen (vgl. auch weiter unten), besonders in personenbezogenen Dienstleistungsberufen (Stansfeld u. a., 2013)¹⁶, wobei Frauen fast doppelt so hoch betroffen sind wie Männer. Das Ergebnis ist zunächst überraschend, weil “process, plant and machine operatives had the lowest prevalence of disorder, but also the highest job strain, the lowest job security and the lowest social support at work” (Stansfeld u. a., 2013). Eine mögliche Erklärung könnten hier auch u.a. persönlichkeitsbezogene Selektionseffekte bei Berufs- und Tätigkeitswahl¹⁷, die besondere psychische Belastung der Kommunikations- und Beziehungsarbeit und/oder schicht- und bildungsabhängige Einflussgrößen sein.

¹⁶ „Personal service occupations stood out as having the greatest risk of CMD for both men and women. Among sub-major SOC [standard occupational classification] groups the increased risk was confined to caring personal service occupations rather than leisure and other personal occupations. By contrast, male process plant and machine operatives had lower rates of disorder, as did women in professional occupations” (Stansfeld et al. 2013, S. 968f.).

¹⁷ “... another interpretation of our results is that high rates of CMD represent selection into occupations for people with a high risk of CMD..” (Stansfeld u. a. (2013).

Forschungsstand und weiterführende Fragen

<u>Bus- und Straßenbahnfahrer</u>	<u>31,8</u>
<u>Altenpflegeberufe (ohne Spezialisten)</u>	<u>30,3</u>
<u>Gesundheits- und Pflegeberufe (ohne Spezialisten)</u>	<u>29,9</u>
<u>Berufe in der Sozialverwaltung und -versicherung</u>	<u>29,3</u>
<u>Berufe in der Haus- und Familienpflege</u>	<u>29,0</u>
<u>Berufe in der Heilerziehungspflege u. Sonderpädagogik</u>	<u>28,3</u>
<u>Berufe in der Kinderbetreuung- und -erziehung</u>	<u>26,7</u>
<u>Berufe im Objekt-, Werte- u. Personenschutz</u>	<u>26,1</u>

Tabelle 1: Berufsgruppen mit den meisten AU-Tagen je Fall aufgrund von F-Diagnosen in Deutschland 2017 (Statista, 2019c)

2.3 Anforderungen und Veränderungen in der Arbeitswelt: Auswirkungen auf psychische Gesundheit

Die Arbeitswelt wird nicht nur von vielen Rehabilitanden als eine wichtige, teilweise auch als *die* zentrale Quelle für die Entstehung der individuellen psychischen Beeinträchtigung genannt; vielmehr bestätigen umfangreiche Studien, dass und in welcher Weise der Arbeitsplatz, die Art und der Umfang der Arbeitsaufgaben, die Arbeitsorganisation, die Führungs- und Unternehmenskultur und die Formen der Anerkennung der Arbeit sowie Art und Geschwindigkeit betrieblicher Veränderungen sich auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten auswirken.

2.3.1 Salutogenese und Pathogenese: die beiden Seiten der Arbeitswelt

In der Literatur werden – wenngleich ungleichgewichtig – die beiden Seiten der Arbeit, ihre *salutogenetische* und, deutlich häufiger, ihre *pathogenetische* Rolle herausgestellt (vgl. (Kardorff/Ohlbrecht, 2015). Im Kontrast zu den psychischen Beeinträchtigungen von Beschäftigten werden darüber hinaus insbesondere die psychopathologischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit (Paul/Moser, 2009; Schubert u. a., 2013) hervorgehoben; es wird zugleich aber auch betont, dass die salutogenetischen Wirkungen der Arbeit an Bedingungen „Guter Arbeit“ (z.B. positive Führungskultur, etc.) geknüpft sind (Modini u. a., 2016).¹⁸ Während also die positiven salutogenetischen Wirkungen von Arbeit auf die seelische Gesundheit oft hervorgehoben werden, wird aus psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht auch von einer fehlenden Passung zwischen einem „Mismatch zwischen Fähigkeiten und Fähigkeitsanforderungen“ (bezogen auf die Arbeitswelt: „person-job-fit“) gesprochen und die Suche nach einer etwa auf Basis einer ICF orientierten Diagnose ermittelten verbesserten Passung („person-environment-fit“) als Element einer therapeutisch gestützten Strategie betrachtet (Linden/Muschalla/Baron u. a., 2018). In einem weiteren Kontext verweist dies auf die Notwendigkeit die erworbenen (vulnerablen) Persönlichkeitseigenschaften und die getroffene Arbeitsplatzwahl biografisch als Risikomoment aufzuschlüsseln und dabei auch die Frage von Seiten der Qualität des Arbeitsplatzes wie der Arbeitsbedingungen zu betrachten, damit die Rehabilitation

¹⁸ Eine Bestimmung von Qualitätsmerkmalen *Guter Arbeit* findet sich z.B. im Index *Gute Arbeit* des DGB (DGB (o.J.), vgl. auch Hoffmann/Bogedan (2015).

nicht einseitig individualisierend auf die Veränderung der Person gerichtet wird, wie dies vielfach in der klinisch psychologischen Perspektive (*Deniz/Noyan/Ertosun, 2015*) und Praxis der Fall ist, statt auch immer gleichgewichtig nach den Bedingungen und der Qualität der Arbeit zu fragen.

2.3.2 Arbeitsbedingte Belastungen und Beanspruchungen

Viele Übersichten zur einschlägigen Studienlage zeigen, welchen empirisch belegte Rolle die moderne Arbeitswelt – nicht zuletzt das Wachstum von Tätigkeiten im Dienstleistungssektor und hier vor allem bei den personenbezogenen Dienstleistungen – und ihre Veränderungen für das Risiko des Auftretens und für die Aufrechterhaltung und Chronifizierung psychischer Beeinträchtigungen spielen (*Rothe u. a., 2017; Sanderson/Andrews, 2006; Siegrist, 2015, 2018*). Die immer wieder auch in der aktuellen Literatur genannten Aspekte sind seit langem bekannt:

„Job strain, low decision latitude, low social support, high psychological demands, effort–reward imbalance, and high job insecurity predicted common mental disorders despite the heterogeneity for psychological demands and social support among men. The strongest effects were found for job strain and effort–reward imbalance“ (*Stansfeld/Candy, 2006*).

Dies bestätigt auch eine neuere Literaturübersicht, die zu dem Ergebnis kommt, „dass das Depressionsrisiko bei Vorliegen einer beruflichen Gratifikationskrise zwischen 50 und 130 Prozent höher liegt als bei nicht-belasteten Erwerbstätigen (*Siegrist, 2018*). Anhand einer Analyse des bestehenden Forschungsstandes und seiner eigenen Arbeiten zur *Effort-Reward-Imbalance* kommt *Siegrist (2018)* zu dem Ergebnis, „dass Überforderung bei der Arbeit [...] zur Ausbreitung depressiver Störungen in der Erwerbsbevölkerung in relevantem Umfang beiträgt“ (S.211). Zusätzlich zu den „klassischen“ Belastungen, die durch theoretische Modelle wie z.B. die Anforderungs-Kontroll-Theorie von Theorell und Karasak (*Theorell/Karasek, 1996*) der die Effort-Reward-Imbalance von (*Siegrist, 1996*) oder das Modell der (fehlenden) Organisationsgerechtigkeit (*Ndjaboué/Brisson/Vézina, 2012*) beschrieben werden, kommen durch Veränderungen in der Arbeitsorganisation (z.B. Arbeitsverdichtung, Multi-Tasking, Erwartung an beständige Verfügbarkeit, verschärfte individualisierte Leistungskonkurrenzen wie „Mitarbeiter des Monats“), atypische Arbeitszeiten (*Amlinger-Chatterjee, 2016*) Probleme der Führungs-

kultur (z.B. unklare Arbeitsaufgaben und Verantwortungsdiffusion) und die Weiterentwicklung von digitalen Technologien und Robotik („Arbeit 4.0“) sowie durch prekäre Arbeitsverhältnisse (Befristung; Niedriglohn; Ängste vor Erwerbslosigkeit mit der Drohung des Abgleitens in institutionenabhängige Lebenslagen oder Altersarmut) neue psychische Belastungen hinzu (Rothe u. a., 2017). So konnten z.B. Hennemann u.a. (2019) zeigen, dass „...`digitaler Stress´ in Form eines Zusammenhangs zwischen gesteigerter digitaler Kommunikation und arbeitsbezogenem Stress sowie reduziertem psychischem Wohlbefinden gefunden werden“ (Hennemann u. a., 2019). Ein Teil der hier beschriebenen Belastungen betrifft alle Arbeitnehmer gleichermaßen; während es dem größten Teil von ihnen gelingt, die dadurch entstehenden Beanspruchungen abzufedern, sei es durch Abgrenzung, eigene Wege des Selbstmanagements oder aufgrund konstitutioneller und/oder persönlich erworbener Resilienz und Salutogenese, gelingt dies einem immer größer werdenden Teil nicht mehr, sei es aufgrund einer erhöhten konstitutionell oder biografisch erworbenen Vulnerabilität oder einer geringeren Fähigkeit zu Abgrenzung. Eine nähere Betrachtung zeigt darüber hinaus, dass die beschriebenen Belastungen in der modernen Arbeitswelt keineswegs gleich verteilt sind, sondern bestimmte Arbeitsplätze und Berufe/Tätigkeiten in besonderem Maße belastet sind, wie aus der weiter oben gezeigten Tab. 1. zu den Berufsgruppen mit den meisten AU-Tagen wegen psychischer Beeinträchtigungen hervorgeht.

Ein Indikator für die generellen Auswirkungen der Veränderungen von Belastungen in der Arbeitswelt stellen die Gründe für die ausgestellten AU-Bescheinigungen im Zeitverlauf dar, wie sie in der folgenden Abbildung 7 dargestellt werden. Der weiter unten behandelte Indikator „Präsentismus“ verweist darauf, dass viele Beschäftigte trotz starker Beanspruchung versuchen, den Anforderungen der Arbeitswelt nachzukommen, u.a. aus Angst vor Jobverlust.

Forschungsstand und weiterführende Fragen

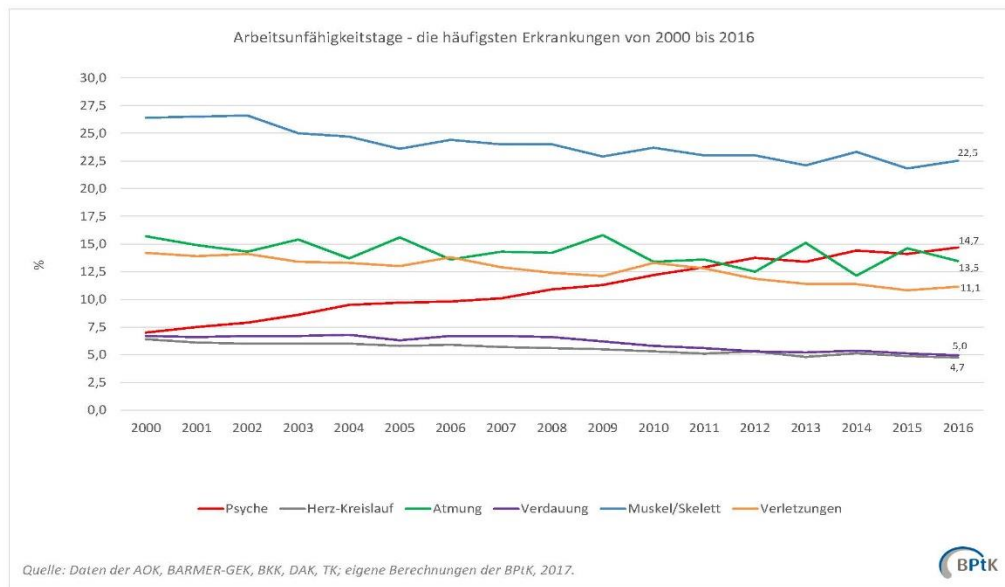


Abbildung 7: Arbeitsunfähigkeitstage - die häufigsten Erkrankungen 2000-2016 (Quelle: Daten der AOK, BARMER-GEK, BKK, DAK, TK; eigene Berechnungen der Bundespsychotherapeutenkammer, 2017)

Der deutliche Zuwachs bei den Diagnosen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen schlägt sich nicht nur in der Zunahme der psychischer Beeinträchtigungen in Relation zu körperlichen Erkrankungen als Anlass für AU-Tage im Zeitablauf nieder wie in der obigen Abbildung sichtbar, sondern – dies ist ein weiterer Indikator für Belastungen in der Arbeitswelt – auch in der Zunahme von *EM-Renten wegen psychischer Krankheiten* im Zeitverlauf: von 20,1% im Jahr 1996 auf 42,7% im Jahr 2013 bei gleichzeitig insgesamt sinkenden EM-Rentengewilligungen (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a, 2014c*). Parallel dazu lässt sich ein erheblicher Anstieg der AU-Tage wegen diagnostizierter psychischer Krankheiten feststellen (*DAK Forschung, 2015; Kliner u. a., 2015*). Diese Entwicklung verweist gleichermaßen auf veränderte gesellschaftliche Wahrnehmungen („awareness“)¹⁹ wie auf verstärkte psychische Belastungen in der Arbeit, die von vielen Beschäftigten nicht mehr aufgefangen und kompensiert

¹⁹ Eine gesteigerte Sensitivität für und eine größere Bewusstheit über psychische Störungen wird unter der Überschrift *Health Literacy* diskutiert. So kommt *Jorm (2000)* zu dem zunächst nicht überraschenden Ergebnis, dass die Bilder – oder *sozialen Repräsentationen* (vgl. *Flick (1998a)*) – von psychischer Krankheit in der Öffentlichkeit und bei den Experten sich voneinander unterscheiden. Bei der Verbesserung der Mental Health Literacy geht die Forschung heute von einem breiten Verständnis des Konzepts aus, z. B. „Currently, H(earth) L(iteracy) is understood to include the following components: the competencies needed by people to help obtain and maintain health and identify illness; understanding how and where to access and how

werden können (Bauer, 2013; Neckel/Wagner, 2014; Schröder/Urban, 2012; Siegrist, 2015; Wege/Angerer, 2014). In der einschlägigen Fachliteratur wird dies vor allem auf gestiegene bzw. veränderte Anforderungen in der Arbeitswelt wie Arbeitsverdichtung, veränderte Formen der Arbeitsorganisation (Hoffmann/Bogedan, 2015), Beschleunigung, größere Erwartungen an Verantwortungsübernahme und beständige Verfügbarkeit, auf Multi-Tasking, auf unklare Aufgabenbeschreibung und die fortschreitende Digitalisierung von Arbeitsabläufen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015, 2017) zurückgeführt, kurz: auf eine Zunahme von arbeitsbedingtem Stress (Alsdorf u. a., 2017; Keupp/Dill, 2014; Lohmann-Haislah, 2012).

Die starke Zunahme der Diagnosen psychischer Krankheiten in Relation zu den körperlichen Erkrankungen bei einer insgesamt rückläufigen Tendenz von AU-Tagen kann auch nicht allein mit verbesserten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten etwa bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen erklärt werden, sondern dürfte neben der größer gewordenen Veröffentlichungsbereitschaft, verbesserter Diagnose psychischer Erkrankungen in der ärztlichen Primärversorgung und einer erhöhten Sensibilisierung für psychische Beeinträchtigungen auch mit den oben beschriebenen veränderten Belastungen insbesondere in der Arbeitswelt zusammenhängen. Nicht zu vernachlässigen sind hier auch Arbeitsplatzängste; eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen zeigt sich auch „... bei Personen, die ihren Arbeitsplatz als unsicher erleben und die von Arbeitslosigkeit bedroht sind“ (Köllner, 2016).

Diese Gemengelage führt zu einem gestiegenen Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf, wobei die Rolle der subjektiv erlebten Beeinträchtigung von Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität sowie arbeitsbezogene Einstellungen in der Forschung als bedeutsame Faktoren für die Erwerbsprognose genannt werden (Bethge/Thren/Müller-Fahrnow, 2007). Die in der Kontroverse um die Rolle der Arbeitswelt etwa von (Jacobi/Linden, 2018) gestellte Frage „Macht die moderne Arbeitswelt psychisch krank – oder kommen psychisch Kranke in der modernen Arbeitswelt nicht mehr mit?“ erscheint dabei zu eng gefasst, weil viele vulnerable (nicht: bereits erkrankte) Menschen, besonders, wenn biografische Lebensprobleme oder situative Krisen

to evaluate health information and health care; understanding how to properly apply prescribed treatments; and, obtaining and applying skills related to social capital, such as understanding rights related to health and health care and understanding how to advocate for health improvements“ (Kutcher/Wei/Cogniglio (2016). Die gestiegene Veröffentlichungsbereitschaft für psychische Störungen dürfte aber auch auf Selbstverstärkungseffekte von Diskursen im medialen Bereich verweisen (vgl. auch Ehrenberg (2004); Handerer/Thom/Jacobi (2018).

hinzukommen, den Belastungen der Arbeitswelt nicht (mehr) gewachsen sind. Insofern kann die Zunahme psychiatrischer Diagnosen durchaus als Folge veränderter Anforderungen und Belastungen in der Arbeitswelt und auch als ein Symptom einer geringer gewordenen Abweichtoleranz in der modernen Arbeitswelt verstanden werden.

Unter dem Gesichtspunkt des RTW und insbesondere der Sicherung eines nachhaltigen SAW auch für Beschäftigte mit bedingter Gesundheit verweisen diese Ergebnisse auf die Notwendigkeit, Arbeitsplatz und Arbeitsbedingungen und ihr Zusammenspiel mit der individuellen (Berufs-)Biografie von Anbeginn an in der Rehabilitation zu berücksichtigen. Hinweise auf die besonderen Belastungen und die individuellen Beanspruchungen liefern die Ergebnisse zum Präsentismus.

2.3.3 Präsentismus

Neuere Studien (*DAK Forschung, 2013, 2015; Hägerbäumer, 2011; Steinke/Badura, 2011*) belegen ein hohes Maß an *Präsentismus* unter den Beschäftigten, der mit erhöhten Risiken für eine Chronifizierung von Krankheiten, ggf. vorzeitiger Arbeitsunfähigkeit und mit geringerer Arbeitsproduktivität einhergeht: neben Pflichtgefühl (66%) und Rücksicht auf Kollegen (46%) geben immerhin jeweils 25% der Befragten Arbeitsplatzunsicherheit und befürchtete Nachteile bei längerer Krankschreibung als Gründe für Präsentismus an (*Steinke/Badura, 2011; Vogt/Badura/Hollmann, 2010*). Arbeiten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen wirkt sich, wie die Ergebnisse zeigen, auch auf das Verhältnis von Kollegen untereinander und zu Vorgesetzten aus und beeinflusst einerseits das Betriebsklima ebenso wie dies wiederum auf die Beschäftigtengesundheit zurückwirkt (*Steinke/Badura, 2011*). Vor diesem Hintergrund verweist auch die von (*Kocyba/Voswinkel, 2007*) konstatierte – branchenspezifische und mit arbeits- und geschlechtsbezogenen Rollenbildern verknüpfte – „*Krankheitsverleugnung*“ im Betrieb darauf, dass Krankheit nur selten Gegenstand der Kommunikation im Arbeitsalltag ist und es erst bei kritischen Situationen zu Gesprächen mit dem Arbeitgeber und der Arbeitnehmervertretung kommt (*Kardorff, 2018*). Nur bei schwerbehinderten Beschäftigten greift hier der Anspruch auf einen „leidensgerechten Arbeitsplatz“ (§ 81 Abs. 4 Satz 1 Ziffer 1 SGB IX). Bei chronischen Erkrankungen und dem Vorliegen von Schwerbehinderung besteht darüber hinaus das Risiko von Stigmatisierung (*Kardorff, 2017; Kardorff/Ohlbrecht/Schmidt, 2013*) und von AGG-relevanten Formen der Diskriminierung am Arbeitsplatz (*Pärli/Naguib, 2013*).

Die Ergebnisse zum Präsentismus verweisen nachdrücklich auf die Notwendigkeit präventiver Strategien, die bereits im betrieblichen Umfeld ansetzen (*Stegmann/Schröder, 2018*), eine wesentliche Voraussetzung für deren Akzeptanz ist das Vertrauen der Beschäftigten in eine Betriebskultur, die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zuerst als Vorwand zur Kündigung nutzt (*Badura, 2006*). Sowohl zur Frage der Wahrnehmung und Verarbeitung psychischer Belastungen in der Arbeitswelt als auch zu den biografischen Wegen in die Rehabilitation liegen bislang erst wenige qualitative Studien vor, die die biografischen „Arbeitslinien“ (*Corbin/Strauss, 2004*) im Umgang mit bedingter Gesundheit im Zeitverlauf von innen heraus aus der subjektiven Perspektive im Zusammenspiel mit der gesamten Lebenssituation beschreiben (*Alsdorf u. a., 2017*). In einer vertiefenden verlaufskurvenorientierten Analyse der Interviews von Rehabilitanden aus der psychosomatischen wie auch aus der beruflichen Rehabilitation zeigt sich (vgl. 6.2.2 und 8.1), dass das Thema der (nicht gelungenen bzw. belastenden) Work-Life-Balance für viele Rehabilitanden ein wichtiges Thema darstellt; darüber hinaus werden als Quelle der Belastung sehr häufig auch Konflikte oder Probleme in der eigenen Familie benannt (z.B. Pflege eines Angehörigen) oder Belastungen, die mit biografischen Erfahrungen wie etwa frühen Traumata oder mit biografischen Fehlentscheidungen, wie z.B. einer falschen Berufswahl zu tun haben und die sich dann negativ auf die Leistungsfähigkeit im Beruf auswirken. Damit erweist sich das Gelingen einer Work-Life-Balance als ein wichtiger *Faktor psychischer Gesundheit/Stabilität*.

2.3.4 Gestörte Work-Life-Balance und das Risiko psychischer Beeinträchtigung

Das Thema einer tendenziell dauerhaft gestörten bzw. belasteten wie belastenden Work-Life-Balance durch Veränderung der Arbeitsformen, Arbeitsverdichtung und die Erwartung an beständige Erreichbarkeit über die Neuen Kommunikationsmedien auf der einen und veränderte und gestiegene Ansprüche an Selbstverwirklichung in Arbeit *und* Familie auf der anderen Seite wird in den Sozialwissenschaften seit mehr als 15 Jahren intensiv diskutiert; insbesondere die auch hierzulande viel diskutierte Studie von Hochschild (*Hochschild, 2006*) hat die Aufmerksamkeit auf die durch rasche Veränderungen in Arbeitswelt und kultureller Sphäre prekär gewordene Balance gerichtet, die auch zu psychischen Destabilisierung beitragen kann. Auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche kommt Wöhrmann (*Wöhrmann, 2016*) zu dem allgemeinen Befund, dass für den „ ... Konflikt zwischen Arbeit und Privatleben ... für beide

Wirkrichtungen, d. h. von Arbeit auf das Privatleben und auch vom Privatleben auf die Arbeit, signifikante kleine bis mittlere aggregierte metaanalytische Zusammenhänge mit fast allen untersuchten Aspekten psychischer Gesundheit gefunden“ wurden (2016, S. 5).²⁰ Nicht zuletzt aufgrund dieser Studienlage haben wir auf Aspekte der prekären oder gestörten Work-Life-Balance in unserem Interviewmaterial geachtet. Die Thematisierung des Zusammenspiels zwischen biografischen Verlaufskurven und psychischen Krisen mit familiären (Selbst-)Verpflichtungen und Anforderungen aus der Arbeitswelt ist bislang in der psychosomatischen Rehabilitation nur wenig untersucht.

2.4 Psychische Beeinträchtigungen im Kontext des Versorgungssystems

Die Zunahme von Rehabilitanden mit psychischen Störungen schlägt sich auch im Krankheitsspektrum der medizinischen Rehabilitation (vgl. Abbildung 8) und bei den beruflichen Bildungsleistungen nieder; dort wurden 2010 ca. 19 % (Frauen: 26 %, Männer: 12%) der beruflichen Bildungsleistungen der Rentenversicherung aufgrund der Diagnose einer psychischen Krankheit (einschließlich Suchterkrankungen) vergeben, 2016 waren es bereits 25% (Frauen: 32%, Männer: 18%). Angesichts der gestiegenen Zahlen bei den AU-Tagen wegen psychischer Beeinträchtigungen wären in der medizinischen Rehabilitation höhere Raten zu erwarten; die relativ geringen Steigerungsraten dürften aber mit dem Antragsverhalten der Versicherten bzw. fehlenden Hinweisen auf Möglichkeiten der medizinischen (psychosomatischen) Rehabilitation verbunden sein – als Beleg hierfür kann gelten dass ca. 50% der Personen, die zum ersten Mal eine EM-Rente wegen psychischer Beeinträchtigung bewilligt bekommen haben vorher keine psychosomatische Rehabilitation durchlaufen hatten (siehe unten).

²⁰ Dabei zeigte sich, dass die in der Analyse untersuchten Konstrukte der Work-Life-Balance „... mit Aspekten psychischer Gesundheit stabil zusammenhängen. Dabei geht eine bessere Work-Life-Balance bzw. weniger Konflikt und stärkere gegenseitige Bereicherung von Arbeit und Privatleben mit besserer psychischer Gesundheit einher“ (Wöhrmann, 2016, S. 5).

Forschungsstand und weiterführende Fragen

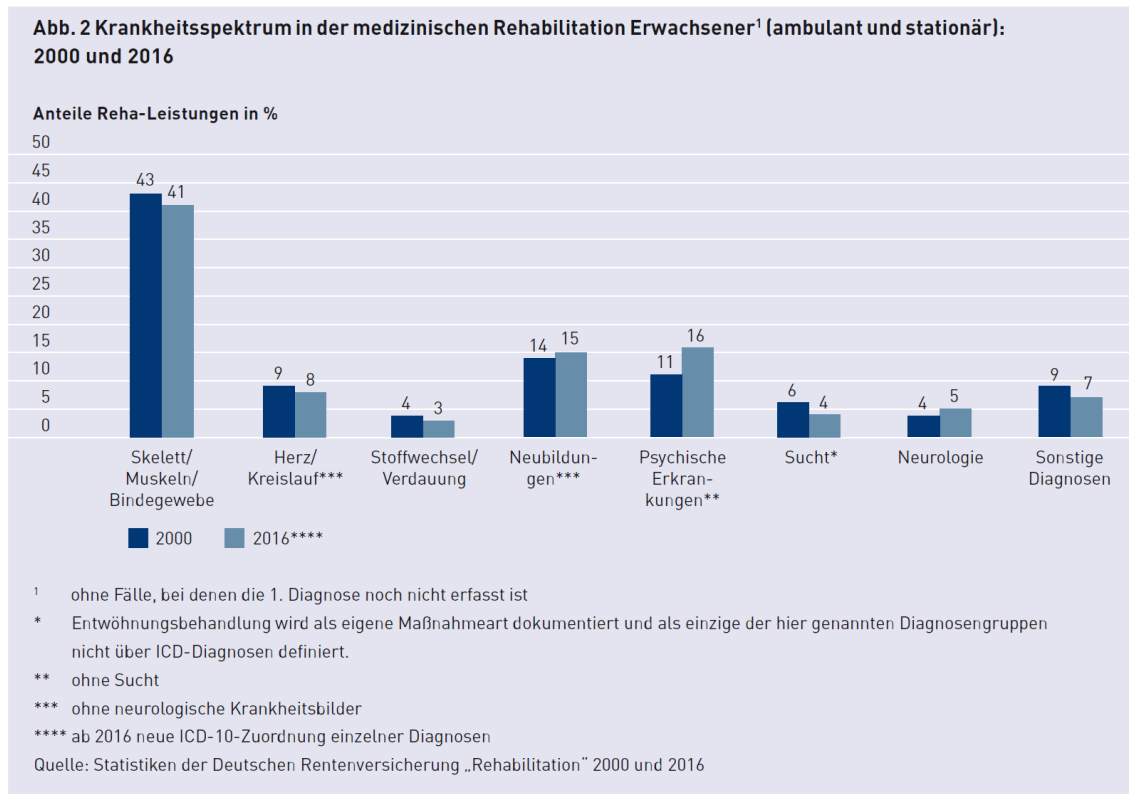


Abbildung 8: Krankheitsspektrum in der medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018b)

2.4.1 Geringe Inanspruchnahme fachlicher Hilfe und hohe Dunkelziffer

Die Unterinanspruchnahme einschlägiger professioneller Hilfen und Versorgungsangebote bei Menschen mit Common Mental Disorders erweist sich trotz erhöhter medialer Präsenz nach wie vor als Problem:

„It is estimated that about 80% of people with CMD will not receive any treatment (OECD, 2018): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work. OECD Publishing). If they do seek support, they will mostly receive care from their general practitioner (GP). GP's are, however, not sufficiently trained to deal with CMD's leading to under diagnosis, inadequate treatment for symptom reduction, and stimulating sick leave as they generally prescribe patients 'rest' in combination with medical (non-work related) interventions“ (Lagerveld/Houtman, 2018).

Etwas abweichend argumentieren Linden u.a., dass auch eine stärker zielgerichtete fachärztliche Versorgung den Verlauf der Krankheit nur wenig beeinflussen würde:

„General practitioners undertake a broad spectrum of therapeutic interventions in patients with chronic mental disorders. According to our results, additional psychiatric–psychosomatic

Forschungsstand und weiterführende Fragen

consultations can intensify treatment but does not significantly change the general course of chronic mental disorders." (Linden/Muschalla/Noack u. a., 2018).

Übereinstimmung wiederum besteht darin, dass arbeitsplatzbezogene Interventionen sinnvoll seien, sei es als eine individualisierende Strategie des Person-Job-Fits, der Unterstützung bei Methoden der Stressreduktion oder durch Veränderung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation.

Bezogen auf das Versorgungssystem ist ein Mangel an sektorenübergreifenden Kooperationen festzustellen; die geht einher mit Zeitverlusten, Umwegen und belastender Antragsstellung: Dieser Befund bestätigt sich auch in einigen unserer Interviews: z.B. die hier pseudonomisierten Studienteilnehmer: Herr Arlt, Frau Klein, Herr Wrobel²¹). Das von (Albani u. a., 2019) modellhaft erprobte und evaluierte „Eilverfahren Psychosomatische Rehabilitation“ hat sich hier als vielversprechend erwiesen und könnte sich nach Auffassung unserer Forschergruppe auch als Regelverfahren zur Implementierung anbieten.

2.4.2 EM-Berentung aufgrund psychischer Beeinträchtigungen

Die Wahrscheinlichkeit einer EM-Berentung ist insgesamt erhöht, wenn „...chronische psychosoziale Arbeitsbelastungen ...“ (Dragano, 2007) vorliegen; anders als bei familiären Krisen sind es hier die dauerhaften und immer wiederkehrenden Belastungen in der Arbeitswelt, die die psychosoziale Resilienz, besonders bei vulnerablen Personen schwächen. Dabei zeigten sich sowohl „... bei Männern als auch bei Frauen statistisch bedeutsame Zusammenhänge für verschiedene Diagnosegruppen (...). Hierzu zählen unter anderem die besonders häufigen Diagnosegruppen psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Kreislaufsystems und Muskel-Skelett-Erkrankungen“ (ebd. S. 227). Innerhalb des Diagnosespektrums zeigt sich besonders für Depressionen ein um das 2 – 2,6-fache erhöhtes Risiko für die Beantragung einer EM-Rente (Schlumbohm u. a., 2019). Als weiterer Risikofaktor erweist sich die Schwere der Beeinträchtigung. Mit Blick auf soziale Abstiegsprozesse, die zeitlich vor der EM-Rentenbeantragung liegen, zeigt sich darüber hinaus, dass bei psychischen Beeinträchtigungen die Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu werden, doppelt bis viermal so hoch ist wie bei gesunden Menschen (Wege/Angerer, 2014).

²¹ Auch alle im Folgenden erwähnten Namen von Studienteilnehmern sind pseudonomisiert.

Während das durchschnittliche Eintrittsalter in EM-Renten bei körperlichen Erkrankungen bei ca. 58 Jahren liegt, tritt eine Erwerbsminderung bei psychischen Erkrankungen im Schnitt bereits mit ca. 49 Jahren ein; bei letzteren haben zudem nur ca. 50% vor Eintritt in die EM-Rente eine einschlägige Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014a*). Abgesehen davon, dass die krankheitsbedingt, manchmal auch verfahrensbedingt gegen den Willen des Rehabilitanden erzwungene EM-Berentung mit einem erheblichen Armutsrisiko behaftet sind (*Märtin/Zollmann, 2013*). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach den biografischen, umweltbedingten und situativen Konstellationen, die eine Entstehung und Aufrechterhaltung von CMDs begünstigen um daraus praktische Handlungsempfehlungen zu gewinnen mit deren Hilfe arbeitsgefährdender Belastung nach Möglichkeit präventiv begegnet werden kann, einen gelingenden RTW zu gestalten und einen nachhaltigen SAW zu erreichen um damit eine EM-Berentung zu verhindern. Welches sind diese Bedingungsfaktoren nach gegenwärtigem Forschungsstand bei CMDs?

2.5 Bedingungsfaktoren für (Miss-)Erfolg von RTW bei Common Mental Disorders

Return to Work ist nicht allein aus ökonomischen Gründen und ordnungspolitischen Gründen („Reha vor Rente“) ein zentrales Ziel der Rehabilitation; hinzu treten salutogenetische Aspekte. In einer Zusammenstellung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse aus unterschiedlichen Disziplinen und mit unterschiedlicher Evidenz kommen Wedell und Burton im Auftrag der britischen *Department for Work and Pensions* zu der folgernden allgemeinen (krankheitsunspezifischen) Einschätzung:

„There is strong evidence that re-employment leads to improved self-esteem, improved general and mental health, and reduced psychological distress and minor psychiatric morbidity. The magnitude of this improvement is more or less comparable to the adverse effects of job loss“ (*Waddell/Burton, 2006*).

Mit Blick auf Common Mental Disorders konstatieren die Autoren: „On balance, any adverse effects of work on mental health appear to be outweighed by the beneficial effects of work on well-being and by the likely adverse effects of (long-term) sickness absence or unemployment“ (ebd., S. 22).

Obwohl bislang keine verbindliche Definition von RTW existiert (Hees u. a., 2012; Weber/Peschkes/Boer, 2015b) und unterschiedliche Kriterien für einen gelungenen RTW benutzt werden, etwa ein bestehendes Beschäftigungsverhältnis 6, 12 und 18 Monate nach Ende einer Rehabilitationsmaßnahme, die Höhe der gezahlten Sozialversicherungsbeiträge im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Rehabilitation oder der Social Return on Investment (SROI) bezogen auf die Maßnahmekosten im Vergleich zu den prospektiven Einnahmen aus Versicherungsbeiträgen²², etc. scheint sich in der Forschung die Auffassung durchzusetzen, dass *erstens* die *Qualität des RTW* ein zunehmend wichtiges zu berücksichtigendes Kriterium darstellt, und dass *zweitens* Return to Work als ein *Prozess* zu begreifen ist²³, für den an unterschiedlichen Verzweigungen über ein Case-Management gesteuerte Angebote den Weg zu einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung eröffnen oder aber auch einen subjektiv begründeten „Exit from Work“ (Bartel, 2018b) nahelegen kann. In einer Metasynthese zu RTW und psychischen Beeinträchtigungen auf der Basis von acht qualitativen Studien kommen Andersen u.a. (2012) zum Schluss, dass RTW als ein *Prozess* betrachtet werden muss in dem (berufs)-biografische Vorerfahrungen mit Rückkehrerwartungen und der (subjektiven) Einschätzung der Zukunft interagieren. Damit kommt der Bedeutung des Subjekts, seiner Sichtweisen, Erlebensformen, Aneignungsweisen und seiner aktiven Handlungsstrategien, seiner Intentionen und Motive sowie seiner Sinnentwürfe auf die hin Menschen ihr Leben führen eine herausgehobene Rolle zu (vgl. Kapitel 4). Mit dem bereits 1946 proklamierten ganzheitlichen Gesundheitsbegriff²⁴ hat die WHO die Bedeutung des subjektiven und auf einem Kontinuum zwischen „gesund“ (health-ease) und „krank“ (dis-ease) liegenden Gesundheitszustandes als einen wesentlichen Bestandteil und als zusätzliche Begründung für individuellen Behandlungsbedarf wie für gesundheitspolitische Strategien definiert. Dieses Verständnis gilt auch für die psychische Gesundheit (vgl. auch Kapitel 3):

²² „Although definitions of RTW vary according to disciplines or socio-legal contexts, most researchers use criteria such as work status (present/absent from work), number of hours worked or time until resuming contractual hours (with equal earnings). A few studies have recently paid more attention to the quality of RTW (e.g. work functioning and the sustainable RTW)” (vgl. Hees u. a. (2012).

²³ Rind u. a. (2018) plädieren für ein „umfassendes Verständnis von RTW-Prozessen, das sowohl präventive als auch rehabilitative Maßnahmen vor und nach dem eigentlichen Rehabilitationsprozess umfasst“ (Belin u. a. (2016).

²⁴ „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Übersetzung der Verfassung der WHO von 1946, in Deutschland Kraft getreten 1948 *World Health Organization* (2014).

Forschungsstand und weiterführende Fragen

„Concepts of mental health include subjective well-being, perceived self-efficacy, autonomy, competence, and recognition of the ability to realize one's intellectual and emotional potential. It has also been defined as a state of well-being whereby individuals recognize their abilities, are able to cope with the normal stresses of life, work productively and fruitfully, and make a contribution to their communities. Mental health is about enhancing competencies of individuals and communities and enabling them to achieve their self-determined goals“ (*Srivastava, 2011*).

Diese auf die biografisch erworbene Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit bezogene Perspektive lässt sich auch unter dem Gesichtspunkt der Intervention mit der Unterstützung und Förderung von Resilienz verbinden. Theoretisch bestehen hier vielfältige Anknüpfungsmöglichkeiten zu Konzepten der klinischen Psychologie wie etwa den Konstrukten Kontrollüberzeugung, Gesundheits- und Reha-Erwartungen, Selbstwirksamkeit, dispositioneller Optimismus u.ä., die als positive Wirkfaktoren für den RTW ausführlich diskutiert werden (*Bengel/Mittag, 2016; Wege/Angerer, 2015*) in einer systematischen Literaturübersicht und auf der Basis eigener Studien aus ihrer Arbeitsgruppe kommen (*Lagerveld/Houtman, 2018*) zu folgendem Ergebnis: “Recent longitudinal studies (published after the aforementioned reviews) confirm the role of work related self-efficacy as a robust RTW predictor in the heterogeneous population of employees with CMD” (*Lagerveld & Houtman 2018; dort weitere Belege*). In einer Scoping-Review zu den Determinanten von Arbeitsunfähigkeit und der Rückkehr in Arbeit von Personen mit Common Mental Disorders kommen (*Vries u. a., 2018*) zu folgenden Resultaten²⁵ für Sick Absence (SA):

„There is consistent evidence in ≥ 3 studies that previous episodes of CMD, higher symptom severity, previous absenteeism, co-morbidity, high job demands, low job control, high job strain, female gender, lower educational level, smoking behaviour, and low perceived general health are predictors of SA in people with CMDs. In addition, there is consistent evidence from two studies that sleeping problems, mental distress, exhaustion, iso-strain (high strain combined with low support), and lower organizational justice are predictors of S[ickness]A[bsence].“ (ebd.S.8).

Bezogen auf Prädiktoren für den Return to Work stellen sie fest, dass „RTW is consistently predicted in ≥ 3 studies by lower symptom severity, having no previous absenteeism, younger

²⁵ Interessant ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass von den 71 eingeschlossenen Studien aus den ursprünglich 2447 gefundenen Studien – die meisten nach 2011 – 2016 – die Mehrzahl aus den Niederlanden und den skandinavischen Ländern stammen, nur wenige aus den USA, keine einzige aus Deutschland; RTW-Studien liegen dort vor allem im Bereich der orthopädischen Rehabilitation vor.

Forschungsstand und weiterführende Fragen

age, and positive expectations concerning sick-leave duration or RTW“ (S. 8) Darüber hinaus „... is consistent evidence from two studies that having previous episode(s) of sickness absence and shorter duration of employment (tenure) is a predictor of recurrent SA in people with CMDs“ (ebd.). In einer Befragungsstudie bei Angestellten im dänischen Wohlfahrtssektor fanden Nielsen u.a. (Nielsen u. a., 2012),

„... that fulfilling the DSM-IV criteria for depression predicted a longer time to RTW (...), whereas a better self-rated health predicted a shorter time to RTW (...). Employees working in the municipal (...) and private sector (...) returned to work slower compared to employees working in the governmental sector. Gender, education, cohabitation, size of workplace, low-back and upper-neck pain and employment at baseline did not predict RTW“ (2012, S. 1311).

In einer prospektiven prä-post Studie mit 164 CMD-Rehabilitanden in einer *ambulanten psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung* konnten Victor/Lau/Ruud (2017, S.27) folgende Prädiktoren identifizieren:

“In the final model for predicting RTW, baseline work ability and expectancy of future work ability, a history of psychiatric treatment and focus on RTW in the treatment predicted RTW. Improvement in expectations of future work ability at post-treatment did also predict RTW“ (Victor/Lau/Ruud, 2017).

In unserer eigenen abgeschlossenen Studie zu den Verlaufskarrieren von Rehabilitanden nach einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme (Klaus/Meschnig/Kardorff, 2018b; Meschnig/Kardorff/Klaus, 2019) konnten wir u.a. die Rolle der Krankheitsdiagnose als auch den Grad der sozialen Einbindung quantitativ wie qualitativ für unser Sample der *beruflichen Rehabilitanden* bestimmen (vgl. Abbildung 9):

Krankheitseinfluss auf RTW	
weder Multimorbidität noch die Differenz zwischen psychischer und physischer Beeinträchtigung hat Einfluss auf RTW; subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands relevant (t ₁ und t ₂)	Umgang mit Krankheit entscheidend: Krankheit überwunden, offener Umgang mit Krankheit, Akzeptanz geringerer Leistungsfähigkeit, aktives Gesundheitsverhalten
Familienstand/soziale Unterstützung	
Partnerschaft als hoch signifikanter Faktor für einen gelungenen RTW	Familie und Partner als Motivation über Verantwortungsgefühl

23

Abbildung 9: Krankheitseinfluss auf RTW (vgl. Meschnig/Kardorff/Klaus, 2019)

Die allgemeine Bedeutung der sozialen Unterstützung für den Return to Work wird in einer systematischen Literaturübersicht von (White u. a., 2019) noch einmal bestätigt, auch wenn

Forschungsstand und weiterführende Fragen

die Autoren angesichts der unterschiedlichen Konzepte und Messverfahren für soziale Unterstützung in den einbezogenen Studien noch weiteren Forschungsbedarf erkennen. *Shaw/Kristman/Vézina* (2013) führen darüber hinaus an, dass fehlende soziale Unterstützung am Arbeitsplatz sowie die subjektiv empfundene Schwere der Arbeit für den RTW-Prozess zusätzlich hemmende Faktoren darstellen.

Betrachtet man die hier ausschnitthaft zitierten Ergebnisse aus Übersichtsartikeln und Einzelstudien ergibt sich ein inzwischen immer deutlicheres Bild für die zentralen untersuchten negativen und positiven Prädiktoren für den RTW. In der folgenden Übersicht (Abbildung 10) findet sich eine Auswahl aus (zusätzlich) häufig genannten Faktoren, die den RTW negativ beeinflussen.

PERSON <i>Subjektive Sichtweisen</i>	PERSON <i>beobachtete Merkmale</i>	UMWELT (Arbeitswelt, Familie)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subjektive Gesundheit(serwartung) <i>[negative Prognose]</i> ▪ Subjektive Rückkehrerwartung/motivation ▪ Müdigkeit, Erschöpfung ▪ Verlust des Selbstvertrauens ▪ Stresserleben ▪ (Rücken)Schmerz ▪ Depressivität ▪ Angst ▪ Lebenskrisen ▪ Sinnkrisen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alter (> 50 +) ▪ Niedriger Bildungsabschluss ▪ Arbeitslosigkeit ▪ Perfektionismus ▪ Fehlende Motivation ▪ Geringes Selbstwirksamkeit ▪ Selbstabwertung ▪ nicht abgeschlossene Krankheitsarbeit ▪ Vorangegangene AU-Zeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestörte Kommunikation Arbeitgeber/Arbeitnehmer ▪ Gestörte Work-Life-Balance ▪ Kosten-Nutzen-Abwägung des Arbeitgebers ▪ Angst vor oder bestehende Stigmatisierung/Diskriminierung ▪ Geringe soziale Unterstützung ▪ Geringe soziale Einbindung ▪ Verlust von Sozialleistungen (etwa ALO-I)

Abbildung 10: Hemmende Faktoren für den RTW bei psychischen Leiden (Auswahl ergänzt mit eigenen Ergebnissen nach Weber/Peschkes/de Boer, 2015)

2.5.1 Rehabilitandenmerkmale

Zu den im Kontext von RTW und SAW in der Forschung diskutierten Eigenschaften gehören *demografische* Merkmale wie Alter und Geschlecht, die für unterschiedliche Chancen auf dem Arbeitsmarkt stehen, *sozialstrukturelle* Merkmale wie Ehe/Partnerschaft, die vorhandene soziale Unterstützung und soziale Einbindung signalisieren, Bildungsabschlüsse und Berufspositionen, die Zugangschancen zu begehrten Positionen regulieren, Erwerbsstatus und AU-Zeiten, die als Hinweise auf mögliche krankheitsbedingte Leistungsbeeinträchtigungen gelesen werden können.

In der Rehabilitation liegt dabei ein Schwerpunkt u.a. auf der Identifikation von Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen mit Instrumenten wie dem SIMBO²⁶, dem Fragebogen zur Bestimmung arbeitsbezogener Erlebens- und Verhaltensmuster (AVEM), der Arbeitsfähigkeit (WAI = Work Ability Index) oder der konkreten Analyse psychosomatisch bedingter Fähigkeitsbeeinträchtigungen (Mini-ICF) (vgl. den Überblick bei *Lukasczyk/Vogel*, 2016). Dabei ist eine zentrale Herausforderung, wie über eine schnelle, zuverlässige und sparsame Identifikation gruppenbezogener Indikatoren eine Zuordnung von Rehabilitanden zu einer potentiellen Risikogruppe mit Blick auf den RTW erfolgen kann, so dass den betreffenden Rehabilitanden spezifische Hilfestellungen angeboten werden können. Ein Beispiel hierfür stellt eine aktuelle retrospektive Analyse einer Stichprobe psychosomatischer Rehabilitanden der Rentenversicherung Braunschweig-Hannover aus den Jahren 2011, 2012 und 2013 dar; hier konnten *Kaluscha/Krischak* (2019) zeigen, dass „das Alter, die Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation und der Erwerbsstatus im Monat vor der Rehabilitation signifikante Einflussgrößen“ (2019, S. 196) für den RTW-Status ein Jahr nach der medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation darstellen.

Ein weiterer Komplex von Merkmalen bezieht sich auf *konstitutionelle* und vor allem *biografisch entwickelte relativ stabile Eigenschaften der Person* wie etwa positive Kontrollüberzeugungen, aktive Bewältigungsmuster, Optimismus, Einstellungen zur Arbeit usw., die zumindest teilweise als therapeutisch veränderbar gelten und als Ansatzpunkte für individuelle Strategien im Umgang mit psychisch belastenden Situationen in der Arbeit und im Privatleben genutzt werden können. Zur Diagnostik kommt dabei eine breite Palette von Messinstrumenten und Skalen zum Einsatz, die überwiegend auf der Selbstbeurteilung der Rehabilitanden beruhen wie der PHQ (Patient-Health-Questionnaire) oder der Berner Bewältigungsfragebogen (vgl. den Überblick bei *Romppel/Grande*, 2016).

²⁶ SIMBO = **S**creening-**I**nstrument zur Einschätzung des Bedarfs an **M**edizinisch-**B**eruflich **O**rientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation *Streibelt/Müller-Fahrnow/Hansmeier* (2006).

Persönlichkeitsvariable

Anders als bei den demografischen Variablen (z.B. Alter, Geschlecht, bestehende Ehe/Partnerschaft) oder bei den „mitgebrachten“ Merkmalen wie Bildungsabschlüsse, lange Krankheitsvorgeschichte, lange AU-Zeiten oder Erwerbslosigkeit handelt es sich bei den erworbenen Persönlichkeitsmerkmalen um Merkmale, die durch therapeutische Intervention und Selbstmanagement beeinflussbar sind; ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden hier einige in der Literatur immer wieder erwähnte Risikofaktoren erwähnt:

- *Negative Kontrollüberzeugung (externalisierende oder Schicksalsattribution) vs. hohe positive Kontrollüberzeugung (Verknüpfung mit Konstrukt Selbstwirksamkeit);*
- *Negative Rehabilitationserwartung vs. positive Rückkehrerwartung an den Arbeitsplatz;*
- *Perfektionismus vs. Gewissenhaftigkeit, Verantwortung;*
- *Starke Abhängigkeit von Anerkennung (etwa durch frühe Sozialisation, z.B. fehlende Anerkennung durch die Eltern, Übertragung auf andere gesellschaftliche Arenen) vs. realistische Anerkennungserwartung;*
- *Neigung zur Selbstüberforderung vs. realistische Einschätzung der eigenen Belastbarkeit (besonders auch nach Reha und bei bleibenden Fähigkeitsstörungen);*
- *Geringe Selbstsorge vs. Achtsamkeit;*
- *Fehlende Kompetenz zur Abgrenzung: nicht „nein“ sagen können vs. Fähigkeit zur Abgrenzung und Abwehr von Zumutungen;*
- *Geringe Selbstwirksamkeitserwartung vs. hohe Selbstwirksamkeitserwartung;*
- *Geringer Grad an sozialer Einbindung und Unterstützung (auch durch Kollegen am Arbeitsplatz) vs. sicheres soziales Netz und Partnerschaft/Ehe und gute Einbindung im Betrieb.*

In den Interviews der vorliegenden Studie (vgl. Kapitel 6) erweisen sich viele der in der klinischen Praxis isoliert erhobenen Merkmale als miteinander verschränkte und aus der interpretativen Perspektive der „biografischen Gesamtformung“ (Schütze, 1983) heraus in sich schlüssige Elemente der biografischen Entwicklungsgeschichte, der getroffenen Entscheidungen und der durch sie eröffneten oder verschlossenen Pfade.

Lebenslage und Lebensumstände

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich – mit Ausnahme langer Zeiten der Erwerbslosigkeit, des Alleinlebens und der Lage des Wohnorts – , soweit wir sehen, keine systematischen Hinweise zur Rolle von Lebenslage, Lebensphase und der Lebenssituation für den RTW; auch ist das konkrete Zusammenspiel dieser drei Aspekte bislang noch ein weitgehend weißer Flecken auf der Forschungslandkarte, nicht jedoch in der alltäglichen Rehabilitationsarbeit, in der die Phänomene ja durchaus bekannt sind. In einer mikrosozialen Perspektive qualitativer Forschung stellt sich der Dreiklang dieser Bedingungsbeziehungen als ein wichtiges Moment innerhalb der jeweiligen individuellen Fallkonstellationen dar: der Zeitpunkt in der *Lebensphase* (getrennt nach Geschlecht) – z.B. Kinder gerade aus dem Haus, Pflege eines Familienangehörigen –, die *Lebenslage* – etwa alleinerziehend, prekär beschäftigt, vorhandene finanzielle Verpflichtungen, wie Kreditabzahlung – und die *Lebenssituation* – etwa nach Trennung/Scheidung oder Tod eines nahen Angehörigen, Arbeitsplatzverlust, Verschlimmerung einer Erkrankung – können sich überlagern und gegenseitig verstärken. Mit Blick auf den Return to Work stellt sich hier die Herausforderung für die gemeinsam mit dem Rehabilitanden zu entwickelnde Rückkehr- und Stabilisierungsstrategien im Rahmen eines trägerübergreifenden Case-Management (vgl. Kapitel 9 „Empfehlungen“).

2.5.2 Diagnose, Art und Schwere der Erkrankung: zur Bedeutung medizinischer Faktoren

Generell stimmt ein Großteil von Studien darin überein, dass medizinische Faktoren (wie z.B. Art und Schwere der Erkrankung, Symptomschwere) in ihrer Wirkung auf eine nachhaltige Wiedereingliederung möglicherweise überschätzt werden. Faktoren wie das Selbstmanagement und Krankheitsbewältigung, die Einstellung der Zurückkehrenden, die Krankenvorgeschichte zu der auch die betriebliche Vorgeschichte gehört, die soziale Unterstützung und die Dauer einer Erkrankung scheinen einen größeren Einfluss auf die Rückkehr zu haben, als bisher angenommen (*Andersen/Nielsen/Brinkmann, 2012; Nielsen u. a., 2011; Nieuwenhuijsen u. a., 2013*). Im Einzelnen zeigen sich dann in weiteren Studien und Literaturübersichten Differenzierungen: Depressionen (*Eierdanz, 2011*) und stressbedingte Erkrankungen (*Siegrist, 2015, 2018*) stellen nachweisbar einen besonderen Risikofaktor für erfolgreichen RTW dar. Dabei korreliert der *Schweregrad* der Depression mit einer verringerten RTW-Rate und einer

verlängerten Dauer bis zum RTW (*Brouwers, 2009; Dewa u. a., 2002*). Weitere Analysen zu RTW bei psychischen Störungen zeigen, dass *Krankheitsbild, arbeitsplatzbezogene Faktoren* und die *Krankheitsverarbeitung* eine wichtige Rolle spielen (*Blank u. a., 2008; Cornelius u. a., 2011; Wege/Angerer, 2015*) Verfahrensbündigt wird auch auf eine oft *verfrühte Rückkehr an den Arbeitsplatz* nach Abschluss der Rehabilitation verwiesen, was sich auch in unserer bereits abgeschlossenen Studie *Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem* bereits gezeigt hat (*Kardorff/Meschnig/Klaus, 2016*).

Bislang fehlt es allerdings an evidenzbasiertem Wissen über nachhaltig erfolgreiche Rehabilitationsstrategien bei psychischen Störungen. Nieuwenhuijsen und Kollegen stellten in ihrem Cochrane-Review fest, dass zusätzliche berufsbezogene Reha-Strategien, über die rein medizinische Intervention hinaus, mittelfristig die Fehlzeiten reduzieren (moderate Evidenz). Ebenso scheint eine längerfristige Begleitung zum Erfolg beizutragen (*Streibelt/Bethge, 2014*). Die in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland entwickelten MBOR- Konzepte (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015b*) und ihre Weiterentwicklungen, z.B. „MBOR-Kooperation“ (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 12.06.2019*) bei der Überleitung von der Reha zu LTA-Maßnahmen greifen diese Erkenntnisse auf. Bezogen auf die Psychosomatik gehen Experten davon aus, dass bis zu 50% der Rehabilitanden eine nach dem Grad der berufsrelevanten Beeinträchtigung gestaffelte Form (MBOR-A, -B, -C) der medizinisch-beruflichen Orientierung benötigen; da die Inhalte der MBOR im Kontext der orthopädischen Reha entwickelt wurden, müssen die Angebote jedoch stärker auf die Zielgruppe der Rehabilitanden in der Psychosomatik hin spezifiziert werden und von der sehr starken Trainingsorientierung befreit werden (vgl. *Köllner, 2016*).

Bedeutsam scheint auch die Feststellung, dass eine erfolgreiche Behandlung von Symptomen allein, kein verlässlicher Indikator für RTW ist (*Blonk u. a., 2006*). Ob eine Rückkehr an den Arbeitsplatz gelingt, hängt damit weniger von den Symptomen als solchen (mit Ausnahme des Schweregrades) als von anderen Faktoren wie den Charakteristika des Arbeitsplatzes, den dort erfahrenen/erwarteten Belastungen, der Rückkehrerwartung, der Selbstwirksamkeit, etc. ab. Das bedeutet, dass von zwei Personen mit vergleichbaren Symptomen der eine zurückkehrt und die andere nicht, weil andere Faktoren wie die aktuelle Lebenssituation, Bedingungen am Arbeitsplatz, Einstellungen zur Arbeit und Gesundheits- und Rückkehrerwartungen eine Rolle spielen und sich ggf. auch gegenseitig verstärken oder auch kompensieren können. „Die kli-

nisch erfolgreiche Behandlung psychisch Erkrankter wirkt sich *nicht* unmittelbar auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Rückkehr in den Betrieb aus“ (Wege/Angerer 2014; (Stegmann/Schröder, 2018).Lagerveld und Houtman (Lagerveld/Houtman, 2018) kommen auf der Basis ihrer Daten zu dem Vorschlag der folgenden für den RTW relevanten Behandlungsstrategie:

“First, a combination of anti-depressant medication and psychodynamic therapy was more effective than medication alone. Secondly, work focused treatment (psychological and occupational therapy) resulted in more successful RTW compared with usual care. For workers with adjustment disorders, Arends and colleagues conclude that problem solving therapy can result in faster part-time resumption of work tasks (partial RTW)” (Lagerveld/Houtman, 2018).

Die zusätzliche Strategie einer *arbeitsplatzbezogenen* Rehabilitationsstrategie erweist sich dagegen einer rein klinischen Behandlung gegenüber als überlegen (Lagerveld u. a., 2012)²⁷; für orthopädische MBOR (Bethge u. a., 2010).

2.6 Krankheitsverlauf

Wie noch näher im Theoriekapitel (Kapitel 4) ausgeführt wird überlagern und vermischen sich die Probleme der biografischen Verlaufskurve mit der Krankheitsverlaufskurve, die durch das Auftreten psychosomatischer Symptome, durch die Diagnose, durch den Behandlungsverlauf und die damit einhergehenden Aufgaben und Arbeitslinien bestimmt wird. Biografisch erworbene und familial tradierte Einstellungen zu Gesundheit, Strategien der Lebensbewältigung, und zum Umgang mit Beschwerden und Krankheit aber auch Einstellungen zu und Identifikation mit der Arbeit bestimmen die Reaktionen auf die Krankheitsverlaufskurve und formen sie im Prozess zugleich mit. In der Auseinandersetzung mit psychischen Beeinträchtigungen sind es hier vor allem die der Krankheitsbearbeitung/-bewältigung, wozu auch die Auseinandersetzung mit Leistungsbeeinträchtigungen und selbstbildassoziierten Eigenschaften gehört, die

²⁷ In einer quasi-experimentellen Vergleichsuntersuchung von einer nur klinischen Behandlung vs. klinische Behandlung + arbeitsplatzbezogene Intervention – kommt die Arbeitsgruppe zu folgender Schlussfolgerung: „through focusing more and earlier on work-related aspects and RTW, functional recovery in work can be substantially speeded up within a regular psychotherapeutic setting. This result was achieved without negative side effects on psychological complaints over the course of 1 year. Integrating work-related aspects into CBT is, therefore, a fruitful approach with benefits for employees and employers alike” (Lagerveld u. a., 2012).

Akzeptanz der Erkrankung und daraus folgend die Veröffentlichungsbereitschaft oder das Kuvrieren der psychischen Beeinträchtigung und schließlich die Krankheitsarbeit selbst.

2.6.1 Krankheitsbearbeitung: Bewusstwerdung, Akzeptanz, Krankheitsarbeit

Die Literatur zu Theorien und Studien zum Umgang mit chronischen Krankheiten sind inzwischen kaum mehr zu überblicken; eine knappe neuere Übersicht hierzu liefern Schaeffer und Haslbeck (*Schaeffer, 2009; Schaeffer/Haslbeck, 2016*). Will man die Ansätze einordnen, dann findet sich in der *klinischen Psychologie* eine vorwiegend auf dem von Lazarus und Folkman (*Lazarus/Folkman, 1984*) entwickelten transaktionalen Stressmodell orientierten Schritten des problemfokussierten „coping“ aus der kognitiven Verhaltenspsychologie, das auch in der Rehabilitationspsychologie dominiert (*Krämer/Bengel, 2016*) und die Grundlage für psychologische Interventionen bietet. In der soziologischen Forschung sind es zwei Forschungsstränge: zum einen die auf Basis einer interpretativen Rekonstruktion der Praktiken im Falle chronischer Krankheit individuell und in der Familie zu bearbeitenden Aufgaben (*Corbin/Strauss, 2004*), zum anderen Narrationsanalysen, die das subjektive Erleben der Krankheit von „innen heraus“ darstellen und die darauf basierenden Haltungen zur Krankheit und die Erwartungen an Gesundheitssystem und Fachkräfte verstehbar machen (*Lucius-Hoene, 2008*). Ihre Bedeutung für die Analyse des RTW erhalten die hier erwähnten Ansätze durch ihre *Prozessperspektive*, die die subjektive und die handlungspraktische Auseinandersetzung mit der chronischen Erkrankung als prinzipiell unabgeschlossen darstellen²⁸ und durch die Identifikation von *charakteristischen Mustern* und *typisierbaren Strategien* der Krankheitsbewältigung sowie durch das inzwischen *breite Wissen* über die Bewältigung von Krankheitsfolgen, die für spezifischen Rehabilitations- und Nachsorgebedarf sensibilisieren.

In der vorliegenden Studie sind es insbesondere drei für den RTW zentrale Aspekte der Krankheitsbearbeitung: *erstens* die Frage, welches der geeignete Zeitpunkt im Prozess der Krankheitsbearbeitung für die Nutzung medizinischer Rehabilitation oder von LTA-Leistungen ist, *zweitens*, wie es den Rehabilitanden gelingt, trotz „bedingter Gesundheit“ weiterzuarbeiten und *drittens*, wie das Arbeiten und Leben mit bedingter Gesundheit nach außen kommuniziert wird bzw. mit welchen Folgen, etwa der Stigmatisierung dabei zu rechnen ist. Während es zu

²⁸ Auf diesen Aspekt macht *Hildenbrand (2009)* nachdrücklich aufmerksam und lehnt deshalb den Bewältigungsbegriff ab, der eine Abschließbarkeit nahelegt.

den ersten beiden Fragen erst wenige Studien gibt, existieren zum dritten Fragenkomplex bereits eine Vielzahl von Studien, die insbesondere die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen betreffen (Angermeyer u. a., 2017; Kardorff, 2018). Hierzu gehören die auch trotz vielfältiger Aufklärungskampagnen nach wie vor bestehenden Vorurteile gegenüber psychisch Kranken, wie etwa:

- Einmal krank immer krank: psychische Erkrankungen sind nicht behandelbar;
- Psychisch krank ist gleich weniger leistungs- und arbeitsfähig;
- Psychisch krank ist ein Ausdruck von Schwäche;
- Psychische Erkrankungen sind nur ein Vorwand, um „blau zu machen“ (Stegmann/Schröder, 2018).

2.6.1.1 Veröffentlichung der psychischen Krankheit: Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt

In unseren Interviews in der Verlaufsstudie zum RTW nach beruflicher Rehabilitation (Meschnig/Kardorff/Klaus, 2019) hat sich vor allem bei psychisch beeinträchtigten Rehabilitanden gezeigt, dass der Umgang mit den verbleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Betrieb gegenüber den Kollegen und Vorgesetzten eine besonders kritische Momente enthält. Die Rehabilitanden müssen hier an den Grenzen von „krank“ und „gesund“, „normal“ und „nicht normal“ und von „leistungsfähig“ und „leistungsgewandelt“ balancieren. Dies berührt die Frage der – besonders für psychisch vulnerable Menschen riskanten – *Veröffentlichung der Krankheit* und die Frage nach dem positiven oder biografisch bedingt negativen Selbstwertgefühl, das eine derartige Offenheit ermöglicht. Tendenziell hängt ein gelingender RTW von einem offenen Bewusstseinskontext ab, der für psychosomatische Rehabilitanden prekär bleibt: das Balancieren zwischen Offenheit und Kuvrieren ist riskant: so kann Offenheit zu Vorbehalten bis zur Diskriminierung führen und die Betroffenen unter besondere Beobachtung stellen, Verbergen kann wiederum, wenn das Verhalten offensichtlich wird, als Täuschung ausgelegt werden. Bei dem Verbergen der Krankheit spielen neben einer noch nicht fortgeschrittenen Krankheitsverarbeitung und einer geringen Offenheit für Verhaltensänderungen eine unrealistische (selbstunter- oder -überschätzende) Selbstwahrnehmung und Formen der Selbststigmatisierung eine Rolle.

matisierung eine kritische Rolle beim Verbleib in Arbeit; hinzu kommen bei einem nicht offenen Umgang Vermutungen über Ansichten und Emotionen der Kollegen, wie der Vermutung, dass bei einer Krankschreibung dem Rehabilitanden Drückebergerei unterstellt werden könnte.

2.6.1.2 Geeigneter Zeitpunkt zur Nutzung von Rehabilitation und zur Thematisierung von RTW

In neueren Arbeiten wird die Bedeutung des *geeigneten Zeitpunkts* für Intervention und RTW hervorgehoben; so fassen Lagerveld und Houtman die aktuelle Forschungslage zusammen:

“The timing of the intervention seems to play a role as well. Research shows that early intervention and early partial RTW is important to reduce the threshold for RTW and avoid psychological complaints from becoming worse. Prolonged sick leave duration by itself seems to decrease the chances of RTW. For example, those on sick leave for longer than 6 months were found to have only 50% chance to RTW. The RTW chances decrease for those with a depression (mood disorder) when they are on sick leave for 3 months or more. On the other hand, interventions should not be offered too early. First of all, there is a risk of overtreatment. Offering an intervention too fast after the onset of sick leave might result in people postponing full RTW compared to a situation without treatment (risk of medicalization of the problem). In addition, people might need some weeks off from work as a coping strategy during a crisis phase” (Lagerveld/Houtman, 2018).

Die Verbindung mit dem geeigneten Zeitpunkt für Interventionen wird im empirischen Material in unserer Studie insbesondere bei der Betrachtung der Verlaufskurve bedeutsam, weil bestimmte Maßnahmen in ihrem Erfolg etwa davon abhängen, ob Personen einen Hilfebedarf erkennen, ob sie eine Krankheitseinsicht haben oder wie weit die Krankheitsbearbeitung fortgeschritten ist (vgl. Kapitel 6).

2.7 Psychisch beeinträchtigte Menschen in der Rehabilitation

In der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation befanden sich 2016 insgesamt 152.346 Personen, davon 94.007 Frauen und 57.279 Männer mit psychischen Störungen ohne Sucht (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018b*).

Härter und Kollegen (*Härter/Baumeister/Bengel, 2007*) stellen in ihrer schon etwas älteren Studie fest, dass insgesamt jeder fünfte Rehabilitand in der somatischen Rehabilitation die Kriterien einer aktuellen psychischen Störung erfüllt. Bei 7,6% der Rehabilitanden in somatischen Fachkliniken lag mehr als eine psychische Störung vor (*Köllner, 2016*). Während das

Thema der Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen in Forschung und Praxis intensiv diskutiert wird (vgl. 2.2.2) scheint dies für die Rolle der somatischen Komorbidität bei psychischen Störungen in der Forschung eher unterbelichtet, auch wenn es von den Experten aus der psychosomatischen Praxis unter dem Stichwort Multimorbidität (*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2018*) hervorgehoben wird.²⁹

2.7.1 Differentielle Reha-Erwartungen von Patienten und Ärzten

Die Bedeutung von Behandlungsmotivation und Rehabilitationserwartung für den Erfolg der Rehabilitation und die Rückkehr in Arbeit ist vielfach dokumentiert (*Nübling/Muthny/Bengel, 2006*). Dass Kostenträger, Behandler und Rehabilitanden in ihren Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme nicht deckungsgleich sind überrascht dabei nicht. Überraschend sind dafür die Ergebnisse etwa von Deck (2011), die – indikationsübergreifend (Psychosomatik, Onkologie, Orthopädie, Pneumologie) kaum Differenzen in den Erwartungen zu Beginn der Reha festgestellt hat: bei den psychosomatischen Rehabilitanden stehen „erholen“ und „Leistungsfähigkeit erhöhen“ mit fast 90 % Zustimmung, gefolgt von „gesünder leben“ ca. 78 % und „Stress abbauen“ und „Freizeit nehmen“ mit jeweils fast 72% ganz vorne, „Rentenantrag“ mit ca. 10% an letzten Stelle. Auf die Frage, ob die Patienten darüber informiert wurden, was das konkrete Behandlungsprogramm einer Reha-Klinik beinhalte und erfordere antworteten von den psychosomatischen Rehabilitanden nur knapp 30 Prozent positiv (*Deck, 2011*). Dies verweist auf ein Vorbereitungs- und Kommunikationsdefizit (*Höder/Deck, 2014; Köllner, 2016*). *Köllner (2016)* betont darüber hinaus, dass besonders die depressiven Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation eine aktive Unterstützung bei der Zielklärung benötigen:

„Aufgrund der depressionstypischen kognitiven Verzerrungen fällt es Patienten mit depressiven Störungen besonders schwer, Reha-Ziele zu formulieren, da diese oft als nicht attraktiv oder als nicht erreichbar bewertet werden. Deshalb ist hier therapeutische Unterstützung bei der Zielformulierung oft in besonderem Maße notwendig. Bei der Formulierung von Zielen ist zu beachten, dass diese (entsprechend des Auftrages der Rehabilitation) auf die Überwindung

²⁹ Ein möglicher Grund hierfür könnte darin liegen, dass mit der Bezeichnung „Psychosomatik“ dieser Aspekt als berücksichtigt gilt. In unserer Fragebogenerhebung gaben 73% der Befragten zusätzlich körperliche Erkrankungen an und in vielen unserer Interviews zeigt sich, dass gerade die Belastung durch körperliche Beeinträchtigungen als deutliche Beeinträchtigung erlebt wird; inwieweit dabei Somatisierungen als Verdrängung psychischer Probleme eine Rolle spielen, ob die körperliche Erkrankung, z.B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen zu psychischen Beeinträchtigungen geführt haben ist dabei für das subjektive Erleben zunächst belanglos.

Forschungsstand und weiterführende Fragen

der Aktivitäts- und Teilhabestörung fokussiert sind und innerhalb des zur Verfügung stehenden Zeitraums (ca. 5–7 Wochen) erreicht werden können.“ (Köllner, 2016).

Mit Blick auf die Zeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation verweist Köllner darauf dass „... es häufig sinnvoll [ist], die Ziele mit den nachbehandelnden Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten abzustimmen, um die Rehabilitation in einen sinnvollen Gesamtbehandlungsplan einzubetten“ (ebd.) und spricht damit den einen Teil des Übergangsmanagements in der psychosomatischen Rehabilitation an, dessen anderer Teil auch die Übergangsbegleitung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz sein kann.

Mit Blick auf die Thematisierung von Arbeitswelt und RTW in der klinischen Behandlung stellen Lagerveld und Houtman hier allerdings noch erhebliche Defizite fest:

“Although work is a central part of a people’s lives and an important element in recovery, standard clinical treatments for mental ill health pay little attention to work related problems” (Lagerveld/Houtman, 2018). “Furthermore, mental health care quality indicators do not include any element of employment. Similar to GP’s most mental health care providers will adopt a symptom contingent approach. A focus on symptoms instead of resources can reinforce illness identity and non-work identity of the employees, which in turn can have a negative effect on the RTW process” (ebd.).

2.7.2 Entlassungsberichte

Der sozialmedizinische Entlassungsbericht hat neben Informationsweitergabe, Vernetzung usw. vor allem die Funktion „... die festgestellten Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit in ihren Auswirkungen auf Alltag und Beruf ... [zu bewerten]. Er erhält damit die Funktion eines sozialmedizinischen Gutachtens“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015a; Worringen, Ulrike, Kleihans, Martin & Schmucker, Dieter, 2016)

Anhand einer Analyse von 42 zufällig ausgewählten Entlassungsberichten aus 10 (somatischen) Rehabilitationskliniken kommen Hütte und Muschalla zu folgender Einschätzung: „In Bezug auf die sozialmedizinische Nutzbarkeit erscheint vor allem eine weitere Optimierung nachvollziehbarer Verbindungen zwischen psychischem Befund, Fähigkeitsbeeinträchtigungen und beruflichen Anforderungen von Bedeutung“ (Hütte/Muschalla, 2019). Auch wenn diese Studie nur an somatischen Reha-Kliniken durchgeführt wurde, dürfte das Plädoyer der Studie auch auf psychosomatische Kliniken übertragbar sein, zumal eine konsequente Anwendung von ICF basierten und arbeitsplatzbezogenen Formen der Fähigkeiten und der Fähigkeitseinschränkungen nicht durchgängige Praxis zu sein scheint (Freitag, 2015). Hinzu kommt,

dass es Rehabilitanden oft nicht verstehen, warum sie entgegen ihrer eigenen Einschätzung als *arbeitsfähig* (vgl. Herr Laus, der sich erfolgreich für den Status der Arbeitsunfähigkeit im Entlassungsbericht eingesetzt hat; Frau Handle in unserer Studie, vgl. Kapitel 6) eingestuft werden. Weniger ausgeprägt tritt dieser Effekt auch ein, wenn ein Rehabilitand entgegen seiner eigenen Einschätzung als arbeitsunfähig beurteilt wird und dies aus dem Bericht für sie nicht verständlich wird bzw. aus ihrer Klinikerfahrung heraus nicht als schlüssig empfinden; hier kommt es aber oft zu Aushandlungsprozessen mit den Ärzten (vgl. in unserer Studie z.B. Frau Hanser, der es gelingt sich gesundschreiben zu lassen, oder Frau Klein, die die lange Krankschreibung nach Erläuterung durch ihre Ärztin akzeptiert und Frau von Hellig, die die Beurteilung als arbeitsunfähig als Ergebnis eines nachvollziehbaren Aushandlungsprozesses sieht).

2.8 Übergang von der medizinischen Rehabilitation in Arbeit

Auch wenn der Mehrzahl der Rehabilitanden der Übergang von der Rehabilitation in die Arbeit gelingt und sich von außen betrachtet unspektakulär vollzieht, handelt es sich um eine kritische Passage, die einer Reihe von besonders vulnerablen Rehabilitanden nur schwer oder gar nicht gelingt. Die beim Übergang zu bewältigenden sozialen und psychischen Herausforderungen – wie etwa (die Angst vor) Stigmatisierung psychischer Krankheit – sowie die Barrieren, die überwunden werden müssen, zeigen sich bei denjenigen Rehabilitanden, die den Übergang nicht schaffen und einen Rückfall erleiden, wieder krank geschrieben werden oder ihren Arbeitsplatz verlieren wie in einem Mikroskop. Inzwischen hat die Forschung zum RTW eine Vielzahl von fördernden und hemmenden persönlichen Voraussetzungen sowie von strukturellen Gelingensbedingungen und Barrieren für den RTW identifiziert, die im Folgenden ausschnittsartig dargestellt werden. Nicht zuletzt aus Gründen der Sicherung des Rehabilitationserfolges wurden auf dieser Basis inzwischen eine Reihe rechtlicher Instrumente (z.B. Stufenweise Wiedereingliederung, Unterstützte Beschäftigung), Verfahrensweisen (Case-Management) und innovativer Modelle entwickelt, die Rehabilitanden beim RTW und einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung unterstützen. Zugleich zeigt der exemplarische Blick in den Forschungsstand, dass insbesondere RTW-Verläufe zu wenig in ihrer Bedeutung für die Bedarfsfeststellung wie auch für die Entwicklung von Empfehlungen untersucht sind.

2.8.1 Stufenweise Wiedereingliederung (STW) für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Die stufenweise Wiedereingliederung (SGB IX, § 44 [alt: § 28]; § 74 SGB V) [engl: Graduated Return to Work] auch als „Hamburger Modell“ bekannt, ist eine bislang vor allem bei somatischen Erkrankungen bewährte Maßnahme, um nach einer medizinischen Rehabilitation bzw. einer Anschlussheilbehandlung schrittweise die Leistungsfähigkeit bis zur erreichbaren zeitlichen Belastung zu erproben, ein Gefühl für die eigenen Leistungsgrenzen zu gewinnen und das in der Rehabilitation Erlernte zu festigen. Die STW dient dabei sowohl den Behandlern als auch den Rehabilitanden dazu, eine realistische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Realbedingungen zu gewinnen und für viele Rehabilitanden ist sie bedeutsam, um wieder Selbstvertrauen etwa nach einem Herzinfarkt zu gewinnen. Inzwischen wird die STW auch im Bereich der Psychosomatik angewandt, wobei sie sich besonders für Rehabilitanden mit einer kritischen Rückkehrprognose zu eignen scheint:

“In conclusion, our study demonstrates the effectiveness of GRTW following a clinical rehabilitation intervention among patients with CMDs concerning full RTW and time of sick leave in the 15-month follow-up. However, the results also indicate that the possibility of GRTW should be particularly considered for patients with a critical subjective prognosis of their RTW after rehabilitation. For CMD patients with a positive RTW expectation, no additional GRTW employment effects were observed” (Streibelt u. a., 2018)

2.8.2 Übergangsbegleitung, Nachsorge und Rückfallprävention

Wie bereits erwähnt, ist eine in der Rehabilitation oder einer anderen Therapie, z.B. einer ambulanten Psychotherapie erreichte Symptomfreiheit alleine kein Garant für einen erfolgreichen RTW; hier spielen andere Faktoren wie die Länge der vorausgegangenen Erwerbslosigkeit, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, positive Rehabilitationserwartung aber auch die konkrete Lebenssituation, Jobängste etc. eine wichtige Rolle, also Faktoren, die in der Rehabilitation angesprochen, aber nicht „gelöst“ werden können. Vielen Rehabilitanden gelingt es die dort aufgegriffenen Themen oder auch das Erlernte bei der Rückkehr an den alten oder ggf. neuen Arbeitsplatz meist unspektakulär umzusetzen, wie z.B. stärkere Achtsamkeit auf Belastungssymptome, Stressmanagement, aber auch das Aushandeln reduzierter Arbeitszeiten, einen späteren Arbeitsbeginn, ein betriebsinterne Umsetzung o.ä. Ein kleinerer Teil der Rehabi-

litanden schafft dies nicht. In einer eigenen Untersuchung zu den Verläufen von Rehabilitanden, die eine 2-jährige Vollzeitqualifizierung durchlaufen haben (*Klaus/Meschnig/Kardorff, 2017*) konnten wir zeigen, dass ca. 20% der Maßnahmeteilnehmer zu einer Risikogruppe für den gelungen Übergang von der (beruflichen) Maßnahme auf den Arbeitsmarkt gehören. Für besonders vulnerable Gruppe der Personen mit CMDs gehen etwa Koopmans u.a. (*Koopmans u. a., 2010*) sogar von ca. 20 bis 30% der Beschäftigten, die an ihren Arbeitsplatz zurückkehren aus, die anschließend erneute Zeiten der Arbeitsunfähigkeit aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung aufweisen. Dies verweist auf die Notwendigkeit für vulnerable Personen in der psychosomatischen Reha ein differenziertes Übergangmanagement zu gestalten, das gezielt für diejenigen Rehabilitanden zur Verfügung gestellt werden kann, die hier einen besonderen Unterstützungsbedarf haben. Eine aktive Unterstützung durch einen Disability Manager gilt als fördernder RTW-Indikator: "The importance of active support from the supervisor in the RTW process (e.g. facilitate work adjustments), has been identified as a strong predictor of successful RTW in quantitative studies as well" (*Anema u. a., 2006; Lagerveld/Houtman, 2018*). Damit dies nicht eine isolierte Hilfestellung bleibt, plädieren Vogel u.a. (*Vogel u. a., 2017*) für die Entwicklung von übergreifenden Koordinierungsformen, um den RTW nach der Rückkehr aus langen AU-Zeiten, aus Behandlung, Rehabilitation oder Qualifizierung systematisch zu unterstützen. Das kann bei besonders schwer betroffenen Menschen auch im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung geschehen (*Gühne/Becker/Riedel-Heller, 2016*), für Personen mit CMDs geht es – angesichts der hohen Rückkehrquoten nach psychosomatischer Rehabilitation an den alten (ca. 80%) und nach beruflicher Rehabilitation an den neuen Arbeitsplatz (ca. $\frac{3}{4}$ der 34 TN unserer Stichprobe) - in der Regel eher um abgestufte Hilfestellungen für spezielle in der Maßnahme identifizierte Teilnehmer beim Übergang und der Stabilisierung durch Disability Manager, Reha-Berater von Integrationsfachdiensten oder anderen Anbietern.

2.9 Social Return on Investment für RTW-Maßnahmen

Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht (vgl. 2.1) stellt sich in Bezug auf den RTW die Frage, ob sich RTW „lohnt“; bezogen auf den jeweiligen Kostenträger berührt dies die Frage inwieweit durch Rehabilitation durch die Sicherung von Beschäftigung Beiträge generiert und Rentenzahlungen (für EM-Renten) vermieden werden können.

Forschungsstand und weiterführende Fragen

- Die Kosten-Nutzen-Relationen bzw. der „Return on Investment“ bei Psychotherapie liegen zwischen 1:2 und 1:5,5, das heißt, für jeden in Psychotherapie investierten Euro ergibt sich ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen von 2,00 bis 5,50 €.
- Return-on-Investmentanalysen liegen auch für die medizinische Rehabilitation vor (Tepohl 2017 für orthopädische Reha mit Bezugsgröße AU-Tage) und die psychosomatische Rehabilitation vor (Ziele 2008).

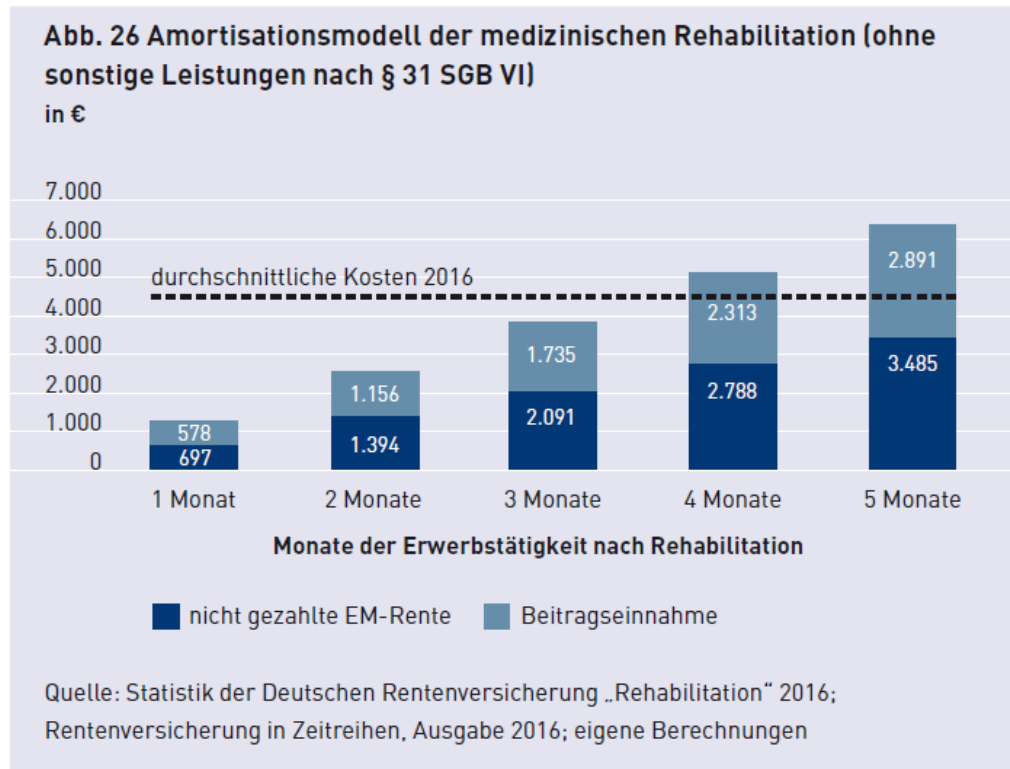


Abbildung 11: Rechnet sich die (medizinische) Rehabilitation - vor dem Hintergrund nicht in Anspruch genommener EM-Renten (Quelle: DRV-Reha-Bericht 2018, S. 70)

2.10 Forschungslücken

2.10.1 Prozess- und Biografieorientierung als Desiderate der weiteren RTW-Forschung

Bezogen auf den internationalen Forschungsstand konstatieren *Henderson et al.* (2012):

“A greater understanding of the ways in which occupational risk factors interact with individual vulnerabilities across the life-course is required. Self reported low decision latitude might reflect the impact of education and cognitive ability on how threat, and the ability to manage threat, is perceived, rather than being an independent risk factor for long-term sick leave. This has implications for policy aimed at reducing long-term sick leave” (*Henderson u. a.*, 2012, S.1).

Diese Einschätzung betrifft in besonderer Weise die Situation von Menschen mit Common Mental Disorders. In Deutschland *fehlen* dazu bis auf wenige Ausnahmen (*Stegmann R./Schulz/Schröder, 2019*) bislang weitgehend Analysen der (berufs-)biografischen und arbeitsplatzbezogenen Vorgeschichte, die zur Chronifizierung psychischer Störungen oder zum scheinbar plötzlichen Ausbruch psychischer Krisen führen. Zudem gibt es kaum Studien, die darüber Auskunft geben, ab welcher Schwelle psychische Belastungen und/oder Leistungseinbußen von den Betroffenen selbst wahrgenommen bzw. von anderen (Familie, Arbeitskollegen, Arbeitgeber, Hausärzte) zurückgespiegelt werden. Praktisch kein Wissen besteht darüber, wie die Betroffenen mit ihren psychischen Belastungen *vor* der fachlichen Diagnose umgehen, welche individuellen Strategien sie entwickeln und welche persönlichen, sozialen und ökonomischen „Kosten“ damit einhergehen. Darüber hinaus ist die entscheidende Rolle „von individuellen Faktoren bei der Rückkehr in Arbeit nach einer psychischen Erkrankung bisher nur wenig untersucht“ (*Wege/Angerer, 2015*). Darin sehen wir erhebliche Forschungsdesiderate, die vor allem über biografieorientierte Forschungsansätze mit qualitativer Gewichtung bearbeitet werden müssen, da hier die handlungsstrukturierenden Perspektiven der Rehabilitanden und ihre Lebensgeschichten und ihre „Verlaufskurven des Erleidens“ (*Schütze, 1996*) im Vordergrund stehen. In einer aktuellen Studie zum RTW bei psychischen Krankheiten haben *Stegmann u.a. (2019)* im qualitativen Untersuchungsteil drei Typen von Rehabilitanden identifiziert: Eine Gruppe, bei der die *Werteorientierung* an den „klassischen“ Arbeitstugenden (übermäßige Leistungsorientierung, Pflichterfüllung, verselbständigte Helferorientierung) und eine Tendenz zum Perfektionismus im Vordergrund steht, einen zweiten Typus bei dem eine *Verhältnisorientierung* vorherrscht, die sich ausschließlich in Konflikten bei der Arbeit ausdrückt und die in die Krise geraten „... (1) weil sie aus ihrer Perspektive zu wenig Anerkennung bekommen, (2) oder weil ihre Arbeitseinstellung zunehmend in Konflikt mit den betrieblichen Rahmenbedingungen gerät“ (ebd. S. 193); bei einem dritten Typus steht die *Sinnorientierung* im Zentrum, die auf Lebenskrisen als Auslöser für die psychische Beeinträchtigung verweist. Im untersuchten Sample konnte die Arbeitsgruppe vier Bewältigungsstrategien identifizieren: *offensiv erkenntnisorientiert, pragmatisch-nutzenorientiert* und *defensiv-erholungsorientiert* sowie *ohnmächtig-orientierter Umgang mit Erkrankung und RTW* (vgl. ebd.).

2.10.2 Psychische Beeinträchtigungen und RTW: Mangel an qualitative Studien

Insbesondere mit Blick auf Verlaufsstudien (qualitativ wie quantitativ) identifizieren Henderson und andere erheblichen Forschungsbedarf:

„The psycho-social determinants of the pathway from healthy working to long-term sickness absence are under-researched. Better information is needed on the impact of individual depressive symptoms on work and on individual non-work risk factors for sick leave. More studies are needed on the changing way in which known risk factors impact on occupational impairment over time“ (Henderson u. a., 2011).

Wir konzentrieren und im Folgenden auf das Fehlen qualitativer Studien zum RTW bei psychischen Beeinträchtigungen.

Eine Übersicht über internationale, qualitative Forschung der letzten 20 Jahre zu psychischen Störungen und RTW gibt die Meta-Analyse von Andersen, Nielsen und Brinkmann aus Dänemark aus dem Jahr 2012 (Andersen/Nielsen/Brinkmann, 2012). Das Ziel der Meta-Analyse bestand darin, durch eine Datenbankabfrage diejenigen qualitative Studien zu extrahieren, die von den Arbeitnehmern mit „Common Mental Disorders“ (CMD) wahrgenommenen Möglichkeiten und Hindernisse der Rückkehr in Arbeit untersuchen. Die Ergebnisse der Recherche werden vor den normativ charakterisierten Merkmalen einer „optimalen“ RTW-Intervention gespiegelt und verweisen auf Verbesserungspotentiale dieses Prozesses. In der systematischen Literaturrecherche werden acht qualitative Studien³⁰ aus den Jahren 1995 bis 2011 aufgeführt, deren methodische Qualität zwischen mittlerer und hoher Qualität variiert. Ausgeschlossen wurden Studien, die den Inklusionskriterien nicht entsprachen, von nicht ausreichender methodischer (qualitativer) Qualität waren³¹, oder sich nicht genügend auf den RTW oder CMD (bspw. Ausschluss schwerwiegender psychiatrischer Störungen) bezogen.

Diese acht Studien wurden gemäß des meta-ethnographischen Ansatzes nach Noblit und Hare (Noblit/Hare, 1988) ausgewertet. Hierbei ergaben sich fünf Schlüsselkonzepte („key concepts“), mit jeweils relevanten Unterkategorien, die relevante Moderatoren der Rückkehr in Arbeit in den vorliegenden Studien beschreiben. Das erste Schlüsselkonzept „*Handling indivi-*

³⁰ Verdonk u. a. (2008), Saint-Arnaud/Saint-Jean/Damasse (2006), Holmgren/Ivanoff (2004), Noordik u. a. (2011), Millward/Lutte/Purvis (2005), Hillborg/Svensson/Danermark (2010), Pittam u. a. (2010), Cows/Galloway (2009).

³¹ Die methodische Qualität der qualitativen Arbeiten wurde nach MacEachen u. a. (2006) klassifiziert.

dual demands“ beschreibt gesteigerte Abgrenzungsbedürfnisse, sowie niedrige Selbstwirksamkeits-erfahrungen von Personen mit CMD im Arbeitskontext. Das zweite Schlüsselkonzept „*Accommodations and social support at work*“ zeigt, dass die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz für die Betroffenen von hohem Wert ist. Das dritte Schlüsselkonzept „*Competing interests between the systems*“ zeigt, dass das Unterstützungssysteme (Reha, Sozialversicherung etc.) unterschiedliche Effekte auf den RTW bei den Betroffenen haben kann; teilweise wird das System als unterstützend, teilweise als hinderlich wahrgenommen. Ein viertes Schlüsselkonzept („*The right time to return*“) beschreibt die nötige Sensibilität für den richtigen Zeitpunkt, die Betroffenen einer erneuten Arbeitsbelastung auszusetzen. Letztlich zeigt das durch die Meta-Analyse gewonnene fünfte Schlüsselkonzept „*Gap between intentions and implementation*“, dass anvisierte Interventionen nicht immer wie gewünscht im Arbeitskontext umgesetzt werden, bzw. umsetzbar sind. Sowohl individuelle Faktoren wie Perfektionismus als auch arbeitsplatzbezogene Faktoren wie Produktivitätsdruck können beispielsweise den Plan einer graduellen Rückkehr in Arbeit in Frage stellen und somit die Implementierung erkrankungssensibler Ansätze verunmöglichen (Andersen/Nielsen/Brinkmann, 2012). Die Autoren vertiefen die Meta-Analyse noch durch sogenannte „third-order interpretations“(ebd. S.100), es zeigt sich jedoch auch hier, dass die Analyse der qualitativen Studien vor allem die Effektivität der Interventionen betrachtet. Der intersubjektive Nachvollzug der Krankheits- und Arbeitsfähigkeitswahrnehmung der Betroffenen wird hier nicht beachtet. Auch wenn es sich bei den hier extrahierten Studien um qualitative Studien handelt, so werden diese Interaktionseffekte nicht beachtet. Da diese jedoch vonnöten ist, um die Wahrnehmung der Opportunitäten von Betroffenen in die Analyse mit einzubeziehen, zeigt sich hier ein weiterer Hinweis auf Forschungslücken.

2.11 Folgerungen für unsere Studie

Psychische Störungen haben eine sich oft über Jahre hinziehende „unentdeckte“ und unbehandelte Vor- und Krankheitsgeschichte, die häufig eng mit der beruflichen Situation verbunden ist (Lohmann-Haislah, 2012). Während empirisch gestützte und bewährte theoretische Modelle zur Erklärung beruflicher Krisen (Siegrist, 2015) vorliegen, existiert wenig Wissen über die konkreten individuellen Prozesse der Wahrnehmung erster Krisenanzeichen und den Umgang damit – eine Ausnahme bilden hier die Studien zum Präsentismus (Steinke/Badura,

2011). Diese Situation verweist auf einen Forschungsbedarf, der in rekonstruktiver Perspektive akzeptierte und aus der nachträglichen Perspektive gewünschte Ansatzpunkte für frühe Interventionen im betrieblichen und medizinischen Kontext liefern könnte. Die langen Entwicklungs- und Therapieprozesse bei psychischen Störungen verweisen zudem auf einen erheblichen Forschungsbedarf hinsichtlich individuell passfähiger und längerfristiger *Strategien der Begleitung* von Menschen mit psychischen Erkrankungen über die eigentliche medizinische oder berufliche Rehabilitation hinaus.

Wir gehen davon aus, dass die Frage nach einem gelingenden RTW und SAW *zwingend* mit Art, Verarbeitung und Dauer der biografisch erlebten Vorgeschichte bis zur akuten Krise und der darauf folgend erzwungenen Unterbrechung der Arbeitstätigkeit oder des Ausscheidens aus dem Arbeitsprozess zusammenhängt und nur vor diesem Hintergrund adäquat verstanden und bewertet werden kann. Dies bedeutet, dass die *individuelle(n) Verlaufsgeschichte(n)* und mögliche typische Verlaufsmuster von Beginn der ersten wahrgenommenen Symptome bis zum Wiedereinstieg in Arbeit *rekonstruiert* werden müssen.

3. Einbettung der Studie in verschiedene disziplinäre Diskurse

3.1 Rehabilitation als multidisziplinäre und multiprofessionelle Praxis

Die in unserer Studie vorgenommene narrative Rekonstruktion und Analyse der Verlaufskurven (vgl. 6.2) von Menschen mit (diagnostizierten) psychischen Erkrankungen/Störungen oder Beeinträchtigungen, die eine psychosomatische Rehabilitation oder eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme durchlaufen haben und die aus dieser Prozessperspektive abgeleiteten Bedingungen für eine gelingende und nachhaltige Rückkehr in Erwerbsarbeit („Return to Work“ und „Stay at Work“) sind im Spannungsfeld ganz unterschiedlicher disziplinärer Diskurse und Praxeologien angesiedelt. Das wird nicht nur an den beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen (Medizin, Psychologie, Rehabilitationspädagogik, Sozialpädagogik, Soziologie, Epidemiologie, Versorgungsforschung) mit ihren jeweiligen Wissensordnungen deutlich, sondern auch an den unterschiedlichen Professionen – Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Physio- und Ergotherapeuten, Reha-Fachberater, usw. – mit ihren eigenständigen Professionalisierungsformen, Traditionen und Handlungsrouninen, die ihre Arbeit in teils gemeinsamen (z.B. Reha-Klinik, BFW), teils unterschiedlichen Organisationsumwelten (z.B. Reha-Nachsorge) erbringen³². Auch wenn die Fragestellungen der Studie sich klar definieren lassen (vgl. Kapitel 1) und ihre empirische Operationalisierung im Rahmen eines sozialwissenschaftlichen Mixed-Method-Forschungsdesigns zunächst unproblematisch erscheint (vgl. Kapitel 5), zeigen sich im Detail gleichwohl einige grundsätzliche Probleme bei der Analyse, Interpretation und Bewertung der Daten, die mit dieser multidisziplinären Verortung des Untersuchungsgegenstandes zusammenhängen. Dies wird besonders an den unterschiedlichen Deutungshorizonten im Verständnis von „seelischem Leid“, „Verhaltensstörungen“ und „Regulationsstörungen“, „seelischen Beanspruchungen und seelischen Belastungen“ (Joiko/Schmauder/Wolff, 2010), „psychischen Krankheiten“, „psychosomatischen Erkrankungen“ und „psychischen Beeinträchtigungen“ und „Teilhabestörungen“ sichtbar, in der Versorgungspraxis auch an den Schnittstellen „Zuweisung“ und „Übergang auf den Arbeitsmarkt“ und „Nachsorge“.

³² Im Hinblick auf die multiprofessionelle Teamarbeit und das koordinierte Zusammenwirken über verschiedene Wissensordnungen hinweg erscheint ein Training zur interprofessionellen Zusammenarbeit sinnvoll: „Das für den Kontext der medizinischen Rehabilitation entwickelte und evaluierte Vorgehen der „Patientenorientierten Teamentwicklung“ zeigte beispielsweise, dass durch Teamentwicklung eine verbesserte Wissensintegration, Verantwortungsübernahme sowie Organisation in den Teams erzielt werden konnte.“ (Körner (2019).

3.2 Unterschiedliche Verständnisse „psychischer Krankheit und Gesundheit“ als Herausforderung für die Untersuchung von RTW-Prozessen

Seit der Erweiterung des naturwissenschaftlich medizinischen Krankheitsmodells durch das weiter gefasste bio-psycho-soziale Modell (*Engel, 1977*), das auch dem WHO-Gesundheitsverständnis zugrunde liegt, ist es in den Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften weitgehend Konsens, dass subjektives Krankheitserleben und Lebensqualität, aber auch Lebensführung und soziale Kontexte ganz wesentliche, mit genetischen und körperlichen Merkmalen interagierende Bestimmungsmomente von Gesundheit und Gesundsein darstellen (*Bengel/Mittag, 2016*). Damit wurde das klassische organzentrierte medizinische Krankheitsmodell zu einem Gesundheitsmodell (*Faltermaier, 2009*) mit Bedingungen der Salutogenese und Resilienz weiterentwickelt, dessen Bedeutung für die Rehabilitation in der inhaltlichen Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Prävention liegt (*Bengel/Jerusalem, 2009*). Bei psychischen Erkrankungen bzw. dem psychopathologischen Krankheitsmodell sind Wahrnehmung, Ausprägung und Ursachen der Symptome nur in wenigen Fällen (z.B. exogenes Psychosyndrom, Alzheimersche Krankheit) kausal auf genetische, physiologische oder neuronale Ursachen zurückzuführen, so dass die Bildung von Krankheitseinheiten im Kern Modellen einer empirisch fundierten deskriptiven Nosologie folgt. Um auch die sozialen Folgen psychischer Störungen und soziale Kontextfaktoren abzubilden wurden axiale Beschreibungssysteme in der ICD-10 entwickelt: dort steht Achse I für psychiatrische und somatische Diagnosen, Achse II für Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit und Achse III für Belastungsfaktoren. In den Klassifikationssystemen wird gleichwohl „sowohl dem subjektiven Erleben der Symptome als auch deren kontextueller Einbettung und kultureller Prägung vergleichsweise wenig Raum“ (*Handerer/Thom/Jacobi, 2018*) gegeben. In dem speziellen psychiatrischen Klassifikationssystem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) finden sich fünf Achsen, darunter die von sozialen Anforderungen bestimmte Beurteilungsdimension des globalen Funktionsniveaus³³, womit alle Aspekte der sozialen Anpassung an die

³³ In der DSM-IV-Klassifikation werden fünf Achsen verwendet: I. Klinische Störungen und andere relevante Probleme; Achse II. Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen; Achse III. Medizinische Krankheitsfaktoren; Achse IV. Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme; Achse V. Globale Beurteilung des Funktionsniveaus. Insgesamt zur Rolle psychiatrischer Klassifikationssysteme aus Sicht der psychiatrischen Epidemiologie: *Wittchen (2011)*. Das umstrittene 2013 in den USA eingeführte DSM-V findet hier keine Berücksichtigung, da es in Deutschland noch nicht offiziell eingeführt ist, obwohl es bereits eine deutsche Übersetzung gibt *Falkai u. a. (2015)*.

durchschnittlichen in einer Gesellschaft gegebenen Anforderungen beschrieben werden. Die Bewertung einzelner Symptome und die Beurteilung ihres Schweregrades variiert folglich mit veränderten gesellschaftlichen Toleranzen für Abweichungen und neuen Anforderungen etwa an Ambiguitätstoleranz, an Leistungsbereitschaft, Flexibilität und Selbstregulation³⁴; die daraus resultierenden Erwartungen an die „Normalität“ der Gesellschaftsmitglieder scheinen die psychopathologischen Klassifikationen weitgehend unhinterfragt zu folgen. Damit übersehen letztere den hybriden, also gerade nicht ausschließlich medizinischen Charakter psychischer Krankheiten, in deren Gestaltwandel und deren veränderter Häufigkeit sich Verschiebungen (in der Wahrnehmung) gesellschaftlicher Anforderungen und veränderter Belastungskonstellationen niederschlagen: so entwickeln sich etwa gestiegene Anforderungen an Flexibilität, Stresstoleranz, Konfliktfähigkeit im Beruf parallel zu gestiegenen Erwartungen an Beziehungsgestaltung, Selbstverwirklichung, an Zeit für die Familie und an die Aushandlungsbereitschaft zur Verteilung innerfamiliärer Aufgaben jenseits der klassischen Geschlechterrollen in der Familie. Die Balancierung zwischen den Arenen der Arbeitswelt und der Familie kann zu einer besonderen Quelle psychischer Belastung werden, etwa aufgrund von Gefühlen des Versagens zu psychischer Dekompensation. Eine gegenseitige Kompensation zwischen Arbeitswelt und Familienleben ist nur begrenzt möglich, oft verstärken sich die Belastungen in beiden Arenen und führen in Konsequenz zum seelischen Zusammenbruch (vgl. Kapitel 4 und die empirischen Beispiele aus den qualitativen Analysen unserer Studie in Kapitel 6, besonders die Fälle Frau Bär, Frau Pieper, Frau Carstens, Frau Dehr, Frau Rooke, Frau Schlegel und Herr Wrobel). Welches Verhalten als psychisch krank gilt, d.h. sozialrechtlich einen Krankheitswert zugesprochen bekommt, ist von Parametern der gesellschaftlichen Erwartungsdynamiken in zentralen gesellschaftlichen Handlungsfeldern mitbestimmt. In den konkreten Einzelfällen stellt sich bei einer sozialmedizinischen, auf Arbeitsfähigkeit hin orientierten Beurteilung die Frage, ob und

³⁴ Während einige psychopathologische Symptome wie etwa die „Hysterie“, heute als „histrionische Persönlichkeitsstörung“ (ICD-10, F-60.4), gekennzeichnet durch extravertiertes manipulatives dramatisches Verhalten nur noch selten auftreten und diagnostiziert werden, haben Angst- und insbesondere Depressionsdiagnosen heute deutlich zugenommen; auch wenn es über die Gründe hierfür kontroverse Deutungen gibt (vgl. *Handerer/Thom/Jacobi* (2018) verweist der Wandel psychiatrischer Krankheitsbilder von der „Hysterie“ Ende des 19. Jahrhunderts und „Neurasthenie“ des 20. Jahrhunderts über die „narzisstische Persönlichkeitsstörung“ in den 80er Jahren bis zum „Burn-out“ und zum „Erschöpften Selbst“ der Gegenwart, ebenso wie die darin ausgeprägte Verschiebung psychischen Leidens auf ein „Leiden an der Gesellschaft“ *Dreitzel* (1968). Soll dieses Leiden als krankheitswertig also als „psychische Krankheit“ erfasst werden, muss häufig auf die sogenannten „Z“ (Zusatz)-Diagnosen verwiesen werden.

inwieweit die jeweilige Arbeits- und Leistungsfähigkeit oder die individuellen (alters-, geschlechts- und bildungsabhängigen) psychischen und körperlichen Fähigkeiten, die ggf. durch Chronifizierung beeinträchtigt sind, zu den Umgebungsbedingungen (z.B. Arbeitsplatz, Region) passfähig sind. In der klinischen Psychologie wird hier von dem aus der Organisationspsychologie stammenden Konzept des *Person-Environment-Fit* gesprochen, wobei die Suche nach einer geeigneten Passung gemeinsam mit den betroffenen Menschen und den Fachkräften der Rehabilitation herzustellen ist (Chan/Berven/Thomas, 2004). Rehabilitation unterscheidet sich in dieser Perspektive von „Heilung“ oder Wiederherstellung des Status quo ante und zielt auf die Integration in Arbeit trotz bedingter Gesundheit oder chronifizierter Lebensprobleme.

3.2.1 Die unterschiedlichen Konzepte psychischer Erkrankungen

Die am Ende von 3.1 genannten Konzepte entstammen verschiedenen Diskursen, sind unterschiedlichen Wissensordnungen zurechnen und zielen auf unterschiedliche Aspekte der subjektiv erlebten Veränderungen an sich selbst und der für andere sichtbaren Symptome wie Zwänge, Ängste, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und begleitender körperlicher wie seelischer Erschöpfung, Migräne, Gliederschmerzen usw.

Die Alltagsperspektive

Die zuletzt kursorisch angeführten Auffälligkeiten beschreiben aus einer Alltagsperspektive heraus Phänomene, die etwa seit Mitte des 19. Jahrhunderts bis heute unter die Formel „psychisch krank“ subsumiert werden³⁵. Die auch von der DGPPN stark kritisierte fünfte Version DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ist dabei nur ein Symptom für eine seither anhaltende Tendenz der Einbeziehung bislang im Spektrum eines „flexiblen Normalismus“ (Link, 1997) als noch tolerierter und nun als dysfunktional deklariertes Erlebens- und Verhaltensweisen. Sie ist damit für eine gesellschaftlich zunehmende „Ausweitung der

³⁵ Der Begriff „psychisch krank“ bzw. „psychische Krankheit“ wird erst im 19. Jhd. mit der zunehmenden Zuständigkeit und Deutungshoheit der Medizin für den „Wahnsinn“ und die „Verrückten“ geprägt und hat sich im gesellschaftlichen Alltag als Chiffre für Erleben und Verhalten durchgesetzt (vgl. Kardorff (2015), das als „residuale Abweichung“ Scheff (1973) bezeichnet werden kann, weil es moralisch nicht zurechenbar ist und nur teilweise einer willentlichen Steuerung unterliegt, das abweichende Verhalten kann also nicht intentional, als „böse Absicht“ attribuiert werden. In der klinischen Psychologie wird hier auch von Störungen in der Selbst- oder Verhaltensregulation gesprochen (vgl. Forgas/Baumeister/Tice (2009).

Behinderungszone“ (*Felkendorff, 2003*) verantwortlich, die durch Medikalisierung (*Frances, 2013*) und Therapeutisierung (*Kardorff, 2017*) gekennzeichnet ist. Mit den hohen Erwartungen an ein flexibles, kontrolliertes und möglichst autonomes Selbst steigen auch die Risiken für ein Scheitern, das sich dann in psychischen Beeinträchtigungen ausdrückt.

Die als *psychische Krankheiten* oder *Verhaltensstörungen* klassifizierten heterogenen Phänomene zeigen sich zunächst in einer Irritation der gewohnten sozialen Ordnungen des Alltags, in Familie, Nachbarschaft, Schule und am Arbeitsplatz und nicht zuletzt in den Verstörungen, die die auffällig gewordenen Personen an sich selbst erleben.³⁶ Mit Blick auf Alltagskommunikation, Lebensführung und Arbeitswelt wird – wie viele Studien zu chronischen Erkrankungen zeigen (*Schaeffer, 2009*) – nicht so sehr die Krankheit selbst, sondern das durch auffällige Symptome wie starke Antriebslosigkeit, Ängste, Tics, Zwangshandlungen oder eine seelische Krise irritierte eigene Leben für die betroffenen Menschen selbst und für ihr Umfeld zur Herausforderung, weil sich das bislang unbekannte, ängstigende, lästig-störende, bedrohliche oder auch nur verunsichernde Verhalten und Erleben gewohnten Deutungsmustern, Kommunikationsangeboten und Bewältigungsroutinen entziehen (*Kardorff, 2010a*). Dies zeigt sich eindrücklich in den in Kapitel 6 dargestellten Ergebnissen des zentralen qualitativen Studienteils.

Psychisches Leiden und Psychische Störung: subjektive und soziale Irritationen

Während der Begriff des *seelischen Leidens* vor allem das subjektive Erleben der betroffenen Rehabilitanden betrifft, erfasst der Begriff der *Störung* auch das Erleben der Personen in der sozialen Umwelt, die durch neue und/oder nicht erwartungskonforme Verhaltensweisen des

³⁶ Der alltagsweltlich diskreditierte, inhaltlich aber durchaus präzise Begriff der „Ver-rückten“ bezeichnet die *soziale* Seite, die die Ver-rückung aus den gesellschaftlichen Normalitätserwartungen markiert *und zugleich* die *subjektive* Seite des aus der eigenen Mitte heraus ver-rückten Wahrnehmens und Erlebens. Mit dieser *sozialen Positionierung* der „Ver-rückten“ soll nicht bestritten werden, dass eine „Ver-rückung“ auch genetische, hirneurologische oder andere körperliche Ursachen und/oder Begleiterscheinungen haben kann, die von einer medizinischen Behandlung profitieren können. Gut begründet lässt sich von einem komplexen Zusammenspiel zwischen *individuell-biografischen* (z.B. gescheiterte Aufstiegsaspirationen), *konstitutionellen* (z.B. psychische Dispositionen und Vulnerabilitäten, geringe Resilienz und Selbstwirksamkeitserleben) und *sozialen* Ursachen und Gründen (z.B. Lebenslage, Wohnumfeld, Milieu, Arbeitssituation, soziale Einbindung) sowie *situativen Momenten* (z.B. Kündigung, Trennung, Tod naher Angehöriger, Unfall) in einem bio-psycho-sozialen Modell der Gesundheit/Krankheit auszugehen (vgl. z.B. *Egger (2015)*, das auch die subjektive Sicht der Betroffenen berücksichtigt, wie etwa das Gesundheitsmodell der WHO oder das Salutogenese-Konzept *Antonovsky (1997)*; Vgl. *Kardorff/Meschnig/Klaus (2019)*).

Partners, des Kollegen, des Freundes usw. irritiert, verunsichert und belastet werden; in *Psychologie*, *Psychosomatik* und *Medizin* werden unter Störungen Abweichungen von empirisch oder über Expertenkonsens gewonnenen Normen verstanden, etwa von standardisierten Skalen, wie etwa dem Beck-Depressionsinventar, Hamilton-Anxiety-Scale, Patient-Health-Questionnaire, Anamnese-Bögen, etc. Diese berichteten oder durch Messinstrumente erfassten Phänomene lassen sich als *Seelisches Leiden* beschreiben, oder als subjektiv erlebte und zunächst durch eigene Anstrengung allein nicht zu bewältigende „Ver-rückung“ des eigenen Selbstkonzeptes, als Bruch der erlebten biografischen Kontinuität und als „Ver-rückung aus den Normalitätskorridoren gesellschaftlicher Erwartungen. Diese Beschreibung steht für die Phänomene, die bei entsprechender Ausprägung, Wiederholung und langer Dauer negative Auswirkungen haben; individuell kann dies mit Gefühlen der Verzweiflung, Einschränkungen des Selbstwertgefühls und zusätzlichen somatischen Beschwerden einhergehen, sozial mit einer Abstiegskarriere (etwa Kündigung bei Suchtmittelkonsum, beständigem Zuspätkommen, fehlender Erfüllung der arbeitsvertraglich geschuldeten Leistung, zu Arbeitslosigkeit etc.), mit Stigmatisierung und sozialem Rückzug und anderen Formen des Vermeidungsverhaltens verbunden sein. Beides ist zumeist begleitet von einem starken persönlichen Leidensdruck und bildet den Anlass für erforderliche Hilfen- und Unterstützungsbedarf.

Psychische Krankheit: die Perspektive der Psychiatrie und der Klinik

Das unter dem Gattungsbegriff *Psychische Krankheiten* zusammengefasste Spektrum irritierenden Erlebens und Verhaltens verweist auf eine von den Alltagshandelnden aufmerksam registrierte, zeitstabil oder situationsspezifisch auftretende, oft leidvoll erlebte, von signifikanten Anderen (z.B. Verwandten, Freunden) als gravierend bewertete Verletzung von Erwartungen, aber auch von geltenden Normen und Regeln. Derartige Abweichungen werden im Strom des Alltags informell als „irgendwie aus der Rolle fallend“ registriert (*primäre Abweichung*). Nach einer Zeit der Beobachtung und des Abgleichs mit vergangenen Erfahrungen und dem Alltagswissen wird das Verhalten, wenn gängige Erklärungen und Motivzuschreibungen scheitern, als „verrückt“ oder seelisch krank betrachtet. Mit einer ärztlichen Diagnose wird das Verhalten als psychische Krankheit offiziell und aktenkundig (*sekundäre Abweichung*)³⁷. Die von

³⁷ Mit dieser Festschreibung auf eine gesellschaftlich überwiegend negativ bewerte Eigenschaft ist die Gefährdung durch Stigmatisierung verbunden (vgl. Angermeyer (2004); Kardorff (2010b)).

uns untersuchten Rehabilitanden gehören in die zuletzt genannte Kategorie. Der Auswahl unserer Teilnehmer lag die medizinische ICD-Klassifikation der WHO in der Version von 2013 zugrunde, bei der wir als Einschlusskriterium die gruppenbezogene Zuordnung zu den F3 (F-30 – F-39) und F4 (F-40 – F-48) Diagnosen gewählt haben. Zusätzlich wurden die Rehabilitanden in den psychosomatischen Reha-Kliniken nach dem für die Vorhersage des RTW-Erfolgs/Misserfolgs als relevant gesehenen Kriteriums der „Besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL)“ (überwiegend über den SIMBO-C-Fragebogen ermittelt) ausgewählt.³⁸ Schon an dieser Stelle erfolgt eine Verknüpfung zwischen einer medizinischen Definition mit der Kategorisierung einer sozialen/individuellen Risikokonstellation, die aus der medizinischen Diagnose allein nicht ableitbar ist.³⁹ Im Unterschied zu medizinisch-psychiatrischen und verhaltenspsychologischen Ansätzen gehen wir in unserer Studie daher davon aus, dass eine kontextuelle Vorstellung einer sowohl vorgängig sinnhaft konstituierten als auch aktuell beständig reproduzierten und neu hergestellten Sozialwelt (*Schütz/Luckmann, 1984*), die Perspektiven und das Handeln der Rehabilitanden besser erfassen kann, als die aus einer naturwissenschaftlichen Forschungslogik stammende Vorstellung einzeln zu identifizierender und vom Forscher herausgehobener „Umfeldfaktoren“, die dann in einem (quasi-)experimentellen Forschungsdesign auf ihre kausale Wirkung(srichtung) hin überprüft werden⁴⁰:

„Anstatt individuelles und kollektives Leid in einem naturwissenschaftlich kausalen Sinn zu verursachen, ermöglicht ... [dieses hermeneutische Vorgehen, die Verf.] dessen Artikulation und gibt damit gleichzeitig den Rahmen vor, innerhalb dessen dieses Leid interpretiert und erlebt werden kann.“ (*Handerer/Thom/Jacobi, 2018*).

Mit Blick auf *Psychosomatik* bzw. *psychosomatische Erkrankungen/Beschwerden* wird die Situation noch um Einiges komplexer, weil Psychosomatik zwar die Bezeichnung eines medizinischen Fachgebiets mit einer eigenen gebietsärztlichen Bezeichnung darstellt, es im strengen Sinne aber keine psychosomatischen Krankheitsbilder gibt, vielleicht mit Ausnahme der soma-

³⁸ Das Auswahlkriterium BBPL konnte in der Studie allerdings nicht durchgängig realisiert werden, da eine entsprechende Zuordnung nicht in allen Kliniken vorgenommen wird.

³⁹ Inwieweit die medizinische Klassifikation selbst eine naturwissenschaftliche Evidenz beanspruchen kann, wird weiter unten problematisiert.

⁴⁰ In Kapitel 7 greifen wir die Frage nach dem Stellenwert der medizinischen Diagnose im Verhältnis zu den von den Betroffenen geäußerten Lebensproblemen noch einmal auf der Basis unserer Daten auf und problematisieren die alleinige Zuweisung nach ICD-10 Kriterien statt nach *vorgängiger* ICF-Diagnose (vgl. auch Kap. 9 „Empfehlungen“).

toformen Störungen. Hier ist es die psychosomatische Perspektive, die die Rehabilitationsmaßnahmen als ganzheitlichen Behandlungsansatz grundiert. Die enge Verknüpfung von Psyche und Soma ist für unsere Studie äußerst relevant, da ein hoher Anteil von Teilnehmern (73% in unserem Sample) im Fragebogen eine oder mehrere somatische Erkrankungen zusätzlich zu ihrer F-Hauptdiagnose angeben. Insbesondere in den Interviews mit den Teilnehmern zeigt sich, dass die enge Verknüpfung etwa zwischen Schmerzen und Stimmungsschwankungen (z.B. Herr Precht, Frau Kunze-Drost, Frau Rath, Frau Lippert) und andererseits Ängsten oder depressive Verstimmungen, Ärger oder Verbitterung, körperliches Befinden negativ beeinflussen können (z.B. Frau Geißler, Frau Reber, Herr Läsig, Frau Dehr).

Psychische Belastung und Psychische Beanspruchung: die arbeitswissenschaftliche Sicht

Die Konzepte psychische „Belastung“ und psychische „Beanspruchung“ wiederum stammen aus der Arbeitspsychologie und –medizin (Rohmert, 1984) sowie institutionell aus dem Arbeitsschutz (Joiko/Schmauder/Wolff, 2010) und der Unfallversicherung (DGUV, 2014).

Psychische Belastung wird definiert

„ (...) als die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse (...), die in allen Bereichen des Lebens existieren und die von außen auf den Menschen einwirken und unmittelbare Auswirkungen auf die Psyche, das heißt die Wahrnehmung, das Denken, das Fühlen, das Erinnern und das Verhalten des Individuums haben können. Sie können im Arbeitskontext aus vier wesentlichen Kategorien resultieren: der Arbeitsaufgabe, der Arbeitsorganisation, der Arbeitsumgebung und den sozialen Bedingungen am Arbeitsplatz. (...) Die unmittelbare Auswirkung dieser Belastung wird als *psychische Beanspruchung* bezeichnet. Sie ist auch abhängig von den jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Leistungsvoraussetzungen des Menschen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien. Diese unmittelbare Reaktion kann sich in körperlichen und psychischen Veränderungen, wie zum Beispiel einer Erhöhung der Herzfrequenz oder des Blutdrucks, einer Modifikation des Konzentrationsniveaus oder der Gefühle zeigen. Die Verwendung des Terminus erfolgt neutral.“ (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2014).

Für unsere Studie sind sie insofern von Bedeutung, als viele Rehabilitanden zumindest einen Teil ihrer psychischen Beeinträchtigung der Arbeitswelt zuordnen. Das Verhältnis zwischen den oben genannten Konzepten ist darüber hinaus von grundsätzlicher Bedeutung, weil dort messbare Belastungsfaktoren (wie Lärm, Arbeitsunterbrechungen, Multitasking, usw.), die in unterschiedlichen Settings alle Arbeitnehmer betreffen, in Beziehung in ihren unterschiedlichen Auswirkungen (Beanspruchungen) auf den Einzelnen erfasst werden; nicht jeder Be-

schäftigte reagiert auf Belastungen in gleicher Weise, sei es weil er individuelle Stressbewältigungsstrategien entwickelt hat, sei es weil er auf bestimmte Reize hin besonders sensibel reagiert (konstitutionelle Vulnerabilität). Wie sich im qualitativen Teil unserer Studie zeigt, haben wir es bei unseren Befragten sowohl mit Personen zu tun, die auf die üblichen Anforderungen in der Arbeitswelt mit einer besonderen Sensitivität reagieren, die auf Dauer zu einer psychischen Krise führen (z.B. Frau von Hellig, Herr Precht, Frau Wieland); andere sind mit herausgehobenen Belastungen konfrontiert, auf die auch „normal robuste“ Personen in der Regel mit psychischer Dekompensation reagieren würden (z.B. Frau Peters, Herr Mader, Frau Wagner).

Die administrative Sicht: Krankheitswert als Zugangsvoraussetzung zu Behandlung und Rehabilitation

Damit der gesetzliche Anspruch auf Behandlung und Rehabilitation ausgelöst und wirksam werden kann, muss – bei Rehabilitationsleistungen auf Antrag – *administrativ* die Zuerkennung einer krankheitswertigen Störung auf der Basis der Internationalen Klassifikation von Krankheiten ICD-10 durch ein ärztliches, genauer: ein sozialmedizinisches Gutachten gegeben sein. Ob es sich bei seelischen Krisen – in unserem Fall: Krankheiten oder Verhaltensstörungen aus dem Spektrum der F3 und F4 Diagnosegruppen – tatsächlich um *Krankheiten* handelt, wird etwa in Sozialepidemiologie, Sozialwissenschaften und Psychologie kritisch diskutiert:

„Sowohl die Auswahl der Symptome als auch deren Bündelung zu Störungsbildern basieren dabei auf *Aushandlungsprozessen*. Die in den Klassifikationssystemen enthaltenen Symptomlisten haben sich somit nicht zwingend aus naturwissenschaftlichen Erkenntnissen ergeben, sondern basieren auf einem – zwar naturwissenschaftlich informierten, aber nicht streng empirisch abgeleiteten – Expertenkonsens“ (Handerer/Thom/Jacobi, 2018).

Dieser Hinweis zeigt, dass die Zuschreibung seelischer Beeinträchtigungen als *Krankheit* und die Zuweisung zu einer medizinischen oder von Ärzten überwachten und unter ihrer Verantwortung durchgeführten Behandlung und Rehabilitation selbst in der Fachwelt nicht unumstritten ist; nicht umstritten hingegen sind Rehabilitationsbedarf und Unterstützungsbedürftigkeit der betroffenen Menschen, die sich in der Krise oft als orientierungslos und emotional verstrickt erleben und eine Hilfestellung benötigen, um Probleme ihrer Lebensführung und ihrer Lebenskonstellationen aus einer distanzierten Perspektive heraus zu betrachten und damit neu ordnen zu können. Erfahrene Kliniker (z.B. Ärzte für Psychiatrie und Neurologie, für

Psychosomatik und Psychotherapeuten) können dabei hilfreich sein, Lebensprobleme und chronifizierte Symptome (etwa: beständiges Kreisen der Gedanken um Ursachen und Auswirkungen der eigenen Krankheit, Angst vor der Angst, usw.) voneinander zu trennen und für Bewältigungsstrategien zu gewichten. Hierzu trägt auch die Nutzung von sogenannten Z“-Diagnosen“ bei, etwa von Z-73 „*Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung*“. „Die Z-Diagnosen bieten die Möglichkeit auf dem Kontinuum zwischen „Krankheit“ und „gesunden Leidenszuständen“ eine für Patienten bedeutsame klinische Situation zu beschreiben, ohne gleich eine medizinische „Überversorgung“ zu induzieren und die Betroffenen durch eine Pathologisierung und ein „Labeling“ zu schädigen. Diese Z-Kategorien spielen in der täglichen medizinischen Praxis jedoch nur eine eher untergeordnete Rolle. Es sollte ihnen deutlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden“ (Gensichen/Linden, 2013). Der zuletzt genannten Aufforderung können wir uns angesichts der im qualitativen Studienteil erzählten Lebensprobleme nur anschließen.

Seelische Beeinträchtigung und Teilhabestörung als geeignetes ICF-basiertes Konzept für die Rehabilitation

Mit den Teilhabeberichten der Bundesregierung (*Bundesministerium für Arbeit und Soziales*, 2013, 2016) wird der Begriff der *Beeinträchtigung*⁴¹ fokussiert, der sich auf Einschränkungen des Individuums bei der Wahrnehmung, Aneignung und Gestaltung seiner Umwelt(-en) bezieht, während der weitergehende Begriff der *Teilhabe* die Barrieren in den Blick nimmt, die aus der Interaktion von Beeinträchtigungen mit Umweltfaktoren resultieren, also die Betroffenen behindern. Dieses an der ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*; (Schuntermann, 2009) ausgerichtete Verständnis von (psychischer) Behinderung ist als Alternative zum medizinischen bzw. psychopathologischen Modell von der WHO entwickelt worden (Kiuppis, 2008), um die komplexe Situation von Menschen mit einer (drohenden) Behinderung oder einer chronischen Erkrankung mit Blick auf die Beeinträchtigungen

⁴¹ „Die Bundesregierung unterscheidet in diesem Teilhabebericht zwischen Beeinträchtigung und Behinderung. Liegt aufgrund von Besonderheiten von Körperfunktionen oder Körperstrukturen eine Einschränkung vor, z. B. beim Sehen, Hören oder Gehen, wird dies als Beeinträchtigung bezeichnet. Erst wenn im Zusammenhang mit dieser Beeinträchtigung Teilhabe und Aktivitäten durch ungünstige Umweltfaktoren dauerhaft eingeschränkt werden, wird von Behinderung ausgegangen“ *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* (2013).

der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beschreiben und den jeweiligen individuellen Hilfebedarf konkret bestimmen zu können. Die dazu erarbeiteten ausgesprochen umfangreichen Kataloge mit detaillierten Beschreibungen von Beeinträchtigungen haben inzwischen zur Entwicklung für die klinische Praxis routinetauglicher Instrumente geführt, wie sie etwa mit der Mini-ICF für psychische Störungen vorliegen (*Linden/Baron, 2005*); (*Linden/Muschalla/Baron u. a., 2018*). Da im Kontext unserer Studie keine ICF basierte Einstufung der Beeinträchtigungen und Teilhabestörungen der Teilnehmer vorgenommen werden konnte, orientieren wir uns bei der Analyse der von den Rehabilitanden erzählten und berichteten Probleme in Alltag und Beruf an der Grundkonzeption der ICF und haben die in den Interviews berichteten Einschränkungen mit den erlebten Barrieren der Umwelt verknüpft. Die ICF bildet zwar ebenso wenig wie andere Klassifikationssysteme Prozesse und Verlaufskurven ab, adressiert aber als einzige der klinischen Klassifikationen durch ihre Fokussierung auf die Interaktion zwischen der körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigung mit Barrieren der Umwelt die zentralen Aufgaben der Rehabilitation. In Verbindung mit dem Verlaufskurvenmodell (vgl. Kapitel 4) bietet sich damit eine aus sozialwissenschaftlicher Sicht hilfreiche Heuristik zum Verständnis und zur Analyse von speziellen Rehabilitationsbedarfen.

3.3 Multiperspektivität in einer sozialwissenschaftlichen Forschungsperspektive

In der von uns gewählten sozialwissenschaftlichen Theorieperspektive (vgl. Kapitel 4) sind wir mit einer Vielzahl von Theorien und Forschungsergebnissen aus anderen Disziplinen konfrontiert; diese nehmen wir als fokussierte Darstellungen ihres Aufmerksamkeitsbereichs wahr (etwa psychopathologische Symptome), die ein bestimmtes Krankheitsbild in der ICD-10 markieren und verorten sie dann im Gesamtkontext der erzählten Lebensgeschichte, der Krankheitsverlaufskurve und der aktuellen Lebenssituation. Im Zusammenhang einer weiterführenden Analyse mit einem andern Aufmerksamkeitsfokus – berufliche Wiedereingliederung, Stabilisierung der Lebenssituation, nachhaltige Integration am alten oder neuen Arbeitsplatz – erscheinen die medizinischen Diagnosen in der sozialwissenschaftlichen Perspektive dann in einem anderen Kontext mit ggf. auch anderer Gewichtung.

Ein großer Teil der mit F3 und F4-Diagnosen verbundenen Symptome erfüllen Funktionen im Kontext der psychischen Selbstregulation (z.B. selbstwertdienliche Deutung erzählter Bege-

benheiten) und/oder verweisen auf innerpsychische Vorgänge und latente Wünsche, Enttäuschungen, die dem als Symptom markierten Erleben und Verhalten zugrunde liegen. Hierzu gehören auch in der Psychosomatik häufig vorkommende Formen psychischen Leidens, etwa an erlebter Erniedrigung, Demütigung, Ungerechtigkeit (z.B. bei Beförderung übergangen), an versagter Anerkennung (z.B. durch den Vater und später dann durch den Chef) und ggf. daraus resultierende Schamgefühle (aus soziologischer Sicht: *Scheff*, 2000), an Ängsten vor der Arbeit oder vor Arbeitsplatzverlust. All dies verweist auf Dynamiken interpersoneller Beziehungen wie auch die Wirkungen gesellschaftlicher Normen und Erwartungen, die im Kontext einer sozialwissenschaftlichen Analyse nachvollziehbar aus den individuellen Erzählungen heraus interpretiert werden können. Die in der Entwicklungspsychologie oder der klinischen Psychologie vorliegenden Modellannahmen über innerpsychische Mechanismen werden bei der Interpretation unserer Fälle an einigen Stellen explizit erwähnt, sie bilden aber keine zentrale Grundlage für die Interpretation unserer Ergebnisse, die im Kern auf der Re-Konstruktion der Verlaufsprozesse vom Auftreten der ersten Symptome bis zum RTW oder zu einem EM-Antrag beruhen. Insofern verfolgen wir in unserer Arbeit einen multiperspektivischen Ansatz mit einem im Folgenden Kapitel näher dargestellten sozialwissenschaftlichen Herangehensweise.

4. Theoretische Rahmung

Die Fragestellungen zu unserem Projekt gehen auf das praxisbezogene Interesse der Rentenversicherung an den Bedingungen für einen gelingenden Return to Work (RTW) für psychosomatische Rehabilitanden zurück, nicht zuletzt um angesichts des starken Anstiegs der Erwerbsminderungsrenten aufgrund der Diagnose einer psychischen Krankheit Hinweise zu erhalten, wie ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf möglichst vermieden werden kann. Damit richtet sich der Blick auf rechtzeitige, geeignete und akzeptierte Präventionsstrategien und personenzentriert passfähige Rehabilitationsmaßnahmen⁴² in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und auf ein ggf. zu erweiterndes daran anschließendes Übergangmanagement bis hin zu einer gezielten und zugehenden Beratung und Unterstützung von Rehabilitanden und Betrieben bei der Beschäftigungssicherung im Vorfeld (Sekundärprävention, Erkennung von bereits vorhandenen aber noch nicht als krankheitswertig identifizierten Beschwerden) wie auch bei der Rückkehr in Arbeit im Betrieb (z.B. erweitertes und extern gestütztes BEM).

4.1 Zum sozialpolitischen und gesellschaftlichen Kontext von Return to Work und Stay at Work

Die folgende Abbildung 12 stellt den engeren sozialpolitischen und versorgungsbezogenen Kontext dar, in dem die Herausforderung einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung für Arbeitnehmer mit chronischen (psychischen) Beeinträchtigungen erscheint (vgl. auch Kapitel 1 Ausgangspunkt und Idee der Studie). Diese systembezogene Kontextualisierung beschreibt die

⁴² Mit der im Bundesteilhabegesetz (BTHG) geforderten „personenzentrierten Gestaltung der Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe ...“ (§39; vgl. auch § 95) soll die Bedarfsermittlung auf die konkrete individuelle Situation der hilfe- und unterstützungsbedürftigen Rehabilitanden ausgerichtet werden. „Personenzentrierung als fachliches Konzept hat den Anspruch, Leistungen zu individualisieren sowie Autonomie und Teilhabe zu fördern. Personenzentrierung richtet sich gegen eine bürokratische Verobjektivierung des Subjekts: Hilfen sollen sich nicht länger an institutionellen Erfordernissen, sondern an den Bedürfnissen der Person und ihren alltäglichen Lebensvollzügen orientieren. An die Stelle standardisierter Angebote sollen individuelle Unterstützungsarrangements treten, welche jede einzelne Person dazu befähigen, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können“ (Schäfers, 2016, S. 1)). Die Perspektive der Personenzentrierung legt zugleich eine *prozessorientierte biografische Herangehensweise* sowohl zur Bedarfsermittlung als auch zur Gestaltung des Rehabilitationsangebots im Kontext persönlicher Berufs- und Lebensziele nahe. Über eine biografisch orientierte Rehabilitationsberatung, unterstützt etwa durch Fallvignetten (vgl. Klaus, Meschnig, von Kardorff 2018c [FAVI]) kann eine Sensibilisierung für die individuelle Konstellation der Lebenssituation der Rehabilitanden in ihrer jeweiligen Lebensphase erreicht werden.

Rahmenbedingungen etwa für die Ableitung umsetzbarer Empfehlungen für eine Beschäftigungssicherung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.⁴³

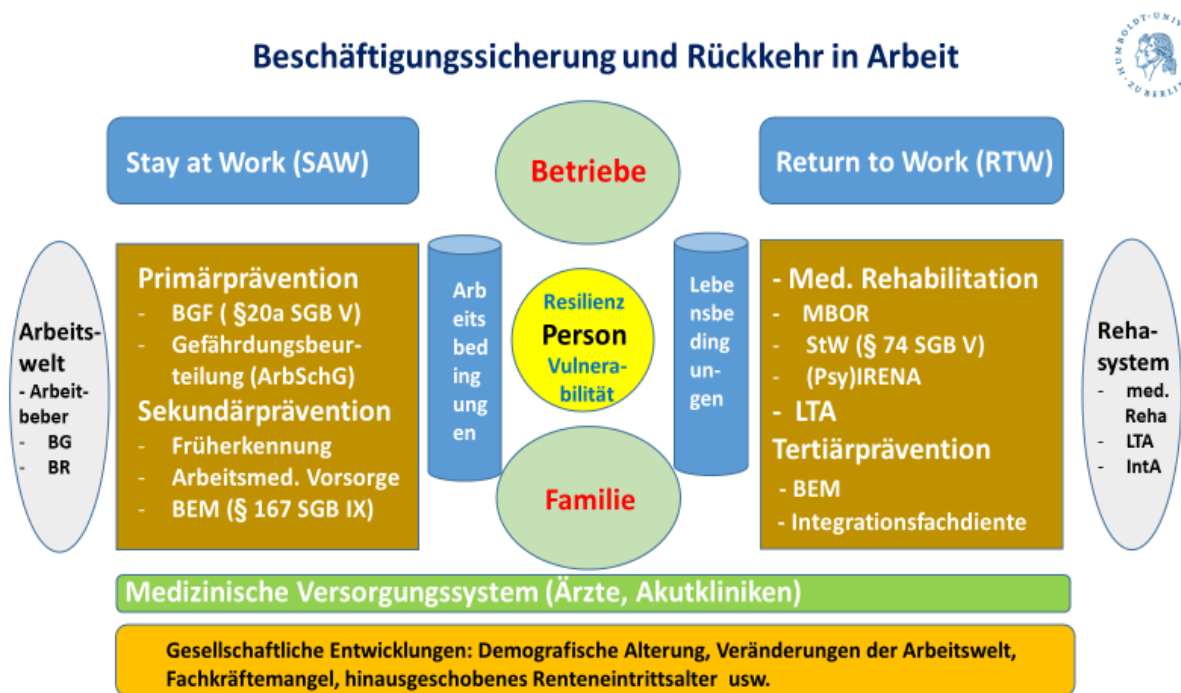


Abbildung 12: Return to Work (RTW) und Stay at Work (SAW) im Kontext des Versorgungssystems (Quelle: Eigene Darstellung)

Die *Beschäftigungssicherung* umfasst dabei:

- *primärpräventive* Aspekte (etwa Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit älterer Belegschaften; frühzeitiges Erkennen von Symptomen, wie beim *Gesundheitscheck Ü-45* der Rentenversicherung, Gefährdungsbeurteilung durch Berufsgenossenschaften und Bedingungen gesundheitsgerechten Arbeitens⁴⁴),
- *sekundärpräventive* Aspekte (Vermeidung krankheitsbedingten Ausscheidens etwa durch BEM [§ 167, Abs. 2 SGB IX]), Beratung von Arbeitnehmern und Betrieben, z.B. durch den Firmenservice der Rentenversicherung;

⁴³ Zu den Umsetzungsproblemen nachhaltiger Beschäftigungssicherung bei ausgewählten Branchen von KMU Betrieben aus Sicht der Arbeitnehmer und Arbeitgeber vgl. *Kardorff u. a.* (2018).

⁴⁴ Zum Gesundheitscheck Ü-45, vgl. Positionspapier der *Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation* (2017); zur Gefährdungsbeurteilung vgl. *Hünefeld* (2016) und ArbSchG § 5, zu Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen in der Arbeitswelt, vgl. *Beck u. a.* (2012); zu Anforderungen an gesundheitsgerechte „Gute Arbeit“ vgl. *Hoffmann/Bogedan* (2015) sowie den DGB-Index-Gute Arbeit (DGB (o.J.)).

- *tertiärpräventive* Aspekte (Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern mit bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen), z.B. Umsetzung von Beschäftigten auf leidensgerechte Arbeitsplätze, Anpassungsqualifizierung, Umschulung in einen leidensgerechten Beruf, Unterstützte Beschäftigung, usw.

Zusammengefasst bezeichnet Return to Work den multidimensional unter Einbeziehung der Rehabilitanden gestalteten Prozess der Wiedereingliederung in Erwerbsarbeit aus langer Krankheit, aus medizinischer bzw. beruflicher Rehabilitation oder aus einer längeren Phase der Erwerbslosigkeit (vgl. *Weber/Peschkes/Boer, 2015b*). In einem weiter gefassten gesellschaftlichen Kontext sehen *Loisel u. a. (2005)* den Zusammenhang von RTW und SAW in ein Bedingungsgeflecht eingebettet, in dem sich die Dominanz der normativ um Erwerbsarbeit zentrierten modernen Produktions-, Dienstleistungs- und Konsumgesellschaften darstellt, die mit wohlfahrtsstaatlichen Maßnahmen wie den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zugleich eine wichtige Voraussetzung für die Sicherung einer solidarisch-gemeinschaftlichen Sozialpolitik schaffen. Abbildung 13 veranschaulicht noch einmal schematisch den umfassenden gesellschaftlichen Zusammenhang, in den die RTW-Forschung eingebunden ist.

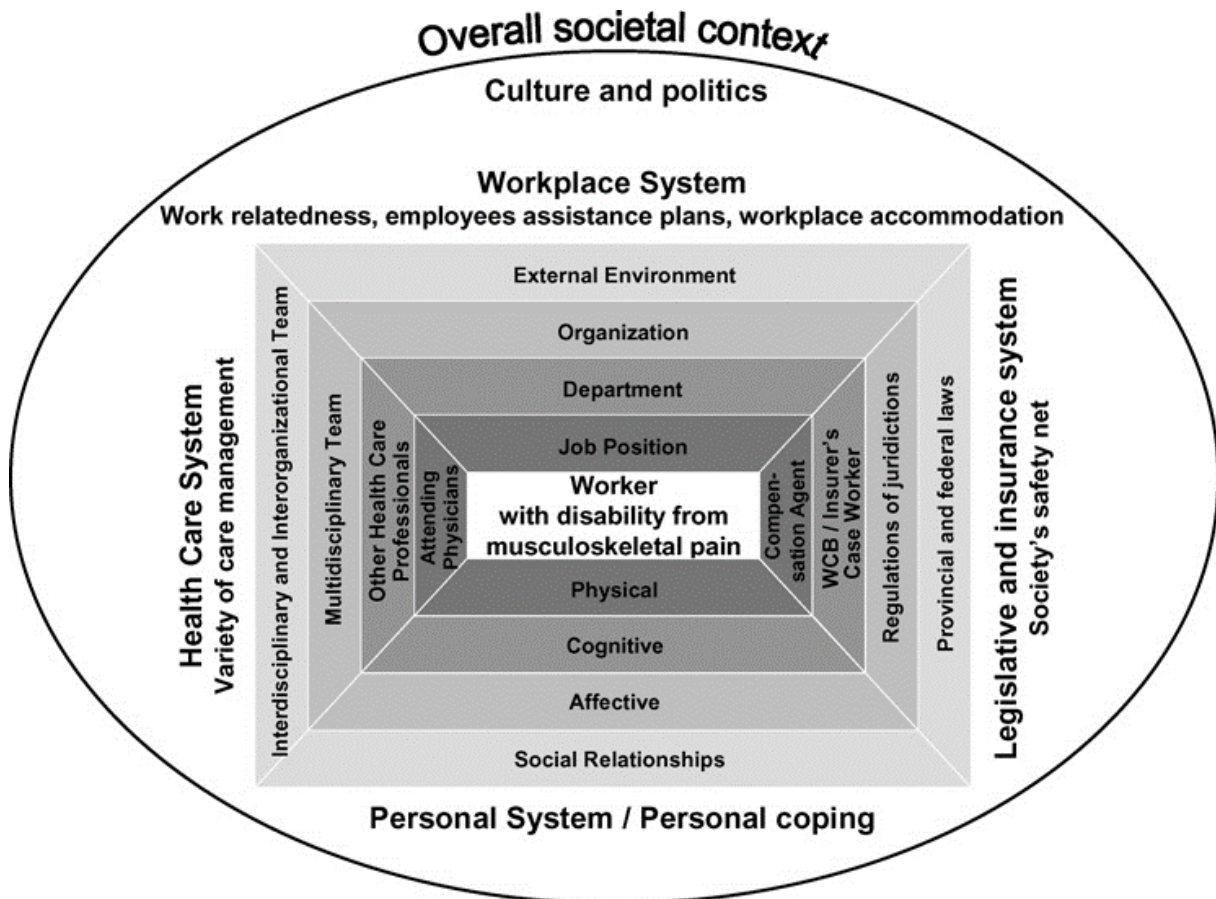


Abbildung 13: Der gesellschaftliche Bedingungsrahmen von RTW und SAW (Quelle: (Loisel u. a., 2005))

Aus dem hier skizzierten sozial- und rehabilitationspolitischen Kontext der RTW und der SAW-Forschung ergeben sich für unsere konkreten Fragestellungen einige zentrale Bezugsprobleme, für deren Bearbeitung Theoriekonzepte aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen (vgl. Kapitel 3) herangezogen wurden.

4.1.1 Die Bezugsprobleme für die theoretische Rahmung der Studie

Sowohl mit Blick auf die Erhebung der dafür relevanten Daten als auch für die Einordnung der Forschungsergebnisse ist eine theoretische Rahmung erforderlich, die sich an den mit den Fragen und dem Gegenstand der Untersuchung verbundenen Bezugsproblemen orientiert. Diesen Rahmen bilden im Einzelnen das Spannungsfeld zwischen subjektiven (Selbst-)Deutungen der Rehabilitanden und die externen Ursachenzuschreibungen für Verhalten und Handeln.

Die Analyse der *subjektiven Sicht* der Rehabilitanden, die als „soziale Tatbestände“ (Durkheim, 1970) das Erleben, die Erinnerung, die Behandlungs- und Zukunftserwartungen, die Reflexionen und die „weil“- und „um-zu“-Motive (Schütz, 1982)⁴⁵ für Entscheidungen, Handlungsentwürfe und das berichtete Handeln der Individuen bestimmt, setzt eine Theorie sozialen Handelns (Weber, 2005)⁴⁶, sozialer Selbstverortung und Identitätsbildung voraus (Mead, 1968). Hierbei knüpfen wir sowohl an den *Symbolischen Interaktionismus* (Blumer, 1969; Denzin, 1989) als auch an die anschlussfähige und erweiternde *phänomenologische Handlungstheorie* in der Tradition von Schütz (1972) an. Subjektive Deutungen erscheinen dabei als einzigartig auf den individuell gemeinten Handlungssinn bezogen, gleichzeitig aber auch eingebettet in gesellschaftliche Deutungsmuster, deren Semantik sie sich nicht entziehen können, um in ihrem sinnhaften Handeln von Anderen überhaupt verstanden werden zu können. Die in den subjektiven Deutungen ausgedrückten *Inhalte* hängen u.a. von dem jeweiligen sozialen Umfeld, der Lebenslage und der jeweiligen Lebensphase der Individuen ab und stellen eine biografisch geprägte Reaktion auf situative Einflüsse (z.B. Arbeitsplatzverlust; Diagnose einer bedrohlichen Krankheit) aber auch auf zeittypische gesellschaftliche Diskurse dar, wie etwa zum Burn-out (vgl. Kury, 2012) und zur Depression (Ehrenberg, 2004; Han, 2010). Diese alltäglichen und mittlerweile auch nicht zuletzt im Gesundheitsbereich über den Einfluss der Medien „verwissenschaftlichten“ Deutungsmuster des Alltags (sogenannte Populärsynthesen) sind mithin ein Phänomen wirkmächtiger Interpretationen der beständigen „gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit“ (Berger/Luckmann, 1969), deren Auslegung und Geltung sie zugleich mitbestimmen (Soeffner, 2004).

Ein weiterer theoretischer Bezugspunkt ist damit die *phänomenologische Lebensweltanalyse* (Schütz/Luckmann, 1984), die den Blick auf zentrale Erfahrungs- und Handlungsdimensionen

⁴⁵ Schütz macht darauf aufmerksam, dass die von Menschen geäußerten Handlungsmotive sich entweder als auf ein bestimmtes Ziel gerichtete beschreiben und klassifizieren lassen (*Um-zu-Motive*) oder aber als Begründungen und Rechtfertigungen für vollzogene oder beabsichtigte Handlungen für andere und für sich selbst (*Weil-Motive*). Die Kenntnis der kurzfristigen Ziele und der längerfristigen Lebenspläne ist dabei für die Beratung, Begleitung und Unterstützung der Rehabilitanden genauso bedeutsam wie die Kenntnis der Begründungsmuster der Rehabilitanden für ihr Handeln, etwa mit Blick auf (Nicht)Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten.

⁴⁶ Nach Max Webers Definition von Handeln und sozialem Handeln im Gegensatz zu äußerlich beobachtbarem Verhalten: „«Handeln» soll (...) ein menschliches Verhalten (einerlei ob äußeres oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden) heißen, wenn und insofern als der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn verbinden. (...) «Soziales Handeln» aber soll ein solches Handeln heißen, welches seinem von dem oder den Handelnden gemeinten Sinn nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist“; Weber (2005, S. 3).

in ihrem Alltag und in den unterschiedlichen Sozialen Welten lenkt, an denen die Menschen partizipieren. Der gesellschaftliche Alltag wird von den Gesellschaftsmitgliedern als unbefragt Vorgegebenes und als geordnetes und weitgehend konstantes Phänomen unterstellt und hingenommen und bildet die selbstverständliche Folie vor der sich das Leben abspielt; dies gilt auch für die erwartbaren normativen Krisen und Übergänge im Lebenslauf, für deren Bewältigung verschiedene gesellschaftlich sanktionierte Rituale zur Verfügung stehen. Im Falle von unerwarteten *nicht-normativen* Lebensereignissen, wie einem Unfall oder der Diagnose einer schwerwiegenden und voraussichtlich lang andauernden Erkrankung liegen meist nur wenige Routinen vor⁴⁷; für dadurch ausgelöste Krisen müssen die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen eigene Bearbeitungsmuster finden. Wie sehen diese aus und wie interferieren und interagieren diese Bestrebungen mit institutionell angebotenen Lösungen im System der Rehabilitation? Um dies herauszufinden haben wir uns in unserer Studie auf die für die Rehabilitation zentralen sozialen Welten der *Familie* und der *Arbeitswelt* und die quer dazu liegenden Erfahrungen mit *Gesundheit/Krankheit* konzentriert und die Berührungspunkte mit und die Verläufe innerhalb dem Systems der Rehabilitation auf der Basis von Betroffeneninterviews und, gleichsam dagegen geschnitten, auf der Basis von Experteninterviews analysiert. Mit der phänomenologischen Lebensweltanalyse möchten wir die Aufmerksamkeit darauf lenken, wie die Akteure die Welt, Gesellschaft und Politik, ihr eigenes Leben, die Arbeit(swelt), Gesundheit, etc. aus ihrer Sicht betrachten und darauf basierend in diesen vielfältigen sozialen Welten⁴⁸ agieren und von den anderen darin bestärkt, kritisiert, kontrolliert und sanktioniert werden. Methodenkritisch ist hier anzumerken, dass wir es in den transkribierten Interviewtexten mit *geordneten Darstellungen* von Erfahrungen und Ereignissen zu tun haben (vgl. *Honer*, 2011), die im „Stegreifdrama“ (*Hermanns*, 2000, S. 361) der interaktiven Gesprächssituation von Befragtem und Interviewer gemeinsam „hergestellt“ werden (vgl. auch Kapitel 5 Forschungsdesign). In der Analyse werden die von den befragten Rehabilitanden erzählten bio-

⁴⁷ Während sich etwa für erwartbare Krisen wie etwa die Pflegebedürftigkeit der Eltern bestimmte Routinen (Nutzung ambulanter Pflege, Heime, etc.) herausgebildet haben ist dies bei unvorhersehbaren chronischen Erkrankungen nur sehr begrenzt der Fall, auch wenn sich hier kulturelle Muster wie die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen zunehmend verbreitert.

⁴⁸ *Schütz* (1971) spricht hier von den „mannigfachen Wirklichkeiten“ mit ihren unterschiedlichen Sinnprovinzen, eigenen Regeln ungenannten Selbstverständlichkeiten und Kommunikationscodes, die auch von Akteuren in anderen Sinnprovinzen, wie etwa der Medizin von den Behandlern verstanden und in ihre eigene Begriffswelt übersetzt werden müssen was natürlich auch vice-versa erforderlich ist.

grafischen Entwicklungen und Krisen, berichtete Handlungen und das Erleben förderlicher oder hemmender Umstände – retrospektive „Konstruktionen erster Ordnung“ (Schütz 1971) – von den Untersuchern in „Konstruktionen zweiter Ordnung“ dergestalt überführt, dass latente Muster der Lebensführung, der Entscheidungsfindung und der Bewältigung sowie Weltansichten, zu Gesundheit und Krankheit, zu seelischen Problemen usw. aus den Texten erkennbar werden und in einem erweiterten Kontext (z.B. soziale Lage, gesellschaftliche Üblichkeiten, etc.) für andere Schritt für Schritt transparent nachvollziehbar werden; dieses Vorgehen kann als methodisch kontrolliertes (Fremd-)Verstehen bezeichnet werden, das über die subjektive Deutung hinausgehende Abstraktionen erlaubt (vgl. Soeffner/Hitzler, 1994). Als Korrektiv und Ergänzung einer allein auf den subjektiven Deutungsmustern von Rehabilitanden beruhenden Analyse haben wir zusätzlich Forschungsergebnisse aus den unterschiedlichen für unsere Fragestellung relevanten Disziplinen herangezogen:

- aus der *klinischen Psychologie* (etwa zur Selbstwirksamkeit);
- aus der *Professionssoziologie* (etwa zu Berufswahlentscheidungen in Abhängigkeit von Schicht und Generationszugehörigkeit);
- aus der *Arbeitsmarktforschung* (etwa zu beruflichen Alternativen und zur Unterstützung für Arbeitnehmer mit psychischen Beeinträchtigungen);
- aus Sozialstrukturanalysen (etwa zu Auswirkungen von Lebenslage, Bildungsintergrund und Geschlecht);
- aus der *Sozialepidemiologie* zur Prävalenz und Verteilung der F3/F4 Diagnosen (Alter, Geschlecht, Region, Schichtzugehörigkeit);
- aus der *Medizinsoziologie* (zu Verläufen und zur Bewältigung chronischer Krankheiten Corbin/Strauss, 2004; Charmaz, 2009; Schaeffer, 2009); zur Krankenrolle);
- aus der *medizinischen Forschung* (zu indikationsspezifischen Krankheitsverläufen), aus *Sozialmedizin* und *Arbeitswissenschaft* (zu charakteristischen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit und der Lebensbewältigung);
- Ergebnisse aus der hochspezialisierten interdisziplinären *RTW-Forschung*, die auf einer Vielzahl von Einzelstudien beruhend indikations-, behandlungs-, verfahrens-, arbeitswelt- und arbeitsmarkt- sowie lebensweisenspezifische Aspekte bündelt (z.B. Loisel, P. & Anema, J. R., 2013; Weber/Peschkes/Boer, 2015a).

4.1.2 Biografische Entwicklung in der Lebensspanne und „Verlaufskurven des Erleidens“

Um zu verstehen, wie die Wege von Rehabilitanden in die Krankheit oder eine Lebenskrise verlaufen, wie die Inanspruchnahme von Angeboten des Gesundheitswesens und hier insbesondere der medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation erfolgt und wie die Prozesse der Rückkehr und des Verbleibs in Arbeit nach medizinischer (psychosomatischer) bzw. beruflicher Rehabilitation (2-jährige Umschulung) in der Rekonstruktion aus der subjektiven Sicht von Rehabilitanden aus dem psychiatrischen Diagnosespektrum der F3 und F4 Diagnosen der ICD-10 beschrieben, erlebt und gedeutet werden, bietet sich eine Analyse der „*Prozeßstrukturen des Lebenslaufs*“ (Schütze, 1981) und der individuellen „*Verlaufskurven des Erleidens*“ (Schütze, 1996) an. Gerade weil psychische Erkrankungen mit wenigen Ausnahmen eine lange, oft bis in die Kindheit zurückreichende Vorgeschichte aufweisen lässt sich ein Verständnis dieser Entwicklung und möglicher Wende- und potentieller Interventionspunkte am besten unter einer Perspektive gewinnen, die die *gesamte Lebensspanne* in den Blick nimmt. Im Einzelnen kann dies bedeuten, dass sich Funktionsbeeinträchtigungen, die die Bewältigung des Alltagslebens und/ oder beruflicher Anforderungen deutlich einschränken oder verunmöglichen, oft erst nach einer langjährigen Leidensgeschichte und vielfältigen individuellen Kompensationsversuchen zeigen (wie durch medikamentengestützten Präsentismus⁴⁹) Die von uns gewählte Lebensspannenperspektive berücksichtigt dabei erstens die gesamte erzählte wie die chronologische Biografie (Rosenthal/Fischer-Rosenthal, 2015), fokussiert zweitens auf kritische Statuspassagen und kontextualisiert die individuelle Biografie drittens mit typischen Lebensphasen wie Kindheit, Schule, Berufsausbildung, Familiengründung usw. Da die Lebensspannenperspektive zunehmend nicht nur in der Psychologie, sondern auch in Soziologie und Medizin als bedeutsame Herangehensweise gesehen wird, haben wir uns entsprechend der Problemstellung des Projekts aus diesen Disziplinen auf folgende Aspekte konzentriert:

⁴⁹ Vgl. hierzu: Steinke/Badura (2011) und Lohmann-Haislah (2012).

- aus *soziologischer Perspektive* (z.B. Kohli, 1984; Heinz, 1995; Heinz/Huinink/Weymann, 2009) geht es um milieuspezifische Traditionen, Lebensweisen und kulturelle Muster, die die Übergänge bei normativen Statuspassagen oder bei nicht-normativen Lebensereignissen (Krankheit, Arbeitslosigkeit, Trennung/Scheidung) regulieren und um die Analyse, welche gesellschaftlichen Lösungsmuster sich dafür herausgebildet haben. Darüber hinaus ist für die Analyse biografischer Verläufe die jeweilige *Generationenlagerung* (Mannheim, 1928)⁵⁰ bedeutsam, die für die mentalen und sozio-kulturellen Prägungen stehen, die sich auf die individuellen Lebenskonstruktionen, Haltungen, Werte und Selbstdeutungen und die Selbstpositionierung gegenüber anderen Menschen, Milieus, Haltungen zu Arbeit, Gesundheit, Konsum etc. auswirken⁵¹;
- aus *psychologischer Sicht* (z.B. Baltes, 1990) stehen unter anderem entwicklungspsychologische Aspekte der Herausbildung von Verhaltensmustern zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Lebensphasen (vgl. Erikson, 1966) und die dabei vorhandenen kognitiven Ressourcen im Fokus ebenso wie in Sozialisationsprozessen erworbene Vulnerabilitäten und Traumata oder Widerstandsressourcen wie Salutogenese (Antonovsky, 1997; methodenkritisch: Bengel/Strittmatter/Willmann, 2001) und Resilienz (Werner/Bierman/French, 1971; Welter-Enderlin/Hildenbrand, 2006);
- aus *rehabilitationswissenschaftlicher Sicht* (z.B. Linden u. a., 2017) geht es um die Analyse der Verschränkung biografischer Entwicklungen mit chronischen Krankheitsverläufen, in der kritische Phasen und Wendepunkte zur Genesung oder Stabilisierung für rehabilitative Unterstützung sichtbar gemacht werden können⁵².

In unserer Untersuchung haben wir uns für das aus der soziologischen Forschung stammende theoretische *Konzept der Verlaufskurve* (Corbin/Strauss, 2004) entschieden um Biografien und

⁵⁰ Mit der Generationenlagerung ist gemeint, dass Gesellschaftsmitglieder, die einer bestimmten Geburtskohorte angehören, von gemeinsam erlebten gesellschaftlichen Ereignissen wie Totalitarismus, Krieg, „Wirtschaftswunder“, Studentenrevolte, Wiedervereinigung, etc. geprägt und ggf. traumatisiert sind und dies ihre Haltungen, Werte und ganz allgemein ihre Weltsicht und Stimmung grundiert.

⁵¹ Mit Blick auf psychische Störungen spielt die Generationenlagerung insofern eine Rolle, als die Thematisierung (bzw. Nicht-Thematisierung, Verdrängung, Verleugnung) nicht nur vom sozialen Milieu, sondern auch von generationell übertragenen Haltungen, Einstellungen und Praktiken abhängt.

⁵² Aus der medizinischen Perspektive haben wir die ICD-10 Klassifikationen berücksichtigt und mit Blick auf die ICF-Klassifikation spezifiziert. Darüber hinaus haben wir aus der medizinisch-psychosomatischen Literatur Aussagen zu diagnosespezifischen Krankheitsverläufen herangezogen sowie Daten zur Komorbidität.

Krankheitsverläufe der Rehabilitanden eingebettet in die übergreifende Life-Span-Perspektive zu rekonstruieren (vgl. 4.2.3).

4.1.3 Psychische Beeinträchtigungen zwischen Krankheit und Lebensproblemen und die Rolle der ICF (International Classification of Health, Disability and Functioning)

Wenn Symptome einer psychischen Beeinträchtigung wie etwa ständige Niedergeschlagenheit, Handlungshemmungen, Antriebs- und Lustlosigkeit, Schlaflosigkeit, beständige Sorgen, in der Folge Gefühle des Ungenügens, Selbstabwertung, Selbstbeschuldigung und Versagensängste auftreten, eine medikamentöse Behandlung keinen Erfolg zeigt und es schließlich zur ärztlichen Diagnose einer schweren Depression kommt, dann ist für viele der Betroffenen „nichts mehr so, wie es vorher war.“ Die lebensweltlich fraglos unterstellte Kontinuität der Selbstverständlichkeiten der eigenen Lebenspraxis wird nachhaltig irritiert. Das Gefühl „ich kann immer wieder“ (Schütz, 1972), das auf der für praktische Zwecke hilfreichen Idealisierung der eigenen bisherigen und sich in zentralen Aspekten wiederholenden und immer wieder bestätigten lebensweltlichen Erfahrungen beruht, geht dabei verloren; dies gilt bei einem unvorhergesehenen (nicht-normativen) Bruch in der eigenen Biografie auch für die Wahrnehmung und Beziehung zu den als stabil angenommenen Arenen und sozialen Welten in denen sich das Leben bisher abgespielt hat; mit Alfred Schütz (Schütz, 1972) gesprochen: auch die Idealisierung des „immer weiter so“ wird irritiert: der Chef und die Kollegen nehmen den nun offiziell als krank erklärten Menschen in einer neuen Rolle wahr, das gilt dann auch in der Familie, wenn z.B. Alltagsroutinen umgestellt, Erwartungen modifiziert und Verantwortlichkeiten neu verteilt werden müssen. Mit der medizinischen Diagnose erhalten die Symptome von einem Mitglied der dazu legitimierten ärztlichen Profession einen Namen und einen Ort im Krankheitsspektrum, die den Patienten und ihren Angehörigen oft nach vorangegangenen Zeiten emotionaler Unsicherheit über die Bedeutung der Symptome trotz des anfänglichen Schocks endlich Gewissheit verschafft (vgl. Bury, 2009) und die nächsten Schritte vorgibt. Für den betroffenen Menschen beginnt mit der Statuspassage vom „gesunden Kranken“ zum „kranken Gesunden“⁵³ eine neue (zusätzliche) biografische Markierung: sie zieht einen Trennstrich zwischen all dem was vor der Diagnose (möglich) war und all dem, was danach kommt,

⁵³ Die Verschiebung auf dem Kontinuum von „health-ease“ zu „disease“ ist besonders bei chronischen gesundheitlichen und seelischen Beeinträchtigungen relevant; hier könnte man mit Akashe-Böhme und

was nun nicht mehr (möglich) ist und sich verändert hat. Im Falle einer chronischen Erkrankung kann eine derartige Diagnose eine oftmals abwärts gerichtete Krankheitskarriere einleiten (für psychische Krankheiten: *Goffman, 1959*; für somatische Krankheiten: *Gerhardt, 1986, 1999*)⁵⁴: Inwieweit die Krankheit dann das weitere Leben bestimmt und ggf. dominiert hängt von der Art der Krankheit, ihren spezifischen (typischen) Verlaufsformen, ihrem Schweregrad und vor allem von der Art der konkret damit verbundenen funktionalen Beeinträchtigungen bei der Alltagsbewältigung und der Arbeit ab, zugleich bestimmt sich der Grad der Beeinflussung des Lebens durch die Krankheit in Interaktion mit den vorgenannten Einflussgrößen durch die Art des Umgangs der betroffenen Menschen mit der Krankheit, durch Vulnerabilität oder durch konstitutionelle und erworbene Resilienz sowie die Gesundheits- und Zukunftserwartungen. Damit wird deutlich, dass es bei diagnostizierten chronischen Erkrankungen meist weniger die Krankheit selbst, als vielmehr das „durch sie irritierte Leben“ (*Charmaz, 1991; Schaeffer, 2009*)⁵⁵ ist, das den betroffenen Menschen die Auseinandersetzung mit der Krankheit mit Blick auf die eigene Zukunft, auf das eigene Selbstbild und auf die Positionierung zu den anderen in Arbeit und Familie aufzwingt. Der Erfolg von Bewältigungsstrategien hängt dabei davon ab, wie sehr es den Rehabilitanden gelingt, die mit der Diagnose verbundenen Veränderungen und Übergänge (trajectories: vgl. *Corbin/Hildenbrand/Schaeffer, 2009*) und die damit verbundenen Aufgaben wie die „Krankheitsarbeit“ anzunehmen (vgl. *Corbin/Strauss, 2004*).⁵⁶ Dem Versorgungssystem wiederum dient die ärztliche Diagnose als rechtliche Voraussetzung zur Gewährung von Gesundheits- und Rehabilitationsleistungen.

Böhme von „geunden Kranken“ und „kranken Gesunden“ sprechen (vgl. z.B. für Krebserkrankungen: *Akashé-Böhme/Böhme 2005*).

⁵⁴ In derartigen abwärts gerichteten Verlaufskurven können sich besonders bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und/ oder Auffälligkeiten soziale Abstiegsprozesse wie der Verlust des Arbeitsplatzes mit Prozessen der Stigmatisierung und einem Zweifel oder sogar dem Verlust der bisherigen Identität verschränken (vgl. *Kardorff (2010b)*).

⁵⁵ *Charmaz (1991)* etwa nennt drei Irritationen, die mit dem Erleben einer chronischen Krankheit einhergehen: „*interruption*“ des bisherigen Lebenskonzepts, aufdringliche Präsenz der Krankheit, „*intrusion*“, die beständige Wachsamkeit erfordert und „*immersion*“, ein Versinken in der Krankheit etwa das beständige gedankliche Kreisen um Fragen wie „warum gerade ich“ oder eine übermäßige Beschäftigung mit vermuteten Ursachen; letzteres ist ein Anzeichen für eine noch un abgeschlossene Krankheitsbearbeitung, was eine Kontraindikation für zu frühe Reha-Maßnahmen *Meschnig/Kardorff/Klaus (2019)* und einer der Indikatoren für Risiken beim RTW darstellt (vgl. in diesem Bericht: Kapitel 6).

⁵⁶ Die Balance zwischen Krankheit, Biographie und Alltag zu halten und die der Bewältigungsarbeit zugrundeliegenden Bedingungen unter Kontrolle zu bekommen, verlangt einen besonderen Umgang mit der Krankheit. Das bedeutet, dass der Kranke und sein Partner die zur Bewältigung notwendigen Aufgaben verstehen, planen und koordinieren, dass sie Probleme antizipieren, sich Ressourcen verfügbar machen und dass sie zur Arbeit motiviert sind.“ (*Corbin/Strauss 2004, 98f*).

Um die biografischen Verläufe im Vorfeld der Symptomwahrnehmung, in der Phase der Diagnose und danach und in der anschließenden Rehabilitation zu erfassen greifen wir *erstens* auf die der Grounded Theory zugrundeliegende Theorie sozialer und symbolischer Interaktion zurück (vgl. 4.3.1). Die skizzierte Wahrnehmung der Symptome und der Folgen der mit Hilfe des ICD-10 Klassifikationssystems diagnostizierten psychischen Krankheit/ Störung erscheinen *zweitens* unter der oben beschriebenen phänomenologisch-soziologischen Perspektive als Probleme eines irritierten Lebens und beeinträchtigter Funktionen der Alltagsbewältigung und beruflicher Aufgaben (und ggf. nicht in erster Linie als Krankheit⁵⁷); für diese Situation gibt es in der ICD-10, gleichsam um dieser Verlegenheit zu begegnen, sogenannte Z-Diagnosen.⁵⁸ *Versorgungspolitisch* hat unsere theoretische Perspektive den Vorzug, die angedeuteten Irritationen konkret in ihrem Prozessverlauf in den unterschiedlichen Handlungsfeldern, sozialen Welten oder „Arenen“ (vgl. 4.3.4) aus Sicht der betroffenen Menschen zu erfassen. Mit Blick auf das für den RTW und den SAW zentrale Problem der durch die Diagnose einer psychischen Krankheit gefährdeten, eingeschränkten (temporär oder für bestimmte Tätigkeiten) Arbeitsfähigkeit oder einer grundsätzlichen Arbeitsunfähigkeit ist das Konzept des subjektiv irritierten Lebens gut an die von der WHO bewusst als eigenständige Klassifikation entwickelte ICF⁵⁹ anschließbar: hier steht die Wechselwirkung zwischen der jeweiligen, hier: einer seelischen Beeinträchtigung mit der Umwelt (Familie und Arbeitswelt) im Vordergrund. Die ICF-Orientierung, die auch in der Rehabilitation als wesentlich angesehen wird (*Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, 2015; Schuntermann, 2018*), ermöglicht eine operationalisierte Analyse der durch psychische Faktoren bedingten individuellen Funktionsbeeinträchtigungen (vgl. *Linden*

⁵⁷ Vgl. hierzu aus medizinischer und psychotherapeutischer Perspektive: *Gensichen/Linden (2013)*; die Autoren warnen vor einer vorschnellen Verkrankung „lebensüblicher Beschwerden“(A 70) und schlagen dafür die Nutzung von Z-Diagnosen vor.

⁵⁸ Mit Z(usatz)-Diagnosen werden in der ICD-10 lebensweltliche Probleme unter eine Kategorie subsumiert, die versicherungsrechtlich noch den Status des Krankheitswerts beanspruchen kann, weil die klinische Erfahrung zeigt, dass Menschen mit den Problemen, die zu dieser Klassifikation führen auch dann der Hilfe bedürfen, wenn es für sie keine eindeutige medizinische, d.h. naturwissenschaftliche Erklärung gibt; z.B. Z -73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“, Z - 60 u.a. alleinlebend, fehlende soziale Unterstützung, Ablehnung und Diskriminierung; Z-61 negative Kindheitserlebnisse; etc.. Wenn man von dem erweiterten Gesundheitsbegriff der WHO ausgeht, Gesundheit und Krankheit nicht als diskrete Entitäten, sondern als Kontinuum von „Health-ease“ bis zu „Dis-ease“ begreift, dann dürfte dies in besonderem Maße für psychischen Beeinträchtigungen gelten.

⁵⁹ Diese Entwicklung geht u.a. darauf zurück, dass die Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit Behinderung nicht den medizinischen Aspekt ihrer Beeinträchtigungen fokussiert sehen wollen, sondern ihre Beeinträchtigungen und Barrieren bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (vgl. *Kiuppis (2008)*) in einem sozialen Modell der Behinderung verankert sehen.

u. a., 2015). Über diese individualisierende Sichtweise hinausgehend ermöglicht die ICF-Perspektive⁶⁰ die konzeptionelle Erfassung der Umweltfaktoren in ihren RTW- und SAW förderlichen wie blockierenden Aspekten. Deswegen verknüpfen wir für die Analyse die sozialwissenschaftliche Perspektive mit einer sozialmedizinischen an der ICF-orientierten Sichtweise. Dies dient der Einordnung der von den Befragten berichteten Beeinträchtigungen (vgl. auch Kapitel 1 Ausgangspunkt und Idee der Studie), der erlebten Barrieren wie auch der förderlichen Aspekte in Familie, am Arbeitsplatz und in der Rehabilitation.⁶¹

4.2 Inanspruchnahme und Nutzung medizinischer, psychotherapeutischer und rehabilitativer Leistungen

Ein weiteres Interesse der Studie richtete sich auf die Formen der aktiven Nutzung und Aneignung der primärärztlichen, psychotherapeutischen und rehabilitativen Angebote bis hin zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation, die aufgrund einer Krise, der als nicht länger erträglich empfundenen Beeinträchtigungen und/ oder der Bedrohung der Arbeitsfähigkeit oder auch auf Empfehlung eines Arztes/ Psychotherapeuten in Anspruch genommen wurden. Zur Bearbeitung dieses Themas greifen wir *erstens* auf das Codierparadigma der Grounded Theory zurück, das dabei hilft, aus dem transkribierten Interviewmaterial Strategien der Krankheitsbearbeitung, des Arrangements mit den auch nach der Rehabilitation noch verbliebenen Beeinträchtigungen, die impliziten und die direkt artikulierten Vorstellungen von *Gesundheit* bzw. *Krankheit* und von (Erwerbs-)Arbeit sowie die „Lebensskripte“⁶² und zentrale

⁶⁰ Wir sprechen hier von *Perspektive*, weil die ICF für die Wirkungen der Umweltfaktoren und der gesellschaftlichen Barrieren unseres Wissens bislang keine operationalisierenden Instrumente bereithält; während Indizes für Inklusion im Bildungswesen existieren, befinden sich Indikatoren für eine Inklusion in der Arbeitswelt bislang in einem Entwicklungsstadium. Gleichwohl hilft die Blickrichtung der ICF dabei auf das Zusammenspiel zwischen individuellen Beeinträchtigungen (den konkret in Tests erfassbaren wie den subjektiv geäußerten) und Umweltfaktoren (konkret zu benennende wie die Arbeitsmarktbeteiligung Schwerbehinderter wie subjektiv empfundene Barrieren wie erlebte Diskriminierung durch Arbeitgeber) zu fokussieren.

⁶¹ Eine konkrete ICF- Diagnose etwa mit Hilfe der Mini-ICF (Linden u. a. (2015)) war nicht Gegenstand der Studie und würde auch zur Beantwortung der Untersuchungsfragen keine wesentlichen Erkenntnisse liefern. Bemerkenswert ist gleichwohl, dass eine konsequente ICF-Diagnostik nach unserem Wissen in den untersuchten Kliniken nicht routinemäßig stattfindet.

⁶² Der Begriff wird hier nicht im strengen Sinne der von Eric Berne begründeten *Transaktionsanalyse* verwendet, sondern weiter gefasst als das aus den Erzählungen rekonstruierbare, aus vielfältigen bewusst getroffenen oder vermiedenen Entscheidungen erkennbare Muster der bisherigen Lebensführung, einschließlich der geäußerten, erreichten oder auch nicht verwirklichten Lebensziele. Ein „Lebensskript“ bedeutet keine zwangsläufige Determination, wohl aber eine durch individuelle Positionierungen und externe Bedingungen geformte Matrix von Handlungskorridoren, die durch vorausgegangene lebensge-

Themen der Lebensbewältigung mit psychischen Beeinträchtigungen herauszuarbeiten. In ihren Erzählungen positionieren sich die Rehabilitanden gegenüber den Interviewern mal als aktiv Handelnde, mal als Ausgelieferte und immer als Menschen mit bestimmten „Weltsichten“. Entsprechend des Erhebungskontextes (Gewinnung der Teilnehmer in der Klinik über einen Fragebogen zum RTW) wird von den Rehabilitanden neben allen anderen Themen immer wieder angesprochen, welche Bedeutung (Berufs-)Arbeit für sie besitzt, wie sie die Erwerbsarbeit im Verhältnis zum Familienleben sehen, was Gesundheit und Krankheit für sie bedeutet und wie sie ihre psychischen Beeinträchtigungen beurteilen. All dies wird in den Erzählungen immer vor einem Hintergrund von Selbstverständlichkeiten präsentiert, von denen die Befragten – auf der Basis der unbefragten Annahme einer als sinnhaft geordneten und stabilen Lebenswelt (Schütz, 1972; Schütz/Luckmann, 1984) – unterstellen, dass diese auch den Interviewern geteilt wird. Auf dieser Folie lässt sich z.B. im Prozess der Datenanalyse bei der Codierung einzelner Passagen im Gesamttext für jedes Interview zeigen, auf welchen Sichtweisen, Normen, Erwartungen und Zukunftsentwürfen die jeweilige Lebenskonstruktion beruht, wo die eigene Weltsicht als kohärent oder durch die Krankheit und damit verbundene Folgen „gebrochen“ erscheint; stellvertretend sei hier eine kurze Interviewpassage aus der Studie zitiert:

„...ja Phantasie hätt ich, dass ich wieder total hundertprozentig funktioniere, aber d- ich glaubs nicht mehr dranne weil ich die letzten zehn Jahre [...]es nur noch bergab ging (.) [...] so wie ich wieder versucht habe, wieder im (1) diesem normalen Leben klarzukommen (.)...“ (Rath I, Z. 1859ff.).

Auch lässt sich zeigen, wie sich etwa spezifische Attributionen der jeweiligen psychischen Beeinträchtigung auf Rehabilitationserwartungen und Zukunftsvorstellungen auswirken. *Subjektive Krankheitstheorien* (vgl. Faltermaier, 2003; Flick, 1998b; für die medizinische Rehabilitation: Buchholz, 2015) bestimmen zudem den Grad an Behandlungssadhärenz (*World Health Organization*, 2003a) und den Anteil der zu erwartenden Eigenaktivität (*Agency*) bei der Krankheitsbearbeitung in verschiedenen Phasen, beides zentrale Aspekte der Rehabilitation (vgl. Bengel/Mittag, 2016).

sichtliche Entscheidungen und Konstellationen Möglichkeiten eröffnen aber auch begrenzen; das Konzept weist enge Bezugspunkte mit dem Konstrukt der *biografischen Gesamtformung* (vgl. 4.1.3) bei Schütze auf.

Zweitens haben wir uns darauf konzentriert, herauszuarbeiten in welcher Weise die Rehabilitanden die Maßnahme, etwa den Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik für sich nutzen, also ob und inwiefern sie eine ganz bestimmte *Nutzungsweise* für sich sehen, die möglicherweise im Gegensatz zu den Zielen der Klinik steht, gleichwohl von den Rehabilitanden auch im Rückblick als hilfreich für den RTW angesehen wird. Die Datenanalyse, das sei hier vorweggenommen, hat dabei vier funktionale Nutzungsweisen ergeben, von denen hier zwei beispielhaft genannt werden sollen (vgl. ausführlich Kapitel 6): die Nutzung der Reha als „*Auszeit*“ für diejenigen, die ihren Klinikaufenthalt als Folge psychischer Überforderung erlebt haben und die Rehabilitation als Regeneration betrachten; die Nutzung der Reha als „*Therapie*“, die mit der (unrealistischen) Erwartung an den Aufenthalt in der Klinik auf Heilung und einem anschließendem „... dann kann es weitergehen wie bisher ...“ verbunden ist. Diese funktional unterschiedlichen Nutzungsansprüche sind ein Beispiel dafür, wie aus dem empirischen Material unerwartete Konzepte hervorgehen können („emergieren“), die auch jenseits der konkreten Fälle für eine Nutzungsanalyse von Rehabilitationsangeboten angewandt werden können.

4.3 Die theoretischen Hintergrundannahmen

Eine zentrale Voraussetzung für eine (Weiter-)Entwicklung von Hilfen und Angeboten für psychosomatische Rehabilitanden ist die allgemeine Kenntnis ihrer subjektiven Situationsdeutungen und ihrer daran orientierten Bearbeitungsformen im Umgang mit den psychischen Beeinträchtigungen in ihrem jeweiligen beruflichen und privaten Umfeld sowie mit Blick auf die Nutzung einschlägiger Angebote des Versorgungssystems. Welche biografischen, familiären und arbeitsplatzbezogenen Bedingungen sind für einen erfolgreichen RTW und STW bei den Rehabilitanden aus dem Diagnosespektrum F3/F4 verantwortlich, bzw. auf welche Barrieren treffen die Rehabilitanden, die eine nachhaltige Rückkehr in Beschäftigung verhindern? Welche Persönlichkeitsmerkmale, welche Bedingungen aus dem Umfeld, welche Lebenssituationen und Anlässe bestimmen die Inanspruchnahme von Elementen des Versorgungssystems in der Zeit vor, während und nach der Rehabilitation?

Ein spezifisches Wissen, etwa zu Vermeidungs- und Bewältigungsstrategien, zu Gesundheitsvorstellungen, Auslösern und Ursachen für psychisches Leiden sind für alle potentiellen Bereiche bedeutsam, die gesundheitliche Beratung und Arbeitsplatzgestaltung, Therapie oder Re-

habilitationsmaßnahmen anbieten. Das gilt für Betriebe, etwa über Betriebsärzte im BEM-Verfahren oder psychosomatische Sprechstunden in Kooperation mit psychosomatischen Kliniken, im primärärztlichen System, etwa durch Sensibilisierung von Hausärzten und einen krisennahen Zugang zu Psychotherapie oder innerhalb der medizinischen Rehabilitation durch biografisch sensible Anamnesen, die die Passgenauigkeit und Akzeptanz der Angebote zur aktuellen Lebenssituation der betroffenen Menschen verbessern. Alle diese Fragen betreffen die Bedingungen und Prozesse des gesellschaftlichen, sozialpolitischen, institutionellen⁶³ und organisatorischen Umgangs mit chronischen bzw. chronifizierten psychischen wie somatischen Beeinträchtigungen ebenso wie den individuellen Umgang mit den Symptomen, die familiäre Bearbeitung der neuen Lebenssituation als auch den Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und ggf. Einschränkungen der Leistungs- und Belastungsfähigkeit in der Arbeitswelt.

Unser Schwerpunkt liegt dabei auf der biografischen Entwicklung der psychischen Beschwerden von ihren ersten wahrgenommenen Symptomen über Strategien der Selbstbehandlung bis hin zum Zugang zur Rehabilitation, auf den biografisch geprägten *individuellen Bearbeitungsformen* sowie der Inanspruchnahme von Angeboten und der Interaktion mit dem Rehabilitationssystem. Zur Klärung der in Kapitel 1 Ausgangspunkt und Idee der Studie aufgeführten konkreten Forschungsfragen haben wir eine *sozialwissenschaftliche Forschungsperspektive* mit *mikrosoziologischen Theorien* gewählt, die fallbezogen um *klinisch-psychologische Ansätze* ergänzt wird.

4.3.1 Symbolischer Interaktionismus als übergreifende Handlungstheorie

Dem qualitativen Teil unserer Studie liegt die dem Symbolischen Interaktionismus (*Blumer, 1969*) und der phänomenologischen Soziologie (*Schütz, 1972; Berger/Luckmann, 1969*) gemeinsame Annahme zugrunde, dass Menschen ihre Handlungsentwürfe auf der Grundlage gemeinsam geteilter Symbolwelten wechselseitig aneinander bzw. an den kollektiv geltenden Normen und Erwartungshorizonten der gesellschaftlichen Teilsysteme in die sie eingebunden sind ausrichten und im Verlauf der Interaktionsgeschichte(n) ihre Identität formen und sich im

⁶³ Damit sind die rechtliche Regulierung der Anspruchsvoraussetzungen für Gesundheits- und Rehabilitationsleistungen, die institutionelle Zuständigkeit der Kostenträger und die Verfahrenswege von der Antragstellung bis hin zur Bewilligung sowie die Regularien der Maßnahmendurchführung und -beendigung gemeint.

Verhältnis zu anderen Menschen und ihrer Umwelt positionieren. Menschen handeln auf der Grundlage der Bedeutungen, die ihre Vorgängergenerationen und sie selbst den Dingen, Handlungen und Ereignissen gegeben haben bzw. zuschreiben (*Blumer, 1973*)⁶⁴. Dabei kommt den subjektiven Sichtweisen der Individuen eine große Bedeutung zu. Ihre individuellen Perspektiven bewegen sich dabei innerhalb der mehrheitlich in einer konkreten Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt wirksamen „gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit“ (*Berger/Luckmann, 1969*) und prägen diese durch ihre Interpretationen und Handlungen zugleich mit. Diese generelle theoretische Perspektive erweist sich auch für das Verständnis und die Analyse des Handelns von Menschen im Feld von Gesundheit und Krankheit als hilfreich (vgl. *Olson/Young/Schultz, 2016; Ohlbrecht, 2016; Detka, 2016*). Die bedeutende Rolle, die subjektive Sichtweisen und Überzeugungen im Verlauf der Krankheits(entwicklung) spielen, wird auch durch zahlreiche klinisch- psychologische Theorien und Studien bestätigt. So belegen klinische Erfahrung und Forschung übereinstimmend, wie sehr subjektive Gesundheitsvorstellungen von Patienten⁶⁵ (*Flick, 1991 und 1998b; Filipp/Aymanns, 1997; Faltermaier/Bengel, 2000; Faltermaier, 2003; Meschnig/Kardorff/Klaus, 2019*) die Interaktion im Versorgungssystem, in der Familie und in der Arbeit beeinflussen. Dies gilt auch für Rehabilitation, Genesung und Rückkehr in Arbeit, bei denen subjektive Sichtweisen, Überzeugungen und Erwartungen sowie die subjektiv empfundene Lebensqualität eine zentrale Rolle spielen (*Kardorff, 2000*). Im engeren Sinne gilt dies auch für klinisch psychologische Konzepte, die sich mit Kontrollüberzeugungen (*Rotter, 1966*), mit Selbstwirksamkeit (*Bandura, 1997*), Behandlungs- und Rehabilitationserwartungen (*Deck, 1999*), mit dispositionellem Optimismus (vgl. *Hoyer, 2000*)

⁶⁴ „Der symbolische Interaktionismus beruht letztlich auf drei einfachen Prämissen. Die erste Prämisse besagt, dass Menschen „Dingen“ gegenüber auf der Grundlage der Bedeutungen handeln, die diese Dinge für sie besitzen. Unter „Dingen“ wird hier alles gefasst, was der Mensch in seiner Welt wahrzunehmen vermag - physische Gegenstände, wie Bäume oder Stühle; andere Menschen (...); Kategorien von Menschen, wie Freunde oder Feinde; Institutionen (...); Leitideale (...); Handlungen anderer Personen (...); und solche Situationen, wie sie dem Individuum in seinem täglichen Leben begegnen. Die zweite Prämisse besagt, dass die Bedeutung solcher Dinge aus der sozialen Interaktion, die man mit seinen Mitmenschen eingeht, abgeleitet ist oder aus ihr entsteht. Die dritte Prämisse besagt, dass diese Bedeutungen in einem interpretativen Prozess, den die Person in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen benutzt, gehandhabt und abgeändert werden.“ (*Blumer (1973, S. 80)*). Damit ist auch der Prozesscharakter der sozialen Welt(en) als Ergebnis beständiger Interaktionen und dabei stattfindender Neudefinitionen von Situationen (vgl. W.I. Thomas) charakterisiert.

⁶⁵ Diese subjektiven Gesundheitsvorstellungen wie auch die Attribution von Krankheitsursachen knüpfen an der idiosynkratischen Situation der biografischen Erzähler an, bedienen sich aber zugleich aus dem Reservoir *sozialer Repräsentationen*, die für allgemeine gesellschaftliche oder milieuspezifische Alltagstheorien hier zu Gesundheit/Krankheit, zu psychischen Störungen, Wahnsinn, etc. stehen.

oder dem Kohärenzsinn im Rahmen des Salutogenesemodells (Antonovsky, 1997) beschäftigen. Dies konnten wir auch in unserer Vorgängeruntersuchung *Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem* bestätigen (Kardorff/Meschnig/Klaus, 2019). In unserer Studie fragen wir explizit nach der Rolle dieser Erwartungen für einen erfolgreichen RTW und den SAW.

4.3.2 Grounded Theory als konzeptionelle und methodologische Grundlage

Wie bereits erwähnt, orientiert sich die vorliegende explorative Studie an den methodologischen Prinzipien der „*Grounded Theory*“ – im Folgenden GT – (Glaser/Strauss, 1967; Strauss, 2004; Charmaz, 2006; Flick, 2018), die sich vor allem unter dem Einfluss von Anselm Strauss auf die Grundannahmen des Symbolischen Interaktionismus (Strauss, 1968) bezieht, insbesondere mit Blick auf die Bedeutung der Interpretation der subjektiven Sinndeutungen und Selbstpositionierungen der gesellschaftlichen Akteure. Ein zentrales Ziel der GT besteht darin, theoretisch relevante und bislang unbekannte Zusammenhänge zu den zentralen Fragestellungen des Projekts auf der Basis einer systematischen Analyse – das heißt hier vor allem des beständigen Vergleichs der erhobenen qualitativen und quantitativen Daten⁶⁶ und weiterer ergänzender Materialien (z.B. Dokumente, Verordnungen, Gesetze, etc.) zu erschließen um damit zu verallgemeinerbaren theoretischen Konzepten zu gelangen, die die gefundenen empirischen Ergebnisse einordnen und ihr Zustandekommen deutend verstehen und dadurch auch erklären können (vgl. Weber, 1922). Im Unterschied zu psychologischen Experimenten oder quantitativen Studien, die eine theoretisch abgeleitete oder aus Beobachtungen in der Praxis gewonnene Hypothese testen wollen, werden in der GT keine Hypothesen aus einer vorgängigen Theorie abgeleitet und anschließend etwa an einer repräsentativen Stichprobe überprüft. Mit dem Datenerhebungskonzept des „*Theoretical Sampling*“ (vgl. Kapitel 5.4; Flick, 2018) verbindet sich vielmehr die Erwartung, dass sich im Verlauf der beständigen vergleichenden Analyse der Zug um Zug erhobenen und codierten Daten⁶⁷ (Textstellen aus Inter-

⁶⁶ Methodologisch haben wir uns den Prinzipien der Daten- und Perspektiventriangulation (vgl. Flick (2011)) bedient; die Narrationen wurden mit den Fragebogendaten und den Diagnosegruppen verknüpft; der Perspektive der Betroffenen wurde mit der Sicht der Experten abgeglichen.

⁶⁷ Kodieren bedeutet, dass die transkribierten Interviewtexte auf Schlüsselwörter hin analysiert werden, die als Indikatoren für aus dem gesamten Text zu erschließende Konzepte der Befragten (z.B. über Krankheit

views, Dokumenten, etc.) abstraktere Zusammenhänge herauskristallisieren bzw. aus den Daten Muster oder Konzepte emergieren, die für den jeweiligen untersuchten Bereich neue Einsichten vermitteln, die dann mit dem bestehenden Forschungsstand und bereits bekannten theoretischen Konzepten verknüpft werden können:

„Die Auswertung beginnt bereits mit den ersten gesammelten Daten. Das erlaubt, alle relevanten Aspekte des Themas zu erfassen, sobald sie sich erstmals zeigen. Alle Konzepte, die bereits mit der Forschungsfragestellung eingebracht bzw. in der Datenauswertung entdeckt wurden, werden als vorläufige Konzepte betrachtet. Ein Konzept findet in das Ergebnis der Untersuchung nur dann Eingang, wenn es sich wiederholt in den untersuchten Dokumenten (Interviews, Beobachtungsprotokolle etc.) gezeigt hat.“ (Boehm, 1994, S. 125).

Um die biografischen Erzählungen und den Krankheitsverlauf konkret rekonstruieren zu können, haben wir methodologisch an die an der GT orientierte narrative Rekonstruktion der individuellen Biografien der Rehabilitanden angeknüpft, um die subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen der Rehabilitanden in ihrem prozesshaften Werden bzw. ihrer Gewordenheit zu erfassen.⁶⁸ Das Vorgehen der GT ermöglicht dabei eine theoretisch begründete Strukturierung der erhobenen Daten und ihrer parallel erfolgenden Analyse. Erhoben wurde die subjektive Perspektive mit *episodisch-narrativen Interviews* (Flick, 2011) sowie ergänzenden problemzentrierten Leitfadenfragen in einem offen Gesprächsformat zu drei verschiedenen Zeitpunkten nach Abschluss der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation (vgl. Kapitel 5.4 Methoden und Instrumente). Damit wurde den Befragten eine offene Erzählmöglichkeit angeboten, in der der jeweils eigene Relevanzhorizont, die Erinnerung, das eigene Erleben, das eigene Befinden und die persönliche Interessenlage die Erzählung steuert. Konkrete Nachfragen der Interviewer schließen an die jeweils beendeten Erzählstränge an und reagieren auf diese: das

und Gesundheit oder über den Stellenwert der Arbeit) stehen (vgl. Boehm (1994)) und die im Gesamtkontext „Kodierfamilien“ bilden, etwa zu „Prozessen“ (Krankheitsverläufe, Patientenkarrieren) oder zu Strukturen (z.B. Arbeitsbedingungen). Aus diesen Konzepten oder Konstruktionen „erster Ordnung“ (Schütz, 1972) der befragten Alltagshandelnden, hier der Rehabilitanden, werden über abstrahierende Schritte der Kodierung Konstruktionen „zweiter Ordnung“ (Schütz, 1971), also wissenschaftliche Modelle entwickelt.

⁶⁸ In unserem Projekt haben wir, abweichend von der üblichen Vorgehensweise, aus den Rehabilitanden die im Fragebogen ihre Bereitschaft zur Teilnahme bekundet hatten, nach Kriterien des theoretical sampling (vgl. Kapitel 5 Forschungsdesign) ausgewählt und nicht nach der Analyse des ersten Falls nach dem nächsten gesucht. Dieses von der Ursprungskonzeption von Glaser/Strauss (1967) abweichende Vorgehen ergibt sich durch den Charakter zeitlich enger befristeten anwendungsbezogener Studien und wird von der methodologischen Literatur gestützt (z.B. Flick 2018).

bedeutet auch, dass sich viele (neue) Leitfadenfragen erst aus den Gesprächen mit den Rehabilitanden heraus entwickeln und dann bei den nachfolgenden Interviews zur Anwendung kommen. Damit werden auch die Fallen einer „Leitfadenbürokratie“ (Hopf, 1978) vermieden, wie z.B. die Lenkung der Antworten auf ein vermeintlich gewünschtes Antwortverhalten. Direkt nach dem Gespräch erstellte Notizen, sogenannte Memos dienen dazu, Auffälligkeiten der Gesprächssituation, wie etwa die Suche nach Bestätigung getroffener Entscheidungen durch den Interviewer, festzuhalten. Darüber hinaus haben wir Informationen aus der chronologischen Ereignisgeschichte (z.B. erste Symptome, Zusammenbruch, Kündigung, Inanspruchnahme von Hilfen, usw.) aus den Fragebogen- und Interviewdaten dazu genutzt, um die subjektive Darstellungsweise der Befragten im Verhältnis zu diesen Ereignissen zu analysieren (Rosenthal/Fischer-Rosenthal, 2015). In der Gegenüberstellung der subjektiv akzentuierten Ereignisse und der chronologischen Ereignisketten lassen sich retrospektiv die getroffenen oder vermiedenen Entscheidungen, die angesprochenen und die vermiedenen Themen der befragten Rehabilitanden im Modell einer *Verlaufskurve* (Corbin/Strauss, 2004 s.u.) abbilden und damit unterschiedliche Verläufe in Abhängigkeit von externen Faktoren und subjektiven Einschätzungen und Verhaltensweisen identifizieren. Mit Hilfe von Experteninterviews aus unterschiedlichen Perspektiven wurde der Kontext für die Interpretation der Daten erweitert sowie neue Fragen, die sich im Verlauf der Studie ergaben vertieft (zu den Details Kapitel 5.4 Methoden und Instrumente); die Spiegelung dieser Ergebnisse im Licht des Forschungsstandes ermöglicht so eine Triangulation (Flick, 2011) der Ergebnisse. Bei der Studie stand der explorative Charakter zur Gewinnung neuer Erkenntnisse im Vordergrund, wobei forschungsstrategisch eine maximale Variation theoretisch denkbarer bzw. bereits in der Literatur beschriebener Konstellationen über das Verfahren des „Theoretical Samplings“ bei der Auswahl der Interviewpartner aus den Fragebogenantworten angestrebt wurde um darüber zu Verallgemeinerungen zu gelangen. Über beständige und systematische Vergleiche zwischen maximal einander entgegengesetzten Kontraställen (z.B. bezogen auf das Kriterium gelungener vs. gescheiterter RTW) und Vergleiche mit nur in einem oder zwei Merkmalen unterschiedenen Fällen minimalen Kontrasts wird der Raum charakteristischer Konstellationen⁶⁹ gefüllt (vgl. Kapitel 5.4 Methoden und Instrumente).

⁶⁹ Zur Unterscheidung charakteristischer Fälle von sogenannten *idealtypischen* Fällen, vgl: Kardorff/Meschnig/Klaus (2019, S. 125).

4.3.3 Biografische Entwicklung und Krankheitsverläufe: das Konzept der Verlaufskurve als Heuristik

Für die theoretische Rahmung der Dateninterpretation haben wir in unserer Studie auf bereits vorliegende generische Konzepte wie z.B. das mit Hilfe der GT entwickelte Konzept der Verlaufskurve (Corbin/Strauss, 2004; Schütze, 1996) oder die Idee der unterschiedlichen „Arenen“ bzw. sozialen Welten (vgl. Strauss, 1984) zurückgegriffen. Das Konzept der *Verlaufskurve* dient uns als heuristisches Konstrukt, um den zeitlichen Ablauf der in den Erzählungen berichteten Ereignisse, Krisen, Entscheidungen, Bewertungen und Reflexionen bestimmten Lebenskonstellationen und Situationen (Clarke, 2012) zuordnen zu können. Dabei ist hervorzuheben, dass die mit Hilfe der erzählgenerierenden Eingangsfrage „Können Sie mir bitte so ausführlich wie möglich erzählen, wie es für Sie persönlich nach dem Ende der Rehabilitation weiterging“ hervorgelockten Erzählungen zunächst meist auf die *Krankheitsnarration* und die Krankheitsbewältigung zielen und erst im Verlauf des weiteren Gesprächs die Einbettung in den Gesamtzusammenhang der Biografie erfolgt; erfahrungsgemäß gehen die Befragten dann oft bis weit in die eigene Biografie zurück, erzählen von positiven Erfahrungen in der Kindheit, aber auch von Traumata und von Wünschen und Lebensplänen, die sie verwirklicht haben oder deren Realisierung ihnen nicht gelungen ist. Die Differenz zwischen Krankheitsnarration („sad tales“ Goffman, 1963⁷⁰) und Lebensgeschichte ist deshalb wichtig, weil die Gefahr besteht, dass hinter den *Illness narratives* (Kleinman, 1988; Lucius-Hoene/Holmberg/Meyer, 2018), die nur die „halbe Welt“ ausmachen, die zentralen *nicht* von der Krankheit geprägten Aspekte für Krankheitsbewältigung aber gleichwohl relevante (z.B. Ressourcen) Aspekte der Biografie und der Lebenskonstruktionen verschwinden, worauf (Riemann, 2019) nachdrücklich verweist. Der Grad inwieweit die Krankheit das gesamte Leben dominiert, wird natürlich auch vom Grad der tatsächlichen und der empfundenen Beeinträchtigung (z.B. beständige Ängste, Schmerzen, usw.) bestimmt.

Das Verlaufskurvenkonzept wurde von Juliet Corbin und Anselm L. Strauss (2004) anhand einer Untersuchung der Fallgeschichten chronisch kranker Menschen entwickelt:

⁷⁰ Goffman schreibt, dass die kranke oder behinderte und deshalb stigmatisierte Person „...can use his disadvantage as basis for organizing life, but he must resign himself to a half-world to do so“ (1963, S. 21).

Theoretische Rahmung

„Der Begriff Verlaufskurve (Trajectory) verweist auf die aktive Rolle, die Menschen bei der Gestaltung des Verlaufs einer Krankheit spielen. [Der Begriff] impliziert [...] Aspekte der zeitlichen Phasen, der Arbeit, der Wechselwirkungen zwischen den Arbeitenden sowie die nichtmedizinischen wie auch relevante medizinische Merkmale der Bewältigung.“ (Corbin/Strauss, 2004, S. 50).

In ihrer Analyse zeigen die Autoren, welche Aufgaben kranke Menschen, etwa in der Abstimmung mit ihren Familienangehörigen oder in der Interaktion mit Ärzten in Abhängigkeit von unterschiedlichen Stadien der Krankheit bewältigen müssen. In dieser *Prozessperspektive* haben Corbin und Strauss drei Arbeitslinien identifiziert:

- *biografische Arbeit*: die Auseinandersetzung z.B. mit den das Selbstkonzept kränkelnden Veränderungen des Körpers und nachlassender Leistungsfähigkeit. Hier müssen, abhängig vom Lebensstadium und Krankheitsverlauf, neue Selbstpositionierungen, ein verändertes Selbst- und Körperbild sowie individuelle und familiale Zukunftsentwürfe aktiv um- und neu gestaltet werden;
- *Krankheitsarbeit*: eng gefasst umfasst sie die Beobachtung von Symptomen und die Beachtung von Behandlungsregimes. Darüber hinaus geht es um den Umgang mit Belastungen und Krankheit im Kontext beruflicher und alltagsbezogener Anforderungen und die (veränderte) subjektive Bedeutung von Gesundheit. Mental und psychisch geht es vor allem darum, sich nach der Rehabilitation mit den verbleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu »versöhnen«;
- *Alltagsarbeit*: Sie umfasst ein weites Spektrum, das von der persönlichen Hygiene über die Selbstversorgung bis zur Mobilität, vom Umgang mit finanziellen Einschränkungen bis zur innerfamiliären Neuaufteilung von Rollen und Verantwortlichkeiten reicht (vgl. Corbin/Strauss, 2004, S. 110).

Nur in der Bearbeitung dieser Aufgaben können die Rehabilitanden das Leben wieder zu einem „Ganzen zusammensetzen“ (Corbin/Strauss, 2004, S. 85):

„Die Balance zwischen Krankheit, Biographie und Alltag zu halten und die der Bewältigungsarbeit zugrundeliegenden Bedingungen unter Kontrolle zu bekommen, verlangt einen besonderen Umgang mit der Krankheit. Das bedeutet, dass der Kranke und sein Partner die zur Bewältigung notwendigen Aufgaben verstehen, planen und koordinieren, dass sie Probleme antizipieren, sich Ressourcen verfügbar machen und dass sie zur Arbeit motiviert sind.“ (Corbin/Strauss, 2004, 98f.).

Theoretische Rahmung

Dabei müssen sie gleichsam zu „Rationalitätsspionieren“ wider Willen werden, weil auch bisher ungeplante Aspekte des Alltags dem Behandlungsregime (Einhalten von Terminen etc. unterworfen wird).

In unseren Untersuchungen haben wir zusätzlich die für den RTW zentrale Arbeitslinie der *beruflichen Arbeit* hinzugefügt, weil die Befähigung zur Teilhabe am Arbeitsleben und die berufliche Wiedereingliederung im Fokus der Studie steht. Hier geht es z. B. um Aushandlungsprozesse über veränderte Rollen und Verantwortlichkeiten im Betrieb, um den Abschied von eigenen Anspruchsniveaus („Downgrading“). Die betroffenen Menschen müssen Strategien für eine veränderte oder neue berufliche Positionierung und einen schonenden Ressourceneinsatz am Arbeitsplatz entwickeln. Sie müssen Wege finden, die Krankheit gegenüber dem Arbeitgeber und den Kollegen und Kolleginnen zu kommunizieren und Formen des Umgangs mit der bedingten Gesundheit in den Arbeitsroutinen erlernen. Als eine weitere ergänzende Arbeitslinie haben wir die *Balancearbeit* eingeführt, um das Spannungsverhältnis zwischen den beiden zentralen „Arenen“ Familie und Arbeitswelt hergestellte, nun prekär gewordene (vielfach durchaus asymmetrisch) stabilisierte Gleichgewicht neu zu tarieren: Dabei geht es um Verschiebungen in den Prioritäten zwischen Familie und Arbeit und innerhalb der Arbeit (weniger, schonender, usw.) sowie ggf. um neue Zielsetzungen in der individuellen und familialen Lebenskonstruktion.

Angesichts des Verlaufcharakters chronischer Krankheiten, wie z.B. Stimmungsschwankungen oder leichtere Irritierbarkeit bei Störungen im Alltag bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, eignet sich das Verlaufskurvenkonzept auch für unsere Studie: „Typisch für chronische Krankheiten ist die wechselnde Abfolge von krisenhaften, instabilen und stabilen Phasen. (...) Das meist unkalkulierbare Auf und Ab stellt die Erkrankten auf eine harte Probe und erfordert stets neue (und andere) Anpassungs- und Bewältigungsleistungen.“ (Schaefer/Haslbeck, 2016, S. 246). Im Rahmen der Verlaufskurvenentwicklung kommt es zur meist allmählichen Anhäufung eines „Verlaufskurvenpotentials“ (Schütze, 1996), das einen „Bedingungsrahmen für das Wirksamwerden der Verlaufskurve“ (Schütze 1996, S. 215), also für Krisen, Dominoeffekte und Abwärtsspiralen aber auch für Erholung, Renormalisierung und Neuausrichtung darstellt. Dieses Verlaufskurvenpotential hat „... in der Regel eine Komponente biographischer Verletzungsdispositionen und eine Komponente der Konstellationen von zentralen Widrigkeiten in der aktuellen Lebenssituation“ (Schütze, 1996). Die Verlaufskurve stellt ein empirisch basiertes gleichwohl idealtypisches Modell dar, dessen Phasen weder von allen

Theoretische Rahmung

Rehabilitanden durchlaufen werden noch in der im nachfolgenden Schema angegebenen Reihenfolge; ggf. werden einige Phasen gar nicht, andere mehrfach durchlaufen, auch können Verlaufskurven nach einem Zusammenbruch noch weitere abwärts gerichtete Stadien umfassen und im gesellschaftlichen Abseits, in der EM-Rente oder in einer dauerhaften Pflege- und Hilfebedürftigkeit enden.

Der methodische Zugang zur Re-Konstruktion von Verlaufskurven mit Hilfe episodisch-narrativer Interviews eröffnet eine zeitliche Perspektive auf die zunächst nahe Vergangenheit. Dieser Rückblick wird aus der subjektiven Einschätzung der gegenwärtigen Situation nach der Reha (z.B. „ ... die Kollegen haben sich gefreut, dass ich wieder da war ...“ oder aber: „ ...in der Zwischenzeit gab es einen neuen Vorgesetzten, der sich gar nicht auf meine Situation eingestellt hat ...“) vorgenommen und zugleich mit Zukunftsszenarien verbunden. Der retrospektiv-prospektive Charakter derartiger Narrationen dehnt sich im weiteren Verlauf des Gesprächs durch weitere Erzählanreize meist bis zur Wahrnehmung der ersten Symptome aus, greift auf eigene Hypothesen zur Krankheitsentstehung zurück, die bis in die eigene Herkunftsfamilie oder zur Berufswahlentscheidung zurückreichen können und geht von dort aus wieder zeitlich nach vorne zur Krise, zum Weg in die Reha – begleitet von den subjektiven Empfindungen und Gedanken, Hoffnungen und Ängsten. Mit dem narrativen Interview werden Erzählungen zur biografischen Entwicklung und entscheidenden Ereignissen und persönlichen Wendepunkten dargestellt – immer in der Rückschau und der Zukunftsperspektive zum Zeitpunkt der Befragung. Aus der Analyse des Materials lässt sich für die Befragten eine „*biografische Gesamtformung*“ (Schütze, 1983) extrahieren, in der sich Entscheidungsmuster, Handlungsstrategien und Formen der Selbstpositionierung in der Prozessstruktur des Lebenslaufs zeigen und damit die unverwechselbare individuelle Biografie im Kontext der normativen und normalistischen gesellschaftlichen, milieuspezifisch ausdifferenzierten, Anforderungen an die Gestaltung der jeweiligen Lebensphasen und der Übergänge zwischen ihnen.⁷¹ Zusammen mit den aus den Erzählungen herausdestillierten chronologischen Ereignisketten lässt sich damit ein biografischer Verlauf rekonstruieren, der zusammen mit den in der psychosomatischen Forschung erkannten charakteristischen Krankheitsverläufen sowie mit Ergebnissen der Forschungen zur Lebensspanne (Life-Span-Perspective) in Beziehung gesetzt werden kann.

⁷¹ Unter *biographischer Gesamtformung* versteht Fritz Schütze „die lebensgeschichtliche Abfolge der erfahrungsdominanten Prozessstrukturen in den einzelnen Lebensabschnitten bis hin zur gegenwärtig [also zum Zeitpunkt der Befragung, Einfügung durch die Autoren] dominanten Prozessstruktur“ (1983, S. 286).

In der folgenden Abbildung 14 ist das formale Modell einer Verlaufskurve dargestellt. Eine detaillierte Erläuterung den einzelnen Phasen mit Hilfe des empirischen Materials findet sich im Kapitel 6.2.2.

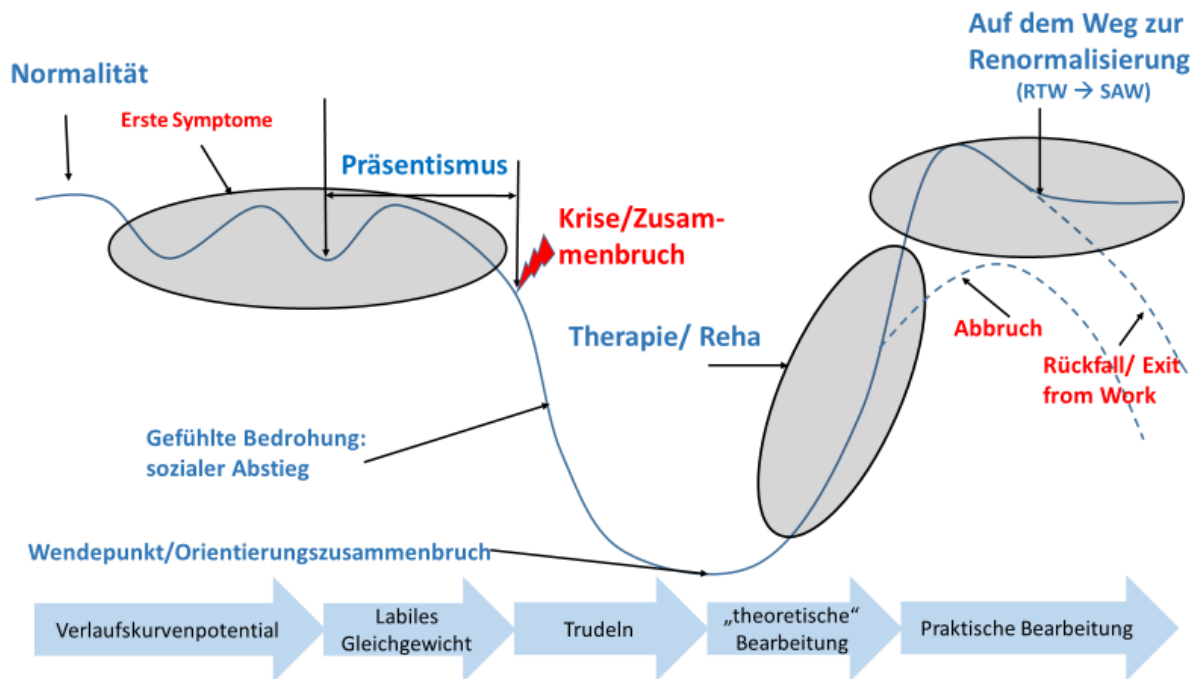


Abbildung 14: Das heuristische Modell einer Verlaufskurve von den ersten Symptomen bis zum RTW (Quelle: Eigene Darstellung)

4.3.4 Arenen als Orte der Aushandlung von gelingendem oder blockiertem RTW

Als weiteres heuristisches Konzept haben wir die ebenfalls von Anselm Strauss (1978) entwickelte Idee der „Arenen“ gewählt, die Orte in unterschiedlichen Sozialen Welten bezeichnen, in denen Aushandlungsprozesse z.B. über Behandlungsmaßnahmen und Neuorientierungen (etwa zwischen Therapeuten und Rehabilitanden in der Rehaklinik), über veränderte Prioritäten zwischen Familienzeit und Arbeitszeit in der Arena Familie, oder über reduzierte Arbeitszeiten bei geringerer Belastbarkeit nach der Rückkehr aus der Reha in der Arena Arbeitswelt mit dem Arbeitgeber ausgehandelt werden müssen:

„Arenen bezeichnen also *soziale Orte*, an denen Repräsentanten unterschiedlicher sozialer Welten miteinander in Aushandlungsprozesse verwickelt sind“ (Strübing, 1997, S. 372).

Soziale Welten übergreifen die konkreten Arenen, in denen Interaktionen und Aushandlungsprozesse face-to-face stattfinden. Soziale Welten bezeichnen abgrenzbare Handlungsräume mit einer eigenen soziokulturellen Identität, „die sich an spezifischen Sprachcodes, differenzbetonender Symbolik, spezifischen Perspektiven und damit natürlich auch: *Perspektivbeschränkungen* erweist“ (Strübing, 1997, S. 373). Soziale Welten wie etwa die Arbeitswelt, das Gesundheitssystem oder die Familie lassen sich als Handlungsräume mit ihren jeweiligen (Muss-, Kann- und Soll-)Erwartungen, Verhaltenscodizes und Interaktionsregeln, ihren Kontrollmechanismen und Reziprozitätsverpflichtungen sowie den Üblichkeiten ihrer spezifischen Milieus verstehen. Die dadurch bestimmten Grenzziehungen zwischen den Sozialen Welten bedeuten aber nicht, dass sie sich nicht gegenseitig beeinflussen und in Teilen durchdringen: so können starke Beanspruchungen in der Arbeit zur Vernachlässigung familiärer Verpflichtungen führen und sich negativ auf das emotionale Binnengefüge der Familie auswirken, wie auch die Sorge um ein pflegbedürftiges Familienmitglied sich auf die Konzentration bei Arbeit auswirken kann. Eine wechselseitige Durchdringung beider Sphären zeigt sich etwa darin, wenn das Familienleben immer stärker den Prinzipien arbeitsweltlichen Zeitmanagements folgt und Unternehmen (noch eher vereinzelt) familienfreundliche Arbeitszeiten und -bedingungen schaffen.

Wenn es zu einem Zusammenbruch eines Familienmitglieds kommt, dann tritt die soziale Welt von Medizin/ Psychotherapie mit ihren eigenen Codes hinzu und beeinflusst beide Welten etwa durch Krankschreibung, Empfehlungen zur Rehabilitation oder zur Vermeidung bestimmter Tätigkeiten. Vor diesem Hintergrund dient uns das Konzept der *Arena* dazu, das Spannungsverhältnis und die wechselseitige Durchdringung zwischen beruflichem und familiären Leben der Rehabilitanden sowie die Verflechtung bei den Kontakten mit der Gesundheitsversorgung und der Rehabilitation als Strukturmoment für biografische Situationen und Entscheidungen (psychisch) erkrankter Menschen unter dem Aspekt der von den befragten Rehabilitanden berichteten inneren (Biografiearbeit) und äußeren *Aushandlungsprozesse* (z.B. Neuaushandlung von Arbeitszeiten) zu analysieren.

Die folgende Abbildung 15 zeigt, dass die prekäre Work-Life-Balance mit ihren Schwankungen zwischen beruflichen Anforderungen und familiären Verpflichtungen immer wieder an Grenzen wechselseitiger Kompensationsfähigkeit stößt. Dies gilt in besonderem Maße für die gestiegenen Anforderungen in der modernen Arbeitswelt (Siegrist, 2015, 2018) auf der einen

und die gestiegenen Ansprüche an Familiengestaltung und Selbstverwirklichung auf der anderen Seite. Die daraus resultierenden Dilemmata (vgl. dazu exemplarisch *Hochschild, 2006*) können, insbesondere bei psychisch vulnerablen Menschen zu Krisen und bei entsprechenden biografischen Konstellationen und Bewältigungsmustern zur Chronifizierung psychischer Beeinträchtigungen mit einem Behandlungsbedarf führen. Die Abbildung 15 zeigt die prekäre Balance der unterschiedlichen Arenen (durch den blauen Balken auf der Spitze des Dreiecks symbolisiert) in einer auf beiden Seiten nach unten gerichteten Entwicklung (durch den roten Halbkreis symbolisiert).

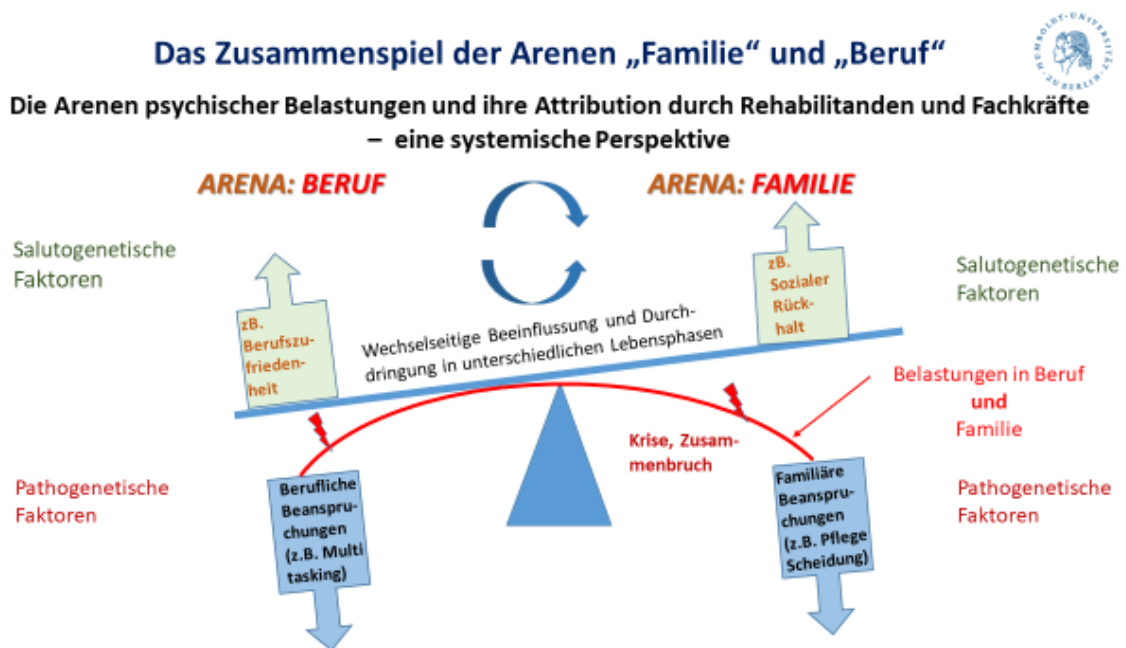


Abbildung 15: Die wechselseitige Beeinflussung der Sozialen Welten "Familie" und "Arbeitswelt" (Quelle: Eigene Darstellung)

Wie in der Abbildung deutlich wird, schaffen es die meisten Menschen, die beiden Arenen mehr oder weniger gut auszubalancieren oder salutogene und pathogene Faktoren zu kompensieren; wie die Balancierung aussieht und ob Kompensationen gelingen, hängt auch vom Grad der Identifikation mit der jeweiligen Arena ab, also ob eine Person besonders berufsorientiert und ehrgeizig ist oder ob es sich eher um einen „Familienmenschen“ handelt. Tritt noch eine psychische Beeinträchtigung hinzu, die aus einem der beiden Bereiche kommt und sich in der Folge in beiden Bereichen auswirkt, dann kann es zum Zusammenbruch der Balance kommen – in der Abbildung durch die beiden roten Blitze symbolisiert; in dieser Krisensituation können die betroffenen Menschen dann weder ihren familiären Aufgaben und Verpflichtungen noch den beruflichen Anforderungen gerecht werden.

4.4 Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund einer sozial- und rehabilitationspolitischen Rahmung des Untersuchungsfeldes haben wir Bezugsprobleme identifiziert (vgl. 4.1.1), die sich aus den Fragestellungen der Studie ableiten. Wie bereits ausgeführt leiten wir keine Hypothesen aus einer übergeordneten Theorie ab, sondern entwickeln theoretische Konzepte aus einer schrittweisen Analyse des Materials heraus, gehen also induktiv vor, wobei die Auswahl der Rehabilitanden mit F3/ F4 Diagnosen für die qualitative Analyse aus den Ergebnissen einer nicht-repräsentativen Fragebogenerhebung („Convenience Sampling“) nach den methodischen Prinzipien des *Theoretical Sampling* vorgenommen werden (vgl. auch Kapitel 5.4 Methoden und Instrumente). Die inhaltlichen Kriterien wurden auf der Basis des Forschungsstandes, von Experteneinschätzungen und der Ergebnisse unserer vorausgegangenen Studien zum RTW ausgewählt. Insgesamt beziehen wir uns in unserer explizit sozialwissenschaftlich-soziologisch angelegten Studie bei der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse auf den Symbolischen Interaktionismus und die phänomenologische Soziologie als Rahmentheorie und auf die Grounded Theory als methodologischen Leitfaden. Damit tragen wir sowohl der Bedeutung subjektiver Sinndeutungen Rechnung als auch der sie prägenden und durch sie mitgeprägten „sozialen Konstruktion der Wirklichkeit“: mit den offenen Interviewformen können die Lebenswirklichkeiten der Rehabilitanden „von innen heraus“ verstanden werden und zugleich im größeren Kontext der gesellschaftlich dominanten Interpretationsschemata verortet werden. Die Rolle der Kontextfaktoren (Arbeitsplatz, Kollegen, Arbeitsmarkt, Lebenslage, wohnortabhängige Zugangschance etwa zu Psychotherapie, etc.) ergibt sich dabei aus der zusammenspielenden Interpretation subjektiver Attributionen mit einschlägigen Forschungsergebnissen zu den jeweiligen Aspekten.

Mit Blick auf den *Prozesscharakter* der Lebensläufe, des Krankheitsverlaufs und des RTW-Prozesses erfolgt die Ordnung der empirischen Ergebnisse mit Hilfe der Heuristik eines empirisch anhand von Studien mit chronisch erkrankten Menschen gewonnenen idealtypischen Modells der Verlaufskurve (Corbin/Strauss, 2004; Schütze, 1996). Die im Rückblick von den Rehabilitanden erzählten biografischen Verläufe und die durch die psychischen (und häufig auch zusätzlichen körperlichen) Beeinträchtigungen irritierten und durchkreuzten Lebenspraxen und Zukunftsperspektiven ergeben jeweils ganz individuelle Verlaufskurven des Erleidens und Verlaufskurven der sozialen und beruflichen Entwicklung. Die Materialbasis für die qualitative

Theoretische Rahmung

Analyse bilden die in den Abständen von 6, 12 und 18 Monaten nach Ende der Maßnahmen (psychosomatische Rehabilitation und LTA-Leistungen im BFW) durchgeführten 45 Interviews mit denjenigen Teilnehmern, die sich im Fragebogen zu einer langfristigen Forschungsbegleitung bereiterklärt hatten. Die Interpretation der transkribierten Interviewtexte zielt dabei auf die Identifikation von Regelmäßigkeiten etwa in den Strategien des Umgangs mit der Krankheit, in den Auslösern für Krisen, in der Attribution der Krankheitsursachen, in den Folgen für die Lebensgeschichte, die Familiensituation oder die Arbeitssituation, etc., die damit Abstraktionen darstellen, die über den Einzelfall hinausweisen:

„Die Einzelfallanalysen dienen so der schrittweisen Entdeckung allgemeiner Strukturen sozialen Handelns, während der Einzelfall selbst als historisch-konkrete Antwort auf eine konkret-historische Situation und Strukturformation interpretiert wird“ (Soeffner/Hitzler, 1994, 39 FN7).

Die in den Einzelfallanalysen identifizierten zentralen Themen für die Rehabilitanden werden dann systematisch miteinander und mit den jeweiligen Fallkonstellationen verglichen um Aussagen zum spezifischen Hilfebedarf auf der einen und zu generalisierten Bedarfen auf der anderen Seite zu gelangen. Im Kontext der Bezugnahme auf die individuellen Biografien

„erlaubt etwa die Untersuchung des individuell-biografischen Umgangs mit strukturellen Vorgaben eine über die Einzelfallanalyse hinausgehende Aussage über die Produktion und Reproduktion objektiver Strukturmerkmale. Individualbiografische Erfahrungen werden hier als `realer Ausdruck allgemeiner Sozialität und Gesellschaft' gefasst“ (Krumm, 2019, S. 37).

Entsprechend der in Kapitel 3 dargestellten interdisziplinären Bestimmung unseres Forschungsgegenstandes ziehen wir immer wieder fallweise und problembezogen anschlussfähige Konzepte und Ergebnisse z.B. aus der medizinischen Rehabilitation und der klinischen Psychologie zur Interpretation unserer Befunde heran.

5. Forschungsdesign

5.1 Feldzugang

Für den Zugang in das Feld und die Rekrutierung der Rehabilitanden wurden vier psychosomatischen Rehabilitationskliniken sowie zwei Berufsförderungswerke in Berlin und Brandenburg ausgewählt. Im Einzelnen waren das: Heinrich Heine Klinik (Potsdam-Neu Fahrland), Brandenburg Klinik (Wandlitz), Seehof Klinik (Berlin-Teltow) und das Zentrum für ambulante Rehabilitation (Berlin-Mitte). Für die Rekrutierung der beruflichen Rehabilitanden konnte das Berufsförderungswerk Berlin mit seinen zwei Standorten: BFW Mühlenbeck und BFW Berlin-Charlottenburg gewonnen werden.⁷²

Um die Rehabilitanden für die quantitative als auch für die qualitative Erhebung an einer Teilnahme zu motivieren wurde das Forschungsvorhaben durch die Mitarbeiter des Projekts in den beteiligten Einrichtungen vorgestellt und für die Teilnahme an der Fragebogenerhebung und die qualitative Längsschnittstudie geworben. Insbesondere für die medizinischen Rehabilitanden stellte sich dieses Verfahren als sehr zeitaufwändig heraus, da jeweils bei den wöchentlich stattfindenden Hauptvorträgen in den Kliniken unser Projekt am Ende der Sitzung von ein oder zwei Mitarbeitern der Studie präsentiert wurde. Die Forschenden wurden durch das Personal vor Ort vorgestellt und teilten nach einer Erklärung bzw. Präsentation des Projekts einen allgemeinen Fragebogen mit der Bitte um Teilnahme aus. Zeitgleich erhielten die Teilnehmer eine Einwilligungserklärung und einen Hinweis auf den Datenschutz nach §40 Bundesdatenschutzgesetz. Mit der Einwilligungserklärung stimmten die Teilnehmer zwei Punkten zu: einmal der Einwilligung für die Teilnahme an (drei) Interviews und zum zweiten der Übermittlung der Krankheitsdiagnose durch die Einrichtung; hierbei war nur die Zuordnung zur Gruppe der F3 bzw. F4-Diagnosegruppe der ICD-10, ohne spezifische Zuordnung zu Differentialdiagnosen angefragt. Auf diesem Wege erhielten wir die Information über die Hauptdiagnose unserer Teilnehmer und können so einen Vergleich zwischen F3 und F4 Diagnosen vor-

⁷² Zu Beginn hatten wir eine Zusammenarbeit mit zwei psychosomatischen Kliniken und einem Berufsförderungswerk geplant. Aufgrund der zu geringen Anzahl von Teilnehmern mit unseren Einschlusskriterien und den Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Rehabilitanden wurde die Anzahl der beteiligten Institutionen auf vier Kliniken und zwei BFWs erhöht.

nehmen. Die Fragebögen und Einwilligungserklärungen wurden schließlich in der jeweils folgenden Woche von den Forschern in einem eigens eingerichteten Fach in den Einrichtungen abgeholt.

Für die beruflichen Rehabilitanden wurde uns von den beteiligten BFWs jeweils ein Termin zur Präsentation des Projektes organisiert, bei dem wir ebenfalls um eine Teilnahme an der Studie baten. Da wir hier zunächst (s.u. Einschlusskriterien) nicht nach psychischen und körperlichen Erkrankungen unterscheiden konnten, blieb die Anzahl der Teilnehmer geringer als in der medizinischen Rehabilitation. Aus den Interviews mit den Absolventen der Berufsförderungswerke ergab sich, an dieser Stelle eine Vorwegnahme unserer Ergebnisse, dass diese in der Krankheitsbewältigung im Vergleich zu den psychosomatischen Rehabilitanden weiter fortgeschritten sind und in der Befragung meist gesundheitliche Einschränkungen, insbesondere psychischer Natur, ausblenden bzw. zugunsten einer Fokussierung auf den neuen Berufsweg die Krankheitsbiographie vernachlässigen. Hierin – und in der insgesamt geringen Anzahl der Umschüler mit F3 bzw. F4 Diagnose in den beiden beteiligten Berufsförderungswerken – mögen die Gründe dafür liegen, dass in den BFWs nur wenige Befragte für die Studie gewonnen werden konnten. Da der Schwerpunkt unserer Studie aber auf der medizinischen Rehabilitation liegt und wir über genügend Daten für berufliche Rehabilitanden aus den Vorgängerstudien verfügen stellte sich diese Problematik als unerheblich heraus.⁷³

Die Fragebogenerhebung und die Rekrutierung der Teilnehmer in den Einrichtungen wurden vom Dezember 2016 bis zum April 2017 durchgeführt. Insgesamt konnten für die quantitative Erhebung 105 Teilnehmer aus der psychosomatischen und 23 Teilnehmer aus der beruflichen Rehabilitation gewonnen werden. Für die qualitative Befragung wurden für das erste Interview 42 Gesprächspartner gewonnen, von denen 33 an einer psychosomatischen Rehabilitation teilgenommen und neun eine zweijährige berufliche Vollqualifizierung in einem Berufsförderungswerk abgeschlossen hatten.

5.2 Einschlusskriterien

Wie bereits im Eingangskapitel erwähnt, fokussiert sich unsere Studie auf die in der ICD-10 mit F3 und F4 gekennzeichneten Diagnosen, die etwa 80% der Eingangsdiagnosen ins Reha-System für psychisch Beeinträchtigte bilden. Da wir den Return to Work (RTW) in den Mittelpunkt

⁷³ Um das qualitative Sample anzureichern wurde auf drei Interviews mit Absolventen einer zweijährigen Vollzeitqualifikation einer Vorläuferstudie zurückgegriffen.

unserer Untersuchung stellen, wurden nur Personen, die noch im erwerbsfähigen Alter waren, aufgenommen. Die Kriterien für eine Aufnahme in die Studie waren im Einzelnen:

Für die medizinischen Rehabilitanden

- Nur Patienten, die von der DRV-Berlin-Brandenburg und der DRV-Bund zugewiesen wurden;
- Nur Patienten im erwerbsfähigen Alter (keine Alters- oder EM-Rentner);
- ICD-10-Diagnosen: F30–F39 (affektive Störungen) und F40–F48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) als Hauptdiagnose aufgrund deren die Maßnahme vom Kostenträger bewilligt wurde;
- Arbeitsunfähigkeitszeiten länger als 3 Monate im letzten Jahr vor Aufnahme der medizinischen Rehabilitation oder eine bestehende Erwerbslosigkeit (= Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen: BBPL).⁷⁴

Für die beruflichen Rehabilitanden

- Rehabilitanden, die von der DRV-Berlin-Brandenburg und der DRV-Bund zugewiesen wurden (Keine von der BA- oder den BGs zugewiesene Rehabilitanden);
- Erfolgreicher Abschluss einer 2-jährigen beruflichen Vollzeitqualifizierungsmaßnahme mit IHK-Abschluss;
- ICD-Diagnosen: F30–F39 (affektive Störungen) und F40–F48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) als Hauptdiagnose.

5.3 Rücklauf und Interviewbereitschaft

Der Rücklauf kann aufgrund des beschriebenen Ablaufs bei der Rekrutierung der Teilnehmer nicht in Prozentwerten angegeben werden, da es keine genaue Gesamtzahl der angesprochenen Personen in den Gruppen gab (die Anzahl der Gruppen variierte auch von minimal 6 bis hin zu 60 Personen). Von den am Ende 105 eingegangenen Fragebögen der medizinischen

⁷⁴ Das Kriterium BBPL stellte sich in der Praxis als nichtdurchgängig identifizierbar heraus, da nicht in allen Kliniken genaue oder einheitliche Daten dazu erhoben werden; wo dies der Fall ist, geschieht diese Zuordnung etwa unter Zuhilfenahme des SIMBO-C Fragebogens.

Rehabilitanden waren 100, also nahezu alle, auch zu den drei Interviews mit uns bereit. Interviewt wurden zum ersten Zeitpunkt dann insgesamt 33 Personen. Von 23 eingegangenen Fragebögen der beruflichen Rehabilitanden waren auch fast alle, nämlich 22 Personen, zu einem Interview bereit; Interviewt wurden schließlich zum ersten Zeitpunkt 9 Personen; hinzugezogen wurden zusätzlich 3 Fälle der Vorgängerstudie.

Da die Kliniken von unterschiedlicher Größe sind, variiert die Anzahl der interviewten Teilnehmer beträchtlich. So kommen aus der Heinrich Heine Klinik (Potsdam-Neu Fahrland), und aus der Brandenburg Klinik ca. 80% der Teilnehmer unserer Studie, während das ambulante Zentrum (ZAR), Berlin Mitte, und die Seehof Klinik nur eine geringe Anzahl stellt. Bei den beruflichen Rehabilitanden kamen etwa doppelt so viele vom Standort Charlottenburg.⁷⁵

5.4 Methoden und Instrumente

Die Studie ist insgesamt als eine multimethodische Verlaufsuntersuchung zur Rückkehr (Return to Work – RTW) und dem Verbleib in Arbeit (Stay at Work – SAW) nach Rehabilitationsmaßnahmen konzipiert. Sie setzt dabei auf quantitative, schwerpunktmäßig aber auf qualitative Erhebungsmethoden und Analyseverfahren.⁷⁶

Um die Rückkehr und den Verbleib in Arbeit in seiner Prozesshaftigkeit zu erfassen und die individuellen Verläufe der Teilnehmer zu rekonstruieren wurden die ausgewählten Befragten des qualitativen Studienteils, neben dem gegen Ende der Reha ausgeteilten Fragebogen, zu drei Zeitpunkten interviewt: nach sechs, zwölf bzw. achtzehn Monaten nach dem Ende der Maßnahme. Die unterschiedlichen methodischen Instrumente sind so aufeinander bezogen, dass die Teilnehmer der qualitativen Befragungen aus der quantitativen Stichprobe unter Berücksichtigung der Kriterien des theoretischen Samplings gewonnen wurden (*Glaser/Strauss*, 1967; vgl. auch *Flick*, 2018). Dabei handelt es sich um ein inhaltliches Vorgehen, das den Forschenden ermöglicht, die qualitative Stichprobe unter Maßgabe des Erkenntnisinteresses sukzessive zu strukturieren. Aus den Daten der Fragebögen konnte das breite Spektrum der Teilnehmer (näherungsweise) abgebildet und nachvollzogen werden. Das erlaubte, maximale und minimale Kontraste im quantitativen Sample zu erkennen. Diese Kontraste sind sichtbar etwa

⁷⁵ Die Darstellung der Teilnehmer der qualitativen Befragung erfolgt in Kapitel 6.2.1 Darstellung des qualitativen Samples“.

⁷⁶ Ein Datenschutzkonzept im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes wurde erstellt und umgesetzt.

in: Lebenslage und -phase, Lebensform, Arbeit, soziale Einbindung, (kritische) Lebensereignisse und Krankheit (Beeinträchtigungen, medizinische und subjektive Prognose, Stand des Copings). Die Auswahl der Befragten für die qualitative Erhebung erfolgt schließlich unter der Maßgabe diejenigen Fälle auszuwählen, die sich entweder besonders ähnlich (minimaler) oder besonders unähnlich (maximaler Kontrast) sind. In Anlehnung an die Methode des ständigen Vergleichs helfen beide Formen der Kontrastierung beim Erreichen der theoretischen Sättigung⁷⁷ (Glaser/Strauss, 1967) und damit einem vom Einzelfall abstrahierenden Verständnis von Rückkehr und Verbleib in Arbeit nach Rehabilitations-Maßnahme bei entsprechenden Diagnosen.

5.4.1 Erhebungsinstrumente

Wie oben bereits beschrieben beinhaltet das Studiendesign eine Reihe von Erhebungsinstrumenten. Der von uns entwickelte Fragenbogen (siehe Anhang) beinhaltet Fragen zu soziodemografischen bzw. generischen Daten, sowie Fragen zur Rehabilitation und ausgewählte Items zur subjektiven Gesundheitseinschätzung, Krankheitsgeschichte, zu Rückkehrerwartungen und zur beruflichen Situation vor der jeweiligen Maßnahme. Dabei wurde, neben eigenen Items zu Vergleichszwecken auch auf ausgewählte Fragen aus häufig genutzten standardisierten Instrumenten zurückgegriffen (etwa SIMBO-C, WAI).

Das erste qualitative Interview 6 Monate nach Ende der Maßnahme war als narratives Interview konzipiert⁷⁸ (Schütze, 1983). Das narrative Interview folgt einer offenen Vorgehensweise. Ziel ist es, Erzählungen über die gesamte Lebens- und Krankheitsgeschichte sowie den RTW-Prozess zu generieren, die von den Teilnehmern selbst strukturiert werden. Dabei steht der Übergang von der Rehabilitation zurück in Arbeit im Mittelpunkt der Narration. Dadurch wird es möglich, den Prozess der entstehenden psychischen Belastung aus Sicht der Rehabilitanden

⁷⁷ Als *theoretische Sättigung* wird der Punkt im Forschungsprozess bezeichnet, ab dem ein zusätzlicher Fall in der Stichprobe keinen weiteren Erkenntnisgewinn mehr bringt. Dieser Punkt kann sich in unterschiedlichen Phasen des Forschungsprojektes einstellen und ist nicht exakt vorhersehbar. Aufgrund unserer Erfahrungen stellt sich in der Regel bei etwa 30 Fällen eine „theoretische Sättigung“ ein, d.h. nur noch singuläre Konstellationen können jetzt noch (theoretisch) vorhandene Forschungslücken schließen, bringen aber keinen allgemeinen Erkenntnisgewinn mehr.

⁷⁸ Die erzählgenerierende Eingangsfrage lautete für alle Rehabilitanden: „Können Sie mir bitte so ausführlich wie sie können und mögen erzählen, wie es für Sie persönlich nach dem Ende der Rehabilitation weiter ging“. Erst nach dem Ende der Eingangserzählung wurden Nachfragen und Leitfragen gestellt.

nachvollziehen zu können und etwas darüber zu erfahren, welche eigenen Strategien die Rehabilitanden verfolgen und an welcher Stelle bzw. beim welchem Anlass oder auf wessen Veranlassung sie professionelle Hilfe im Versorgungssystem in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus offenbart die selbststrukturierte Erzählweise der Teilnehmer einen Einblick auf Veränderungen (z.B. in den Handlungs- und Orientierungsmustern) im Leben, die über die Rekonstruktion und Verbindung von erlebter und erzählter Lebensgeschichte (vgl. *Fischer-Rosenthal/Rosenthal*, 1997, S. 148; *Lamnek*, 1989, S. 71; *Rosenthal/Fischer-Rosenthal*, 2015) deutlich wird. Themen, die von besonderem Forschungsinteresse sind und von den Teilnehmern nicht im offenen, durch den Erzählstimulus generierten Teil des Interviews von allein angesprochen werden, können im abschließenden exmanenten Nachfrageteil (vgl. *Riemann*, 1987, 49f.) ebenfalls in narrativer Weise erfragt werden. Ihren Abschluss fanden die Interviews jeweils mit einem Ausblick, auf den die Befragten mit Blick auf den Verlauf bis zum nächsten Interview formulieren. Die ersten Interviews wurden im Anschluss zusammengefasst, mit einem Memo zur Gesprächssituation versehen; die mit Erlaubnis der Befragten aufgezeichneten Audiodateien wurden bis auf wenige Ausnahmen vollständig transkribiert.

Das zweite *telefonische Interview*, rund 12 Monate nach Abschluss der Maßnahme, diente vier Zwecken. Es sollte erstens dazu beitragen, Unklarheiten oder offene Fragen aus dem ersten Interview aufzulösen, zweitens die Teilnahmebereitschaft über den neuerlichen persönlichen Kontakt aufrechterhalten, drittens stichpunktartig den Verlauf der letzten sechs Monate zu erheben und viertens Kategorien, die sich in der ersten qualitativen Erhebung als relevant ergeben haben, vergleichend zu erheben. Dazu wurde auf Basis, der in der ersten Interviewphase erhobenen Daten ein strukturierender Leitfaden entwickelt. Der Einstieg in das Interview wurde analog zur vorherigen Erhebungsrunde über eine knappe narrative Frage zum Verlauf von ersten zu zweitem Interview begonnen und fokussiert sich dann auf den Stand und die Entwicklung in den Lebensbereichen: Arbeit, Gesundheit und Familie/ Soziales, insbesondere aber auf wichtige (sofern vorhanden) Wendepunkte. Falls sich Veränderungen ergeben hatten, die vom Teilnehmer als wichtig und mitteilungswert befunden wurden, wurde dem Interview ein offener-narrativer Teil eingeräumt. Der Abschluss war ebenfalls analog zum ersten Interview gestaltet und fragte nach dem Ausblick auf die nächsten sechs Monate bis zum dritten und letzten Interviewzeitpunkt. Im Gegensatz zum ersten Interview wurden die Telefoninterviews nicht aufgezeichnet, sondern es wurde direkt nach dem Gespräch eine Zusammenfassung erstellt.

Beim dritten und abschließenden Interview rund anderthalb Jahre nach der Maßnahme handelte es sich um ein offenes Leitfadenterview. Das Vorgehen mit einem offenen Leitfaden bietet sich an dieser Stelle an, da hier eine relativ begrenzte Fragestellung verfolgt wird (vgl. *Przyborski/Wohlrab-Sahr, 2010, 139f.*) und bereits im ersten narrativen Interview auf die Vorgeschichte, RTW etc., ausführlich eingegangen wurde. Im Gegensatz zum zweiten (Telefon)Interview diente der Leitfaden nicht der Strukturierung des Interviews, sondern lediglich der Fokussierung der auch hier angestrebten möglichst offenen Erzählung. Neben den offenen Fragen zum Prozessverlauf des RTW und des SAW wurden Fragen zu Gesundheit und Familie/Soziales gestellt die sich nicht ausschließlich auf die Entwicklung der letzten sechs Monate fokussierten, sondern darüber hinaus erlaubten die Entwicklungen und Einstellungsänderungen über den gesamten Zeitraum nach der Rehabilitation zu erfragen, insbesondere vor dem Hintergrund der antizipierten und gewünschten Veränderungen, die in den vorhergehenden Interviews geäußert wurden; ein weiterer Aspekt der Interviews fokussierte auf die weiteren Zukunftsvorstellungen der Teilnehmer. Die Interviews der dritten Phase wurden wieder aufgezeichnet, zusammengefasst und selektiv transkribiert.

Von den 42 Teilnehmern der ersten qualitativen Erhebung konnten 38 zum zweiten Erhebungszeitpunkt befragt werden. Es handelte sich dabei um 29 Rehabilitanden aus der psychosomatischen Rehabilitation und um neun Absolventen aus den Berufsförderungswerken. Eine Teilnehmerin konnte aufgrund eingeschränkter Hörfähigkeit nicht per Telefon interviewt werden und wurde persönlich befragt. Insgesamt reduzierte sich die Teilnehmerzahl nur geringfügig. Dabei ist insbesondere erfreulich, dass alle Absolventen aus den Berufsförderungswerken zur Teilnahme am zweiten Interview motiviert werden konnten. Auch bei den Patienten der medizinischen Rehabilitation konnten die allermeisten für die weitere Befragung einbezogen werden; dies verweist auch auf ein Bedürfnis der Rehabilitanden über ihre Situation Auskunft zu geben bzw. über ihr Befinden zu sprechen, durchaus im Sinne einer Art therapeutischen „talking cure“. Die persönliche Vertrauensbeziehung zum Interviewer – jeweils ein Mitarbeiter des Projektes führte, außer in wenigen Fällen, alle drei Interviews mit dem betreffenden Rehabilitanden durch – mag ein weiterer Grund für die große Teilnahmebereitschaft gewesen sein.

Zum letzten Erhebungszeitraum, ca. 18 Monate nach der Maßnahme, konnten noch 37 Teilnehmer befragt werden (28 aus Kliniken bzw. Reha-Zentren und neun aus den BFWs). Somit konnten alle beruflichen Rehabilitanden aus der zweijährigen Vollzeitqualifikation über den

gesamten Erhebungszeitraum gehalten werden. Das ursprünglich anvisierte Sample mit Blick auf die medizinischen Rehabilitanden (15 Teilnehmer am Ende der Studie), aber auch auf das Gesamtsample hin (30 Teilnehmer), wurde so letztlich mehr als erfüllt.

5.4.2 Experteninterviews

Parallel zu den Gesprächen mit den Rehabilitanden wurden Experteninterviews von uns durchgeführt. Die Experteninterviews nach Meuser und Nagel (*Meuser/Nagel, 1997, 2002*) wurden als Ergänzung zur Perspektive der befragten Rehabilitanden durchgeführt. Sie basieren auf Fragen, die sich im Prozess der empirischen Erhebung ergaben und die mithilfe konkreter Akteure der Praxis diskutiert und problematisiert werden konnten. Insgesamt wurden 19 Experten aus unterschiedlichen Bereichen der Rehabilitation (Kliniker, Psychologen, Sozialarbeiter) als auch mit für die Rehabilitation wichtigen Schlüsselakteuren durchgeführt und in die Erhebung einbezogen. Diese Interviews wurden direkt nach der Erhebung zusammengefasst und die wichtigsten Ergebnisse thesenartig ausgearbeitet. Tabelle 3 gibt eine Übersicht der interviewten Experten:

Kategorie	Anzahl	Berufsgruppen
Betriebliche Akteure	9	Vertreter d. HWK, BEM-Beauftragte, Personalbeauftragte
Vertreter des Reha-Systems	7	Klinikchefs, Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter
Externe Akteure	3	Ambulante Psychotherapeuten

Tabelle 2: Experteninterviews (N = 19)

Um die Vorgehensweise an dieser Stelle zu verdeutlichen, ein kurzer Einblick in Anlass, Durchführung und Integration von Experteninterviews. Zwischen der ersten und zweiten Erhebungsphase wurde deutlich, dass insbesondere in der psychosomatischen Rehabilitation die Teilnehmer höchst heterogene Versorgungsketten durchlaufen und zwar sowohl auf den Zeitpunkt der Rehabilitation in der Krankheitsbewältigung, als auch auf die Einbindung in professionelle therapeutische und psychologische Betreuung bezogen. Daraus ergab sich innerhalb

Forschungsdesign

des Projekts die Frage, welche Perspektiven andere Akteure in der Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen auf Rehabilitationsmaßnahmen und die Rückkehr in Arbeit haben. Zur Beantwortung dieser Frage wurden im Verlauf der Studie drei ambulante Psychotherapeuten interviewt. Diese konnten zusätzliche Einblicke in die prozessuale Verortung der Rehabilitation innerhalb der Krankheitsbearbeitung geben.

5.4.3 Studiendesign

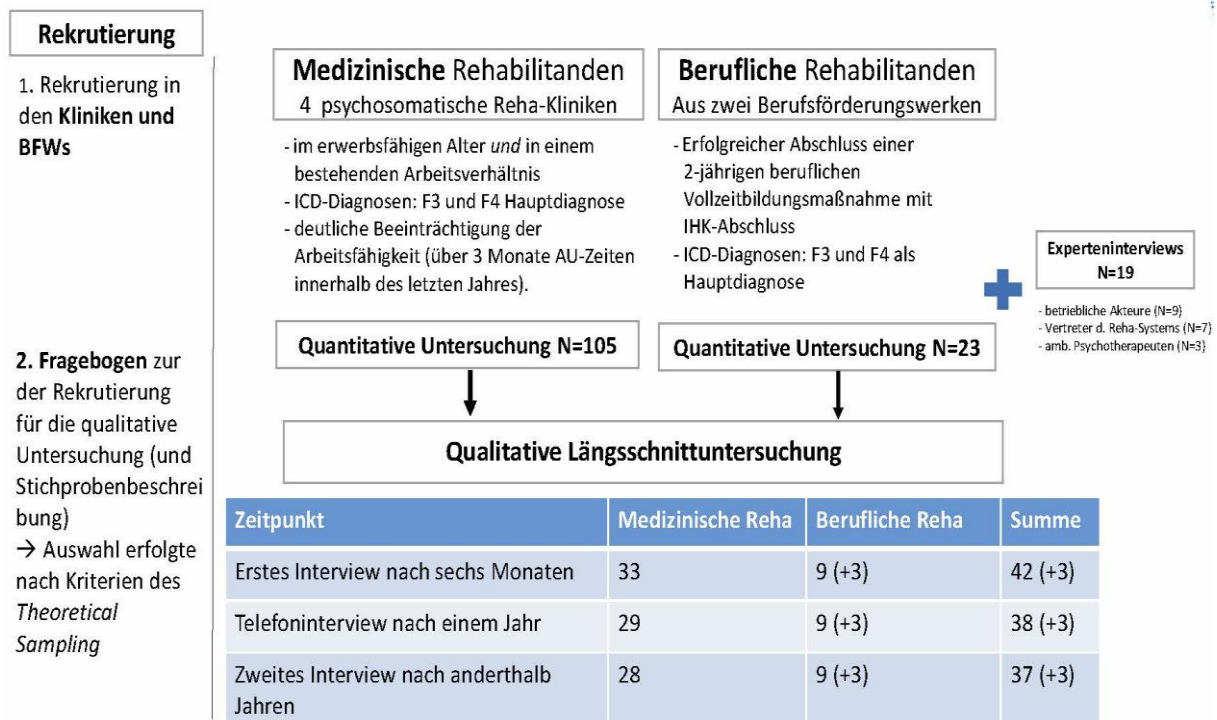


Abbildung 16: Studiendesign und Methoden (Quelle: Eigene Darstellung)

Studienablauf

Die nachfolgende Grafik zeigt zusammengefasst den zeitlichen Ablauf der Studie vom Beginn im Juni 2016 bis zum hier vorliegenden Endbericht im April 2019.

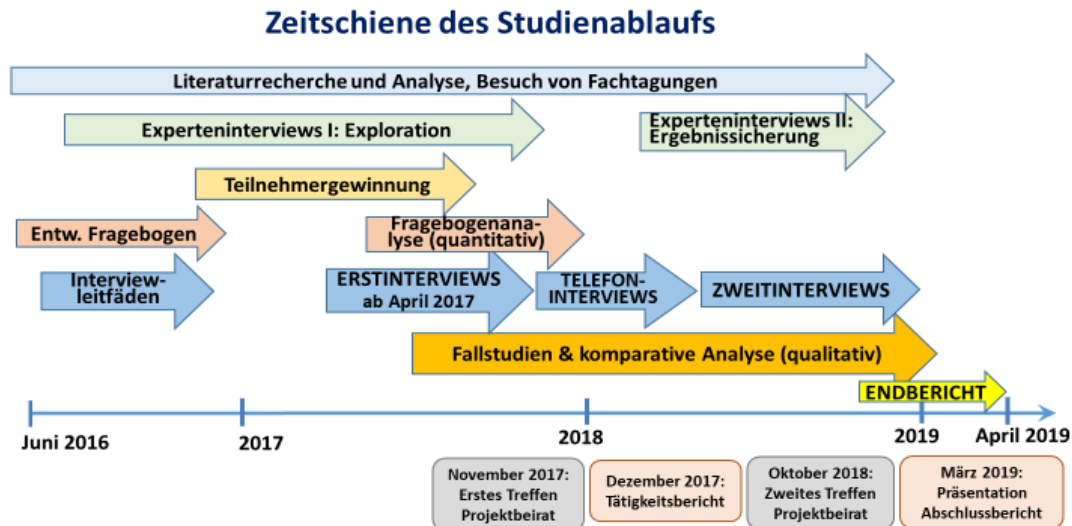


Abbildung 17: Zeitschiene des Studienablaufs (Quelle: Eigene Darstellung)

5.4.4 Datenauswertung

Die Analyse der Daten erfolgt nach den Prinzipien der Grounded Theory (Glaser/Strauss, 1998; Strauss, 1994; Strauss/Corbin, 1996; vgl. auch Kapitel 4.3.2 Grounded Theory als konzeptionelle und methodologische Grundlage). Dabei werden die Einzelfälle der Längsschnittdaten in drei Schritten unter Einsatz der Kodierverfahrens der Grounded Theory und insbesondere die narrativen Daten auch sequenzanalytisch ausgewertet um der fortlaufenden biographischen Entwicklung in der Auswertung gerecht zu werden (vgl. Fischer-Rosenthal/Rosenthal, 1997; Rosenthal/Fischer-Rosenthal, 2015). Zentrales Verfahren ist dabei der ständige Vergleich (vgl. Kelle, 1994, S. 289; Glaser/Strauss, 1998). Dieser ermöglicht mit den Mitteln des minimalen und des maximalen Kontrasts Fallgemeinschaften und Unterschiede herauszuarbeiten. Dieses Vorgehen bietet sich insbesondere bei Längsschnittdaten an, da wie das Material zeigt, etwa die Krankheitsbewältigung zu den jeweiligen Erhebungszeiträumen unterschiedlich vorangeschritten sein kann. Über das Kriterium der maximalen Variation (als Bestandteil des

theoretical sampling) kann die Breite der empirisch vorkommenden Fallkonstellationen erfasst werden.

Die vergleichende Analyse des Materials erfolgte in drei Schritten. Zuerst werden die Interviews innerhalb der im Studiendesign und der Fragestellung formulierten Gruppen von Rehabilitanden vergleichend miteinander in Beziehung gesetzt. Das erlaubt es, charakteristische Verläufe für den RTW und SAW nach beiden Maßnahmen zu formulieren und daran anschließend beide Gruppen miteinander zu vergleichen. Aus der ersten Erhebungsphase ergab sich wie bereits ausgeführt, dass ein direkter Vergleich zwischen beiden Gruppen von Maßnahmenteilnehmern nicht sinnvoll ist, da für die Absolventen der beruflichen Reha und für die medizinischen Rehabilitanden unterschiedliche Konstellationen, Erwartungen und Strategien relevant sind. Zusätzlich erhobene Experteninterviews, die die Auswertung des Materials durch die Perspektive von Praktikern und Vertretern des Reha-Systems (Ärzten, Therapeuten, Klinikleitern, Eingliederungshelfern), betrieblichen Akteuren (Schwerbehindertenvertretung, Arbeitgebervertretung), sowie ambulanten Therapeuten ergänzen, erlaubten eine Präzisierung und Überprüfung unserer Ergebnisse.

In der vorliegenden Studie fokussieren die beständigen Vergleiche zwischen den Teilnehmern besonders auf folgende Aspekte: a) die verschiedenen Wahrnehmungen, Reaktionen, Entscheidungen und Erfahrungen innerhalb des theoretischen Modells der Verlaufskurve (vgl. Kapitel 4.1.1 Die Bezugsprobleme für die theoretische Rahmung der Studie), b) die unterschiedlichen Nutzungserwartungen an die medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen und die subjektiven Erfahrungen mit den dortigen Angeboten, c) die unterschiedlichen Sichtweisen auf Arbeit und das Verhältnis von Arbeit und Familie, d) die unter Aspekten der Inanspruchnahme gemachten Erfahrungen mit den Kostenträgern, Einrichtungen und Verfahrensabläufen innerhalb der Versorgungskette. Ein weiteres Augenmerk wird auf die konkreten Erfahrungen der Lebenssituation und auf das Leben mit der Beeinträchtigungen gelegt.

6. Ergebnisdarstellung

6.1 Quantitative Analyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragebogenauswertung kurz dargestellt. Als erstes wurde eine Stichprobenbeschreibung gemacht, um festzustellen, ob unsere empirische Gruppe in etwa repräsentativ für psychosomatisch beeinträchtigte Rehabilitanden ist. In der ersten Spalte der nachfolgenden Tabelle sind die aktuellen Teilnehmer der Studie aus den 4 psychosomatischen Rehakliniken dargestellt. Spalte 2 repräsentiert die aktuellen Teilnehmer der Studie aus den BFWs mit psychosomatischer Diagnose. Da es sich hier um eine kleine Stichprobe handelt werden in Spalte 3 zum Vergleich berufliche Rehabilitanden unserer Vorgängerstudie, die keine Unterscheidung zwischen somatischen und psychischen Diagnosen beinhaltet, herangezogen.

6.1.1 Stichproben: Zusammenfassung

Kategorie	Medizinische Rehabilitanden Psychosomatik (n = 105)	Berufliche Rehabilitanden Psychosomatik (n = 23)	Berufliche Rehabilitanden Vorgängerstudie (n = 214)
Geschlecht:			
männlich	25,7%	30,4%	66,8%
weiblich	74,3%	69,6%	33,2%
Altersgruppe:			
20-29 Jahre	1,9%	4,3%	21,5%
30-39 Jahre	4,8%	39,1%	36,8%
40-49 Jahre	29,8%	43,5%	35,9%
50-59 Jahre	50,0%	13,0%	6,7%
über 60 Jahre	13,5%	-	-
Schulabschluss:			
Haupt/Volksschule	6,7%	8,7%	25,2%
Realschule/POS	35,8%	73,9%	53,8%
FH-Reife/Abitur	47,6%	17,4%	17,3%
keinen Abschluss	1,0%	-	3,7%
Berufsabschluss:			
Lehre	43,8%	69,6%	73,5%
Fachschule	20,0%	21,7%	10,9%
FH/Universität	28,5%	4,3%	2,2%
keinen Abschluss	7,6%	4,3%	13,4%
Hauptdiagnose:			
F3	64,6%	73,7%	k. A.
F4	35,4%	26,3%	k. A.
Gesundheitszustand gegen Ende der Reha:			
ausgezeichnet	1,0%	-	1,7%
gut	29,1%	63,6%	63,4%
schlecht	62,1%	36,4%	31,1%
sehr schlecht	7,8%	0,0%	3,8%

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung (N=105, N=23 und N=214)

Ergebnisdarstellung

6.1.2 Vergleich mit epidemiologischen und klinischen Daten

Ein direkter Vergleich epidemiologischer Daten mit unserer Stichprobe ist aufgrund der unterschiedlichen Gruppeneinteilungen und der verfügbaren Daten nicht eindeutig möglich; zudem gibt es grundsätzliche methodische Probleme beim Vergleich epidemiologischer mit prozessproduzierten klinischen Daten (vgl. *Handerer/Thom/Jacobi, 2018*). Es zeigt sich aber anhand verschiedener Datenquellen, dass F4 Diagnosen, im Gegensatz zu den Ergebnissen unserer Stichprobe, in der Gesamtbevölkerung in etwa gleich oder sogar etwas häufiger als F3 Diagnosen auftreten. An dritter Stelle rangieren Suchterkrankungen, v.a. Alkoholmissbrauch, insbesondere bei Männern:

„Basierend auf epidemiologischen Studien sind in Deutschland jedes Jahr 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen. Dies entspricht mit 17,8 Millionen Menschen der Einwohnerzahl von Nordrhein-Westfalen. (...) Die drei häufigsten Störungsbilder sind Angststörungen, affektive Störungen – zu denen Depressionen zählen – und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum. Beinahe die Hälfte aller Betroffenen weist mehr als eine Erkrankung auf. Hierbei tritt die Kombination aus Angst- und affektiven Störungen am häufigsten auf.“ (*Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2018a, S. 10*).

Wenn man diese Prävalenzraten auf die sozialpolitisch relevante Größe der indikationsbedingten Arbeitsunfähigkeitstage bezieht, dann zeigt sich, dass hier insbesondere und mit großem Abstand depressive Episoden und rezidivierende Störungen (F32/ F33) an erster Stelle vor Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schweren Belastungen (F 43) rangieren. Bezogen auf die Dauer der AU-Tage zeigt sich, dass Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) die wichtigste Einzeldiagnose darstellt (vgl. Abbildung 18).

Ergebnisdarstellung

Abbildung 18 zeigt die Verteilung der wichtigsten Einzeldiagnosen psychischer Erkrankungen nach Geschlecht und AU-Tagen/100 Versichertenjahren:

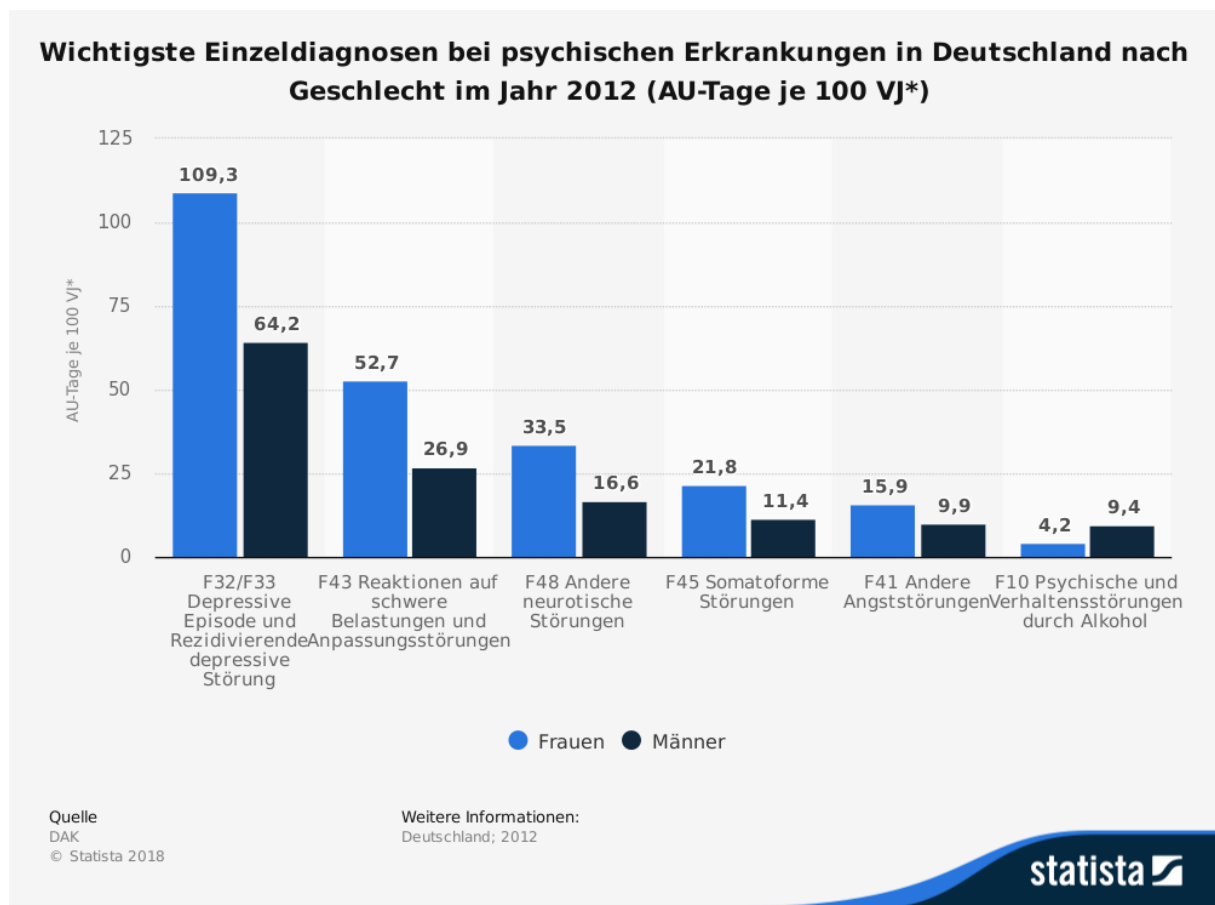


Abbildung 18: Verteilung der wichtigsten Einzeldiagnosen psychischer Erkrankungen nach Geschlecht und AU-Tage/100 Versichertenjahre (Statista, 2019g)

Von 2000 bis 2012 hat sich das AU-Volumen der Diagnose von F 43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) fast verdreifacht, das bei Depressionen (F32/ F33) mehr als verdoppelt, wie Abbildung 19 zeigt.

Ergebnisdarstellung

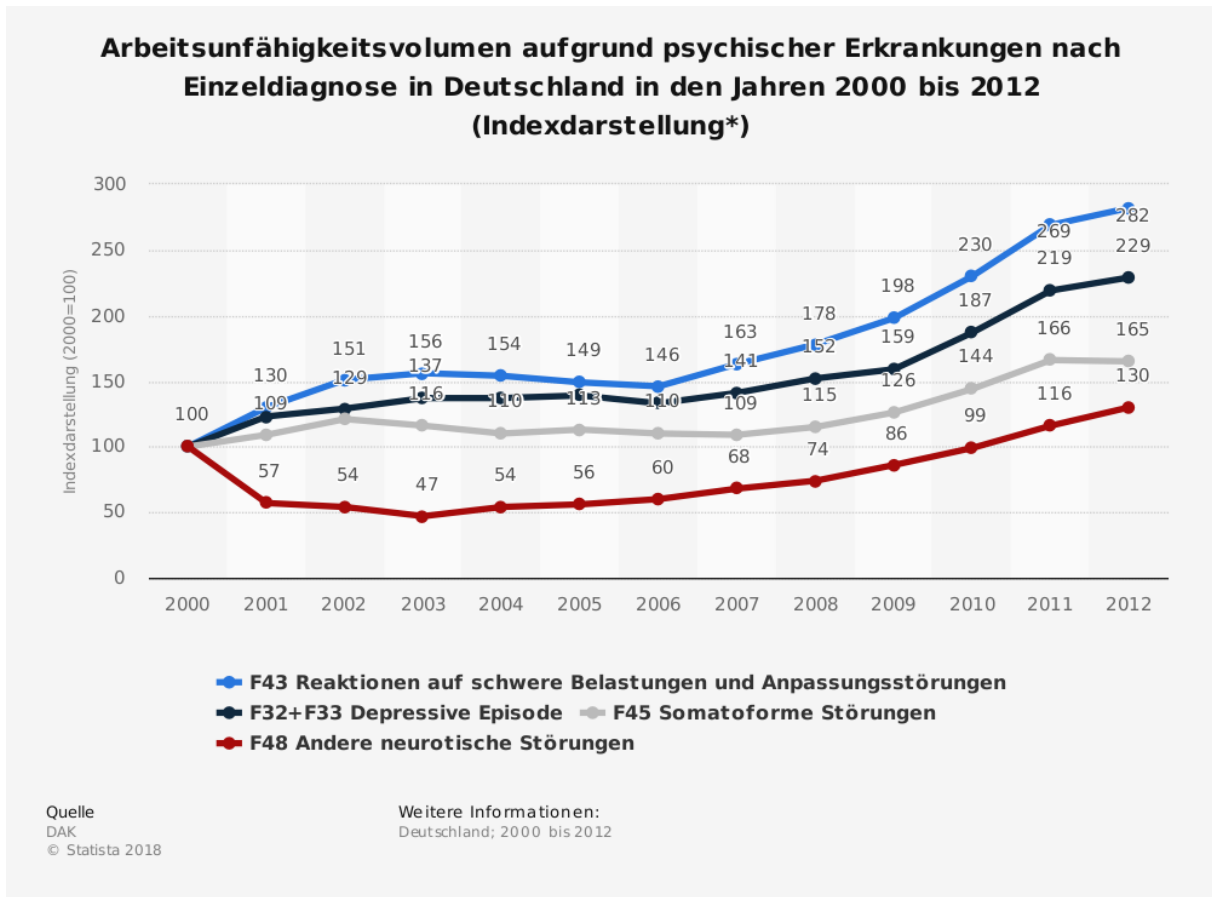


Abbildung 19: Arbeitsunfähigkeitsvolumen aufgrund psychischer Erkrankungen nach Einzeldiagnose in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2012 (Statista, 2019b)

Bezogen auf die *Falldauer* zeigt sich aber, dass F33 und F31 die meisten AU-Tage verursachen (neben F60, Schizophrenie). Angststörungen haben eine geringere Falldauer, was unser empirisches Ergebnis bestätigt, dass Menschen mit F4 Diagnosen es offensichtlich „besser“ schaffen ihre Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz durch verschiedene Strategien zu kompensieren. Abbildung 20 zeigt die AU Tage pro Fall bezogen auf einzelne Diagnosen:

Ergebnisdarstellung



Abbildung 20: Falldauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen in Deutschland nach Diagnose und Geschlecht im Jahr 2017 (Statista, 2019d)

Insgesamt lässt sich sagen, dass die vorliegenden epidemiologischen Daten zeigen, dass in unserer Stichprobe die F3 Diagnosen überrepräsentiert sind.⁷⁹ Es stellt sich an dieser Stelle insgesamt die Frage, ob bestimmte Diagnosen (v.a. die aus dem F3 Spektrum) einen leichteren Eintritt in das Versorgungssystem der Rehabilitation ermöglichen. Diese Frage wird im Laufe des Berichts noch öfter thematisiert (etwa Kapitel 7.1.), hier soll abschließend aber nur der Vergleich unserer Stichprobe mit einer der beteiligten Reha-Kliniken gemacht werden, die mit

⁷⁹ Mögliche Gründe dafür könnten hier sein: Bewilligungspraxis (eher Bewilligung durch Depression) oder Beantragungspraxis (Depressionen stören Arbeitsfähigkeit mehr bzw. führen häufiger zur Krankheitseinsicht und der daraus folgenden Beantragung einer EM-Rente).

Ergebnisdarstellung

Abstand die meisten Teilnehmer (51,4%; n=54) aus unserem Sample stellt. Wenn man die Parameter Geschlecht und Diagnose heranzieht zeigen die Daten der beteiligten psychosomatischen Reha-Klinik Folgendes:

Insgesamt wurden im Jahr 2018 in der teilnehmenden Klinik 2.861 Rehabilitanden mit F3 und/oder F4 Hauptdiagnose zugewiesen. Die Verteilung der Diagnosen über beide Geschlechter ergibt folgende Werte:

F3: 1879 Personen (66,9%) bzw. F4: 928 Personen (33,1%).

Das Verhältnis Frauen zu Männern über beide Diagnosegruppen betrug: 2.183 Frauen (76,3%) zu 678 Männern (23,7%). Aufgeteilt nach Geschlechtern ergibt sich:

F3: Frauen 1.462 = 75,6%; F3 Männer 417 = 24,4%.

F4: Frauen 721 = 73,4%; F4 Männer 261 = 26,6%.

Damit entsprechen die Gesamtdaten der kooperierenden Klinik, bezogen auf Geschlecht und Hauptdiagnose, ziemlich exakt der Verteilung in unserem Sample.⁸⁰

6.1.3 Detaillierte Auswertung der Stichprobe

Alter

Erwartungsgemäß sind die medizinischen Rehabilitanden in unserer Stichprobe älter als die in den Maßnahmen der beruflichen Vollqualifizierung in den BFWs. Das Durchschnittsalter beträgt bei den medizinischen Rehabilitanden 51,3 Jahre, bei den beruflichen ist es fast 10 Jahre jünger, nämlich 41,7 Jahre. 63,5% der medizinischen Rehabilitanden sind über 50 Jahre, bei den beruflichen sind dies lediglich 6,7% und immerhin ein Fünftel sind unter 30 Jahren alt. Bei den beruflichen Rehabilitanden ist keiner über 60 Jahre alt – dies hat vor allem mit der Bewilligungspraxis für die 2-jährige Vollqualifizierung zu tun – bei den medizinischen sind immerhin 13,6% über 60 Jahre alt.

Geschlecht

Insgesamt zeigt sich in der Stichprobe, dass die medizinischen Rehabilitanden aus den psychosomatischen Kliniken im Unterschied zu den beruflichen Rehabilitanden zu drei Viertel (74,3%)

⁸⁰ Weitere Daten aus den anderen Kliniken lagen uns bis Berichtsende nicht in einer vergleichbaren Form vor.

Ergebnisdarstellung

weiblich sind. Auch die beruflichen Rehabilitanden mit einer F3 oder F4 Diagnose sind in unserer Stichprobe zum überwiegenden Anteil Frauen (69,6%), während die beruflichen Rehabilitanden, über alle Krankheitsbilder hinweg, nur zu 33,2% Frauen stellen.⁸¹

Bildungsstand

Entgegen der Erwartungen aus der GEDA-Studie⁸² - „Frauen und Männer aus den unteren Bildungsgruppen geben häufiger seelische Belastungen an als Befragte aus den oberen Bildungsgruppen“ – dominieren in unserer Stichprobe mittlere und höhere Bildungsabschlüsse. Hier muss die Frage des Zuganges in das Rehabilitationssystem gestellt werden.

Der Akademisierungsgrad (Universität/Fachhochschule) ist unter den medizinischen Rehabilitanden mit knapp 30% viel höher als bei den beruflichen Rehabilitanden (4,3%), von denen wiederum etwa 70 % eine Lehre als höchsten Berufsabschluss haben, also eine klassische duale Berufsausbildung durchlaufen haben.

Lebenssituation

Die medizinischen Rehabilitanden wohnen sehr viel häufiger mit einem Partner im Haushalt (44,7%) als die beruflichen Rehabilitanden (21,7%). Dagegen leben die beruflichen Rehabilitanden häufiger allein mit einem oder mehreren Kindern im Haushalt (13 %) als Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation (6,8 %).

Kostenträger

Bei der medizinischen Reha war der Träger in 78,6% der Fälle die DRV Bund, wohingegen dies nur bei knapp 40% (39,1%) der beruflichen Rehabilitanden der Fall war. Die Mehrzahl der beruflichen Rehabilitanden (60,9%) wurde von der DRV Berlin-Brandenburg finanziert (insofern wurde die Zielgruppe der finanzierenden Institution erreicht).

Bei knapp 10% der medizinischen Rehabilitanden wurde der Erstantrag auf die Reha-Maßnahme über beide Diagnosen F3 und F4 hinweg abgelehnt.⁸³ Bei den F4 Diagnosen erhielten

⁸¹ Hier muss aber das Antwortverhalten berücksichtigt werden, um die relativ große Abweichung zu erklären. Frauen sind, so unsere Erfahrung, in der Regel eher bereit an Befragungen und Interviews teilzunehmen und Auskunft über ihre Lebenssituation zu geben.

⁸² GEDA = Gesundheit in Deutschland ;Robert-Koch-Institut (2012).

⁸³ Bei den beruflichen Rehabilitanden wurden dagegen 4,3% der Reha-Anträge nicht beim ersten Mal bewilligt.

Ergebnisdarstellung

darüber hinaus, 32,4% der Antragsteller die Maßnahme erst nach Widerspruch. Bei den F3 Diagnosen waren das lediglich 13,1%. Es bleibt hier die Frage offen, ob es Diagnosen gibt, mit denen man „leichter“ in das Rehabilitationssystem gelangt oder ob Arbeitnehmer mit F4 Diagnosen in der Arbeitswelt weniger stark auffallen, als dies bei F3 diagnostizierten Personen der Fall ist.

Rehabilitationserfahrungen und -erwartungen

43,8% der medizinischen Rehabilitanden geben an, bereits mindestens einmal an einer medizinischen Reha teilgenommen zu haben. Bei den beruflichen Rehabilitanden sind das wesentlich mehr, nämlich 65,2%. D.h. zwei Drittel der beruflichen Rehabilitanden war zuvor bereits in einer medizinischen Reha.

Eine vorherige Teilnahme an einer beruflichen Reha geben 7,6% der medizinischen Rehabilitanden an, bei den beruflichen sind es immerhin 17,4%, d.h. etwa ein Fünftel der beruflichen Rehabilitanden nimmt bereits mindestens das zweite Mal an einer beruflichen Rehabilitation teil; dies kann aber auch dadurch zustande kommen, dass etwa bei einer längeren krankheitsbedingten Unterbrechung der Maßnahme der Wiedereinstieg damit administrativ als neue Maßnahme verbucht wird.

56,2% der med. Rehabilitanden erwarten von der Reha, dass sie nach dieser wieder besser in der Arbeit zurechtkommen; bei den beruflichen ist das mit 52,2% fast identisch. Zwei Drittel der medizinischen Rehabilitanden erwarten von der Reha, dass sie durch psychologische bzw. therapeutische Beratung entlastet werden; im Interview wurde die Erwartung an konkrete, umsetzbare Handlungstipps häufiger genannt. Bei den beruflichen Rehabilitanden erwartet sich nur ein knappes Drittel (30,4%) eine Entlastung durch eine therapeutische Beratung, was mit der hier oft bereits fortgeschrittenen Krankheitsbearbeitung zu tun haben dürfte.

Ebenfalls zwei Drittel der medizinischen Rehabilitanden erwartet sich zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung in der Klinik weitere Unterstützung nach der Maßnahme. In den Interviews, ca. 6 Monate nach Ende der Reha, ist das bei den Allermeisten aber nicht mehr der Fall und wird auch nicht mehr als Erwartung an die Maßnahme artikuliert.

Krankheit – Diagnosen

Bei der Hauptdiagnose überwiegen in der Gesamtstichprobe (n=105) die F3 Diagnosen: 64,6% stehen 35,4% F4-Diagnosen gegenüber. Ein allgemeiner Vergleich nach Diagnosegruppen und

Ergebnisdarstellung

Krankenhaustagen aufgrund psychischer Störungen zeigt dagegen, dass beide Diagnosegruppen in etwa gleich verteilt sind und je einen Anteil von 40-44% haben (*Statista, 2019e*), was bedeutet, dass die F3 Diagnosen überrepräsentiert sind. Es gibt auch Unterschiede zwischen den Kliniken: so haben 73,6% der Rehabilitanden der Heinrich-Heine Klinik eine F3 Diagnose, dagegen aber „nur“ 43,5% in der Brandenburg-Klinik. Es lässt sich hier vermuten, dass nicht die Schwere der Beeinträchtigung, sondern bestimmte Krankheitsbilder (wie Depression, Burnout) zu einer höheren Bewilligungschance auf eine Reha führen.

Aus dem Fragebogen geht auch hervor, dass der überwiegende Teil der med. Rehabilitanden eine schon seit *längerem andauernde* psychische Erkrankung hat: ca. 25% der F3- und ca. 40% der F4-Diagnostizierten fühlen sich seit mehr als 5 Jahren durch ihre Erkrankung beeinträchtigt. Bei den beruflichen Rehabilitanden sind es über die Hälfte (56,5%), die sich seit über 5 Jahren durch die aktuelle Erkrankung beeinträchtigt fühlt, dies ist bei den medizinischen Rehabilitanden über beide Diagnosegruppen hinweg „lediglich“ bei 30,1% der Fall. Dafür fühlen sich im Vergleich, nur knapp 40 % (39,1%) der beruflichen Rehabilitanden seit 1-5 Jahren durch ihre aktuelle Erkrankung beeinträchtigt, wohingegen der Anteil der medizinischen Rehabilitanden hier bei 58,3% liegt. Seit weniger als 1 Jahr fühlen sich nur 4,3% der beruflichen Rehabilitanden beeinträchtigt, bei den medizinischen sind es 11,7 %.

Diagnosespektrum, Komorbiditäten und berichtete Beeinträchtigungen

19,0% der psychosomatischen Rehabilitanden in unserer Stichprobe haben sowohl eine F3 als auch eine F4 Diagnose. Fast drei Viertel (73,3%) leiden auch unter einer oder mehreren somatischen Beeinträchtigungen, hier kann also von einer hohen Komorbiditätsrate gesprochen werden. Das Robert-Koch-Institut stellt dazu in einer Studie im Jahr 2010 bezogen auf Depression fest:

„Depressive Störungen treten überzufällig häufig zusammen mit anderen psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen auf (=Komorbidität). Daten des Zusatzmoduls »Psychische Gesundheit« des BGS98 zur Komorbidität bei depressiver Episode und Dysthymie zeigen, dass 60 % der Personen mit einer depressiven Episode und 80 % derjenigen mit einer Dysthymie mindestens eine weitere psychische Störung aufweisen. Zu den häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen bei Depression gehören alle Formen von Angststörungen (Panikstörungen, Agoraphobie, Soziale und Spezifische Phobien, generalisierte Angststörung). (...) Statistisch bedeutsame Komorbiditätsmuster finden sich auch bei somatoformen Störungen, wie der Schmerzstörung sowie Suchterkrankungen.“ (*Wittchen u. a., 2010, S. 21*).

Ergebnisdarstellung

Die medizinischen Rehabilitanden fühlen sich im Schnitt stärker im Alltag durch ihre aktuelle Erkrankung beeinträchtigt als die beruflichen. Fast die Hälfte (48,6%) der Rehabilitanden in der psychosomatischen Reha sieht sich stark durch die aktuelle Erkrankung im Alltag beeinträchtigt, das ist nur bei 13 % der beruflichen Rehabilitanden der Fall. Es liegt hier die Hypothese nahe, dass die Krankheitsbewältigung zum Zeitpunkt der Befragung bei den beruflichen Rehabilitanden weitgehend abgeschlossen oder zumindest weiter fortgeschritten ist als bei den medizinischen Rehabilitanden und daher auch erfolgreiche Bewältigungsmuster praktiziert werden oder sich Rehabilitanden mit den krankheitsbedingten Einschränkungen abgefunden und mit den Arbeitgebern pragmatische Lösungen wie etwa eine Reduzierung der Arbeitszeit o.ä. gefunden haben. Allerdings ist hier auch die *Altersverteilung* zu berücksichtigen. Der Anteil der über 50jährigen beträgt in der medizinischen Reha über 63,5%, bei den beruflichen aber gerade einmal knapp über 10% (vgl. Tabelle 3) Aufgrund der geringen Anzahl beruflicher Rehabilitanden (n=23) ist dies statistisch aber für unser vorliegendes Sample nicht möglich.

Psychotherapeutische Behandlung

Obwohl der Bildungsstand bei den Rehabilitanden in der medizinischen Reha höher ist, ist der Anteil derjenigen die regelmäßig in Psychotherapie sind, über alle Bildungsabschlüsse etwa gleich verteilt. Fast die Hälfte der Befragten beider Gruppen befindet sich regelmäßig in Psychotherapie. Von den med. Rehabilitanden, die eine F3 Diagnose haben, waren 8,1% noch nie in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung; dies ist bei fast einem Fünftel (17,6%) der F4 diagnostizierten der Fall.

In psychotherapeutischer/ psychiatrischer Behandlung	Psychosomatische Reha (n=105)	Berufliche Reha Psychosomatische Diag. (n=23)
nein	12,4 %	13,0 %
gelegentlich	28,6 %	30,4 %
regelmäßig	59,0 %	56,5 %

Tabelle 4: Inanspruchnahme Psychotherapie (N = 105, N=23)

Arbeitsverhältnisse vor Reha

Der überwiegende Anteil der Rehabilitanden in der psychosomatischen Reha war lange an ihrem Arbeitsplatz beschäftigt, verfügt also über eine kontinuierliche Erwerbsbiografie; ca. ein

Ergebnisdarstellung

Fünftel (21,9%) war 5-10 Jahre und fast die Hälfte der Befragten (46,7%) über 10 Jahre an ihrem letzten Arbeitsplatz beschäftigt. Die Beschäftigungsdauer am letzten Arbeitsplatz war bei den medizinischen Rehabilitanden erwartungsgemäß länger als bei den beruflichen Rehabilitanden.

27,9 % der med. Rehabilitanden arbeiteten im Wochenend- oder Schichtdienst, wohingegen dies bei knapp drei Viertel (73,9%) der beruflichen Rehabilitanden der Fall war (das dürfte mit den bildungsbedingten Berufstätigkeiten zu tun haben).

Die beruflichen Rehabilitanden waren vor der Maßnahme sehr viel häufiger arbeitslos (47,8%) als die med. (14,3%).⁸⁴ Zu einem gewissen Teil erklärt sich das auch über lange Wartezeiten auf die berufliche Reha (in unserer Vorgängerstudie betrug die durchschnittliche Wartezeit 9 Monate von der Antragstellung bis zum Antritt). 7,7% der med. Rehabilitanden, die vor der Reha arbeitslos waren, waren über 12 Monate arbeitslos, bei den beruflichen Rehabilitanden ist dies bei 17,4% der Fall. Immerhin können sich etwa 40% der medizinischen Rehabilitanden vorstellen nach der Reha einen völlig neuen Beruf zu ergreifen.

Return to Work

Der Mehrzahl der Rehabilitanden gelingt der RTW ohne größere Schwierigkeiten und unspektakulär. Bei den *beruflichen* Rehabilitanden befinden sich sechs Monate nach der Reha 59,4% in Arbeit (n=138/*Vorläuferstudie*); 18 Monate danach sind 76,6% in Arbeit, wenn auch nicht immer im Umschulungsberuf tätig (n=94/*Vorläuferstudie*).

Während sich die Mehrzahl (69,6%) der beruflichen Rehabilitanden vorstellen kann *direkt nach der Maßnahme* wieder zu arbeiten, ist dies nur bei 36,2% der med. Rehabilitanden der Fall (leicht höher bei den F4 Diagnosen). Beim *Geschlecht* finden sich in unserer Stichprobe keine Unterschiede bei der Vorstellung, wieder an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren. Ebenso gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen F3 und F4 Diagnosen in Bezug auf die Einschätzung der Rückkehr an den *alten Arbeitsplatz*.

Zwar geben 40% der medizinischen Rehabilitanden an, dass sie sich eine Rückkehr an den *alten Arbeitsplatz nicht mehr vorstellen können*; sechs Monate später sind aber die meisten der

⁸⁴ Dies könnte evtl. ein Hinweis auf die Dauer der Erkrankung und/oder die Schwere der Erkrankung bzw. die durch die Erkrankung hervorgerufene Funktionsbeeinträchtigung, für die Ausübung der beruflichen Tätigkeiten sein.

Ergebnisdarstellung

von uns Interviewten wieder an ihren alten Arbeitsplatz zurückgekehrt. Hier scheint der Zeitpunkt der Befragung eine große Rolle zu spielen, aber auch mangelnde als realistisch eingeschätzte Alternativen im weiteren beruflichen Werdegang nach der Rehabilitationsmaßnahme.

Von den 33 interviewten *medizinischen* Rehabilitanden sind sechs Monate nach der Reha 24 Personen erwerbstätig; von diesen sind wiederum 20 an den alten Arbeitsplatz zurückgekehrt; zum zweiten Zeitpunkt, 18 Monate danach (n=28), sind noch 19 erwerbstätig, davon 14 am alten Arbeitsplatz.⁸⁵

Weiterführende Unterstützung

Über zwei Drittel der medizinischen Rehabilitanden geben zum Zeitpunkt der Befragung während des Klinikaufenthalts an, weiterführende Unterstützung zu brauchen. In den Interviews 6 Monate später geben aber nur mehr ganz wenige der Befragten an, eine Nachbetreuung zu benötigen (im Unterschied zu den beruflichen).

Zukunftsvorstellungen

Etwa ein Drittel (32,4%) der med. Rehabilitanden glauben zum Zeitpunkt der Maßnahme, dass sie nicht bis zum Erreichen des Rentenalters in ihrem jetzigen Beruf tätig können sein werden. 14,4% der med. Rehabilitanden (F3 11,3% bzw. F4 17,6%) können sich zum Zeitpunkt der Befragung *vorstellen*, nach der Reha eine EM-Rente zu beantragen. Etwa 70% derjenigen, die sich vorstellen können, eine Rente zu beantragen, sind über 50 Jahre alt.

Von den medizinischen Rehabilitanden blicken 39,0% nicht (7,6%) oder kaum (31,4%) optimistisch in die Zukunft. Bei den beruflichen Rehabilitanden ist dieser negative Ausblick nur bei 26,1% der Fall. Diese pessimistische Haltung bei den Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation könnte einerseits seinen Grund in der noch nicht abgeschlossenen Krankheitsverarbeitung, andererseits aber auch mit der Schwere der Krankheit im Zusammenspiel mit dem höheren Lebensalter zu tun haben; die positive Sicht der beruflichen Rehabilitanden dürfte m.E. mit der Entscheidung für die Teilnahme an einer beruflichen Neuqualifizierung zu tun haben, die ja auch eine Entscheidung für eine positive, veränderte Zukunft impliziert.

⁸⁵ Die Konstellationen, die zu einem Verlust der Aufgabe oder zum Erhalt des Arbeitsplatzes führen, werden für die Befragten des qualitativen Samples in Kapitel 6 besprochen.

6.2 Qualitative Analyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den qualitativen Analysen der Interviews mit den Studienteilnehmern ausführlich dargestellt. Anstelle einer Präsentation von Fallstudien haben wir uns für eine, um die zentralen aus dem Material emergierten Problemstellungen herum, organisierte Darstellungsweise entschieden. Dazu wurden auf der Basis eines beständigen Vergleichs der Fälle untereinander die problem- und themenspezifischen Aussagen der Studienteilnehmer zueinander in Beziehung gesetzt, wobei ein besonderes Gewicht auf den jeweiligen Gesamtkontext der individuellen Entwicklungsgeschichten und Umgangsformen mit den Symptomen und Lebensproblemen gelegt wurde. Dadurch können Gemeinsamkeiten und Unterschiede sichtbar werden. Zudem haben wir die aus den Experteninterviews gewonnenen Einschätzungen zu den jeweiligen Themenkomplexen zugespielt, um die Perspektive der Klinik (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter) und der Kostenträger zu verdeutlichen.

Auf den folgenden Seiten findet sich zunächst eine Übersicht über die von uns interviewten Rehabilitanden mit ihren jeweiligen zentralen sozialstrukturellen Merkmalen, Hauptdiagnosen, Dauer der Beschwerden, ihren zu der aktuellen Maßnahme vorgängigen Erfahrungen mit Rehabilitation, ihrer Nutzungsweise der aktuellen Maßnahme und den retrospektiv erinnerten Rehabilitationserwartungen sowie zum aktuellen Status der Rückkehr in Arbeit zum letzten Befragungszeitpunkt. Daran schließen sich die aus dem vergleichend analysierten Interviewmaterial gewonnenen Interpretationen zu den subjektiven Erzählungen, Berichten, Reflexionen, Evaluationen und Deutungsmustern der Rehabilitanden an. Die Ordnung, der aus dem Material emergierten Themen, folgt dabei der von uns, auf der Basis unserer in Kapitel 4 beschriebenen Theorieperspektiven, entwickelten Systematik.

Ergebnisdarstellung

6.2.1 Darstellung des qualitativen Samples

	Pseudo- nym	Alter	Lebenssitua- tion	Diagnose	Belastungs- dauer	Reha-Er- fahrung	Nutzungsan- spruch	RTW Erwartungen (nach Reha)	RTW
Frau	Bär	51	mit Partner bei Mutter	F4	seit über 5 Jahren	ja (1x med., 1x ber.)	Neuanfang	Umschulungsberuf oder neue Berufswahl	ALO → Umschulungsberuf (nach 12 M.) → ALO (nach 18 M.)
Herr	Dobert	44	mit Partner und Kind/ern im Haushalt	F3	seit über 5 Jahren	ja (med.)	Renormalisierung	Umschulungsberuf	ALO → Umschulungsberuf (nach 12 M.)
Frau	Grothe	53	allein mit Kind/ern im Haushalt	F3	seit über 5 Jahren	nein	Neuanfang	alter Arbeitsplatz, Umschulungsberuf oder neue Berufswahl	ALO → neuer Arbeitsplatz (in Anlehnung z. Umschulungsberuf, nach 18 M.)
Herr	Haubenschmid	52	allein im Haushalt	F3	seit über 5 Jahren	ja (1x med., 1x ber.)	Renormalisierung	Umschulungsberuf oder ALO	ALO → Umschulungsberuf (nach 12 M.)
Herr	Klomm***	55	allein im Haushalt	F3	/	ja (1x med.)	Neuanfang	Umschulungsberuf	Neuer Arbeitsplatz → ALO (nach 18 M.)
Frau	Kunze-Drost***	36	mit Partner und Kind/ern im Haushalt	F3	/	ja (1x med.)	Renormalisierung	fehlende Angabe	Arbeitgeberwechsel
Frau	Lippert	31	allein im Haushalt	F3	seit über 5 Jahren	ja (med.)	Neuanfang	Umschulungsberuf	Umschulungsberuf
Frau	Michaelis	49	allein im Haushalt	F3	seit über 5 Jahren	ja (1x med.)	Renormalisierung	Umschulungsberuf oder neue Berufswahl	Umschulungsberuf → ALO (nach 12 M.)

Ergebnisdarstellung

	Pseudo- nym	Alter	Lebenssitua- tion	Diagnose	Belastungs- dauer	Reha-Er- fahrung	Nutzungsan- spruch	RTW Erwartungen (nach Reha)	RTW
Frau	Pieper	45	allein mit Kind/ern im Haushalt	F4	seit 1 bis 5 Jahren	ja (1x med.)	Renormalisierung	Umschulungsberuf	Umschulungsberuf → alter Beruf
Herr	Rembrandt	46	allein im Haushalt	k.A.	seit über 5 Jahren	ja (ber.)	Renormalisierung	Umschulungsberuf oder ALO	Umschulungsberuf
Frau	Sibitzki***	39	mit Partner und Kind/ern im Haushalt	F3	/	ja (1x med.)	Renormalisierung	Umschulungsberuf	Umschulungsberuf
Frau	Wieland	37	allein im Haushalt	F3	seit 1 bis 5 Jahren	ja (med.)	Neuanfang	Umschulungsberuf	ALO

Tabelle 5: Beschreibung der beruflichen Rehabilitanden (qualitatives Sample, N = 12)

	Pseudo- nym	Alter	Lebenssitua- tion	Diagnose	Belastungs- dauer	Reha-Er- fahrung	Nutzungsan- spruch	RTW Erwartung (nach Reha)	RTW
Herr	Arlt	50	allein im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	ja (2x med.)	Wiederherstellung	alter Arbeitsplatz oder Arbeitsplatzwechsel (firmenintern)	alter Arbeitsplatz
Frau	Carstens	53	mit Partner im Haushalt	F4	1 bis 5 Jahre	ja (1x med.)	Behandlung	alter Arbeitsplatz	alter Arbeitsplatz → Vorruhestand (nach 18 M.)
Frau	Christ	47	mit Partner im Haushalt	F3	über 5 Jahre	nein	Wiederherstellung	Arbeitgeberwechsel	alter Arbeitsplatz
Frau	Dehr	55	mit Partner im Haushalt	F3	über 5 Jahre	ja (2x med.)	Behandlung	EM-Rente oder krankgeschrieben	alter Arbeitsplatz

Ergebnisdarstellung

	Pseudo- nym	Alter	Lebenssitua- tion	Diagnose	Belastungs- dauer	Reha-Er- fahrung	Nutzungsan- spruch	RTW Erwartung (nach Reha)	RTW
Frau	Fliege	46	allein mit Kind/ern im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	ja (1x med.)	Wiederherstel- lung	alter Arbeitsplatz, Arbeitsplatzwech- sel (firmenintern), Arbeitgeberwech- sel oder ALO	EM-Rente
Frau	Ganter	46	mit Partner im Haushalt	F4	über 5 Jahre	ja (med.)	Wiederherstel- lung	Arbeitgeberwech- sel, EM-Rente oder ALO	ALO → neuer Arbeitsplatz (12 M.)
Frau	Geißler*	54	allein im Haus- halt	F4	über 5 Jahre	nein	Behandlung	fehlende Angabe	neuer Arbeitsplatz
Frau	Gut	51	mit Partner im Haushalt	F4	1 bis 5 Jahre	nein	Behandlung	Arbeitgeberwech- sel, ALO oder krankgeschrieben	neuer Arbeitsplatz
Frau	Haltern*	38	mit Partner und Kind/ern im Haushalt	F3	über 5 Jahre	nein	Wiederherstel- lung	alter Arbeitsplatz oder krankge- schrieben	alter Arbeitsplatz
Frau	Handle	36	allein mit Kind/ern im Haushalt	F4	1 bis 5 Jahre	nein	Auszeit	alter Arbeitsplatz oder Arbeitsplatz- wechsel (firmenin- tern)	alter Arbeitsplatz
Frau	Hanser**	52	allein mit Kind/ern im Haushalt	F3	über 5 Jahre	nein	Behandlung	Arbeitgeberwech- sel oder ALO	ALO → neuer Arbeitsplatz (nach 12 M.)
Frau	Hoch	52	allein im Haus- halt	F3	1 bis 5 Jahre	ja (1x med.)	Wiederherstel- lung	alter Arbeitsplatz, Arbeitgeberwech- sel oder krankge- schrieben	alter Arbeitsplatz

Ergebnisdarstellung

	Pseudo- nym	Alter	Lebenssitua- tion	Diagnose	Belastungs- dauer	Reha-Er- fahrung	Nutzungsan- spruch	RTW Erwartung (nach Reha)	RTW
Frau	Hoffmann	59	mit Partner im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	ja (1x med.)	Behandlung	alter Arbeitsplatz	alter Arbeitsplatz
Frau	Klein	59	allein im Haushalt	F3	über 5 Jahre	ja (1x med.)	Auszeit	alter Arbeitsplatz oder Arbeitsplatzwechsel (firmenintern)	alter Arbeitsplatz
Frau	Knoll	50	mit Partner und Kind/ern im Haushalt	F3	unter einem Jahr	nein	Auszeit	alter Arbeitsplatz	alter Arbeitsplatz
Herr	Läsig	50	allein im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	nein	Neujustierung	Arbeitgeberwechsel oder ALO	ALO
Herr	Laus	62	mit Partner im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	nein	Reha zur Rente	EM-Rente	ALO → EM-Rente (12 M.)
Frau	Linden*	55	allein im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	nein	Auszeit	alter Arbeitsplatz, Arbeitsplatzwechsel (firmenintern) oder Arbeitgeberwechsel	alter Arbeitsplatz
Herr	Mader	48	mit Partner im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	nein	Auszeit	Arbeitgeberwechsel oder krankgeschrieben	neuer Arbeitsplatz
Frau	Niede	48	allein mit Kind/ern im Haushalt	F4	über 5 Jahre	nein	Behandlung	alter Arbeitsplatz	alter Arbeitsplatz
Frau	Niemann	37	mit Partner und Kind/ern im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	nein	Auszeit	alter Arbeitsplatz	alter Arbeitsplatz

Ergebnisdarstellung

	Pseudo- nym	Alter	Lebenssitua- tion	Diagnose	Belastungs- dauer	Reha-Er- fahrung	Nutzungsan- spruch	RTW Erwartung (nach Reha)	RTW
Frau	Peters	41	mit Partner im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	nein	Neujustierung	Arbeitgeberwech- seln oder ALO	Selbständig → neuer Arbeitsplatz
Herr	Precht	59	mit Partner im Haushalt	F4	über 5 Jahre	ja (1x med.)	Reha zur Rente	Eine Rente bean- tragen	EM-Rente
Herr	Puhl	64	allein im Haus- halt	F3	über 5 Jahre	ja (1x med.)	Auszeit	alter Arbeitsplatz	alter Arbeitsplatz
Frau	Rath	53	allein im Haus- halt	F3	über 5 Jahre	ja (1x med.)	Reha zur Rente	EM-Rente oder krankgeschrieben	EM-Rente
Frau	Reber	54	Mit Partner und Kind/ern im Haushalt	F4	unter einem Jahr	nein	Auszeit	alter Arbeitsplatz	alter Arbeitsplatz
Frau	Röder	56	allein im Haus- halt	F4	1 bis 5 Jahre	ja (1x med.)	Auszeit	alter Arbeitsplatz	alter Arbeitsplatz
Frau	Rooke	54	mit Partner im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	nein	Auszeit	alter Arbeitsplatz	alter Arbeitsplatz
Frau	Schlegel	40	mit Partner und Kind/ern im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	ja (1x med.)	Auszeit	alter Arbeitsplatz o- der Arbeitgeber- wechsel	alter Arbeitsplatz
Frau	Thiel	56	mit Partner und Kind/ern im Haushalt	F4	unter einem Jahr	nein	Behandlung	Krankgeschrieben	ALO
Frau	von Hellig	52	Sonstiges	F3	über 5 Jahre	nein	Auszeit	Arbeitgeberwech- sel	alter Arbeitsplatz → Selbständig (nach 12 M.)

Ergebnisdarstellung

	Pseudo- nym	Alter	Lebenssitua- tion	Diagnose	Belastungs- dauer	Reha-Er- fahrung	Nutzungsan- spruch	RTW Erwartung (nach Reha)	RTW
Frau	Wagner*	52	mit Partner im Haushalt	F3	1 bis 5 Jahre	nein	Wiederherstel- lung	alter Arbeitsplatz	alter Arbeitsplatz
Herr	Wrobel	41	allein im Haus- halt	F3	über 5 Jahre	nein	Neujustierung	ALO	ALO → ab 12 M. Qualifizie- rung

Tabelle 6: Beschreibung der medizinischen Rehabilitanden (qualitatives Sample, N = 33)

Umschulungsberuf = „In meinem neuen Beruf arbeiten“

Neue Berufswahl = „Völlig neuen Beruf ergreifen“

Arbeitsplatzwechsel = „firmenintern Arbeitsplatz wechseln“

Arbeitgeberwechsel = „mir einen neuen Arbeitgeber suchen“

Alter Arbeitsplatz = „An meinen alten Arbeitsplatz zurückkehren“

ALO = „Arbeitslos sein“

Krankheit = „Krank geschrieben sein“

EM-Rente = „Eine Rente beantragen“

Legende:

*Es wurde ein Interview durchgeführt (6 Monate nach der Reha)

**Es wurde ein Interview (6 Monate nach der Reha) und ein Telefoninterview (12 Monate nach der Reha) durchgeführt

***die Fälle wurden aus einem vorherigen Projekt zum RTW nach beruflicher Qualifikation herangezogen,
Personen ohne Markierung wurden dreimal interviewt, 6; 12 (Telefoninterview) und 18 Monate nach der Reha

6.2.2 Verlaufskurvenprozesse, Krisen, Wendepunkte und Potenziale

Das Konzept der Verlaufskurve (trajectory) beschreibt einen (Leidens-)Prozess, der als intersubjektives Phänomen von Glaser und Strauss (*Glaser/Strauss, 1968, 1974; Strauss/Glaser, 1970*) im Zusammenhang mit Sterbensprozessen erstmals herausgearbeitet und im Anschluss von Corbin und Strauss (*Corbin/Strauss, 2004*) im Kontext der Bewältigung einer chronischen Krankheit wieder aufgegriffen sowie parallel von Fritz Schütze als genereller Prozess einer Krise im biografischen Verlauf – vom Ausbruch bis zur Bearbeitung – ausgearbeitet und systematisiert wurde (*Schütze, 1981, 1982, 1996*). Die Verlaufskurve konzipiert damit eine von äußeren Ereigniskaskaden geprägte und auf das Individuum wirkende Prozessstruktur des Lebenslaufs. Im Speziellen steht sie als Krankheitsverlaufskurve für den zwar immer subjektiv empfundenen, aber im Vergleich der Betroffenen untereinander⁸⁶ (z.B. während der Reha), als unabhängig von der Klassifizierung nach ICD-10 oder von soziodemografischen Daten (Alter, Geschlecht, Wohnort, Familienstand, Beruf, Bildungsstand usw.) erlebter Prozess des Krankheitserlebens. Deutlich wird dies insbesondere im Vergleich der Rehabilitanden untereinander. Ein Ort eines solchen Vergleichens ist beispielsweise eine medizinische Reha, weil die Betroffenen dort häufig zum ersten Mal mit anderen Erkrankten aufeinandertreffen und sich der Vergleich mit den Situationen und Verläufen anderer Patienten anbietet. Für Herrn Läsig ist das theoretische Konzept der Verlaufskurve insofern relevant, dass die anderen Patienten „zweieinhalb drei Wochen brauchten bis sie **ankamen** so richtig“ (Läsig I, Z. 284). Diesen Patienten fehlt es in der Einschätzung von Herrn Läsig an der notwendigen Krankheitseinsicht, um die Reha effektiv zu nutzen. Sie sind im Krankheitsverlauf noch nicht so weit und müssen erst dahin gebracht werden, wo er sich bereits am Beginn der Rehabilitation befindet.

Das Konzept der Verlaufskurve ist damit anschlussfähig an die von den Betroffenen erlebte Prozessualität der Erkrankung. Sie ist explizit biografisch und unterscheidet sich von der Perspektive, die uns zwei medizinische Leiter von Reha-Einrichtungen in einem Experteninterview berichten. Diese haben zwar ebenfalls eine prozessuale Perspektive auf die Erkrankung, sind in ihrem Blick auf die Biographie der Patienten aber rein funktional orientiert. Dies manifestiert sich z.B. darin, dass sie bestrebt sind, die Biografie bzw. biografischen Möglichkeiten so

⁸⁶ Die Rehabilitanden selbst haben oder bekommen im Austausch mit anderen erkrankten Personen eine Vorstellung vom Prozesscharakter ihrer eigenen Erkrankung und damit auch von einem möglichen Ziel bzw. überhaupt von einer Perspektive.

Ergebnisdarstellung

zu ordnen bzw. zu nutzen, dass sie sich in den Krankheitsverlauf als Ressource in der Bearbeitung integrieren lassen.

Das verlaufskurvenförmige Krankheitserleben zeigt sich bei beruflichen und medizinischen Rehabilitanden gleichermaßen. Den entscheidenden Unterschied markiert in der Regel das jeweilige Verlaufskurvenstadium, in denen sich die entsprechenden Rehabilitanden befinden; die beruflichen Rehabilitanden haben im Vorfeld ihrer Qualifizierungsmaßnahme meist auch eine medizinische Rehabilitation absolviert und sind dementsprechend auch innerhalb ihrer persönlichen Verlaufskurvenentwicklung weiter fortgeschritten. In unserem Sample findet sich nur eine berufliche Rehabilitandin, die sich noch selbst gesundheitlich stark belastet sieht und damit in der Verlaufskurvenentwicklung eher mit medizinischen Rehabilitanden Gemeinsamkeiten aufweist. Frau Michaelis ist auch gut anderthalb Jahre nach der Qualifikation noch auf der Suche nach einer nachhaltigen Lösung für ihre weiterhin akuten und in der Lebensführung einschränkenden psychosomatischen Beschwerden. Sie ist in der Krankheitsbearbeitung zum Ende der LTA, auch im Vergleich zu einigen medizinischen Rehabilitanden, deutlich weniger weit fortgeschritten. Sie kann keine gesundheitliche Stabilität etablieren, also innerhalb der Krankheitsverlaufskurve nicht weiter fortschreiten. Ihr Fall ist in der Gruppe der beruflichen Rehabilitanden ein deutlicher Ausreißer. Nicht nur im Vergleich mit denjenigen mit psychosomatischen Diagnosen, sondern im Vergleich zu den vorherigen Untersuchungen auch über das gesamte Spektrum an gesundheitlichen Einschränkungen.

6.2.2.1 Stadien der Verlaufskurve

Systematisch gliedert sich die Verlaufskurve in sieben Stadien nach Schütze, die den Prozess des Krankheitserlebens von den ersten Krankheitssymptomen über die Zeit des Präsentismus (*Lohaus/Habermann, 2018*), einer darauf folgenden zunehmenden Belastung mit subjektiv wahrgenommener Destabilisierung des Lebens mit einhergehendem sozialen Abstieg, einem Veränderungsimpuls und den Initiativen zur Re-Normalisierung des Lebens bis hin zur Rückkehr in eine (labile) gesundheitliche Stabilität abbilden.

Wie wir auch an unserem Datenmaterial sehen, durchlaufen nicht alle Rehabilitanden zwangsläufig alle Stadien idealtypisch nacheinander, vollständig und in gleicher Zeit; Frau Haltern beispielsweise erlebt eine Aufschichtung von Belastungen am Arbeitsplatz und einem Zusammenbruch, als sie das Gefühl hat, ihre Tochter zu vernachlässigen. Sie sucht sich im Anschluss sowohl therapeutische Hilfe als auch Rat bei einer sozialpädagogischen Familienhilfe. Beides verhindert, dass Frau Haltern sozial absteigt oder ins ungebremste Trudeln gerät. Im Vergleich

Ergebnisdarstellung

dazu baut sich die Belastung für Frau Hanser ebenfalls sichtbar auf, anstatt eines Zusammenbruchs setzt sie aber einen Veränderungsimpuls in Form einer Kündigung, der einen langanhaltenden Abstieg zur Folge hat: *„ich dachte auch ich bleib ein zwei Monate zu Hause schlaf mich aus und dann such ich mir ´n neuen Job und fang irgendwo neu an aber aus (1) diesen ein zwei Monaten (1) bin ich nicht mehr rausgekommen, ne (.)“*(Hanser I, Z. 662ff.).

Die Verlaufskurve erweist sich trotz der vorhandenen Variationsmöglichkeiten als sehr hilfreiches Konzept, da sie den Krankheitsverlauf aus dem Erleben der Betroffenen nachzeichnet und diese Perspektive damit für Professionelle im Rehabilitationssystem greifbar macht, gleichzeitig aber auch für Risikokonstellationen und entsprechende Hilfe- und Unterstützungsbedarfe der Rehabilitanden sensibilisiert sowie die Platzierung von Interventionsmaßnahmen zeitlich passgenau erkennen lässt (Klaus/Meschnig/Kardorff, 2018a).

Verlaufskurvenpotential

Das psychische Belastungserleben hat für die meisten Rehabilitanden eine lange Vorgeschichte. Innerhalb des biografischen Verlaufs kommt es immer wieder zu sozialen Konflikten, zu psychischen Überlastungssituationen oder zu einem Empfinden von zu Unrecht verwehrt Wertschätzung in der Familie und/oder im Beruf; teilweise erzählen die Rehabilitanden auch von traumatischen Ereignissen aus ihrer Kindheit. So berichten in den Interviews mehrere weibliche Teilnehmerinnen von Missbrauch und Vergewaltigung in ihrer Jugend und daraufhin belasteten Beziehungen zu ihren Müttern. Zu diesen Fällen gehört auch Frau Niede, die mit 15 Jahren vergewaltigt wird und seitens ihrer Mutter in dieser Situation keine Unterstützung erfährt. Frau Niede verlässt anschließend ihr Elternhaus und rutscht in die Drogenszene ab. Nicht nur das Erleben von Gewalthandlungen, sondern auch die Trennung der Eltern und deren neue Partner, sind Anlässe für traumatische Ereignisse in der Kindheit. Nach der Trennung der Eltern wird Frau Christ beispielsweise in eine Rolle gedrängt, die sie als Tochter und Kind nicht bewältigen kann: *„und ich war dann so n bisschen der M- seelische Mülleimer für meine Mutti“*(Christ I, Z. 210f.). Die in der Biografie aufgeschichteten belastenden Erlebnisse werden von den Rehabilitanden immer wieder verdrängt und nicht bearbeitet. Ursächlich dafür kann eine Scheu vor dem Gesundheitssystem sein, aber auch ein in der Erziehung vermitteltes Gefühl, emotionale Belastungen auszuhalten zu müssen bzw. nicht thematisieren zu dürfen, eine fehlende Wahrnehmung und Einordnung der singulären Belastungen oder auch die Angst da-

Ergebnisdarstellung

vor, dass ein subjektives Belastungserleben als individuelles Versagen wahrgenommen werden könnte. Hierbei spielt es auch keine Rolle, ob sich die belastenden Faktoren eher in der Arbeitswelt finden, z.B. in Enttäuschung, Resignation und Frustration im Traumberuf (z.B. Frau Reber, die in einem pflegerischen Beruf arbeitend vor den Veränderungen im Berufsfeld, also steigenden Anforderungen wie etwa in der Dokumentation, resigniert) oder als Aspekte misslungener Lebensbewältigung im Familienleben wahrgenommen werden (z.B. Frau Schlegel, deren Familienleben von ihren Träumen und Hoffnungen abweicht: „*dass man vielleicht nicht so leben kann wie man möchte*“ (Schlegel I, Z. 666). Entscheidend ist vielmehr, dass sich die nicht bearbeiteten psychischen Belastungen zunehmend summieren und in einen Zustand erster gesundheitlicher Beschwerden münden. Häufig kündigen sich die ersten stärkeren psychischen Beschwerden über Schlafprobleme: „*bei mir wars ja auch so (1) schleichend (.) das: fing ja wirklich (1) ganz ganz schlimm mit n Schlafproblemen an*“ (Carstens I, Z. 138f.), Erschöpfungszustände oder somatische Beschwerden an; auch ein Tinnitus kann ein erstes Warnsignal sein wie im Fall von Frau Reber, die den Tinnitus zunächst als eigenständige Erkrankung versteht und im weiteren Verlauf für sich erkennt: „*das war ich hab dann eigentlich den Tinnitus gar ne mehr so als (2) ja dieses ähm als **Problem** so für mich gesehen sondern eher so als ähm: (2) Maß, als Maß äh we=we=wie ähm, wie´s mir gesundheitlich geht (.)*“ (Reber I, Z. 186ff.). Die bereits als latente psychische Krise wahrgenommene, aber noch als handhabbar eingeschätzte Situation, wird von einigen unserer Teilnehmer pointiert als Nicht-mehr-wollen beschrieben. Obwohl die Personen inzwischen starke psychische Beschwerden aufweisen, versuchen sie die Belastungen weiter zu verdrängen oder ihnen allein, ohne Hilfen von Ärzten oder Angehörigen, mit individuellen Strategien entgegenzuwirken. Es handelt sich hierbei um Phasen des Aushaltens bzw. Ertragens. Dabei könnten präventive Angebote in dieser Zeit der latenten psychischen Krise greifen und das Ausbrechen der Verlaufskurvendynamik verhindern; am Arbeitsplatz wäre z.B. das Konzept einer psychosomatischen Sprechstunde (Balint u. a., 2018) denkbar. Ein Experte aus der betrieblichen Praxis betont im Interview, dass eine frühe Intervention am Arbeitsplatz notwendig wäre, um akute und chronifizierende Phasen psychischer Belastungen zu vermeiden. Der Befragte würde hier eine am Arbeitnehmer orientierte Gefährdungsbeurteilung bevorzugen, sieht aber mit Blick auf den Datenschutz und Arbeitnehmerrechte deutliche Vorbehalte. Das im Kontext des Arbeitens trotz Krankheit entwickelte Konzept des Präsentismus spiegelt sich auch in unseren Daten. Die Rehabilitanden bauen in diesen Fällen ein eigenes Instrumentarium auf, um das Einbrechen der Erkrankung

Ergebnisdarstellung

in das Arbeitsleben zu verhindern oder zu verschleiern. So sagt Frau Ganter: „mit völlig verrückten Aktionen äh=äh konnte ich das überspielen“ (Ganter I, Z. 252). Präsentismus kann ein Phänomen sein, das von den Befragten erst retrospektiv als solches identifiziert wird. Dies wird bei Frau Hanser und Herrn Wrobel deutlich, die erst nach dem Ende ihrer Arbeitsverhältnisse und den darauffolgenden Zusammenbrüchen das Ausmaß ihrer Belastung erleben und verstehen. Auffällig ist darüber hinaus, dass unsere Teilnehmer Ähnliches über ihr Familienleben berichten. Frau Carstens empfindet eine große Verantwortung gegenüber ihren pflegebedürftigen Eltern, deren Ansprüche ihr gegenüber belastend sind; aus ihrem Verantwortungsgefühl heraus hält sie am innerfamiliären Generationenvertrag fest. Innerhalb der Familie kann von Präsentismus kaum gesprochen werden, es zeigen sich aber deutliche Parallelen zwischen beruflichem und innerfamiliärem Handeln. Die Befragten halten trotz starker psychischer Belastungen in dieser Arena den familiären Alltag aus, um das Fortbestehen dieses Alltags zu garantieren. Das Aushalten und „Weiter so“ ergibt sich aus der Angst vor Verlust im Zuge einer Trennung oder eines Kontaktabbruchs oder aber auch aus Angst vor Konflikten und Streit. Am Deutlichsten zeigen sich Parallelen in der Motivation von Präsentismus und Aushalten darin, das bestehende System durch die eigene Krankheit bzw. den Entzug der „Arbeitskraft“ (z.B. bei der Pflege von Angehörigen) nicht zu stören oder zu gefährden. Das gilt für Frau Hoffmann in gesteigertem Maße, die, nachdem ihr Mann zum Pflegefall geworden ist, nicht nur Alleinverdienerin ist, sondern auch den Lebenswillen ihres Mannes aufrechterhalten muss. Gerade weil die Handelnden sich psychisch stark belastet fühlen und darin erleben, dass ihre Kompetenz zur Aufrechterhaltung ihres Alltags bedroht ist, suchen sie nach dem Erhalt von Stabilität, da dies ihnen Sicherheit und damit auch die Möglichkeit der Genesung suggeriert. Den im Zusammenhang mit dem Präsentismus bzw. Aushalten steigenden Aufwand des Erhalts der Stabilität und damit der zunehmenden psychischen Belastung, reflektieren sie zunächst nicht.

Herausgehobenes Ereignis

Neben dem biografisch aufgeschichteten Verlaufskurvenpotential berichtet die Mehrzahl unserer Teilnehmer von situativen Auslösern ihrer psychischen Beschwerden; häufig ist es ein problematischer Umgang mit normativen Lebensereignissen, z.B. der Tod eines Familienmitglieds (z.B. Frau Wagner, die den erwarteten Krebstod des Vaters nicht aufarbeiten kann) oder

Ergebnisdarstellung

(lebens-)zyklische Hormonumstellungen (z.B. Frau Peters, die ihr Belastungserleben auch hormonell versteht). Gleichfalls erzählen die Teilnehmer von Änderungen bzw. Umstrukturierungen am Arbeitsplatz (z.B. Herr Läsig, der durch die Übernahme seines Arbeitgebers von einer Aktiengesellschaft, einen Zusammenbruch beruflicher Orientierungsmuster erlebt „*viele meiner Kollegen und auch ich ham gesagt wir sind vom Himmel in die Hölle gekommen*“ (Läsig I, Z. 1261f.) – ähnlich sind auch die Fälle von Frau Thiel und Frau Knoll, bei denen jeweils die Vorgesetzten wechseln oder von Herrn Mader, der durch die Kündigung seines Vorgesetzten als ‚Überbleibsel‘ zur Zielscheibe wird) oder aufkommenden Wertschätzungsdefiziten. Letzteres findet sich bei Frau Hoch, die insbesondere ihr großes Engagement nicht wertgeschätzt sieht. Als dann auch noch das sonst übliche Geschenk für langjährige Mitarbeiter zu einem runden Geburtstag ausbleibt, konzentriert sich in ihr das Gefühl, ausgenutzt zu werden. Bereits vorher bestehende Problemlagen kommen zum Vorschein und werden verstärkt, weil die gewohnten Routinen wegfallen. Die von den Teilnehmern benannten situativen Auslöser stehen damit keineswegs trennscharf neben den biographisch aufgeschichteten Belastungen. Vielmehr kontrastiert der von den Teilnehmern hervorgebrachte situative Auslöser sich von vorher erfahrenen Erlebnissen darin, dass eben dieses Ereignis, auch wegen des bis dahin aufgeschichteten Verlaufskurvenpotentials, nicht mehr aushaltbar und zu verdrängen ist. Damit wird der situative Auslöser zu einem herausgehobenen Ereignis stilisiert, welches den Übergang in die Verlaufskurvendynamik manifestiert und damit auch das vorher aufgeschichtete Verlaufskurvenpotential wirksam werden lässt. Eine Expertin aus einer der beteiligten Reha-Kliniken spricht von ‚taffen Leuten‘, die sich über lange Zeiträume durchkämpfen. Das biographisch aufgeschichtete Verlaufskurvenpotential ist diesen Patienten meist nicht zugänglich. Sie haben eine nur schemenhafte Vorstellung von den biographischen Verläufen, die zu den meist langwierigen Erleidensprozessen geführt haben. Die Klinikerin berichtet auch, dass die von den Betroffenen kaum reflektieren Verläufe, meist durch schwere Lebensereignisse in akute psychische Krisen führen. Bis dahin war das Leiden in das Verständnis der Selbst-Welt-Beziehungen der Betroffenen eingebettet.

Der situative Auslöser wird damit zur Ursache einer Extremsituation, in der die bis dahin unter starkem Aufwand erhaltene Stabilität ins Wanken gerät, er ist aber nur zu einem (kleinen) Teil die Ursache der psychischen Belastung. An diesem Punkt wird aus dem Nicht-mehr-wollen ein Nicht-mehr-können, welches u.a. von Herrn Läsig auf die Formel gebracht wird: „*jetzt ist es nicht mehr nur so dass ich (1) nicht **will**, jetzt ist es so, dass ich nicht kann*“ (Läsig I, Z. 1047f.).

Am Fall von Frau Rooke lässt sich das Verhältnis von Aufschichtung und situativem Auslöser gut verdeutlichen. Der folgende Belegkasten gibt einen Einblick in das konkrete Zusammenspiel von biografischer Aufschichtung und situativem Ereignis im Leben dieser interviewten Teilnehmerin.⁸⁷

Biografische Aufschichtung und situative Auslöser

Frau Rooke arbeitet seit über 15 Jahren in einem Betrieb, der einer Konzernstruktur angegliedert ist. Die Vorgesetzten von Frau Rooke wechseln häufig. Der Grund dafür ist, dass der Nachwuchs des Führungspersonals des Konzerns im Betrieb von Frau Rooke aus- und weitergebildet wird und sich profiliert. Mit den Wechseln der Vorgesetzten verändert sich auch jeweils die Grundlage, auf der die Arbeit von Frau Rooke bewertet wird. Langfristige Orientierungsmuster lassen sich in der Arbeit nicht etablieren. Darüber hinaus ist Frau Rooke in der Arbeit sehr engagiert und übernimmt gerne und viele Aufgaben und Verantwortung. Das Arbeitsarrangement ist für Frau Rooke langfristig belastend, auch weil die immer wieder neuen Erwartungshaltungen ihrer Vorgesetzten und ihr Engagement zu Konflikten führen. Frau Rooke fühlt sich über mehrere Jahre belastet und ist in dieser Zeit lediglich einmal für einen kürzeren Zeitraum krankgeschrieben; über einen langen Zeitraum erträgt sie damit die belastende Situation. Als die Tochter ihres Bruders sich als Opfer innerfamiliären sexuellen Missbrauchs outet, bricht für Frau Rooke eine manifeste Krise aus. Die eigenen in der Kindheit gemachten Missbrauchserfahrungen, die in hohem Maße belastende Situation am Arbeitsplatz und die Sorge um die Nichte verdichten sich zu einem Verlaufskurvengeschehen für Frau Rooke.

⁸⁷ Bei den in dieser Form gekennzeichneten Belegkästen handelt es sich nicht um Abbildungen, sondern um textliche Hervorhebungen. Dementsprechend sind diese auch nicht im Abbildungsverzeichnis aufgeführt.

Labiles Gleichgewicht

Nach Fritz Schütze ist das labile Gleichgewicht gekennzeichnet von einem Ausbalancieren zwischen alltäglicher Lebensbewältigung und schleichender Verlaufskurvenproblematik (vgl. Schütze, 1981, S. 98, Schütze, 1996, S. 129). Hierfür nehmen die Teilnehmer unserer Studie auch gern ärztliche Unterstützung in Anspruch; für einige ist es der erste Kontakt zum Hausarzt und darauffolgend zu einem Facharzt wegen der psychischen Beschwerden. Der Erstkontakt zum Haus- und/oder Facharzt wegen psychischer Beschwerden ist bei unseren Teilnehmern partiell eine Hemmschwelle, die nur motiviert durch den Partner überwunden wird:

„und äh mein Mann sagte ‚du [Sophie] irgendwas stimmt nicht ne? [...] du m- du musst mal zum Arzt gehen und und das irgendwie mal (1) also abchecken was=was da überhaupt los ist‘, und daraufhin bin ich dann auch zum Arzt und Frau Doktor [Kohl] hatte mich dann sofort aus dem Verkehr gezogen“ (Wagner I, Z. 159ff.).

Vom Hausarzt werden die Versicherten umgehend, in der Regel für sechs Wochen arbeitsunfähig geschrieben; meist gefolgt von Verlängerungen der Krankschreibungen in kleineren Schritten bis hin zur medizinischen Rehabilitation, die mitunter zeitnah einsetzen kann, wenn regional aus der Sicht des behandelnden Hausarztes keine Alternativen vorhanden sind. Die psychosomatische Rehabilitation wird dann ähnlich einer Krankschreibung zur „Auszeit“ von der psychischen Belastung; Frau Knoll beschreibt die Rehabilitation als Zeit, um Energie zu tanken und anschließend den beruflichen Alltag bewältigen zu können. Teilweise werden die psychischen Beschwerden von den behandelnden Hausärzten aber auch nicht hinreichend ernst genommen. Frau Peters berichtet:

„und dann bin ich zum Arzt und hab gesagt ich kann nicht mehr (.) und ähm äh leider ist meine so gewesen mein Hausarzt die gesagt hat ‚so aber länger als sechs Wochen kann ich dich nicht krankschreiben, also sieh zu dass du auf die Beine kommst und wieder zurückgehst (.)“ (Peters I, Z. 471ff.).

Sie muss um die Anerkennung ihres Leidensdrucks bei der Hausärztin kämpfen, eine Überweisung zum Psychiater bekommt sie erst nach mehrmaligem Nachfragen. Die Einschätzung von Frau Peters wird auch durch eine Expertin aus einem bundesweit agierenden Anbieter für Betriebliches Gesundheitsmanagement gestützt. Die Befragte erlebt die Rolle der Hausärzte ambivalent, weil diese auch über längere Zeiträume arbeitsunfähig schreiben, aber eine Überleitung zu einem Facharzt nicht immer unterstützen. Die Hausärzte als zentrale Akteure im Gesundheitshandeln vieler Menschen, scheinen aus Sicht einer betrieblichen Expertin nicht über

Ergebnisdarstellung

ausreichend Wissen zu verfügen, um die Betroffenen im segmentierten System der Versorgung von Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen gezielt vermitteln zu können (bspw. zu Reha-Leistung).

Eine medizinische und auch therapeutische Betreuung ist für die Betroffenen in diesem Krankheitsstadium aber sehr wichtig, weil sie nun bereit sind, sich mit ihren psychischen Beschwerden und deren Ursachen (Verlaufskurvenproblematik) auseinanderzusetzen. Damit ist bei den Betroffenen (zunächst) auch eine Offenheit gegenüber einer Vielzahl möglicher Behandlungsansätze und Behandler verbunden: *„wenn der Leidensdruck erstmal **da** ist und man: händelnd nach irgendwelchen Seilen oder Ankern **greift**, wo man denkt ach probier doch mal, vielleicht hilft det“ (Läsig I, Z.228ff.)*. Die vorhandene Versorgungslücke in der ambulanten Psychotherapie ist für die Betroffenen mit Wartezeiten bis zu zweieinhalb Jahren, wie im Fall von Frau Dehr, verheerend. Akutkliniken der Krankenkassen und die psychosomatische Rehabilitation vermögen in Ansätzen die Versorgungslücke abzufangen, indem sie den Betroffenen eine psychologische Erstversorgung bieten, doch ist auch hier eine anschließende Überführung in eine ambulante therapeutische Begleitung nötig, um angestoßene Therapien weiterzuführen. Das wird am Fall von Frau Carstens deutlich, bei der die ambulante und regelmäßige Betreuung durch die Psychiaterin im Gegensatz zur Krisenintervention der Tagesklinik hilft, den Alltag besser zu bewältigen und gesünder zu gestalten. Dies ist auch wichtig, weil die Betroffenen die stationären Aufenthalte ebenso wie Krankschreibungen in diesem Stadium der Verlaufskurve lediglich als „Auszeit“ nutzen können. Die Auszeit als temporärer Distanz zu den psychischen Belastungen – insbesondere wenn sie innerhalb der Arbeitswelt vorhanden sind – ermöglicht es schließlich den Betroffenen, neben der beginnenden Auseinandersetzung mit den Beschwerden, einen stärkeren Fokus auf die Bewältigung der alltäglichen Lebensführung zu setzen. Hierüber wird erreicht, dass die Betroffenen es schaffen, zumindest Teilaspekten ihres Lebens Stabilität zu verleihen und so einen abrupten Zusammenbruch ihrer Alltagsrealität zu verhindern.

Trudeln

Einigen Teilnehmern gelingt es mit der erreichten Teilstabilität, einen Wendepunkt hin zu einer gesundheitlichen Verbesserung anzustoßen. Bei den Meisten ist dies aber nicht vorzufinden. Jedwede wiedergewonnene Stabilität ist nicht von Dauer, die Betroffenen werden sich zunehmend fremder, trauen ihren eigenen Entscheidungen und Ansichten nicht mehr; das

Ergebnisdarstellung

Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz sinkt. Insbesondere familiäre/partnerschaftliche Problemlagen verstärken das Trudeln, da eben gerade dieser Teilaspekt des Lebens noch stabil geglaubt wurde. Für Herrn Läsig ist die Trennung von seiner Frau zusätzlich belastend. Nach etwas weniger als 20 Jahren Ehe trennt sie sich von ihm, auch weil Sie seine Erkrankung auf „*Dauer schon nach einem halben Jahr eigentlich nicht mehr mit ansehen*“ (Läsig I, Z 597f.) konnte. Für Herrn Läsig ist diese Entwicklung enttäuschend, weil seine Frau seit über 15 Jahren an einer chronischen Erkrankung leidet: „*eh ja das ham wir irgendwie **immer** zusammen gemeistert und ich hab sie da bei **allem** unterstützt (.) das hat mich umso mehr enttäuscht, weil ich dachte okay, jetzt schwächelst du das **erste Mal**“* (Läsig I, Z. 649ff.). Für Herrn Läsig ist die Trennung mit der Angst eines umfassenden sozialen Abstiegs verbunden. Er vergleicht sich mit den Lebenswegen von obdachlosen Menschen. Die Enttäuschung über die eigene Fehleinschätzung und den abrupten Verlust der Reziprozitätsgrundlage in der Partnerschaft, destabilisieren das Leben weiter und lassen (biografische) Perspektiven verblassen; die Angst vor dem und gleichzeitig die fehlenden Alternativen zum sozialen Abstieg sind tägliche Gedanken der Betroffenen. Einziger Rettungsanker ist häufig nur eine Psychotherapie und/ oder psychiatrische Betreuung. Die Regelmäßigkeit der Begleitung ist dabei ebenso wichtig wie die Einnahme von Medikamenten – in diesem Stadium der Verlaufskurve tendieren auch skeptische Patienten zur Einnahme von Psychopharmaka – oder allein das Gefühl, professionell betreut zu werden. Wegen der eigenen Handlungslosigkeit klammern sich die Betroffenen an äußere Strukturen, die ihnen Halt geben. Personen, die schon im Stadium des Trudeln in eine psychosomatische Rehabilitation kommen, erwarten sich von der Klinik eine externale Restabilisierung des Lebens im Zuge einer Behandlung; Therapien und Medikamente sollen sie auffangen und idealerweise zurück in das vorherige „normale“ Leben führen. Diese Erwartung kann aber schnell enttäuscht werden und zurück ins Trudeln führen, wie bei Frau Rath zu sehen ist. Im Anschluss an eine erste psychosomatische Reha sucht sie so schnell wie möglich die Rückkehr in Arbeit und opfert sich für das „Kollektiv“ auf. Neben einer großen Arbeitsmenge übernimmt sie auch Aufgaben, für die sie nicht ausgebildet ist. Trotz ambulanter psychotherapeutischer Betreuung ist die Belastung am Arbeitsplatz so groß, dass Frau Rath sich nicht stabilisieren kann und erneut ins Trudeln gerät.

Orientierungszusammenbruch

Der Zusammenbruch der Handlungs-, Alltags- und Selbstorientierung (vgl. Schütze 1981, S. 99, Schütze 1995, S. 130) ist für die Betroffenen eine überaus schmerzliche Erfahrung. Wie sich in unseren Daten zeigt, hat der Zusammenbruch aber auch eine aktivierende Komponente und setzt kreative Potentiale frei, weil die Menschen nun die Möglichkeit für sich sehen, völlig neue Orientierungen auszuprägen und daran ihr Leben neu auszurichten. Der Orientierungszusammenbruch kann unterschiedlich drastisch ausfallen, während beispielsweise Frau Haltern zu denjenigen gehört, bei denen sich nahezu zeitgleich an den Zusammenbruch eine kreativer Veränderungsimpuls zur Bewältigung ihres Belastungserlebens anschließt, in dem sie eine sozialpädagogische Familienhilfe aufsucht, kommt es im Fall von Herr Wrobel zu einem Zusammenbruch der Fähigkeit der Alltagsbewältigung, der auch mit Hilfe seiner Hausärztin, seinem Psychologen und seiner ambulanten Psychotherapeutin erst nach mehreren Monaten überwunden wird. Im Material deutet sich an, dass eine soziale und familiäre Einbindung dabei hilft, sich wieder aktiv um die Gestaltung, Bewältigung und Orientierung im Alltag zu bemühen. Frau Haltern ist als Mutter und Ehefrau gefordert, zieht hieraus aber auch psychosoziale Ressourcen, während Herr Wrobel ledig und weit entfernt von seiner Familie lebt sowie neben dem gestörten Verhältnis zu seiner Mutter und seinem Vater auch noch den Tod seiner Großmutter, der einzigen dauerhaften Bezugsperson in seinem Leben, verarbeiten muss.

Die Einsicht, dass alte eingefahrene Muster nicht mehr greifen, bringt die Notwendigkeit und auch den Freiraum, sich neu zu erfinden und aus alten Rollen auszubrechen; förderlich wirkt hierbei eine Akzeptanz der Veränderung unter den Personen im sozialen Nahraum. Die Folgen einer solchen Veränderung können vielfältig sein. Frau Wagner nimmt eine Reihe von Impulsen mit, die durch ihre Therapeutin, aber auch durch ihr soziales Umfeld gestützt werden. Ihr Ehemann, aber auch Freunde und Kollegen werden zu Wächtern, die ihr helfen Fehlentwicklungen zu erkennen. Frau Schlegel hingegen erlebt, in der durch die Rehabilitation angestoßenen Veränderung, einen Konflikt in der Beziehung zu ihrem Partner. Selbstsorge und Freiräume sind nicht originärer Bestandteil der Beziehung. Frau Schlegel empfindet sich seit der Kindheit durch ihre Eltern und im Anschluss daran in der Ehe durch ihren Mann fremdbestimmt. Der Wunsch alleine ein Festival zu besuchen wird durch den Ehemann nicht unterstützt: „dann hab ich meinen Mann damit konfrontiert und mein Mann sagte eben ,was willst du da? du **brauchst** das nicht? das tut dir nicht **gut**? du du kommst dann **wieder** und eh ja dann muss ich dich wieder **aufrichten**?“ (Schlegel I, Z. 578ff.). Die Veränderung im Handeln von Frau

Ergebnisdarstellung

Schlegl wird durch ihren Mann kritisch gesehen und führt innerhalb der Beziehung zu Konflikten. Solcherlei Konflikte im Anschluss an einen kreativen Veränderungsprozess beschränken sich nicht nur auf die Ehe. Frau Hoffmann positioniert sich innerhalb der Familie neu und zeigt dies, indem sie ihren Sohn weniger unterstützt. Daraufhin bricht dieser den Kontakt zu ihr, aber nicht zu ihrem Mann ab.

Die Einsicht, dass das Leben nicht mehr wie bislang funktionieren kann und kleine Modifikationen im Verhalten nicht den erhofften Erfolg haben, löst bei den Betroffenen einen Veränderungsimpuls aus, der mitunter auch auf vorherigen z.B. freizeithlichen Orientierungen fußen kann, die zuvor unterdrückt oder vernachlässigt wurden: „(.) und dann nach so nach zwei Monaten dacht ich ((einatmen)) Mann jetzt überleg doch einfach mal was hast=n **früher** gerne gemacht (.) das wird ja jetzt nicht total **weg** sein (.)“ (Läsig I, Z. 969ff.). Die Antwort, die Herr Läsig auf diese Fragen findet, lautet tanzen, auch in Form von Tanztherapie. Wie in der Aussage von Herrn Läsig unterschwellig mitschwingt, hat die initiierte Veränderung zwei Impulse: 1. Soll damit die die Bearbeitung der Krankheit vorangetrieben werden und 2. Soll damit das Leben angenehmer gestaltet werden; beides findet sich beispielsweise auch bei Frau Hanser, die mit der Hoffnung auf gesundheitliche Stabilisierung und den erfolgreichen Schulabschluss des Kindes die Hoffnung verbindet, in der näheren Zukunft (soziale) Veränderungsimpulse setzen zu können. Beiden Motivationen ist gemein, dass die Veränderung dazu dienen soll, einen Zugriff auf die eigene Lebensgestaltung (zurück) zu gewinnen. Frau Thiel formuliert es pointiert: „Ich will mein Leben zurück!“ (Thiel III) Die Rückkehr von biografischer Arbeit (Corbin/Strauss, 2004) ist also ein zentrales Element des Veränderungsimpulses. Entscheidend ist dabei nicht, von welchem Akteur er initiiert wird. Eine gute therapeutische Beratung und Begleitung kann einen Veränderungsimpuls ebenso anstoßen, insofern er von der betroffenen Person aufgegriffen und zu einem biografischen Entwurf umformuliert wird.

Wie kontrolliert unsere Studienteilnehmer mitunter den Veränderungsimpuls einsetzen, zeigt sich beispielsweise bei Frau Linden. Aus pragmatischen Gründen verzögert Frau Linden die Ausführung ihres Veränderungsimpulses, ist sich aber sehr bewusst, dass es eine Veränderung in ihrem Leben bedarf. Ihr Ziel ist es, einen sauberen Abschluss mit den beruflichen Belastungen zu finden, um den Veränderungsimpuls möglichst unbelastet setzen zu können.

Ergebnisdarstellung

Das Stadium der Theoretischen Bearbeitung

Neben der Rückkehr der Alltagsarbeit in Form des Aufbaus neuer Routinen, stößt der Veränderungsimpuls häufig ein biografisches Handlungsschema (*Schütze, 1981*) an; teilweise sind auch Züge eines biografischen Wandlungsprozesses (*ebd.*) – etwa mit der Freisetzung unerwarteter kreativer Potentiale - anzutreffen. Kernaspekt beider Prozessstrukturen ist eine intendierte bzw. unerwartete Änderung der Lebensweise, ausgerichtet an neuen Zielen und Vorstellungen. Bei unseren Teilnehmern äußert sich dies beispielweise in Erzählungen dazu, dass das leere Zimmer in der Rehabilitations-Klinik als Metapher auf ein leeres Leben verstanden wird, wie Frau Linden es beschreibt. Zu dieser Neuausrichtung des Lebens gehört auch eine teilweise sehr kurze, mitunter aber auch sehr ausgedehnte Orientierungsphase, in der die Personen nach neuen Fixpunkten der Lebensführung Ausschau halten. Diese können von den Personen sowohl in der Arbeitswelt gefunden werden. Im Fall von Herrn Mader handelt es sich dabei um die Akzeptanz, dass er den Arbeitsplatz wechselt und sich auf den Prozess des Bewerbens einlässt. Gleichfalls können die Fixpunkte aber auch die Familie und einzelne Beziehungen darin fokussieren oder aber auch die Krankheitsarbeit (*Corbin/Strauss, 2004*). Letzteres ist insbesondere für das Rehabilitationssystem von Interesse, da die Betroffenen in Verbindung mit der Krankheitsarbeit vor allem auf der Suche nach neuen Strategien des Umgangs mit den verbliebenen Belastungen sind, die auch innerhalb einer psychosomatischen Rehabilitation mit medizinisch-therapeutischer Betreuung erlernt und eingeübt werden können. Für Frau Reber und andere Befragte ist es das Erlernen der Reflexion der eigenen Bedürfnisse und Grenzen, die es ihr erlaubt, im Anschluss an die Reha bewusste Selbstsorge zu betreiben, die auch durch Abgrenzungshandeln getragen wird. Darüber hinaus übernehmen bzw. versuchen eine Reihe von Rehabilitanden, sportliche und kreative Tätigkeiten im Anschluss an die Rehabilitation in ihren Alltag zu integrieren.

Wird im Stadium der theoretischen Bearbeitung der Verlaufskurvenproblematik eine Reha in Anspruch genommen, so geschieht dies häufig unter der Prämisse der Nutzung der Rehabilitation zur gesundheitlichen Wiederherstellung. Frau Carstens etwa geht nach ihrem Zusammenbruch in eine Psychiatrie und anschließend in eine Tagesklinik. Die Reha dient der Wiederherstellung („*dass mir schon geholfen wird*“ [*Carstens I, Z. 1303*]) und sie ist darauf bedacht, sich während der Reha aktiv Strategien des Umgangs mit der Krankheit (z.B. offener Umgang) anzueignen. Ihr wie auch anderen Rehabilitanden gelingt es in der Reha damit, die

Ergebnisdarstellung

gesundheitliche Restabilisierung voranzutreiben, bei der Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit Fortschritte zu erzielen, Vulnerabilitäten zu überwinden und auch ihre dauerhaft verbleibenden gesundheitlichen Einschränkungen sowie die Notwendigkeit noch lang andauernder Krankheitsarbeit zu akzeptieren; die Empfindung, dass die eigene Krankheitsbewältigung nie vollständig abzuschließen sein wird, kann - den Eindruck erweckt z.B. Frau Wagner mit ihren Wächtern- auch eine Ressource für einen achtsamen Umgang mit der Umwelt bzw. den Belastungen sein. Ähnlich geht es beispielsweise Herrn Wrobel, der betont, dass er an einer rezidivierenden Störung leidet: „*ich bin halt immer wieder gefährdet durch diese rezidivierende Depression ich merke das jetzt auch noch dass es Momente gibt wo ich auf mich aufpassen muss (.)*“ (Wrobel III, Z. 312ff.). Es gibt in den (eigen-)theoretischen Einstellungen der medizinischen Rehabilitanden die Vorstellung, dass die Erkrankung nie vollständig bewältigt werden kann, selbst dann nicht, wenn sie mit dem Ergebnis der Reha rundum zufrieden sind.

Eine psychotherapeutische Behandlung, z.B. in Form einer psychosomatischen Rehabilitation, kann den Aufbau eines biografischen Handlungsschemas bzw. Wandlungsprozesses über die Förderung der Krankheitsarbeit stützen und damit die theoretische Bearbeitung sowie die Verlaufskurvenentwicklung vorantreiben. Sehr deutlich tritt dies vor allem dann zum Vorschein, wenn ein verzögerter oder veränderter Zugang zu Therapie und/oder Rehabilitation dazu führt, dass es zu einem Rückschritt in das Stadium des Trudelns kommt und dass damit Potentiale zur (unterstützten) aktiven Auseinandersetzung mit den Beschwerden nicht genutzt werden. Immer wiederkehrende Rückschritte in der Krankheitsbewältigung erlebt auch Frau Michaelis, die erfolgreich die berufliche Rehabilitation absolviert. Ursächlich dafür ist die Tatsache, dass Frau Michaelis in dieser Phase aufgefangen wird, aber nicht in der Krankheitsbewältigung unterstützt wird.

Neben der Nutzung der Rehabilitation als Hilfe bei der gesundheitlichen Wiederherstellung, kann eine psychosomatische Rehabilitation im Stadium der theoretischen Bearbeitung der Verlaufskurvenproblematik auch stärker auf eine biografische Neuausrichtung fokussiert sein. Dabei wird die Reha zum Stimulator der bereits angeregten und teilweise auch schon vollzogenen Veränderungen im Leben. Die Angebote der Reha werden zum „*Buffet mit lauter Speisen*“ (Läsig I, Z. 201), das Strategien für den Umgang mit der Krankheit und die Alltagsorganisation bereithält, die von den Rehabilitanden bewusst ausgewählt und später auch genutzt werden können, die für die Personen aber keineswegs mehr völlig neu sind und immense ge-

Ergebnisdarstellung

sundheitliche Verbesserungspotentiale bereithalten. Diese Rehabilitanden haben ihre beruflichen Pläne bereits gut ausgearbeitet und profitieren stark von ihrem inzwischen reflektierten Verständnis vom Verlauf ihrer Krankheit. Herr Läsig verwendet hierfür die Metapher von Berg und Tal, wobei ähnlich der Darstellung der Verlaufskurve, er den Abstieg ins Tal als Verschlechterung versteht. Im Kontrast zu den Personen, die die Reha viel stärker für ihre Krankheitsarbeit im Sinne einer Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit nutzen wollen, scheinen die Rehabilitanden wie Herr Läsig in der theoretischen Bearbeitung ihrer Verlaufskurvenproblematik weiter fortgeschritten; evtl. gehört ein Bewusstsein, nicht mehr so wie früher weiter machen zu können, auch zur Krankheitsarbeit – zumindest insofern ein tatsächlicher Veränderungsimpuls im Vorfeld gesetzt wird. Anhand der von den Betroffenen im Zuge der theoretischen Bearbeitung zu absolvierenden Aufgaben der Neuausrichtung ihrer Biografie und auch ihrer Alltagsorganisation findet sich ein starkes Argument dafür, dass auch in der psychosomatischen Rehabilitation die Förderung der biografischen Arbeit und auch der Alltagsarbeit parallel zur Unterstützung bei der Krankheitsarbeit angeregt werden sollte. Mit der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) ist hier schon ein Schritt in diese Richtung vollzogen, doch ist MBOR noch sehr auf die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz ausgerichtet und vernachlässigt damit womöglich die Förderung von Personen, die wissen, dass sie an ihren alten Arbeitsplatz nicht mehr zurückkehren wollen oder können, ebenso wie Personen, deren biografische Neuausrichtung Aspekte außerhalb der Erwerbsarbeitswelt fokussiert; z.B. „Partnerschaft/romantische Beziehungen“ (bspw. ein zentrales Moment im Belastungserleben von Frau Christ), „Familie“ (Frau Dehr erlebt in dreifacher Hinsicht familiäre Belastungen: in der Pflege und dem Tod naher Angehöriger, in der räumlichen Distanz zum Sohn und im unerwarteten suchtbedingten Tod des Ehemanns) oder „Selbstverwirklichung in der Freizeit“ (wie oben bereits angedeutet bei Frau Schlegel). Auch die Förderung von biografischer Arbeit außerhalb von Erwerbsarbeit trägt schließlich zur gesundheitlichen Restabilisierung und damit zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit bei.

Das Stadium der Praktischen Bearbeitung

Sind im Zuge der theoretischen Bearbeitung der Verlaufskurvenproblematik neue (berufs-)biografische Pläne entworfen und eigene Vorstellungen der gesundheitlichen Wiederherstellung entwickelt, beginnt die „Durchführungsstruktur“ (Schütze 1981, S. 71) des biografischen

Ergebnisdarstellung

Handlungsschemas. Wie auch bei der theoretischen Bearbeitung kann bei der praktischen Bearbeitung der Verlaufskurvenproblematik das Rehabilitationssystem die betreffenden Personen unterstützen, z.B. in Form einer Qualifizierungsmaßnahme über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Bei der praktischen Bearbeitung muss es sich aber keineswegs immer um eine von Grund auf neue Gestaltung der (berufs-)biografischen Ziele und Entwicklungen handeln. Eine Neujustierung der (betrieblichen) Alltagsroutinen, unter Beachtung der verbliebenen gesundheitlichen Einschränkung (z.B. Anpassung des Arbeitsplatzes, Reduktion der Arbeitszeit), kann ebenso zum Gegenstand praktischer Bearbeitung der Verlaufskurvenproblematik werden, wie das Einpassen vorheriger, noch immer aktiver biografischer Entwürfe in die neue Situation. Herr Dobert hält sowohl durch die medizinische Bearbeitung und die berufliche Rehabilitation am Selbstentwurf des ‚Ernährers‘ fest. Diese Haltung hat sich durch einen Arbeitsunfall der Ehefrau verstärkt. Um diesem Rollenverständnis gerecht zu werden, müssen die gesundheitlichen und beruflichen Hindernisse, also die Verlaufskurvenproblematik, überwunden werden.

Eine wesentliche Rahmung erfährt das biografische Handlungsschema mit der noch zu leistenden Krankheitsarbeit. In unseren Interviews können wir hier große Unterschiede in den Fortschritten der Bearbeitung der (verbliebenen) psychischen Beschwerden feststellen; vor allem im zeitlichen Kontext. Generell scheinen unsere Teilnehmer der beruflichen Rehabilitation in ihrer Krankheitsarbeit (auf Krankheit bezogene praktische Bearbeitung der Verlaufskurve) gegenüber den Personen, die wir sechs Monate nach der psychosomatischen Rehabilitation interviewt haben, viel weiter fortgeschritten zu sein. Deutlich wird das am Beispiel von Herrn Haubenschmid, der im Interview psychische Belastung weit in der Vergangenheit verortete: *„damals, wie gesagt 2000 2000 bis 2004 05 (1) aber jetzt (2) ist das alles in Ordnung (.).“* (Haubenschmid I, Z. 505f.); seine berufsbiographische Arbeit steht im Mittelpunkt. Der zeitliche Aspekt zeigt sich aber auch innerhalb der Längsschnittuntersuchung der Rehabilitanden aus der medizinischen Rehabilitation; während sechs Monate nach der Reha die psychischen Beschwerden noch für Unsicherheit sorgen und das Leben zumindest zum Teil mitbestimmen, wird häufig das Belastungserleben retrospektiv 12 und 18 Monate nach der Reha herabgespielt oder negiert. Die Rehabilitanden suchen fortschreitend in der Verlaufskurve einen Abschluss mit den Beschwerden. Das führt auch zu Situationen wie bei Frau Hoch, die für sich im letzten Interview postuliert, mit der Erkrankung abgeschlossen zu haben, aber gleichzeitig von kon-

Ergebnisdarstellung

kreten aktuellen Belastungen im Alltag berichtet. Der Abschluss ermöglicht es ihr aber, vermehrt andere Aspekte des Lebens wieder in den Fokus zu nehmen, das gewonnene Wissen um die Erkrankung, ihre Auslöser und Symptome hilft dabei aktuelle Belastungen nicht erst krankheitswertig werden zu lassen. Die Krankheitsarbeit als Teil der praktischen Bearbeitung der Verlaufskurvenproblematik nützt dementsprechend auch bei der Umsetzung des biografischen Handlungsschemas, indem sie dafür sorgt, dass die psychischen Beschwerden als (vergangener) Teil des Selbst aufgenommen werden können. Innerhalb der Gruppe der medizinischen Rehabilitanden zeigt Frau Hoch eine Tendenz an. Diejenigen Patienten, die in der Krankheitsbewältigung erfolgreich fortschreiten, artikulieren den Wunsch, die akute Phase der Erkrankung hinter sich zulassen und wieder den Alltag zu leben. Für die Betroffenen selbst symbolisiert dies einen großen Fortschritt und damit auch eine erreichte Stabilität im Leben. In diesem Zusammenhang sinkt auch die Notwendigkeit der Thematisierung der psychischen Beschwerden; ein wichtiger Aspekt der Außenpräsentation und damit auch der Wiederherstellung von „Normalität“ in der Familie und auch am Arbeitsplatz.

Weiterer Bestandteil der Krankheitsarbeit im Stadium der praktischen Bearbeitung der Verlaufskurve ist auch die Suche nach, das Ausprobieren und das Etablieren von Strategien, die einen gesundheitlichen Rückfall möglichst verhindern sollen. Einige unserer Teilnehmer räumen sich beispielsweise kleine „Auszeiten“ ein, wenn sie ein zurückkehrendes Belastungserleben wahrnehmen. Diese Auszeiten können direkt im Nachgang der Reha genutzt werden; teilweise treten sie aber auch viele Monate später in Form kürzerer Krankschreibungen auf, wie etwa in den Fällen von Frau Carstens und Frau Hoffmann. Andere Strategien sind viel stärker arbeitsplatzbezogen. Frau Reber beispielsweise kämpft in einem Personalgespräch um Veränderungen in ihrem Arbeitsalltag. Aus Angst vor einem Rückfall in „*bestimmte Muster*“ (Wagner I, Z. 800) etabliert sie die bereits angesprochenen „Wächter“ in ihrem familiären und beruflichen Alltag und attribuiert die Muster damit auch personal. Frau Carstens wiederum handelt mit ihren Kollegen neue Arbeitsroutinen aus: „*ich brauche meine Auszeiten und wie ich bin ja wie gesagt [am Arbeitsplatz] und wir müssen ja auch Rundgänge machen, [...] eh und (1) ich=ich geh denn*“ (Carstens I, Z. 323ff.). Frau Hoffmann setzt auf die strikte Einhaltung der Arbeitszeiten. Frau Schlegel lässt sich in ein anderes Team versetzen und ist mit dem Ergebnis sehr zufrieden, auch weil das Verhältnis zur neuen Teamleitung herzlicher ist. Weitere Strategien sind die Reduktion der Arbeitszeit (Frau Hoch strebt Teilzeit an, nachdem sie in der Stu-

Ergebnisdarstellung

fenweisen Wiedereingliederung gemerkt hat, dass der reduzierte Arbeitsumfang besser zu bewältigen ist; Frau Haltern reduziert ihre Arbeitszeit auf Anraten ihrer Therapeutin, aber nicht in dem Umfang wie es ihr empfohlen wird), Abgabe von (Leitungs-)Aufgaben (Herr Puhl möchte Verantwortung abgeben) und die Versetzung an einen anderen Standort (Frau Hoch, die in der Stufenweisen Wiedereingliederung als Springerin eingesetzt wurde und die Arbeit an wechselnden Filialen, als angenehmer empfindet als die Arbeit in ihrem ursprünglichen Team). Neben arbeitsorganisatorischen Veränderungen sucht Frau Wagner auch aktiv einen Weg, um die Belastungen in der Arbeit reflektiert in Form einer Mediation/Supervision zu bewältigen. Dabei ist ihr wichtig, dass die Mediatorin einen konkreten Bezug zu ihrer Arbeit hat und mehr noch als in der Psychotherapie Arbeit thematisiert wird. Die Kosten dafür übernimmt sie selbst. Wie uns Frau Wagner damit demonstriert, ist bei manchen psychischen Belastungssituationen nicht immer eine psychotherapeutische Behandlung die passgenaue Unterstützungsförm. Häufig suchen die Rehabilitanden nach viel alltagspraktischeren Hilfen (bei Frau Wagner ist es eine Supervision wegen der Belastung am Arbeitsplatz, bei Frau Pieper könne beispielsweise ein Sozialarbeiter die psychische Belastung, die sie wegen ihres Sohnes verspürt, mildern).

Etwas anders verläuft die praktische Bearbeitung mithilfe neuer Strategien bei den Rehabilitanden, die nicht an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren können oder wollen. Ihr biographisches Handlungsschema setzen sie über die Krankheitsarbeit zwar teilweise um; z.B. wenden sie erlernte Strategien aus der Reha in ihrem Alltag an und führen sie fort. Wie tragfähig diese Strategien aber sein werden, wenn sie wieder zurück in Arbeit kommen und damit einer völlig anderen und neuen Belastungssituation ausgesetzt sein werden, und auch viel weniger verfügbare Zeit zur Anwendung erlernter Gesundheitsstrategien haben werden, können sie nicht abschätzen. Einen möglichen Weg zur Aufnahme einer neuen Erwerbstätigkeit bietet eine von der DRV angebotene Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, z.B. in Form einer beruflichen Qualifizierung. Wie wir an unseren Teilnehmern aus der beruflichen Rehabilitation sehen, ist die Krankheitsarbeit zum Ende einer Qualifizierungsmaßnahme weitestgehend abgeschlossen. Die Rückkehr in Arbeit über eine berufliche Vollqualifikation markiert damit einhergehend den Abschluss der praktischen Bearbeitung der Verlaufskurvenproblematik. Grundlage dafür ist, dass die formulierten Ziele, wie etwa das Abschließen der Maßnahme als Erreichen des „Neubeginns im Leben“ (siehe Kapitel 6.2.4) oder das erfolgreiche Ergreifen der mit der beruflichen Rehabilitation assoziierten „letzten Chance“ (siehe ebd.) symbolhaft das Ende der

Ergebnisdarstellung

Durchführungsstruktur des biografischen Handlungsschemas markieren. Bei Personen, deren erklärtes Ziel eine „Renormalisierung des Lebens“ (siehe ebd.) über die Rückkehr in Erwerbsarbeit ist, schließt das biografische Handlungsschema erst mit der erfolgreichen beruflichen Integration an dem alten oder einem neuen Arbeitsplatz ab. Die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz kann dabei nach einer psychosomatischen aber auch nach einer beruflichen Rehabilitation gleichermaßen zu einer neuerlichen psychischen Belastung werden. Das Gefühl, hierbei keine Unterstützung mehr von der Rentenversicherung zu bekommen, steigert das Belastungserleben und birgt das Risiko gesundheitlicher Rückfälle. Frau Wieland ist mit der Betreuung im Anschluss an die berufliche Rehabilitation unzufrieden und hätte sich von der Rentenversicherung mehr und auch gezielte Unterstützung gewünscht.

Veranschaulichung der Verlaufskurve am Beispiel von Herrn Wrobel

Herr Wrobel ist zum Zeitpunkt des ersten Interviews 41 Jahre alt, ledig und hat keine Kinder. Seine Hauptdiagnose ist eine rezidivierende depressive Störung. Er wurde in einer westdeutschen Großstadt geboren. Seine Eltern trennen sich in seiner Kindheit. Das Verhältnis zur Mutter ist in der Jugend vor allem durch deren arbeitsbedingte Abwesenheit geprägt. Familiärer Fixpunkt im Aufwachsen ist die Großmutter, die sich neben ihm noch um zwei eigene Kinder kümmert. Die Hochzeit der Mutter mit einem neuen Mann verschlechtert das Verhältnis von Sohn und Mutter. Er ist zu diesem Zeitpunkt ca. acht Jahre alt. Das Verhältnis zum Stiefvater beschreibt Herr Wrobel als angespannt: *„er hat ne Frau mit nem Kind geheiratet aber [...] eigentlich nur die Frau“* (Wrobel III, Z. 414f.) und *„er hat das denk ich so gedeutet dass ich dass ich für meine Mutter gekämpft habe dass ich meine Mutter behalten wollte ganz alleine was aber nicht der Fall war“* (Wrobel III, Z. 422f.). In der Jugend beginnt Herr Wrobel im Betrieb des Großvaters zu arbeiten; Schicht- und Wochenendarbeit bestimmen zunehmend parallel zur Schule seinen Alltag. Das Verhältnis zum Vater ist seit der späten Adoleszenz zerrüttet. Im Anschluss an das Abitur studiert er am Heimatort in einer geisteswissenschaftlichen Disziplin mit dem Ziel, später eine journalistische Berufslaufbahn einzuschlagen. Er stellt fest, dass er nie gelernt hat zu lernen und vermeidet Präsentationen und Vorträge. Herr Wrobel verliert zunehmend den Bezug zum Studium. Es gelingt ihm diesen Umstand vor seinem Umfeld zu verbergen. Als das Scheitern des Studiums nicht mehr zu verheimlichen ist, kommt es bei Herrn Wrobel zu einer Umstellung in der Lebensplanung. Gemeinsam mit seinem damaligen

Ergebnisdarstellung

Partner zieht Herr Wrobel in eine etwa fünf Autostunden entfernte Großstadt. Über die Zentrale Vergabestelle für Studienplätze (ZVS) erhält er dort einen praktisch orientierten Platz in einem naturwissenschaftlichen Studiengang. Innerhalb seiner Familie wird diese Veränderung als deutliche Verbesserung dargestellt. Es stellen sich ähnliche Probleme ein wie zuvor. Dennoch wird das Studium nicht aufgegeben; Herr Wrobel übernimmt in dieser Zeit eine bezahlte Stelle in der Studierendenvertretung und ist darüber hinaus studentische Hilfskraft. Gemeinsam mit der Rente der Großmutter, die ihm diese überlässt, und der Unterstützung durch seinen Lebensgefährten gelingt es ihm so, seine Lebenshaltung zu sichern.

Die Trennung vom Partner bedeutet einen Einschnitt im Leben von Herrn Wrobel. Das Studium wird abgebrochen und er zieht seinem Ex-Partner folgend in eine deutsche Millionenstadt. In der neuen Heimatstadt beginnt er erneut ein - sein drittes - Studium, diesmal ingenieurwissenschaftlich-technischer Natur. Ähnlich wie zuvor ist das Studium durch Nebenjobs geprägt. Zu dieser Zeit ist das Leben von Herrn Wrobel durch Arbeit strukturiert. Ein Job in der Systemgastronomie wird zunehmend wichtiger und mit dem Ende des Studiums zentral in der Alltagsgestaltung. Positiv ist vor allem, dass ihm dadurch erstmal genug Geldmittel zur Verfügung stehen, um sein Leben selbst zu finanzieren und seine, bis dahin aufgelaufenen Schulden zu tilgen. Ein weiteres Element ist die Bestätigung, die er in der Arbeit erfährt. In der Systemgastronomie arbeitet Herr Wrobel rund 12 Jahre. In dieser Zeit fühlt er sich bereits deutlich psychosomatisch belastet. Er spricht diese Probleme in seinem sozialen Umfeld nicht an und sucht zeitweise Entlastung über den Konsum von Suchtmitteln. In dieser Zeit steigt er im Unternehmen auf. Er bekommt eine Ausbildung mit IHK-Abschluss finanziert und wird letztendlich stellvertretender Restaurantleiter. Einen weiteren Aufstieg lehnt er ab, weil er nicht noch mehr Aufgaben und Verantwortung übernehmen möchte. In der Endphase der Anstellung wird der psychische Leidensdruck immer größer und Herr Wrobel hat suizidale Gedanken. Er entscheidet sich für eine Kündigung. In der Zeit danach versterben seine Großeltern und sein Vater, zu dem er kaum Kontakt hat; er leidet unter schweren gesundheitlichen Einschränkungen. Der Tod der Großmutter ist durch Selbstvorwürfe geprägt, da er sie vor ihrem Versterben nicht noch einmal besucht hat: *„konnte deswegen meine Oma nicht mehr sehen (.) die ist dann (1) in der Woche Urlaub in der ich geplant hatte da zu sein, [...] ist sie verstorben“ (Wrobel I, Z. 386ff.).* Er kann seinen Urlaub nicht so nehmen wie geplant, da er nach seiner Kündigung versetzt wird und die Urlaubsplanung am neuen Arbeitsplatz bereits festgelegt ist. Er kämpft nicht um die Einhaltung seines vorher genehmigten Urlaubs: *„stattdessen hab ich (1) mich selber*

Ergebnisdarstellung

dafür gehasst dass ich das nich gemacht habe (.) und ganz schlimm wurde es dann nachdem meine Großmutter verstorben ist (1) in dieser Woche auch noch“ (Wrobel I, Z. 405ff.).

Den Plan, im Anschluss an die Kündigung eine kurze Auszeit zu nehmen und sich dann beruflich neu zu orientieren, kann Herr Wrobel nicht umsetzen. Er bricht nach seinem letzten Arbeitstag zusammen und ist danach nicht mehr in der Lage, sich zu bewerben. Herr Wrobel hat nun deutliche Probleme in der Bewältigung des Alltags. Er entscheidet sich dazu, sich von seinem Hausarzt krankschreiben zu lassen. Dieser verschreibt zunächst Psychopharmaka, die aber zu unangenehmen Nebenwirkungen führen. Dies wird zum Ausgangspunkt für Herrn Wrobel, einen Psychiater aufzusuchen und in einem Gesundheitszentrum mit psychotherapeutischen Schwerpunkt Hilfe zu suchen. Letzteres führt zu einer nahezu unmittelbaren Vermittlung in eine ambulante Psychotherapie, zunächst tiefenpsychologischer und anschließend psychoanalytischer Prägung.

Die Arbeit mit Psychiater und Psychotherapeutin führt zu einer Stabilisierung von Herrn Wrobel, dazu wird die Medikation umgestellt. In der Therapie geht es zunächst um die Krankheitseinsicht und -akzeptanz. In dieser Phase ist das mit psychischen Erkrankungen und Arbeitslosigkeit verbundene Stigma zusätzlich belastend. Nach rund neun Monaten wird die Frage des Weiteren beruflichen Werdegangs für Herrn Wrobel drängend. Um diesen zu gestalten, thematisiert er in der Therapie und beim Psychiater eine psychosomatische Rehabilitation, die in beiden Fällen befürwortet aber nicht unterstützt wird. Über den Umweg der Krankenkasse stellt er einen Antrag auf eine psychosomatische Rehabilitation beim Rententräger. Dem wird nach zweieinhalb Monaten ohne Weiteres zugestimmt. Zwei Wochen nach der Bewilligung tritt er seine Rehabilitation an. Der Aufenthalt in der Klinik bedeutet auch eine Unterbrechung der ambulanten Therapie, diese wird mit der Therapeutin vorbereitet.

Herr Wrobel stellt sich selbst konkrete Ziele, die er in der Rehabilitation erreichen möchte: *„das war meine Vorstellung von der (1) von der Reha dass ich es schaffe, da für mich selbst eine Struktur in meinem Leben zu finden (1) meinen Alltag zu strukturieren und wieder zu lernen dass ich auch soziale Kontakte (1) aufbauen und pflegen kann“ (Wrobel I, Z. 520ff.).* Die selbstgesteckten Ziele kann Herr Wrobel in der Rehabilitation umsetzen. Das psychotherapeutische Angebot der Klinik bewertet er eher negativ. Insbesondere das Verhältnis zum Einzeltherapeuten ist problematisch. In der Gruppentherapie wechseln die Therapeuten krankheitsbedingt häufig und er beschreibt diesen Umstand als chaotisch. Die ambulante Psychotherapie wird im Vergleich als deutlich besser eingeschätzt. Trotz der eher negativen Einschätzung

Ergebnisdarstellung

der psychotherapeutischen Arbeit, ist die Rehabilitation dennoch in seinen Augen ein voller Erfolg, weil er seine Ziele erreichen kann. Dabei ist auch das ergo- und musiktherapeutische Angebot hilfreich. Im Anschluss etabliert er sportliche Aktivitäten in seinem Alltag.

Durch die Sozialberatung in der Rehabilitation wird auf die Möglichkeit einer beruflichen Rehabilitation aufmerksam gemacht. Eine Rückkehr in die Systemgastronomie ist zu diesem Zeitpunkt für ihn nicht mehr vorstellbar und er ist von der Idee eines beruflichen Neustarts überzeugt. Noch während des Aufenthalts in der Klinik werden die ersten Schritte in die Wege geleitet. Der Entlassbericht bzw. die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit führen zu Irritation. Herr Wrobel ist davon überzeugt, dass er in seinem erlernten Beruf nicht mehr arbeitsfähig ist, in anderen Berufen aber vollständig arbeitsfähig wäre. Dennoch wird er vollständig arbeitsfähig eingeschätzt. Im Anschluss an die Rehabilitation schließt sich eine Phase bürokratischer Hürden an. Nachdem er zunächst durch die Agentur für Arbeit betreut wird, muss er feststellen, dass sein Rentenversicherungsträger für ihn zuständig ist. In dieser Zeit kämpft Herr Wrobel um die Anerkennung, dass er nicht mehr in seinem Beruf arbeitsfähig ist. Dies sieht er als zwingende Grundlage für eine berufliche Rehabilitation.

Gesundheitlich erwartet Herr Wrobel im Anschluss an die Rehabilitation eine „Down-Phase“ (Wrobel I, Z. 920). Diese erlebt er und wird darin durch den Tod des Vaters, dessen Beerdigung und der damit verbundenen Kosten zusätzlich belastet. Er kann sich dennoch stabilisieren und den beruflichen Neustart weiter vorantreiben.

Nachdem seine Berufsunfähigkeit durch den Amtsarzt bestätigt wird, gelingt es Herrn Wrobel, erfolgreich bei der Rentenversicherung eine Vollqualifizierung zu beantragen. Diese beginnt nicht sofort und er muss im Vorfeld eine Berufsfindung und Arbeitserprobung durchlaufen, die er zunächst als Verzögerung versteht. Im Nachhinein wird sie als Gewinn empfunden, da diese ihm nicht nur dabei hilft, das Lernen zu lernen, sondern ihn mit berufsspezifischen Trainingsangeboten in seinem Wunschberuf fördert und durch Hospitationen das spätere Berufsfeld näherbringt. Die anschließende zweijährige Qualifikation wird aus seiner Sicht dadurch sehr gut vorbereitet. In der Phase zwischen der EBA und dem Beginn der Ausbildung erlebt er erneut ein kurzes Tief. Dieser Umstand verdeutlicht ihm, dass er auch langfristig gesundheitlich gefährdet ist: *„ich bin halt immer wieder gefährdet durch diese rezidivierende Depression ich merke das jetzt auch noch dass es Momente gibt wo ich auf mich aufpassen muss“* (Wrobel I, Z. 312ff.). Während des dritten Interviews absolviert Herr Wrobel bereits seine berufliche

Ergebnisdarstellung

Rehabilitation zum Fachinformatiker. Er erfährt sich als kompetenten Schüler. Im Klassenverband erlebt er sowohl positive Interaktion, als auch Konflikte, ohne dadurch nachhaltig belastet zu werden. Seine gesundheitliche Situation hat sich stabilisiert. Die ambulante Psychotherapie und die Einnahme von Psychopharmaka werden zu diesem Zeitpunkt noch fortgesetzt. Die nachfolgende Grafik veranschaulicht das Fortschreiten von Herrn Wrobel in Anlehnung an die Krankheitsverlaufskurve.

Ergebnisdarstellung

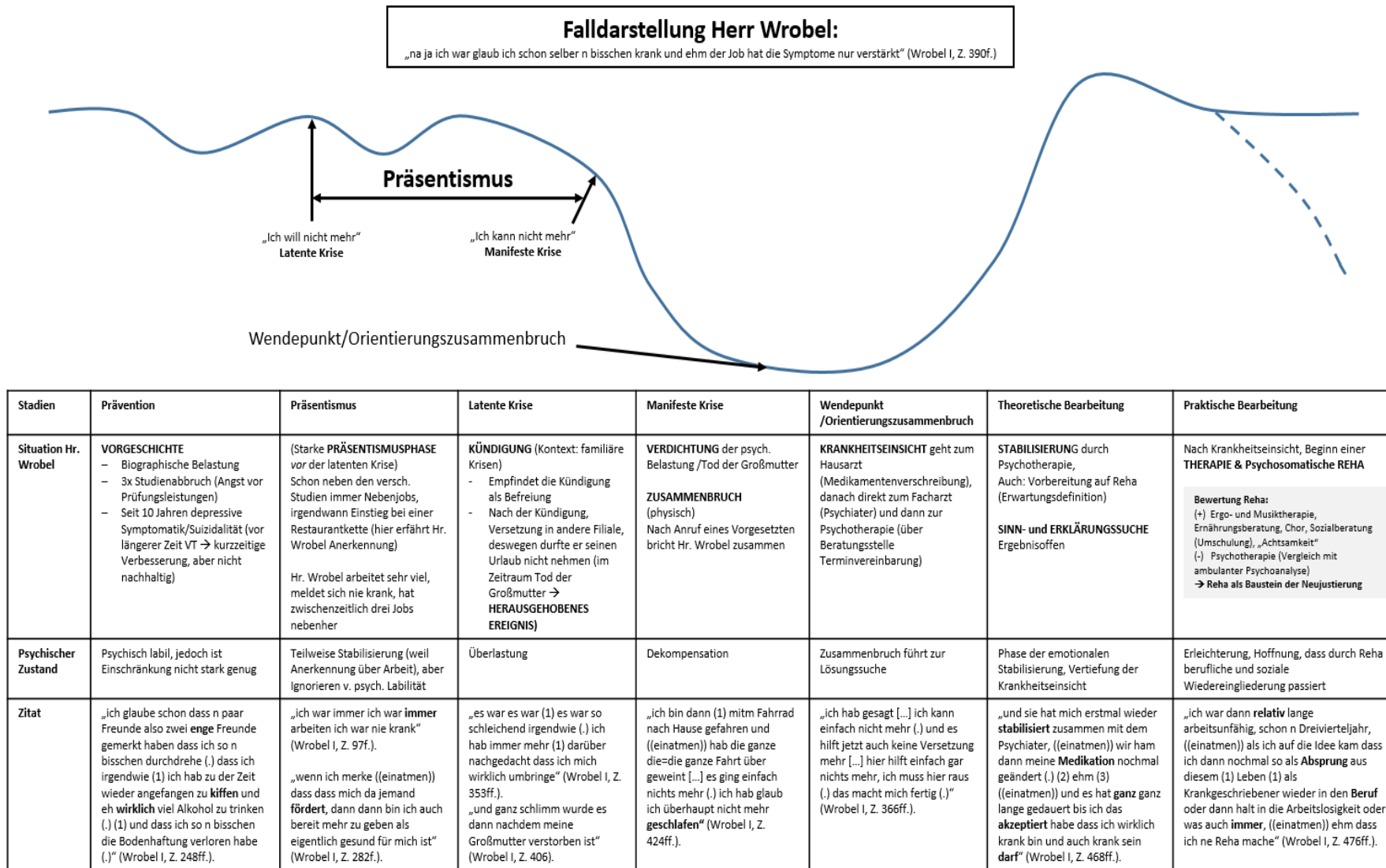


Abbildung 21: Falldarstellung Herr Wrobel (Verlaufskurve)

6.2.3 Krankheitserleben

6.2.3.1. Attribution der Krankheit

Bei der Analyse der Interviewdaten zeigen sich fünf zentrale Ursachen der psychischen Belastung, die von unseren Teilnehmern attribuiert werden:

- (Vergangene) traumatische Ereignisse,
- Situationen der psychischen Überlastung (*Karasek, 1979*),
- fehlende Wertschätzung im Sinne einer Gratifikationskrise (*Siegrist, 2015*),
- strukturelle bzw. organisationale Veränderungen und
- somatische Grunderkrankungen.

Von den Teilnehmern werden häufig mehrere Attributionen vorgenommen, wodurch den psychischen Belastungen multifaktorielle Ursachen zugrunde gelegt werden. Die von den Teilnehmern benannten Ursachen sind dabei miteinander verwoben und in der Biografie parallel oder zeitlich nacheinander gelagert. Soziale Konflikte werden beispielsweise im betrieblichen Kontext gleichzeitig mit Gratifikationskrisen erlebt, dies ist bei Frau Hoch der Fall, die aufgrund ihrer gründlichen und professionellen Haltung mit den Kollegen in Konflikt gerät und durch ihren Arbeitgeber keine Anerkennung erfährt, sondern wie oben beschrieben, gerade übliche Geschenke/ Gratifikationen nicht erhält, ohne dass dieser Umstand erklärt wird oder erklärbar wäre. Einem Überlastungserleben können lange Phasen fehlender Wertschätzung vorausgehen, wie bei Frau Rooke: „*ich konnte gar nicht egal wie ich´s anfangs ich konnte es, gar nicht schaffen halt (.) und dann kam noch dazu dass ich damals ne Chefin hatte, die das halt überhaupt nicht anerkannt und wür- gewürdigt hat“ (Rooke I, Z. 562ff.)*. Somatische Grunderkrankungen können zu psychischen Beschwerden führen, die aber erst mit aufkommendem Stress als Überlastung wahrgenommen und als Ursache der psychischen Belastung benannt werden. Frau Niede leidet seit Jahren unter einer chronischen Hauterkrankung, deren Diagnose einem steten Wandeln unterlegen ist. Ihrem Verständnis nach bedingen sich die Hautkrankheit und die psychische Belastung auch gegenseitig. Dass der empfundene Stress vielmehr eine Begleiterscheinung bestehender psychischer Belastungen ist, scheint den Rehabilitanden ebenso wenig bewusst wie die legitimatorische Nutzung im Sinne eines kulturellen Dispositivs.

Ergebnisdarstellung

Traumatische Ereignisse

Mit traumatischen Ereignissen werden häufig psychisch belastende Kindheitserlebnisse assoziiert; auch einige unserer Teilnehmer berichten davon. In der Regel vollziehen sich jene Ereignisse innerhalb der Familie und betreffen Gewalterfahrungen oder sexuellen Missbrauch. Frau Haltern und Frau Rooke wurden beide innerhalb der Familie sexuell missbraucht. Im weiteren biografischen Verlauf werden die Erlebnisse meist verdrängt und sehr selten bearbeitet; hier kontextualisiert auch die Generationenlage unserer Teilnehmer die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten traumatischer Erlebnisse. Trotz gelungener Verdrängung prägen die traumatischen Erlebnisse unterschwellig den weiteren biografischen Verlauf und werden als Prädisposition der weit späteren psychischen Krisen thematisiert. Ein Missbrauchsgeschehen in der Familie ihres Bruders reaktiviert das Trauma bei Frau Rooke

„und ähm irgendwann (2) ja und dann gab's we- in unserer Familie halt 'n Vorkommnis das vieles wieder aus der Vergangenheit hochgeholt hat (.) [...] m- m- also nun nicht also von meinem Bruder die Tochter hat sich, geoutet dass sie eben auch missbraucht wurde von meinem Bruder jahrelang [...] und das natürlich (1) äh sind da wieder Schleusen aufgegangen die dann halt auch privat wieder ne ganz andere Situation me- in mir dann so äh hervorgerufen haben ne (.)“ (Rooke I, Z. 810ff.)

und wird zum zentralen Bestandteil einer psychischen Krise. Ähnliches ist aber auch bei psychisch belastenden Erlebnissen aus der Kindheit und Jugend zu beobachten, die weniger traumatisierend, dafür systematischer wirken. Dies zeigt sich exemplarisch im Fall von Frau Schlegel am Gefühl ständiger Fremdbestimmung durch die Eltern, oder bei Frau Christ, die berichtet, seitens ihrer Mutter zum Gefäß ihrer psychischen Probleme gemacht worden zu sein. Auch diese Ereignisse sind prägend und werden über viele Jahre von den betreffenden Personen verdrängt. Erst in der späteren akuten psychischen Krise werden die Erlebnisse wieder aktiv und verstärken die psychischen Beschwerden.

Einige unserer Teilnehmer verorten für sie traumatische Ereignisse in einer späteren Lebensphase: Frau Michaelis erlebt als Verkäuferin drei dicht aufeinander folgende Überfälle im Einzelhandeln, Frau Dehr muss sich mit ihren Schuldgefühlen wegen des Tod des Partners bei seinem Versuch des kalten Entzuges auseinandersetzen, der kurz nach ihrem letzten Aufeinandertreffen verstarb und im Nachhinein für Frau Dehr deutliche Zeichen eines Deliriums aufwies. Sie macht sich Vorwürfe, dass sie die Zeichen nicht richtig gelesen hat und für den Tod ihres Mannes mit verantwortlich ist. Frau Röders Alltagsrealität wird durch den Suizid des

Ergebnisdarstellung

Partners zerstört und sie sieht sich gezwungen, ihr Leben völlig neu auszurichten, weil ihr Lebensentwurf bis dahin vollständig an der Partnerschaft ausgerichtet war. Dies gelingt ihr nur bedingt, denn sie kann den Tod des Mannes nicht überwinden und organisiert ihr Leben weiterhin so als wäre der vormals gemeinsame Lebensplan nicht zerbrochen. Frau Carstens vorher schon vorhandene psychische Beschwerden finden ihren Höhepunkt während eines terroristischen Anschlags in Paris, weil ihr Sohn in dieser Zeit in Paris Urlaub macht, was letztendlich einen Zusammenbruch bedeutet:

*„und richtig ausgestiegen bin ich ja dann, ((klatscht)) mein Sohn ist ja bei den Anschlägen in **Paris** gewesen (.) [...] und ich: wir ham drei Stunden wirklich **nichts** gewusst, gar nichts (.) ((einatmen)) das hat mir die Füße weggezogen (.) also das hat mir, **danach** wars richtig, dann gings gar nicht mehr“(Carstens I, Z. 144ff.).*

Im Kontrast zu traumatischen Ereignissen in der Kindheit werden diese psychisch stark belastenden Erlebnisse von zusätzlichen, bereits bestehenden psychischen Beschwerden gerahmt. Wegen des Traumas wird bei Frau Carstens die schon vorher bestehende Depression als Hauptdiagnose von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) abgelöst; die PTBS dominiert im Anschluss nicht nur das Belastungserleben, sondern auch die (klinische) Behandlung. Weil sich nun gleichzeitig die psychische Hauptbelastung von der Arbeitswelt in das Familienleben verlagert, werden bei ihr – wie auch bei Frau Röder – salutogenetische Potentiale am Arbeitsplatz freigesetzt. Frau Röder erlebt den Arbeitsplatz als einen Lebensbereich, der schon immer nicht durch den Partner geprägt wurde und ist somit in der Arbeit frei von der Trauer. Gegensätzlich verhält es sich bei traumatischen Erlebnissen am Arbeitsplatz wie bei Frau Michaelis oder Frau Bär, der in der Pflege arbeitend durch einen dementen Patienten die Nase gebrochen wird. Die als traumatisch wahrgenommenen Ereignisse müssen aber nicht zwangsläufig zu den psychischen Hauptbeschwerden werden und eine PTBS zur Hauptdiagnose. Frau Bär erklärt, dass sie dadurch depressiver geworden ist und Frau Wieland entwickelt Angststörungen, wegen der sie ihren Beruf und Arbeitsplatz aufgeben muss, weil ihr die Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel nicht mehr möglich ist und die Aufnahme einer Arbeit unsinnig erscheint. Sie begründet es damit, *„dass ich einfach nich mehr **dahin** gekommen wär“* (Wieland I, Z. 738f.).

Traumatische Ereignisse, ob nun als PTBS diagnostiziert oder nicht, werden als biografische Grundlage oder situativer Auslöser einer psychischen Krise erlebt. Sie reihen sich aber immer

Ergebnisdarstellung

in eine Abfolge von psychischen Belastungen ein und erscheinen damit unterschiedlich dominant in der Krise. Während etwa für Frau Carstens das traumatische Ereignis zum zentralen Bestandteil wird, ist bei Frau Dehr der Tod des Partners zwar ein sehr schmerzlicher Verlust, gleichzeitig aber auch nur ein Erlebnis in einer langen Reihe psychisch belastender Faktoren einer Destabilisierungskarriere.

Überlastungssituationen

Entsprechend des Anforderungs-Kontroll-Modells von Karasek (1979) finden wir in unseren Daten zwei Versionen von Überlastungssituationen. Auffällig ist *erstens* eine Subgruppe unter den Teilnehmern mit F3-Hauptdiagnosen. Zu dieser Subgruppe gehören weitestgehend Personen, die auf der unteren Führungsebene arbeiten, z.B. in einer Projektleitung. Charakteristisch für die hauptsächlich am Arbeitsplatz vorgefundene Überlastung sind die seitens der übergeordneten Leitungsebene artikulierten hohen (Leistungs-)Erwartungen, denen unsere Teilnehmer versuchen, gerecht zu werden. Frau Peters, die in ihrem Berufsleben Großteils in Führungspositionen beschäftigt ist, beschreibt den Druck den sie erfährt folgendermaßen: *„Unterstützung von oben gab es aber nicht, bei den Entscheidungen und das heißt von oben gab es eigentlich nur ich nenn das jetzt mal, Prügel (.).“* (Peters I, Z. 423f.). Frau Rooke befindet sich in einer besonderen Situation, weil ihr Unternehmen als Teil eines Konzerns zur Aus- und Weiterbildung, aber auch zur Erprobung von Führungspersonal dient. So kommt es, dass sie in gut 15 Jahren im Unternehmen neun verschiedene Vorgesetzte hat, die sich auf der Position profilieren müssen. Dadurch erlebt Frau Rooke, die dazu neigt sich mit Aufgaben zu überfrachten, einen starken Druck. Frau Reber wiederum arbeitet in der Pflege und beschreibt eigen-theoretisch und aus Beobachtungen heraus, dass sich die Arbeit in der Pflege sukzessive verdichtet hat, sowohl mit Blick auf die Schwere der Erkrankungen, aber auch aufgrund administrativer Ansprüche, namentlicher einer umfangreicheren Dokumentationsleistung. Gleichzeitig sind diese Personen bemüht, den Druck an ihre Projektmitarbeiter oder Klienten nicht weiterzugeben; sie verstehen sich in einer „Sandwichposition“ und gegenüber ihren Mitarbeitern als sozial verantwortungsvolle Vorgesetzte: *„und hab probiert hm das von meinen fünf ((einatmen)) Kollegen: hm so **gut** wie möglich n bisschen abzufedern“* (Läsig I, Z. 1302f.). Meist handelt es sich dabei um Personen, die sich selbst nicht als depressiv wahrnehmen würden, diese Diagnose aber akzeptieren können, solange sie als Burnout verstanden wird. Mit einem Burnout können sich diese Teilnehmer identifizieren, weil das Dispositiv im Gegensatz zur Diagnose

Ergebnisdarstellung

Depression oder Angststörung eine heroische, aufopferungsvolle Qualität hat. Ein Burnout ist für sie eine legitime Ursache der psychischen Beschwerden. Frau Gut akzeptiert zunächst nicht die Einschätzung, dass sie an einem Burnout leide, kann über diese Begrifflichkeit die Krankheit aber später akzeptieren. Die (Selbst-)Diagnose Burnout hilft nicht nur bei der Krankheitseinsicht, sondern ist auch nützlich den eigenen als krankheitswertig empfundenen Zustand dem sozialen Umfeld gegenüber versteh- und erklärbar zu machen. Das deutet sich bspw. im ersten Interview mit Frau Hanser an. Aus der Analyse der Interviewdaten geht hervor, dass der psychisch belastenden Überlastungssituation meist eine Gratifikationskrise wie bei Frau Hoch und/ oder psychisch belastende organisationale bzw. strukturelle Veränderung am Arbeitsplatz vorangegangen ist, deren Zusammenhang von den Teilnehmern selbst nicht immer reflektiert wird. Dies mag an einer fehlenden Wahrnehmung liegen, weil die Personen sich schon psychisch belastet, aber noch nicht überlastet gefühlt haben, dies mag aber auch daran liegen, dass eine Gratifikationskrise oder strukturelle bzw. organisationale Veränderung keine legitime Ursache für eine eigene psychische Überlastung sein darf. Eindeutig ist der Zusammenhang von psychischer Belastung und Veränderungen am Arbeitsplatz bei Frau Knoll, die ihn auch für sich so versteht. Durch einen neuen Vorgesetzten wird die Arbeit im Unternehmen neu organisiert. Dadurch wird ihr professionelles Selbstverständnis verletzt und ihr Wissen um die innerbetrieblichen Prozesse wird entwertet. In einem Experteninterview mit einer Person aus dem betrieblichen Gesundheitsmanagement werden Persönlichkeitsstil, Bewältigungsmechanismen, Fähigkeiten zur Stress- und Emotionsregulation als wichtige Einflussfaktoren auf das psychische Belastungserleben in der Arbeitswelt benannt; aus unserer Sicht könnten diese Faktoren gerade in dieser Subgruppe mitentscheidend sein.

Eine *zweite* charakteristische Überlastungssituation findet sich in einer beruflichen und familiären Doppelbelastung. Zumeist ist eine über einen langen Zeitraum allmählich steigende Arbeitsbelastung vorzufinden. Häufig haben diese Personen ihren Arbeitsplatz durch einen beruflichen Aufstieg oder wegen Insolvenzen gewechselt. Im Laufe der Zeit steigen am neuen Arbeitsplatz Arbeitsaufwand und -intensität; bei einem negativ motivierten Stellenwechsel wird dies partiell von einer Gratifikationskrise begleitet. Frau Bär erlebt die Gratifikationskrise einerseits in der Arbeit, in der die gebrochene Nase nicht als Arbeitsunfall anerkannt wird und sie erkennen muss, dass beim Arbeitgeber nicht mit Rückhalt zu rechnen ist. Sie ist andererseits in der Pflege der zunehmend dementer werdenden Mutter belastet, die ebenfalls keine Dankbarkeit zeigt bzw. zeigen kann und darüber hinaus misstrauisch ist und sie kontrolliert.

Ergebnisdarstellung

Ein Umstand der auch die Interviewsituation erschwert. Den höheren Belastungen in der Arbeitswelt können die Teilnehmer mit subjektiven Strategien entgegenwirken und in ihrer Freizeit oder auch zugunsten ihrer Freizeit die erlebte Belastung ausgleichen. Dies greift aber nur begrenzt; unerwartete und zusätzliche Belastung aus der Familie zerstören das labile Gleichgewicht. In der Regel sind eintretende (chronische) Morbidität (und daraus resultierender Pflegebedarf) oder Mortalität nahestehender Angehöriger (z.B. der Tod der Mutter während einer beruflich fordernden Situation von Frau Linden) in der Summe mit der gestiegenen Arbeitsbelastung Ausgangspunkt des eintretenden Überlastungserlebens. Ein anderes Beispiel liefert Frau Haltern, bei der das Gefühl ihre Tochter wegen ihrer Arbeit vernachlässigt zu haben einen Einbruch psychischer Belastungen bedeutet. In der Analyse der Daten deutet sich aber auch an, dass wegen des situativen Auftretens dieser psychischen Krisen ein meist verhältnismäßig schnelles und einfaches Überwinden möglich ist. Am Beispiel von Frau Wagner wird die Entstehung und einer beruflichen Überlastungssituation sowie das Zusammenspiel mit zusätzlich belastenden Ereignissen in der Arena Familie deutlich.

Berufliche und familiäre Doppelbelastung

Frau Wagner kann nach dem Ende der Schulzeit ihren Traumberuf erlernen und wird Erzieherin. Sie fühlt sich im Beruf sehr wohl und ist erfolgreich. Der Erfolg leitet ein nicht intendiertes institutionelles Ablaufmuster der Ausbildungs- und Berufskarriere (Schütze, 1981) ein. Das bedeutet, dass sie gegen ihre Wünsche zunächst in einer kleineren Einrichtung und anschließend in einer großen Kindertagesstätte die Leitung übernimmt. Das widerspricht deutlich ihren beruflichen Ambitionen und ihrer Qualifikation: *„ich bin nicht ins Büro gegangen und ich bin keine Kauffrau geworden, weil ich genau das nicht wollte (.).“* (Z.905ff.). Warum sie sich gegen diese Entwicklung nicht aktiv wehrt, kann sie im Interview nicht erklären: *„da bin ich auch ein bisschen reingerutscht“.* (Z.314ff.). Mit der Leitungsposition tritt eine ungewollte berufsbiographische Situation ein, die durch Anforderungen und Verantwortung geprägt ist.

Diese nimmt Frau Wagner an, entwickelt dennoch ein prekäres Verhältnis zu ihrer Arbeit: „*ich hab über Gebühr gearbeitet und ähm bin aus meinem aus meinem Arbeitsverhalten überhaupt nicht mehr rausgekommen, also (1) ähm ich bin praktisch nach Hause gekommen und hab weiter gearbeitet und bin ins Bett gegangen und hab meine Gedanken kreisten immer noch über die A- um die Arbeit und konnte dann auch nicht mehr, ich hab nachts nicht mehr gut schlafen können, oder was heißt nicht mehr gut? also zuletzt wirklich **kaum**“ (Z. 129ff.). Der Tod ihres Vaters wird in der Eingebundenheit in die Arbeit zur Belastungsprobe: „*also mein Vater ist gestorben, und das ha- im Grunde also es war klar dass er äh, hatte Krebs und wir wussten er **stirbt**, und ähm (1) er ist auch zu Hause gestorben und ich wollte für ihn da sein, und ich hab im Grunde meine Arbeit so: verbunden dass ich in der Zeit wo=wo er jetzt wirklich stirbt auch zu Hause bin und bin dann praktisch gleich nach ähm (2) nach der Woche also b- es hat alles eine Woche gedauert mit Sterben und Beerdigung, bin dann gleich **wieder** zur Arbeit gegangen hab also überhaupt nicht richtig aufgearbeitet was da so passiert ist (.) und, das waren so ein Stück weit auch, ich denke das war nachher auch der **Auslöser** (.)“ (Z. 137ff.). Im Anschluss kann sie noch eine Zeitlang das labile Gleichgewicht aufrechterhalten. In einem späteren Urlaub kommt es in einer banalen Alltagssituation zu einem Zusammenbruch, der vor allem ihrer Umwelt deutlich macht, dass Frau Wagner sich in einer Grenzsituation befindet: „*daraufhin hatte dann mein Mann auch n- n- haben wir miteinander gesprochen und äh mein Mann sagte ,du irgendwas stimmt nicht ne?‘“ (Z.158ff.). Dies nimmt Frau Wagner zum Anlass und begibt sich in medizinische Behandlung.***

Wertschätzungsdefizite

Eine fehlende Wertschätzung als Gratifikationskrise im Sinne von (Siegrist, 1996) nehmen viele unserer Teilnehmer für sich in der Arbeitswelt aber auch in der Familie wahr. Dies kann sich auf die fehlende Anerkennung für Leistungen und Leistungsbereitschaft (Herr Precht arbeitet gut 18 Jahre bei einem Arbeitgeber, bei dem er sich die Rolle des Experten aneignet, die innerhalb des Betriebes anerkannt wird. Aufgrund zunehmender somatischer Belastung kann er

Ergebnisdarstellung

das Leistungsniveau nicht halten, woraufhin er eine Entwertung auch seiner vorherigen Verdienste erfährt), auf (zu) häufige oder ausschließliche Kritik als Rückmeldung (fehlendes Lob), auf mangelnde Unterstützung seitens der Vorgesetzten („*die Chefs wollten das nicht gesehen haben die haben es dann so nach dem Motto war das überhaupt ein Betriebsunfall ne also äh ich war schon sehr verärgert (.)*“ [Bär I, Z. 314ff.]) oder auch auf die Wahrnehmung fehlenden Respekts entgegen der eigenen Person beziehen. Anhand von Frau Thiel ist gut zu erkennen, wie die (fehlende) Wertschätzung häufig personell attribuiert wird.

Fehlende Wertschätzung

Fehlende Wertschätzung wird durch Frau Thiel auf unterschiedlichen Ebenen erlebt. Sie ist ursprünglich gut im Unternehmen integriert und arbeitet unterhalb der Geschäftsführung, des inhabergeführten Unternehmens. Nach dem der ‚Alte‘ den Betrieb an seinen Sohn übergibt, wird nicht nur ihre bisherige Leistung von heute auf morgen herabgewertet, sie wird zunehmend auch durch den neuen Chef sachgrundlos und unlogisch kritisiert und empfindet sich als persönliche Zielscheibe für dessen respektlose Ausbrüche und Profilierung.

Der Wertschätzungsthematik liegt meist, aber nicht immer, ein sozialer Konflikt zugrunde:

- Streit mit den Kollegen – Frau Christ: „*ich wusst es nicht besser ich ha=hab noch nie mit so nem Team gearbeitet dass eh dass die wirklich alles was du sagst wi- wird gegen dich verwendet*“ (Christ I, Z. 655ff.) oder,
- Bevorzugung eines Kollegen vom Vorgesetzten – siehe Frau Hoch im folgenden Absatz oder,
- Scheidung und Trennung – Frau Fliege erleidet eine schwerwiegende somatische Erkrankung, in der Folge trennt sie sich von ihrem Ehemann, weil sie in der Familie nur Anforderungen und keine Unterstützung erlebt oder,
- fehlende Wertschätzung von den Eltern – Frau Bär, die ihre Erkrankung auch in ihren unerfüllten Wunsch eine ‚normale‘ Mutter-Tochter-Beziehung zu führen attribuiert

Ergebnisdarstellung

Der fehlenden Wertschätzung liegt ebenso wie den häufig daran gebundenen sozialen Konflikten eine enttäuschte Erwartungshaltung inne, an der sich psychische Vulnerabilitäten kristallisieren und Belastungen aufschichten. Auf der Suche nach Wertschätzung ihrer Leistungen und ihres Engagements in der Arbeitswelt begibt sich z.B. Frau Peters wegen der enttäuschten Erwartung auf die Suche nach einem anderen Arbeitsplatz. Um nun dort endlich die erwünschte Wertschätzung zu erhalten, steigert sie ihre Arbeitsintensität solange, bis sie ihre Lage wegen einer zu großen Überlastung nicht mehr kontrollieren kann. Begleitet wird dieser Prozess von tiefen Enttäuschungen; wegen der Personalisierung ihrer Erwartungshaltung entwickelt sich bei ihr das Gefühl, von ihren Vorgesetzten ausgebremst zu werden. Frau Hoch erlebt die Arbeit in mehrfacher Hinsicht als Raum fehlender Wertschätzung und Anerkennung; weder ihr Engagement noch ihre lange Betriebszugehörigkeit (und damit ihr möglicher Expertenstatus) werden geschätzt. Frau Hoch nimmt das Verständnis ihrer Kolleginnen zur Arbeit als weniger professionell wahr; aus ihrer Sicht gleicht sie im Kundenkontakt Versäumnisse ihrer Kollegen aus und sieht sich damit besonders stark gefordert. Wegen der dafür ausbleibenden Anerkennung fühlt sie sich ausgenutzt und wegen ihrer abweichenden Arbeitsethik auch als marginal (wo)man (*Stonequist, 1961*). Verschärft wird dieser Umstand dadurch, dass ihre Kollegen trotz einer aus ihrer Sicht empfundenen defizitären Arbeitshaltung protegiert werden. Frau Rooke bringt sehr deutlich akute Phasen psychischer Beanspruchung mit einer negativen Beurteilung durch ihre Vorgesetzte in Verbindung:

*„dann hat sie mich äh, ziemlich schlecht beurteilt ohne allerdings die Punkte des Fragebogens durchzugehen und ich war irgendwie da (1) **wieder mal** so richtig in Schockstarre [...] ich konnte das auch gar nicht mit ihr ausdiskutieren so (.) [...]ne und dann hab ich das halt so hingenommen und dann w- hab ich aber, **natürlich** die Tage danach, ähm und vor allem die Nächte äh also da konnte ich überhaupt nicht schlafen ich bin überhaupt nicht zur Ruhe gekommen“ (Rooke I, Z. 932ff.).*

Strukturelle, organisationale und familiäre Veränderungen

Strukturelle und organisationale Veränderungen in der Arbeitswelt werden in der Regel von der Leitungsebene initiiert. Dabei kann dies in Folge eines Eigentümerwechsels geschehen, wie z.B. bei Herrn Läsig (Übernahme und Verlusten der familiären Unternehmenskultur) oder Frau Thiel (Kritik und Abwertung) oder wie bei etwa Frau Rooke (häufig wechselnde Vorgesetzte, die im Konzern aufsteigen wollen/müssen) konzeptuell in der Betriebsstruktur angelegt sein. Die aus der Leitungsebene angestoßenen Veränderungen werden von unseren Teil-

Ergebnisdarstellung

nehmern als Entzug der Wertschätzung empfunden, weil der Veränderung selbst unterschwellig eine nachträgliche Kritik an den vorherigen Arbeitsweisen innewohnt. Umso schwieriger ist es für Personen wie Frau Rooke, dieses Gefühl wiederholt in Zyklen vermittelt zu bekommen und dabei parallel stetig auf der Suche nach Wertschätzung für die erbrachten Leistungen zu sein und darin enttäuscht zu werden. Weiterhin halten mit einer Änderung in der Leitungsebene auch neue Ideologien Einzug, die womöglich mit den eigenen Vorstellungen bezüglich der Arbeitsweisen aber auch einer generellen Weltsicht nicht mehr übereinzubringen sind. Ebenso wird häufig mit organisationalen und strukturellen Änderungen am Arbeitsplatz auch das vorher etablierte soziale Gefüge gestört; Abteilungen werden neu sortiert und wegen Rationalisierungsmaßnahmen verlieren Kollegen ihren Arbeitsplatz. All diese Aspekte werden ebenso als psychische Belastung erlebt wie eine direkte Kritik eines neuen Chefs. Besonders stark wirken organisationale und strukturelle Veränderungen bei langer Betriebszugehörigkeit. Frau Knoll, Frau Linden, Herr Läsig und Frau Gut berichten davon, etwas mit aufgebaut und sich eigene Reiche geschaffen zu haben. Die Veränderungen in der eigenen Abteilung brechen sich mit dem bis dahin als selbstverständlich und richtig empfundenem professionellen Selbstverständnis. Die selbstevidente Identifikation mit der Firma wird in Frage gestellt und das eigene Rollenverständnis herausgefordert. Wem es wie Frau Knoll nicht gelingt, diese Veränderungen mit zu tragen und zu habitualisieren, bewegt sich bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach der Reha zwischen kritischer Haltung und sturer Aufgabenerledigung; die Haltung ist retrospektiv und prospektiv ambivalent.

Mit den initiierten Veränderungen assoziieren unsere Teilnehmer auch einen Identitätsverlust. Nicht nur die bis dahin hohe Identifikation mit der Firma wird nun infrage gestellt; in der Abwehr der Veränderungen wirkt entsprechend auch ein Kampf um ein Lebenswerk. Frau Linden hat über zwei Jahrzehnte ein komplexes Konstrukt von sozialen Vereinen aufgebaut. Eine ehemalige Partnerin hat sie dabei unterstützt und sie in einem – aus Sicht von Frau Linden – Coup aus allen Ämtern gedrängt, ihr bleibt lediglich ein kleiner, durch die Partnerin heruntergewirtschafteter Verein. Frau Linden war im Aufbau und Erhalt ihres Lebenswerks hoch engagiert. Sie berichtet von regulären Arbeitszeiten von 60 Stunden in der Woche. Ihre „Entmachtung“ ist ein Zusammenbruch ihrer Identität und ein Verlust ihres Lebenswerks.

Der Kampf um das, was bis dahin in der Firma erreicht wurde, kann neben der Gratifikationskrise auch in eine Überlastungssituation münden, wie es bei Herrn Mader zu erkennen ist. Durch die Entlassungen seines Vorgesetzten, mit dem er ein gutes Verhältnis hatte, gerät er

sozial und funktional unter Verdacht und muss sich und seine Arbeitsergebnisse verteidigen. Seine Arbeit steht in dieser Zeit unter dem Brennglas und er kann trotz großen Aufwands Abmahnungen nicht verhindern. Bei Herrn Läsig ist die strukturelle und organisationale Veränderung am Arbeitsplatz ebenso personengebunden.

Strukturelle und organisationale Veränderungen am Arbeitsplatz

Das Unternehmen in dem Herr Läsig arbeitet wird von den Eigentümern aus Altersgründen an ein anderes Unternehmen verkauft und mit diesem Verkauf zieht eine neue Unternehmenskultur ein. Der neue Eigentümer ist ein „*amerikanisch geführtes*“ (Z.1268) Unternehmen und durch übermäßigen Einsatz, Druck und eine kontinuierlich fordernde innerbetriebliche Öffentlichkeit geprägt: „*dann hast du Chefs aus Amerika die sagen, **was?** ihr habt dreißig Tage Urlaub? (1) und krank seid ihr auch noch? ich hab doch **selbst** nur zehn Tage Urlaub- ... das **verstehen** die nicht (.) [...] das eh da sind die **neidisch** (.) das nehmen sie die dir übel ((einatmen)) und sagen na **dann** musste aber umso **mehr** p=prügeln und puffern und behandel deine mach mal n bisschen Druck auf die Leute, ich sag nee ich mach den Druck nicht“ (I Z.1385ff.). Das steht in einem krassen Gegensatz zum Führungsstil der vorherigen Eigentümer: „*war diese Firma absolut **liebevoll** geführt von einem Ehepaar das ganz ganz liebevoll und auch sehr familiär mit allen umgegangen ist“ (I Z. 1163f.). Dazu verlieren selbstständige Arbeitsprozess zunehmend an Bedeutung: „*du kannst **gar** nichts mehr selbst entscheiden“ (I Z. 1350f.). Dazu verlieren selbstständige Arbeitsprozess zunehmend an Bedeutung: „*du kannst **gar** nichts mehr selbst entscheiden“ (I Z. 1350f.). Das vormalige Engagement im Betrieb: „*ich war auch der Typ, der immer sagt komm (.) lass mal ich **mach** mal“ (I Z.166f.) wird durch die neue Kultur zu andauernden Erschöpfung: „*ich habs auch genauso gesagt an dem Tag an dem ich weggegangen bin, ((einatmen)) eh meinen Kollegen, jetzt ist es nicht mehr nur so dass ich (1) nicht **will**, jetzt ist es so, dass ich nicht kann“ (I Z.1045ff.).******

Dazu verlieren selbstständige Arbeitsprozess zunehmend an Bedeutung: „*du kannst gar nichts mehr selbst entscheiden*“ (I Z. 1350f.). Das vormalige Engagement im Betrieb: „*ich war auch der Typ, der immer sagt komm (.) lass mal ich mach mal*“ (I Z.166f.) wird durch die neue Kultur zu andauernden Erschöpfung: „*ich hab's auch genauso gesagt an dem Tag an dem ich weggegangen bin, ((einatmen)) eh meinen Kollegen, jetzt ist es nicht mehr nur so dass ich (1) nicht will, jetzt ist es so, dass ich nicht kann*“ (I Z.1045ff.). Aufgrund anderer Erkrankter (Herzinfarkt) findet er sich in der Attribuierung der Erkrankung und den daraus abgeleiteten Konsequenzen bestätigt – hier gibt es Überschneidungen zum Anforderungs-Kontroll-Modell von Theorell und Karasek, weniger auch zum Modell der Gratifikationskrisen. Die Erkrankung wird nicht nur auf die Arbeitsbedingungen attribuiert, sondern auch als ein Weg aus den pathogenen Verhältnissen verstanden und genutzt: „*aber es hat sich gut ergeben für mich ((einatmen)) [dass ich] den Weg über die Krankheit ((lachen)) gewählt habe eh da rauszukommen*“ (I Z. 29f.).

Die psychischen Belastungen wegen organisationaler und struktureller Veränderungen sind nicht auf die Arbeitswelt beschränkt. Ebenso könne sie das Familienleben betreffen; der Auszug eines Kindes, die Emanzipation der im Haushalt lebenden Kinder oder eine Trennung vom Partner kann die (gewohnte) Familienstruktur in ihren Grundfesten verändern und damit auch etablierte Routinen sowie eingeübte Interaktionsmodi und Handlungsmuster entkräften. Frau Niemanns Kinder beispielsweise sind im Laufe der Jahre selbständig geworden, sodass sie als Mutter nur noch wenig gefordert ist. Die Beziehung zu ihrem Mann und ihrer Familie sind auch deshalb gestört, weil sie es versäumen, mit der Umstrukturierung des Familienlebens ihre Partnerschaft neu auszurichten. Die Familie verliert damit ihre identitätsstiftende Wirkung. Frau Niemann orientiert sich in der Folge viel stärker in der Arbeitswelt, was zu Konflikten innerhalb der Beziehung zum Mann und zu Schuldgefühlen gegenüber den Kindern führt. Die Familie bildet keine Einheit. Dies wirkt psychisch ebenso belastend, wie die Veränderung der Alltagsorganisation in der Familie wegen einer hinzukommenden Pflegenotwendigkeit eines Elternteils oder eines schwer erkrankenden Familienmitglieds. Dies ist bei Frau Carstens der

Ergebnisdarstellung

Fall, die berichtet: *„das ist immer so, meine Mutter wird blind (.) eh meine Schwiegereltern sind so schwer krank (.) mein Mann hat seine Krankheiten (.) das ist immer nur, du **musst** du musst du musst, aber irgendwann gings nicht mehr“* (Carstens I, Z. 299ff.). Bei Frau Carstens wird die familiäre Veränderung durch eine sich anschließende Überlastung begleitet. Sowohl bei organisationalen und familiären Veränderungen ist es üblich, dass sich daraus Wert-schätzungsdefizite oder Überlastungen ergeben.

Somatische Grunderkrankungen

In der psychosomatischen Rehabilitation haben wir es teilweise mit Menschen zu tun, die ihre hauptsächliche Belastung auf somatische Erkrankungen fokussieren. Die psychische Belastung wird eher als eine „Begleiterscheinung“ der somatischen Krankheit artikuliert. In einem Experteninterview mit einem Chefarzt der teilnehmenden Kliniken wird hierzu das Argument hervorgebracht, dass es sich bei den Personen, die sich selbst eher in einer orthopädischen Reha sehen würden, hauptsächlich um Menschen mit Somatisierungsstörungen handeln müsse. Für Frau Lippert ist die F-Diagnose eine Folgeerscheinung: *„ich denke das [somatische Erkrankung] hat den Großteil ausgemacht weil das wirklich im Vordergrund stand äh ich hatte aber auch ne depressive Phase“* (Lippert I, Z. 327f.). Das gilt umso mehr, wenn die Ärzte nicht in der Lage sind Krankheiten zu heilen oder Beschwerden zu lindern: *„jeden Tag Kopfschmerzen mal schlechter mit den ist mal schlimmer mal besser ähm und an den schlimmen Tagen ist es ähm richtig frustrierend weil mir halt keiner helfen kann“* (Lippert I, Z. 653ff.). Die Teilnehmer aus der psychosomatischen Rehabilitation, die vornehmlich ihre Problemlagen in somatischen Beschwerden sehen, sind meist ältere Menschen, die sich sehr stark eingeschränkt fühlen und die (befristete) Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) zulasten einer Rückkehr in Arbeit akzeptieren. Die somatischen Attributionen gehen häufig mit biografisch aufgeschichteten Belastungen einher. Eine Oberärztin einer Rehaklinik merkt dazu an, dass sie selbst häufig sehr erstaunt sei, wie lange sich die Patienten mit zunehmenden psychischen und somatischen Beschwerden durchgekämpft haben. Ein schweres Lebensereignis habe schließlich dazu geführt, dieses Durchhalten nicht mehr fortführen zu können und in der Folge einen schweren Zusammenbruch zu erleiden. Herr Precht stellt in der Gruppe der somatisch belasteten medizinischen Rehabilitanden einen der komplexesten multimorbiden Fälle dar.

Somatische Beschwerden als Ursache für psychisches Leiden

Herr Precht leidet seit frühester Kindheit an einem Tinnitus aufgrund eines Knalltraumas. Im Verlauf seines Berufslebens verstärkt sich die Symptomatik und ursprünglich hilfreiche Strategien im Umgang mit der Erkrankung werden mit der Zeit nutzlos. Anspannung und Stress verstärken die Symptome situational ebenfalls. Darüber hinaus wird seine Hand bei einem Unfall verletzt, woraus sich anhaltende Schmerzen und neurologische Einschränkungen ergeben. Er ist weiterhin durch einen Bandscheibenvorfall im Halsbereich belastet. Für Herrn Precht ergibt sich die psychosomatische Belastung aus den somatischen Grunderkrankungen bzw. aus deren Auswirkung auf sein weiteres Leben. Deutlich wird das Primat der somatischen Erkrankungen in der Attribution von Herrn Precht, wenn er davon spricht, dass es sich bei diesen um „*meine richtigen Probleme*“ (Precht I) handelt.

Die somatischen Beschwerden hemmen mögliche RTW-Chancen selbst dann, wenn sich die Psyche in der medizinischen und beruflichen Reha stabilisiert haben sollte. Meist stehen noch somatische Behandlungen aus; wegen einer verbliebenen Unsicherheit bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit und der vagen Perspektive auf eine dauerhafte gesundheitliche Verbesserung ist die Rückkehr in Arbeit gehemmt. In unserem Sample zeigt sich hier ein deutlicher Unterschied zwischen medizinischen und beruflichen Rehabilitanden. Zweite fokussieren ihre somatischen Beschwerden deutlich häufiger und berichten teilweise ausschließlich von einem rein körperlichen Belastungserleben. Frau Grothe und Herr Haubenschmid thematisieren psychische Belastungen erst auf konkrete Nachfrage durch die Interviewenden. In beiden Fällen sind es muskuloskelettale Erkrankungen, die deutlich im Mittelpunkt der Krankheitsarbeit stehen. Diese sind im Gegensatz zu den psychischen Beschwerden noch aktuell.

6.2.3.2 Arenen der psychischen Belastung

Gesundheitliche Belastungen im Kontext von Arenen zu verstehen, wird bereits in der inzwischen klassischen Studie von Corbin und Strauss (Corbin/Strauss, 2004) angeregt. Die Autoren erkennen in ihrer Studie vier zentrale Arenen (Familienleben, Arbeitsleben, Vereinsleben, Klinikleben (Corbin/Strauss, 2004)), in denen Belastungen erlebt und im Sinne der Arbeitslinien (Biografiearbeit, Alltagsarbeit und Krankheitsarbeit) bearbeitet werden. Für eine Expertin aus

Ergebnisdarstellung

dem betrieblichen Gesundheitsmanagement bestätigt sich in diesem Zusammenhang das Vulnerabilitätsmodell, da es verschiedene Einflussfaktoren der Umwelt gibt. Sie nennt hier insbesondere die Familie, die Berufsbiografie (Arbeitsplatzangst, befristete Arbeitsverhältnisse) und Arbeitsbedingungen (ungünstige soziale Beziehungen, Zeitdruck, Überforderung, Arbeitszeit). Diese Faktoren lassen sich nicht in eine Rangfolge bringen. Ein Chefarzt der teilnehmenden Kliniken betont darüber hinaus, dass hauptsächlich Männer aus mehreren Arenen belastet sind und sich erst in die Therapie begeben, wenn ein sekundärer sozialer Druck auftritt.

Unsere Studienteilnehmer attribuieren ihre psychischen Belastungen nahezu ausschließlich in zwei zentrale Arenen: Arbeit und Familie. Andere Arenen wie ein Vereinsleben (für Frau Linden ist die Arbeit im Verein eine Mischung aus Arbeit und Vereinsleben, überwiegend handelt es sich aber um Arbeit), Freundeskreise, ein Ehrenamt oder auch das Leben in einer Klinik werden von unseren Teilnehmern zwar berichtet, aber weit weniger in einen Zusammenhang mit psychischen Belastungen gebracht.

Die unterschiedliche Relevanzsetzung der Arenen durch unsere Studienteilnehmer scheint auch schlüssig, da Wertschätzung und Zugehörigkeit zentral über Familie und Arbeitswelt erwartet und auch befriedigt werden. Ein (gefühltes) Ausbleiben erhoffter und erwarteter Wertschätzung sowie soziale Konflikte als Störung von Zugehörigkeitsgefühlen werden, wie oben gezeigt, von unseren Teilnehmern häufig als Ursache psychischer Beschwerden artikuliert. Damit einhergehend sind diese beiden Arenen auch zentral für die Identitätskonstruktion, was als Normalvorstellung im Sinne der institutionalisierten Ablaufmuster (*Schütze, 1981*) kanonisch verankert ist. Eine Orientierung am Ablaufmuster und damit eine Erfüllung selbstevidenter Erwartungen unter dem Fokus auf Familie und Arbeit entlastet wiederum die Identitätskonstruktion(-sarbeit). Aufkommende Probleme in diesen Arenen (Gratifikationskrisen, Überlastungssituationen, soziale Konflikte) belasten damit aber auch doppelt; einerseits sind die entsprechenden Probleme selbst psychischen belastend, andererseits stören sie die Selbstanerkennung (*Anselm, 1997*) und stellen eine gelungene Identitätskonstruktion in Frage.

Häufig zeigt sich bei unseren Teilnehmern auch eine Doppelbelastung in mehreren Arenen, wie beispielsweise bei Frau Handle zu sehen ist. Sie fühlt sich in der Arbeitswelt psychisch belastet und erklärt eine verhinderte berufsbiografische Selbstverwirklichung – Frau Handle wollte ursprünglich Physiotherapeutin werden und hatte die Hoffnung in anderen medizinisch-pflegerischen Berufen eine Ausbildung zu beginnen. Als Notlösung absolviert sie eine Ausbildung als Arzthelferin, ist in dem Beruf aber unglücklich, weil sie weder so selbstständig

Ergebnisdarstellung

arbeiten kann, wie sie sich es wünscht, noch ihr Wissen und ihre Fähigkeiten gefordert werden. Weiterhin erklärt sie Probleme der Abgrenzung: „*es ist meine Hausaufgabe permanent mich zu distanzieren, ((einatmen)) ehm ich hab früher sehr viel mitgenommen von der Arbeit*“ (Handle I, Z. 542f.) und hohe Anforderungen wegen der Betriebsgröße: „*wir sind nur drei Leute (.) und ehm wenn einer von uns Arzthelferinnen sozusagen ausfällt dann ist schon echt heftig*“ (Handle I, Z. 297f.) zu Ursachen. Parallel belasten sie in der Familie, dass die älteste Tochter immer zu ihrem Vater ziehen könnte und die Beziehung zu ihrem Partner, die sie im Verlaufe der Erhebung beendet hat, der entgegen des ursprünglichen Arrangements arbeitsbedingt nur an den Wochenenden zuhause ist. Am Beispiel Frau Handle zeigt sich auch, wie sich die Belastungen in beiden Arenen gegenseitig beeinflussen. In ihrer Wahrnehmung gibt es in einer der Arenen immer eine akute Krise oder ein belastendes Problem, das zu bearbeiten ist. Mit der Frage „*ob’s [...] nur an mir liegt*“ (Handle I, Z. 1024) wird darüber hinaus deutlich, dass sie wegen der Probleme in beiden Arenen in ihrer Identitätskonstruktion verunsichert wird. Wechselwirkungen und Transformationen des Belastungserlebens zwischen den Arenen Familie und Arbeit lassen sich auch an anderen Teilnehmern illustrieren (siehe dazu den Infokasten zu Frau Wagner).

Wechselwirkungen zwischen den Arenen Arbeitswelt und Familie

Frau Gut fühlt sich familiär durch die Erkrankung des Mannes psychisch belastet; sie beschreibt, dass das Ende der Reha mit einem akuten Schub der chronischen Krankheit des Mannes verbunden ist. In der Zeit vor der Reha ist sie wegen familiärer Verpflichtungen in einer Phase beruflicher Unsicherheit. Sie verzichtet für ihre Kinder zunächst auf ihr Wunschstudium und im weiteren Verlauf auch auf Arbeitsplätze. Dadurch ist ihre Berufsbiografie gebrochen und sie wechselt häufig den Arbeitgeber und auch das Berufsfeld. Die belastende Arena Familie wirkt sich auf die Arbeitswelt aus, die wiederum selbst zu einer belasteten Arena wird. Sie findet einen Arbeitsplatz und ist dort zunächst sehr zufrieden. Frau Gut kann hier die berufliche Selbstverwirklichung nachholen und ist hoch engagiert. Sie ist gut im Team integriert, kompetent und kann die Arbeit qualitativ und quantitativ gut bewältigen.

Die Einstellung einer neuen Kollegin findet nicht in Absprache mit dem Team statt und wird als Wendepunkt empfunden. Die Neue sei unsympathisch und dreist. Sie steigt schnell auf und wird zur Vorgesetzten von Frau Gut. Das Verhältnis ist angespannt, weil Frau Gut und ihre Kollegin deutlich unterschiedliche Haltungen zur Arbeit haben. Das führt dazu, dass Frau Gut deren Arbeit übernehmen „muss“. Eine somatische Erkrankung führt zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit. In der anschließenden Stufenweisen Wiedereingliederung, die als Degradierung empfunden wird, da sie nur niedrigere Aufgaben zugeteilt bekommt, wird Frau Gut eine Kündigung nahegelegt. Die Wechselwirkungen zwischen den Arenen unterliegen dadurch einer Wendung und finden ihren Höhepunkt in der Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Die Rehaklinik wird anschließend zum Ort der Suche nach neuer Stabilität. In der Reha erkennt Frau Gut für sich, dass die psychische Belastung aus der Krankheit des Mannes und der unverwirklichten beruflichen Aspirationen, deren Erfüllung zu barsch annulliert wurde, resultiert.

Welche eher die belastende und welche eher die belastete Arena ist, wird von den Teilnehmern nicht immer reflektiert. Im Kontrast zu Frau Wagner ist bei Frau Niede die zunächst belastende Arena die Familie (Verhältnis zur Mutter nach Vergewaltigung, Obdachlosigkeit eines Kindes). Dennoch benennt sie im Interview die Arena Arbeit als ursächlich für ihre Anpassungsstörung. Insbesondere das Verhältnis zu ihren Vorgesetzten, die sie als „*unbegabt*“ und „*soziale gestört*“ (Niede I) charakterisiert, ist für sie belastend. Der Fall Frau Niede ist dabei charakteristisch für viele unserer Teilnehmer, die ihre hauptsächliche oder ausschließliche Belastung in der Arbeit sehen, obwohl sie parallel oder vorgelagert in ihrer Familie psychischen Belastungen ausgesetzt sind/ waren. Sich wegen als negativ empfundener Arbeitsbedingungen psychisch belastet zu fühlen, scheint (inzwischen) legitim. Häufig wird in diesem Zusammenhang auch das Burnout-Syndrom herangezogen; sich psychisch zu verausgaben, zeigt eher, wie einsatzbereit die betreffenden Personen sind und verschleiert psychische Vulnerabilitäten. Darüber hinaus wird mit psychischen Belastungen in der Arbeitswelt gegenüber psychischen Beschwerden in der Familie die (Mit-)Verantwortung an der Krise von der eigenen

Ergebnisdarstellung

Person abgewehrt und hin zu wenig veränderbaren Verhältnissen und äußeren Einflüssen gelenkt. Dass die Arbeit legitimierend als Arena eingebracht wird, zeigt sich in unseren Daten insbesondere dort, wo nach einer ausführlichen Attribution der psychischen Beschwerden in die Arena Arbeit bei Ausblick noch zusätzliche Wünsche und Vorstellungen in die Familie formuliert werden. Frau Wagner wünscht sich beispielsweise, dass sie Großmutter wird und ihrer Schwester die Meinung sagen kann. Am Beispiel Frau Gut zeigt sich eine Zuspitzung der Wechselwirkungen zwischen den Arenen.

Psychische Belastungen in der Arbeitswelt

Im Rahmen der Erwerbsarbeit werden neben Gratifikationskrisen insbesondere Überlastungssituationen, strukturelle/ organisationale Veränderungen und Mobbingelebnisse benannt. Eine Expertin aus dem Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements berichtet, dass psychische Erkrankungen von Mitarbeitern auch als „Boten“ struktureller oder organisationaler Problemlagen verstanden werden können. Die psychischen Beschwerden in der Arbeitswelt können sich dabei allmählich aufbauen und zuspitzen (meist bei Mobbing oder Gratifikationskrisen) oder ad hoc wie häufig bei strukturellen Veränderungen im Unternehmen herbeigeführt werden. Letztere fordern von den betroffenen Personen, dass sie sich in den von der (neuen) Leitungsebene vorgegebenen veränderten Organisationsstrukturen verorten und zu-rechtfinden.

Wertschätzungsdefizite am Arbeitsplatz können ganz unterschiedlich thematisiert werden. Wie weiter oben am Beispiel von Frau Hoch beschrieben, können sie sich auf die fehlende Anerkennung der im Arbeitsalltag erbrachten Leistungen seitens der Kollegen beziehen. Die empfundene Ungerechtigkeit wird dann häufig als Mobbing interpretiert und kann zu einer Randseiterposition im Kollegium führen. Sie kann aber auch in einer Kündigung und Suche nach einem neuen Arbeitsplatz münden, wie Frau Peters infolge der fehlenden Wertschätzung seitens ihrer Vorgesetzten zeigt. Sensibilisiert für eine Geringschätzung ihres Engagements empfindet sie die Verhältnisse am neuen Arbeitsplatz als ähnlich belastend und verstrickt sich bei ihrer Suche nach Anerkennung immer tiefer in ihre psychischen Beschwerden. Das Bedürfnis nach Wertschätzung in der Arbeitswelt kann dabei auch von einem Mangel in der Familie herrühren und überzogene Formen annehmen. Frau Christ hat einen gesteigerten Bedarf nach einem positiven Feedback seitens ihres Vorgesetzten als männliche Bezugsperson, der die

Ergebnisdarstellung

Rolle des Vaters übernimmt. In ihrem aktuellen Arbeitsverhältnis erlebt sie nicht die Bestätigung die sie sucht, obschon ihr Chef ihr neue Aufgabenfelder überträgt und sie in vereinzelter Situationen bestärkt. Hinzu kommen Konflikte innerhalb des Kollegiums, das im dörflichen Umfeld die Beziehungen zu ihren Partnern skandalisiert. Das erschwert es ihr, Teil der Arbeitsgemeinschaft zu werden.

An Herrn Puhl illustriert sich eine auf seine somatische Grunderkrankung bezogene Gratifikationskrise, die ihn seelisch verletzt. Seine Krebserkrankung legt er am Arbeitsplatz sehr schnell nach der Diagnostik offen. Während seiner Anschlussheilbehandlung wird er von seinen verantwortungsvollen Arbeitsaufgaben enthoben. Sein Arbeitsplatz wird durch einen Kollegen neu besetzt. Nach seiner Rückkehr wird Herr Puhl nach Verhandlungen um seinen Austritt anderweitig eingesetzt und empfindet zum Zeitpunkt des ersten Interviews keine „Ernsthaftigkeit“ in den Bemühungen seines Arbeitgebers; das Degradierungsszenario infolge seiner Krebserkrankung wird für ihn zum Auslöser der psychischen Beschwerden. Die Kränkung am Arbeitsplatz ist im Fall von Herrn Puhl insofern besonders belastend, als das er als eine der wenigen Personen im Sample im Grunde keine familiäre oder anderweitige soziale Einbindung neben der Arbeit hat.

Mobbingerlebnisse werden von unseren Teilnehmern nicht selten in einen Zusammenhang mit personifizierten Wertschätzungsdefiziten am Arbeitsplatz gebracht. Ein sozialer Konflikt am Arbeitsplatz als Mobbinglebnis unterscheidet sich davon dahingehend, dass er sich zu meist auf eine langwierige Auseinandersetzung mit einer konkreten Person bezieht, während der Kontakt zu anderen Mitarbeitern und Vorgesetzten als harmonisch empfunden wird. Wie im Fall von Frau von Hellig oder Frau Klein ist die Person, mit der sich ein sozialer Konflikt aufbaut, häufig ein direkter Vorgesetzter. Für Frau Klein entsteht der Konflikt in der Einarbeitung. Der Kollege, der sie anleiten soll denunziert sie für kleine Fehler in der Führungsetage und formuliert seine Kritik wenig produktiv. Anders als bei Frau Klein entsteht der Konflikt von Frau von Hellig allmählich in einem länger bestehenden Arbeitsverhältnis. In der Folge erster Meinungsverschiedenheiten erhält sie eine Abmahnung, weil sie sich den Anweisungen ihrer Vorgesetzten widersetzen würde: *„lediglich weil ich schriftlich darauf hingewiesen habe dass ich Arbeitsanweisungen habe und dass es Richtlinien Gesetzestexte gibt an die wir uns ja halten müssen“* (von Hellig I, Z. 49ff.). Frau von Hellig wendet sich an die Personalabteilung und kann mit deren Hilfe die Abmahnung entkräften. Über einen Zeitraum von drei Jahren spitzen sich

Ergebnisdarstellung

die Konflikte immer weiter zu, bis sie schließlich ihre zweite Abmahnung bekommt, die innerbetrieblich nicht mehr nachträglich abgewendet werden kann: *„daraufhin bin ich völlig zusammengebrochen und seitdem klage ich gegen meinen Arbeitgeber“* (von Hellig I, Z. 73f.). Auch Herr Mader sieht sich einem direkten sozialen Konflikt seitens seiner Vorgesetzten ausgesetzt. Ihm gelingt es, acht Abmahnungen juristisch zu entkräften. In letzter Konsequenz bleibt aber auch ihm nur die Möglichkeit, sich beruflich neu zu orientieren. Ihm gelingt es, eine adäquate Anstellung in einem neuen Unternehmen zu finden und dort eine neue Karriere aufzubauen. Einem Überlastungserleben in der Arbeitswelt geht häufig eine längere Entwicklungsgeschichte voraus, die andere psychisch belastende Aspekte beinhaltet, die sowohl in der Arbeitswelt als auch im Familienleben verankert sein können. So berichtet auch Frau von Hellig von einem Überlastungserleben wegen der Kontrolle ihrer Arbeit seitens ihrer Vorgesetzten, mit der sie bereits seit längerem einen sozialen Konflikt austrägt. Bei Frau Wagner entfaltet die sich in der Arbeitswelt langfristig aufgebaute Überlastung erst dann ihre Wirkung, als zusätzlich private psychische Belastungen auftreten. Bei Frau Rooke tritt die Überlastung erst bei der Rückkehr in Arbeit nach der psychosomatischen Reha zutage. Diesem Überlastungserleben geht eine lange Geschichte fehlender Wertschätzung in der Arbeit und traumatischer Ereignisse im Familienleben voraus. Nur in wenigen Fällen werden die psychischen Beschwerden singulär an Überlastungen in der Arbeitswelt fest gemacht. Als Krankenschwester ist Frau Reber (gesellschaftlichen) Entwicklungen und gesetzlichen Regelungen ausgesetzt, die eine Verdichtung der Arbeit immer weiter vorantreiben. Als zentralen überlastenden Faktor benennt sie die Dokumentationsarbeit, die aus ihrer Sicht zunehmend Raum fordert, die sie vor schwer zu bewältigenden Aufgaben stellt und die, ihrer Meinung nach viel wichtigere Aufgabe verhindert die Patienten adäquat medizinisch zu versorgen. Hinzu kommen ein zu geringer Personaleinsatz und die Tatsache, dass es zunehmend mehr dementielle Patienten gibt. Das Überlastungserleben seitens der Arbeitswelt kann aber auch singulär außerhalb dieser wahrgenommen werden. Für Frau Hanser ist die Arbeit vornehmlicher Orientierungspunkt und verhindert ein erfüllendes Privatleben: *„dann hab ich auch gemerkt dass so mein ganzes privates Umfeld halt, weggebrochen ist durch die viele Arbeiterei“* (Hanser I, Z. 231ff.). Die Arbeit unterhöhlt den intendierten Charakter der Ermöglichung eines guten Lebens durch Arbeit.

Ergebnisdarstellung

Die Arbeitswelt kann schließlich auch zu starken psychischen Beschwerden führen, ohne dass dabei eine Belastung innerhalb von Erwerbsarbeit entsteht. Nach einem durch Brüche geprägten Verlauf der Berufsbiographie erlebt Herr Laus mit Ende 50 das erste Mal, dass er keine neue Anstellung findet:

*„ich habe Konkurse in verschiedenen Unternehmen abgefasst (.) (2) ich war **nie** derjenige der sagt oah: lässt du mal alle Neune grade sein (.) **ja** ich hab mal ne Woche **gebraucht**, um (1) mich zu schütteln, (1) und dann hatt ich was weeiß ich nach sechs Wochen wieder Arbeit so (.) irgend so was (.) [...] ((einatmen)) (1) ich **kenne** das (.) (1) aber **dieses** Mal: mit sechzig hats nicht funktioniert (.)“ (Laus I, Z. 342ff.).*

Der Kontakt zum Arbeitsamt, seine vergebliche Suche nach einer neuen Arbeit, eine Qualifizierungsmaßnahmen als Betreuungskraft deutlich unterhalb seiner vorherigen beruflichen Position sowie Praktika im Pflegebereich belasten seine Psyche stark. Neben unhaltbaren Arbeits- und Pflegebedingungen ist es eine Hauterkrankung, die Herrn Laus desillusioniert: *„im vergangenen Jahr der letzte Job war Seniorenheim [Ort], (2) bin ich morgens aufgewacht hier (1) im vergangenen Jahr [Feiertag], ja (.) (1) Hautausschlag ohne Ende, Diagnose Krätze“ (Laus I, Z. 111ff.).* Seine Berufsbiographie und damit ein zentrales Moment seines bis dahin tragfähigen Identitätskonzepts ist prekär, bis zur Qualifikation war seine Arbeit durch Verantwortung, Spielräume und Freude geprägt: *„das hat mir Spaß gemacht (.) ich hab **gerne** Verantwortung übernommen“ (Laus I, Z. 856f.).* Die Phase der längeren Arbeitslosigkeit entwertet ihn als arbeitenden Menschen.

Psychische Belastungen in der Familie

Als Ursachen psychischer Beschwerden innerhalb der Familie beschreiben unsere Teilnehmer vor allem Überlastungssituationen, strukturelle bzw. organisationale Veränderungen der Familienkonstellation oder auch Probleme in der Lebens- und Alltagsbewältigung. Traumata liegen meist weiter zurück in der Kindheit; nur in sehr wenigen Fällen liegt ein Trauma im Erwachsenenalter vor. Anzuführen als Beispiele wäre hier etwa Frau Carstens, deren Sohn sich zum Zeitpunkt der Anschläge in Paris befindet, oder Frau Dehr, die sich als Verantwortliche für das Versterben des Ehemanns bei seinem nicht durch Ärzte betreuten Versuchs eines kalten Entzugs versteht. Beispiele für interfamiliäre Überlastungen zeigen sich auch bei Frau Pieper und Frau Bär aus dem Sample der beruflichen Rehabilitanden. Frau Pieper ist durch das Verhalten ihres adoleszenten Sohnes stark belastet, der im Übergang von der Schul- in die

Ergebnisdarstellung

potentielle Ausbildungszeit durch seine Verweigerungs- und Anspruchshaltung gegenüber seiner alleinerziehenden Mutter auffällt. Frau Bär ist durch die Pflege ihrer dementen Mutter und die Sorge um ihre depressive und suizidale Tochter überfordert. Während sie sich gegenüber den Ansprüchen ihrer Mutter verteidigen muss ist sie in ständiger Sorge um das Leben ihrer Tochter. Auffällig ist noch, dass unsere Teilnehmer nur sehr selten von einer „Vererbung“ der psychischen Beschwerden ausgehen und damit ihr eigenes psychisches Belastungserleben genetisch in ihrer Familie verankern.

Deutlich häufiger als Traumata werden von unseren Teilnehmern im fortgeschrittenen Alter Überlastungssituationen in der Familie bzw. in der Kombination Familie und Arbeit als Ursache benannt. Ebenfalls auffällig ist, dass bspw. Frau Wagner ein überzeugendes Angebot macht in dem sie ihre psychischen Belastungen in die Arbeit attribuiert am Ende des ersten Interviews aber andeutet, dass das Verhältnis zu Schwester und Mutter ebenfalls belastet ist, indem sie davon spricht, beiden gegenüber endlich ihre Meinung sagen können zu wollen.

Strukturelle und organisationale Veränderungen können auch innerhalb der Familie zu einer psychischen Belastung werden. Sie werden ebenso wie ein Trauma oder eine Überlastungssituation eher als äußerlich einwirkende Einflussfaktoren der psychischen Beschwerden gesehen. Der Grund für die Veränderung kann dabei in der Familie selbst verankert oder aber auch ausgelagert werden, wie etwa bei Herrn Läsig. Die von seiner Partnerin initiierte Trennung vollzieht sich infolge seiner psychosomatischen Erkrankung und der daraus resultierenden Zeit, die er untätig zuhause verbringt. Infolge des Verlustes seines Arbeitsplatzes und auch wegen seiner damit schon einhergehenden psychischen Beschwerden erhofft er sich, Halt und Trost in seiner Partnerschaft zu finden. Statt Rückhalt zu geben sucht seine Partnerin die Trennung und setzt ihn damit aus geordneten, routinierten und ritualisierten ehelichen Strukturen frei. Zusätzlich zu seiner Aufgabe der beruflichen Veränderung und seiner zu leistenden Krankheitsarbeit muss er sich nun wieder als Single organisieren; für Herrn Läsig eine weitere Etappe des sozialen Abstiegs und damit wichtiger Aspekt der Verlaufskurvendynamik im Stadium des Trudelns. Retrospektiv kann er im Rahmen der theoretischen Bearbeitung seiner Verlaufskurve diesen Aspekt rationalisieren, indem er betont *„dann ham wir uns entliebt schon über Jahre und das ist dann denk ich eher nur konsequent“* (Läsig I, Z. 642f.).

Die Familienorganisation bei Frau Hoffmann hingegen ändert sich gezwungenermaßen infolge einer schweren Krankheit ihres Mannes. Sowohl die Erkrankung und die von ihr zu leistende Pflege aufgrund der Progredienz als auch die Folgen für die Familienorganisation belasten sie

Ergebnisdarstellung

psychisch sehr stark; sie erlebt den komplexen, unbefriedigenden und von Komplikationen geprägten Krankheitsverlauf ihres Mannes in hohem Maße belastend und spricht diesem die Ursache für die eigenen psychischen Beschwerden zu. Sie muss neben der Pflege auch den Lebenswillen des Mannes ersetzen. Dieser Umstand wird durch diesen zum ersten Interviewtermin dem Interviewer gegenüber bestätigt. Die Verantwortung über das Leben des Mannes kostet sie Kraft und führt bis zu einem Suizidversuch Anfang 2013. Die eheliche Situation ist zum Zeitpunkt geprägt von einem Widerspruch zwischen ihren Wünschen und den tatsächlichen Möglichkeiten des gemeinsamen Alltags. Frau Hoffmann möchte sozial und physisch aktiv sein, ist aber durch ihren Mann, den sie in ihr Leben aktiv integrieren möchte, in solchen Aktivitäten gehemmt.

Im Kontrast zu den vorher dargelegten innerfamiliären Belastungen beschreiben unsere Teilnehmer auch psychische Beschwerden, deren Ursache sie in ihrem subjektiven Handeln sehen. Zwar benennen auch sie häufig äußere negativ wirkende Einflussfaktoren, doch entsteht die psychische Belastung erst wegen der eigenen fehlenden Handlungsmuster im Umgang mit den äußeren Determinanten. Diese Probleme in der Lebensbewältigung sind meist biografisch aufgeschichtete Beschwerden der Alltagsbewältigung bzw. der Beziehungsarbeit. Häufig sind sie bereits in der Kindheit angelegt und haben eine Wertschätzungs- oder Missbrauchsthematik zur Grundlage. In der Identitätskonstruktion greifen die Personen die belasteten Ereignisse ihres Lebens auf und formen sie zum Kern ihrer Biografie. Im weiteren Lebensverlauf gelingt es ihnen nicht, die belastende Thematik durch neue identitätsstiftende Aspekte zu ersetzen, beispielsweise durch eine stabile berufliche Identität. Die Selbstwertprobleme werden nicht überwunden, sorgen für dauerhafte Unsicherheit und manifestieren Hemmschwellen der Weiterentwicklung.

Frau Schlegel beispielsweise sieht ihre Probleme in der Lebensbewältigung in ihrem sehr späten Kampf um innerfamiliäre Emanzipation. Wegen ihrer angeborenen Einschränkungen ist ihre Kindheit geprägt von starren Leitlinien seitens ihrer Eltern; ihre beruflichen Entwicklungschancen werden in der Jugend stark eingeschränkt. Die bereits sehr früh gesetzten Leitplanken ihrer Selbstverwirklichung werden auch in der Partnerschaft von ihrem Ehemann aufrechterhalten. Später entwickelt Frau Schlegel das Bedürfnis, sich aus diesem starr vorgegebenen Handlungsrahmen zu befreien. Die Gegenwehr innerhalb der Familie und auch ihr eigenes Versagen in der Umsetzung werden zu einer starken psychischen Belastung. Eine mögliche Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung in der Arena Arbeit fokussiert Frau Schlegel

Ergebnisdarstellung

nicht. Der am Arbeitsplatz bereitgestellte Freiraum verunsichert sie eher. Sie muss Verantwortung in der Kommunikation mit Kunden übernehmen und fühlt sich dabei sehr unsicher. Alternativ zur Familie und zur Arbeitswelt sucht sie im Nachgang der Reha in für sie völlig neuen freizeithlichen Lebensbereichen. Frau Schlegel beginnt sich künstlerisch zu interessieren, möchte darüber neue soziale Kontakte schließen und ein neues selbstbestimmteres Lebensgefühl entwickeln. Innerfamiliär erfährt sie diesbezüglich seitens ihrer Eltern und des Partners konsequent Ablehnung. Ihr Kampf um Freiräume verläuft schleppend und ist geprägt von Rückschlägen.

Frau Christ ist durch eine in der Beziehung zum Vater angelegten Anerkennungsproblematik belastet „*mein (1) Vater hatte einen eh oder hat einen ((schnalzen)) [Betrieb] und eh ich war dann so im arbeitsfähigen Alter, ((einatmen)) also ich war dann zu was zu gebrauchen=vorher w:ar man eher weniger zu gebrauchen*“ (Christ I, Z. 48ff.). Im weiteren biografischen Verlauf versucht sie berufliche aber auch in ihrer Partnerwahl rückwirkend den damals nicht erfüllten Erwartungen des Vaters gerecht zu werden; die häufig wechselnden Partner sollen ihr nun endlich die bedingungslose Anerkennung geben, die sie bei ihrem Vater vermisst hat. Zusätzlich ist das Verhältnis zur Mutter belastet/ belastend. Aufgrund ihrer stetigen Suche nach Wertschätzung gelingt es Frau Christ nicht, ein stabiles Familienleben oder eine stringente Erwerbsbiografie aufzubauen, was rückwirkend als individuelles Versagen in der Lebensbewältigung wahrgenommen wird.

Herr Wrobel vermeidet es im Interview, ausführlich und explizit über seine als schwierig wahrgenommene Kindheit zu erzählen. Es wird deutlich, dass diese als Ausgangspunkt einer fehlenden biografischen Richtschnur in seinem Leben zu verstehen ist. Bis er schließlich die über Jahre gesuchte Bestätigung seiner Person und seiner Arbeit in einer Anstellung in der Systemgastronomie bekommt, verläuft seine Ausbildungs- und Berufskarriere sehr brüchig. Die ihm in der Arbeit verliehene Anerkennung wird zur Motivation, innerhalb des Restaurants bis hin zum stellvertretenden Leiter aufzusteigen. Hoch motiviert konzentriert er sich auf seine Arbeit, vernachlässigt aber gleichzeitig Familie und Partnerschaft; die verschleppte biographische Arbeit führt zu einem ungesunden Verhältnis zur Arbeit als einzigem Ort der Gratifikation.

Allen gemein ist, dass bei ihnen eine Depression als Hauptdiagnose festgestellt und sie dementsprechend therapeutisch und rehabilitativ behandelt werden. Ihre psychischen Beschwerden lassen sich aber kaum mit bestehenden Angeboten des Versorgungssystems dauerhaft

Ergebnisdarstellung

lindern; Verhaltens- und auch Gruppentherapie scheint wenig stimulierende Ansätze bereitzuhalten. Sicherlich ist dafür die subjektive Zuschreibung zu negativen Kindheitserfahrungen mit verantwortlich. Unsere Daten deuten aber auch darauf hin, dass die angewandten Therapien und verschriebenen Medikamente nur wenig oder kaum hilfreich sind, weil die betreffenden Personen einerseits nach der Reha in unverändert belastende Verhältnisse zurückkehren und andererseits auch nur allgemeine Strategien im Umgang mit einer Krankheit und eben nicht mit individuell bestehenden Problemen der Alltags- und Lebensbewältigung an die Hand bekommen. Die ambulante Psychotherapie ist in diesen Fällen ebenfalls eher selten hilfreich. Die meist individualisierende Therapie ist nicht drauf angelegt, soziale oder strukturelle Probleme zu bearbeiten. Das Bedürfnis nach professioneller Hilfe kann in diesen Settings zumeist nicht befriedigt werden. Die Folge ist eine Krankheitsbearbeitung in pathogenen sozialen Kontexten. Frau Rath beschreibt ihren Kontext als „*Lebenssituation*“ (Rath I, Z. 185) und drückt damit im Interview aus, dass die Bearbeitung der Erkrankung auch eine Bearbeitung der Ursachen ist, welche aus ihrer Sicht die Krankheit verursachen.

An dieser Stelle sollte diesbezüglich schon einmal die Frage aufgeworfen werden, ob bei schwerwiegenden Problemen der individuellen Lebensführung und Alltagsgestaltung eine psychotherapeutische Behandlung wirklich der erfolgversprechendste Unterstützungsansatz ist, oder ob hier eine Mediation oder Supervision eher praktische Erfolge verspricht. Diese Überlegung wird noch dadurch gestützt, dass die betreffenden Studienteilnehmer ihre Lebensprobleme meist personifizieren und damit einen zugrundeliegenden sozialen Konflikt in der Familie und oder Arbeit artikulieren.

Psychische Belastungen im sozialen Netzwerk

Von unseren Teilnehmern berichtete kein Einziger von vorhandenen Belastungen im Freundeskreis, die als Ursache einer psychischen Krise benannt werden könnten. Der von Frau Niede geschilderte Drogentod einer Freundin, ist mit Trauer verbunden, wird aber nicht als psychische Beanspruchung von ihr verstanden. Das soziale Netz außerhalb der Arbeit und der (Kern-)Familie wird eher als belastete und nicht als belastende Arena eingeschätzt, weil die Beziehungen im Freundes- und Bekanntenkreis wegen ihres eigenen irritierenden Verhaltens und ihrer Rückzugstendenzen infolge der psychischen Beschwerden gestört werden. Frau Hoffmann etwa erlebt die Zeit ihrer starken psychischen Beschwerden als Phase der Selektion ihrer sozialen Beziehungen. Frau Dehr präferiert einen stärkeren Kontakt zu ihrem Sohn und würde

dafür ihre gute Soziale Einbettung am Wohnort aufgeben, denn alle Freunde können: „*die Familie nicht ersetzen*“ (Dehr I, Z. 1240). Einige Teilnehmer distanzieren sich von guten Freunden auch infolge einer womöglich nicht negativ intendierten, aber von den belasteten Personen als unpassend wahrgenommene Äußerung. So z.B. wird Frau Haltern durch den leichtfertigen Vergleich ihrer Situation mit der einer anderen psychisch erkrankten Person durch eine sehr gute Freundin enttäuscht: „*sie kennt mich (.) [...] kennt mich ((lacht)) in und auswendig das war so ne Enttäuschung für mich (.) [...] mh (1) mich so zu **vergleichen** (.)*“ (Haltern I, Z. 1418ff.).

Der Freundeskreis kann in der Zeit starker psychischer Beschwerden, aber auch selbst zum positiven (Selbst-)Erfahrungsraum werden und salutogenetische Potentiale fördern, wie Herr Läsig zeigt, der zusammen mit Freunden musiziert und darüber Halt gewinnt. Grundlage dafür ist ein offener Umgang mit den psychischen Belastungen und Beschwerden. Besonders deutlich wird dieser Aspekt in der Betrachtung der gegenseitigen Unterstützung unter den Rehabilitanden als „Leidensgefährten“ während und nach der Rehabilitation, der unter 6.2.8 näher ausgeführt wird. Frau Michaelis, eine Teilnehmerin, die auch nach der beruflichen Rehabilitation noch schwere psychische Beschwerden verspürt, ersetzt in einem Umbruchsprozess ihren bis dahin bestehenden Freundeskreis nahezu vollständig durch Rehabilitanden aus dem Berufsförderungswerk.

Freundschaften und soziale Kontakte werden häufig durch psychosomatische Erkrankungen belastet. Die Gründe dafür sind komplex: einige Betroffene ziehen sich zurück – wie Frau Carstens, die ihre Angststörung an gesellschaftlicher Teilhabe hindert – in anderen Fällen ist die Akzeptanz und eine geteilte Definition der Erkrankung problematisch – wie bei Frau Haltern (siehe oben). Durch das Wegbrechen sozialer Kontakte geht für die Betroffenen eine psychosoziale Ressource verloren.

6.3.3.3. Aneignung der psychischen Belastung

Unsere Teilnehmer wehren sich innerlich über einen langen Zeitraum gegen die Selbst- und Fremdzuschreibung starker psychischer Beschwerden oder gar einer psychischen Krankheit. Selbst das Eingeständnis, nicht mehr so wie bisher weitermachen zu können, steht eher dafür, die psychischen Belastungen zu akzeptieren und ihnen in Form einer Suche nach Veränderung der Verhältnisse entgegenwirken zu wollen, als sich selbst einzugestehen, starke psychische Beschwerden zu haben, die mit einer medizinisch-psychologische Behandlung gelindert wer-

den könnte. Im Sinne von Erving Goffman streben sie vor allem nach einem „passing as normal“ (Goffman, 1975) solange es nur irgendwie geht. Ebenso ist bei der ersten Kontaktaufnahme zum medizinischen Versorgungssystem häufig noch eine Abwehr festzustellen. Die Menschen suchen in dieser Phase eine Auszeit und nicht die Bearbeitung einer Erkrankung. Ein wichtiger Teil der Diagnosestellung als asymmetrisch gesellschaftlich codierter Interaktionsprozess zwischen Arzt und Patient ist die Akzeptanz und Annahme der Diagnose seitens des Patienten. Herrn Läsig fällt dies sichtlich schwer. Durch seinen Arzt wird ihm zunächst eine Anpassungsstörung diagnostiziert, über die er sich anfangs freut, in der Reflexion dann aber nicht mehr: „klar (1) das ist nich cool das ist nicht gut (.) weil ((einatmen)) Anpassungsfähigkeit ist ne menschliche Eigenschaft die der Mensch glaub ich schon immer **brauchte**“ (Läsig I, Z. 1598ff.). Frau Reber geht in der festen Erwartung in die Rehabilitation, dass ihr Aufenthalt sich auf ihren Tinnitus konzentriert, als sie bei der Aufnahme mit der Diagnose Depression konfrontiert wird, ist das zunächst ein Schock: „aber dass ich jetzt ne Depression hätte das war für mich (1) doch erst mal musste ich erst mal verarbeiten“ (Reber I, Z. 86f.). Frau Linden spricht davon, dass sie die aktuellen Lebensprobleme bewältigen muss, um nicht wirklich ernsthaft krank zu werden; die gestellte Diagnose „Depression“ nimmt sie aber nur unter der Prämisse an, dass sich eine depressive Phase und eine Krankheit in ihrem Verständnis nicht kongruent zueinander verhalten. An Herrn Laus zeigt sich, dass eine einmal gestellte Diagnose für einen gewissen Zeitraum zwar angenommen werden kann, aber nicht dauerhaft in die Selbstcharakterisierung einfließen muss. Während er im ersten Interview noch erklärt, dass er eine Depression hatte, betont er im Telefoninterview „bei mir wurde damals sowas wie ne Depression diagnostiziert“ (Laus II).

Während der medizinischen und therapeutischen Behandlung übernehmen die Teilnehmer neben dem Wording auch psychologische und therapeutische Deutungsmuster. Sie entwickeln eine semiprofessionelle Sprache und beschreiben ihre psychischen Beschwerden und Belastungen in einer „hybriden“ Perspektive, gemischt aus eigener Wahrnehmung und therapeutischer Überformung. Insbesondere dann, wenn der therapeutische Deutung eine Positivierung des eigenen Handelns inhärent ist, wird das entsprechende Deutungsmuster gern übernommen, zur Selbstsicht geformt und zur Außenpräsentation (z.B. in der Interviewsituation) genutzt. Herr Rembrandt nutzt wie einige unserer Teilnehmer gern das Vehikel „hochsensibel“ für „depressiv“, weil dies keine defizitäre Konnotation bedeutet:

Ergebnisdarstellung

*„wenn ich jetzt sehe da sagen die Leute ja auch ich bin nich krank ich bin nur hochsensibel (.) (2) n anderer ist Linkshänder der ist ja auch nich krank nur weil er keen re- nich mit **rechts** schreiben kann zum Beispiel (.) der ist bloß **anders** (.) ((lachen)) er ist **anders** (.) das ist der einzige Unterschied (.) (1) und das seh ich **auch** so an dieser Stelle (.) was soll man jetzt da **behandeln** (.)“ (Rembrant I, Z. 581ff.).*

Die Selbstdiagnose Hochsensibilität dient retrospektiv dazu, eine unbefriedigend verlaufene Berufsbiographie umzudeuten und anzueignen.

Herr Precht, Frau Peters und Frau Hanser wiederum nehmen dankbar die Begrifflichkeit „Burnout“ für sich an. Herr Precht versteht das Burnout als eine Folge seines anstrengenden und fordernden Handelns zur Bearbeitung, Bewältigung bzw. Ausblendung seiner somatischen Erkrankungen (vornehmlich Tinnitus). Die Zuschreibung „Burnout“ scheint nicht nur die Funktion zu haben das jeweilige Erleben und psychischen Beschwerden fassbar zu machen, ihr scheint auch eine soziale Funktion innezuwohnen. Das bedeutet im Fall von Frau Hanser, dass Burnout als Diagnose die Krankheit verstehbar bzw. verständlich für ihre Umwelt macht. In den Experteninterviews mit ambulanten Psychotherapeuten, wurde durch einen Gesprächspartner betont, dass Burnout als Syndrom ein nützlicher Ansatzpunkt in der Therapie sein kann. In diesen Fällen wird das Burnout unter einer F-Diagnose maskiert und als Burnout bearbeitet. Frau Niemann vermeidet selbst den Begriff „Burnout“ bei der Selbsteinschätzung ihrer psychischen Beschwerden. Sie bevorzugt stattdessen von Erschöpfung zu sprechen; eine Begründung findet sie in einem Unterschied zu ihrem Partner, der ein Burnout im Vorfeld ihrer psychischen Beschwerden durchlebt hatte. Die Erschöpfung steht für sie vor dem Burnout und gilt als nicht krankheitswürdige Selbstzuschreibung. Zweck ist es, damit das F-Diagnose-Stigma zu vermeiden.

Die strategische Kommunikation mithilfe angebotener Alternativbenennungen ist nicht nur Teil der Selbstzuschreibung und Außenpräsentation im Kontext erhoffter und erfahrener höherer sozialen Akzeptanz. Sie hilft auch bei der Krankheitsarbeit und damit bei der theoretischen Bearbeitung der Verlaufskurvenproblematik dahingehend, das eigene vergangene Krankheitserleben versteh- und bearbeitbar zu machen und zukünftige Gefahren eines Rückfalls zu vermeiden. Frau Gut etwa gewinnt darüber in der Reha und Therapie einen Zugriff auf ihre psychischen Beschwerden, was ihr retrospektiv erlaubt, den Prozess der Erkrankung zu verstehen und die mit den psychischen Beschwerden verbundenen Risiken präventiv zu umgehen: *„heute weiß ich ja ebend halt auch ne, wo das enden kann mit so ner Depression“ (Gut*

Ergebnisdarstellung

I, Z. 839f.). Die aufgebaute Eigentheorie der Teilnehmer unterstützt die Ausbildung eines semi-professionellen Krankheitsverständnisses und lässt die betroffenen Personen darüber in ihrem Selbstverständnis zu Experten der eigenen psychischen Beschwerden werden: „*ich bin Experte auf dem Gebiet (.) also mir braucht kein Mensch mehr irgendwie was über Angst oder über Panikstörung zu erzählen, ich kann das alles aus dem Effeff*“ (Ganter I, Z. 331ff.).

Neben Diagnosen und therapeutischen Alternativangeboten werden auch Konzepte des Umgangs mit den psychischen Beschwerden in den Alltag überführt. Frau Ganter und Herr Arlt stellen sich in diesem Zusammenhang bewusst Herausforderungen und verstehen dies als Teil ihrer aktiven Krankheitsbewältigung. Frau Ganter übernimmt das Moment der Konfrontation aus der Therapie als Aufgabe in ihrem Alltag: „*der [öffentlicher Ort, der mit Angst verbunden ist] ist so'ne Konfrontation, die ich, noch machen werde und ich glaube, die ich auch machen muss (.)*“ (Ganter I, Z. 562ff.). Die Aneignung der psychischen Beschwerden im Zuge der praktischen Bearbeitung kann wie bei Frau Hanser aber auch über eigene Konzepte unabhängig von therapeutischen Hilfen geschehen. Sie möchte den Leidensdruck damit überwinden, sich neuen Bedingungen für ein gesünderes Leben zu suchen „*ich hab mich auf Wunsch gesundschreiben lassen, (1) äh um mich nicht zu blockieren wenn ich krank bin kann ich, nichts ändern auch in meinem Leben nicht (.)*“ (Hanser I, Z. 76ff.). Frau Peters gehört zu den Teilnehmern, die abseits der Schulmedizin nach Hilfen zur Bearbeitung ihrer Beschwerden suchen: „*naja also ich war jetzt bei der Heilpraktikerin und nebenbei hab ich mich dann noch mit anderen Sachen beschäftigt*“ (Peters I, Z. 1389f.).

Ein wichtiger Teil des Aneignungsprozesses ist weiterhin die Frage der Veröffentlichungsbereitschaft der psychischen Beschwerden. Viele unserer Rehabilitanden berichten diesbezüglich von positiven Erfahrungen: „*ist auch ein Zeichen für alle Angehörigen ups (1) die muss was tun (.) [...] und dann unterstützen wir sie auch in ner Veränderung*“ (Peters I, Z. 288ff.). Als negativ erfahren werden kann dabei aber auch, dass die entsprechenden Teilnehmer das Gefühl bekommen, in Watte gepackt zu werden:

*„mein Chef hat wahrscheinlich irgendwie was **gesagt**, also die haben mich immer alle behandelt, ob als ob ich ((einatmen)) **schwer krank bin**, also: ((ausatmen)) setz dich in die Ecke und mache nichts und so (.) ich meine das war schon, [...] da kam **ich** mir ((klatscht)) jetzt schon wieder n bisschen dumm vor muss ich dazu sagen“ (Carstens I, Z. 28ff.);*

womöglich raten auch deshalb Experten noch häufig davon ab. Eine Expertin berichtet davon, dass auch Hausärzte häufig von der Veröffentlichung der F-Diagnose abraten. Für Frau Wagner

Ergebnisdarstellung

ist die Empfehlung der Rehabilitations-Klinik aufgrund der Länge der Krankschreibung problematisch und sie entscheidet sich bewusst für eine Offenlegung:

*„was ja der [Behandler] zu uns als unser zu unserem Abschluss äh Gespräch auch gesagt hat dass äh w-, wir nach n- nicht unbedingt so **offen** damit umgehen sollen sondern, wei- weil es viele, äh Menschen gibt die das einfach die da einfach nicht mit umgehen können und einen dann wirklich vielleicht ein bisschen schief **angucken** oder so (.) und ich hatte für mich wirklich schon von Anfang an gesagt, das machst du nicht so (.) also [...] weil, also ich denke man=man kann sich an fünf Fingern abzählen wenn wenn jemand über ein Jahr fehlt und man hat keinen Krebs und ne? m-, dann dann muss es ja irgendwas anderes sein“ (Wagner I, Z. 344ff.).*

Einen Unterschied in der Veröffentlichungsbereitschaft zwischen F3- und F4-Hauptdiagnose konnten wir in unserem Sample nicht feststellen. Unabhängig von der Hauptdiagnosegruppe und der Rehaform, erscheint uns die Veröffentlichung der psychischen Beschwerden und vor allem auch der verbliebenen Leistungseinschränkung, als ein wichtiger Aspekt im Prozess der Aneignung der gesundheitlichen Beeinträchtigung, weil der interaktive Prozess zwischen unseren Teilnehmern und deren signifikanten Anderen in der Familie, der Arbeitswelt aber auch im Freundeskreis bei der Wiederherstellung eines als normal wahrgenommenen und akzeptieren Lebens positiv wirkt, indem er die neuen Ansätze der gesundheitlichen und biografischen Entwicklung in ihrer Passung mit verhandelt und auch bestätigt, worüber unsere Teilnehmer immens an (Selbst-)Sicherheit gewinnen.

6.2.4 Nutzungsansprüche der medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Unsere Teilnehmer treten mit ganz unterschiedlichen Ansprüchen an ihre Rehabilitation heran. Unterschiede sind hierbei sowohl zwischen beruflicher und medizinischer Rehabilitation feststellbar als auch innerhalb der einzelnen Reha-Formen. Von der psychosomatischen Rehabilitation erhoffen sich unsere Teilnehmer:

- Eine Auszeit von den Belastungen in Familie und/oder Beruf,
- Eine (Akut-)Behandlung zur Linderung ihrer psychischen Beschwerden,
- Eine therapeutische Betreuung bei der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit,
- Eine Stimulation der (biografischen) Neujustierung und
- Eine Bestätigung ihrer (negativen) gesundheitlichen Selbsteinschätzung und damit Legitimation eines EM-Rentenanspruchs.

Ergebnisdarstellung

Ein Chefarzt der teilnehmenden Kliniken schätzt die Nutzungsansprüche an die Reha in einem Expertengespräch ganz ähnlich ein:

„manche wollen auftanken, Lebensfreude wiedergewinnen, sich regenerieren; manche wollen sich im Erlebens- und Verhaltensmuster verändern; viele denken auch daran, dass sie diese Station absolvieren müssen, um EM-Rente zu bekommen“. (Chefarzt Klinik X)

Die beruflichen Rehabilitanden stellen ganz andere, viel weniger auf ihre psychischen Beschwerden bezogene Ansprüche. Sie erhoffen sich von der beruflichen Rehabilitation:

- Eine Renormalisierung des (vorherigen) Lebens,
- Einen Neuanfang im Leben gründend auf dem in der Reha erlernten Beruf oder
- Eine letzte Chance für eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung infolge vorher misslungener Versuche im Aufbau einer Erwerbsbiografie.

Eine Zeit ohne Kontrolle durch das Jobcenter ist ein weiterer theoretisch möglicher Anspruch an die berufliche Rehabilitation. Sie wird aber lediglich von unseren Teilnehmern über andere Rehabilitanden (von denen sie sich distanzieren) berichtet und nicht selbst erlebt. Dieser Anspruch basiert daher nicht auf erhobenen biografischen aber dennoch auf narrativen Daten. Herr Wrobel deutet eine solche Herangehensweise an die berufliche Rehabilitation an. Einer der Teilnehmer, mit dem er gemeinsam die Ausbildung absolviert, zeigt kein Interesse an der Ausbildung, verliert zunehmend den Anschluss an den Lernstoff und fehlt häufig, um schwarz zu arbeiten.

Die an die Reha gestellten Erwartungen und damit der seitens der Rehabilitanden erhoffte Nutzen der Reha, werden auch von vorherigen Erfahrungen im und mit dem Reha-System bedingt. 43,8 % unserer medizinischen Rehabilitanden haben im Vorfeld schon einmal an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen; bei den beruflichen Rehabilitanden sind es sogar 65,2 %. Eine weitere berufliche Rehabilitation haben vorher nur 7,6% der Teilnehmer aus der medizinischen Rehabilitation und 17,4 % aus der beruflichen Rehabilitation absolviert; Vorerfahrungen mit einer medizinischen Rehabilitation sind damit deutlich häufiger anzutreffen. Dies erstaunt insbesondere bei den beruflichen Rehabilitanden kaum. Wie bereits im Kapitel 6.2.2 beschrieben, sind die beruflichen Rehabilitanden in ihrem verlaufskurvenförmigen

Ergebnisdarstellung

Krankheitserleben deutlich weiter fortgeschritten, meist im Stadium der praktischen Bearbeitung. Sie haben in der Regel die vorherigen Stadien der Verlaufskurve in ähnlicher Weise durchlaufen, in denen sich die medizinischen Rehabilitanden im Erhebungszeitraum befinden; hierbei darf aber kein pauschaler Umkehrschluss erfolgen: Zwar haben alle beruflichen Rehabilitanden die vorherigen Stadien der Verlaufskurve durchlebt und währenddessen häufig mindestens eine medizinische Rehabilitation absolviert, doch geht nur ein geringer Teil der medizinischen Rehabilitanden zur praktischen Bearbeitung der Verlaufskurvendynamik später in eine berufliche Rehabilitation.

Berufliche wie medizinische Rehabilitanden können gleichermaßen auf (mehrere) Vorerfahrungen mit einer medizinischen Rehabilitation zurückgreifen. Zumeist wird dann die erste medizinische Rehabilitation als sehr positiv erfahren und dementsprechend zur idealisierten Abgleichsfolie für eine weitere Rehabilitationsmaßnahme; dies bestätigt sich auch in einem Expertengespräch mit einer niedergelassenen Psychotherapeutin. Diese betont, dass die Betroffenen zum überwiegenden Teil von der zweiten medizinischen Rehabilitation enttäuscht sind. Unsere Teilnehmer erhoffen sich von ihrer zweiten und teilweise auch dritten medizinischen Rehabilitation eine Wiederholung des Effekts der ersten Reha auf ihr Wohlbefinden. Frau Klein etwa hatte sich von ihrer ersten Rehabilitation eine Auszeit von den psychischen Belastungen versprochen. Diese Erwartung wird erfüllt und sie kann während der Reha an Leistungsfähigkeit gewinnen. Mit dieser Erwartung geht sie für sie folgerichtig auch zehn Jahre später in ihre zweite medizinische Reha; diesmal wird ihre Erwartung jedoch enttäuscht *„war ich erst mal 'n bisschen geschockt sage ich mal ich bin also arbeitsfähig hin und arbeitsunfähig entlassen“* (Klein I, Z. 47f.). Frau Rath und Frau Hoffmann sehen strukturelle Veränderungen der Reha als ursächlich für ihre Enttäuschung mit ihrer zweiten Reha an, wobei es nur Frau Rath gelingt, die Veränderungen in der Rehabilitation und ihre Enttäuschung konsequent zu artikulieren. Insbesondere ist es der Paradigmenwechsel innerhalb der psychosomatischen Rehabilitation, den Frau Hoffmann problematisiert. Für sie ist der Wechsel von der Einzel- zur Gruppentherapie eine deutliche Verschlechterung und ein Bruch mit ihren Erwartungen. Sie kann sich auf das neue Format nicht einlassen und ist davon enttäuscht, dass ihre zweite Reha-Erfahrung wie ein *„Schnelldurchlauf“* erscheint (Hoffmann III).

6.2.4.1 Medizinische Rehabilitation

Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation konnten wir in den Nutzungsansprüchen der Reha nicht feststellen. Die ambulante Reha unterscheidet sich aus der

Ergebnisdarstellung

Perspektive der Rehabilitanden nur dahingehend, dass sie dort einen Teil ihres Alltagslebens aufrechterhalten können „einer der zwei Gründe weshalb ich die ambulante Reha gemacht hab die Katze“ (Läsig I, 659f.) Theoretisch besteht das Risiko, dass die Teilnehmer der ambulanten Rehabilitation damit aber auch in die belastenden Verhältnissen in der Familie während der Reha eingebunden, negative Verhaltensweisen (z.B. Alkoholkonsum) perpetuieren oder Symptome der psychischen Beschwerden (z.B. Schlafstörungen) im Verborgenen bleiben. In unserem Sample findet sich aber kein Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Reha. Dieser wird aber von den Teilnehmern der ambulanten Rehabilitation durchaus angesprochen. So sieht Herr Läsig bei einer Teilnehmerin seiner Gruppe:

„eine, für die war gerade der Alltag das Problem irgendwie (.) ihre beiden Kinder waren das (.) die ist total gerne arbeiten gegangen, ((einatmen)) auf der Arbeit war allet super und sowie sie nach Hause kam und diese Pflichten mit den Kindern hatte, eh da das war ihr Problem (.) darunter hat sie gelitten, (1) und dann dacht ich so man die Arme ey (.) (1) die ist die Einzige in unserer Gruppe, die jedes Mal wenn sie nach Hause geht von der Reha wieder zurückgeht zu ihrem Problem“ (Läsig I, 692ff.).

Auszeit von der Belastung

Diese Gruppe der Rehabilitanden begibt sich in die medizinische Reha, um sich einen „Kururlaub“ zu gönnen. Die zugrundeliegende Intention ist eine temporäre Freisetzung aus belastenden Verhältnissen; die Reha wird damit zu einer Erholungszeit stilisiert. Dieser Nutzungsanspruch der Auszeit an die Reha deckt sich auch mit der Einschätzung klinischer Experteninterviews, die in den Interviews äußern, dass Anspruchshaltungen hinsichtlich der „Hotel“-Qualitäten der Reha-Einrichtungen sowie „Kurmentalitäten“ zunehmen. Meist sind mit der Auszeit keine konkreten Behandlungserwartungen verbunden und es fehlt neben der Ruhephase an weiterführenden Zielen bei den Rehabilitanden. Frau Linden z.B. geht in die Reha, um sie als Pause zu nutzen und ihren belasteten Alltag im Anschluss an die Rehabilitation zu regeln, um daran anschließend einen Veränderungsimpuls zu setzen. Frau Niemann geht auf „Kur“ um mal rauszukommen und zu reflektieren. Herr Mader konzentriert sich während seiner „Kur“ auf sportliche Aktivitäten und sieht die Reha in der Rückschau als „ne gute Zeit“ (Mader III). Dies mag zunächst den Anschein erwecken, hierbei handle es sich um nur im geringeren Maße psychisch belastete Menschen. Dieser Eindruck täuscht jedoch; Frau Röder und Frau Knoll dokumentieren eine Spannbreite des Belastungserlebens von Personen, die sich von der Reha

Ergebnisdarstellung

eine Auszeit versprechen. Frau Knoll ist durch die Veränderungen an ihrem Arbeitsplatz verärgert, dadurch in ihrer Lebensführung und Alltagsbewältigung aber nur marginal eingeschränkt. Frau Röder hingegen hofft wie Frau Knoll auf eine Auszeit, ist aber durch den Suizid des Mannes und das Zusammenbrechen ganz existentiell in der Alltagsführung belastet.

Auffällig an allen Rehabilitanden, die die Reha als Auszeit nutzen wollen, ist, dass sie sich noch in einem sehr frühen Stadium der Krankheitsverlaufskurve und damit des Belastungserlebens befinden. Der Umfang der psychischen Belastungsfaktoren in ihrem Leben und deren (potentielle) Wirkungsmächtigkeit sind ihnen (noch) nicht bewusst, obwohl es, wie z.B. bei Frau Klein, keineswegs die erste psychosomatische Rehabilitation ist und diese Rehabilitanden somit auch Vorerfahrungen mit starken psychischen Beschwerden aufweisen können. Auch in der Reha schenken diese Teilnehmer ihren bereits vorhandenen psychischen Beschwerden (noch) zu wenig Aufmerksamkeit und bleiben in den Therapieangeboten eher in einer passiven Position. Aktiv hingehen werden sie bei sportlichen oder freizeitleichen Aktivitäten. Für Herrn Mader und Frau Reber sind es diese Angebote, die sie in der Rehabilitation suchen und wahrnehmen. Herr Mader ist während seines Aufenthalts in der Klinik enttäuscht, dass das Angebot nur rudimentär ist und er sich für die Nutzung der Schwimmhalle an- und abmelden muss. Erste Impulse für die Auseinandersetzung mit den belastenden Faktoren können im Rahmen der Therapie nur im geringen Maße gesetzt werden. Frau Handle nimmt aus der Zeit in der Klinik eine Reihe von Anstößen mit, Lösungen muss sie im Anschluss daran suchen:

„ich hatte ne ganz super Ther- super Therapeutin, die war wirklich total spitzenmäßig, ein totales Geschenk (.) die hat ganz viel auch angestoßen so in meinem Kopf, ((einatmen)) ehm aber (unverständlich) Sache die oder für ne Sache die einfach mal (1) deutlich mehr Zeit braucht (.) [...] um sich da zu sortieren (.) also kann man auch nur indem man an der Hand genommen wird (.) (1) so im Nachhinein was hier eben auch schwer ist“ (Handle I, Z. 90-96).

Frau Klein, Frau Reber und Frau von Hellig werden in der Reha mit dem Ausmaß ihrer psychischen Beschwerden konfrontiert; im Abgleich zu anderen Rehabilitanden können sie für sich erkennen und anerkennen, starke psychische Beschwerden zu haben. Im Vergleich mit den anderen Patienten wird ihnen wie im Fall von Frau Reber deutlich: *„was ich mir zugemutet hab“ (Reber I, Z. 1191f.).* Mit der Veränderung in der Selbsteinschätzung ändern sich teilweise auch die an die Reha gesetzten Erwartungen; Frau Klein und Frau Reber wünschen sich nun eine Behandlung ihrer psychischen Beschwerden und hoffen auf Hilfe in den angebotenen

Ergebnisdarstellung

Therapiesitzungen. Nur Frau von Hellig bleibt gegenüber der Therapie eher skeptisch. Dennoch wird ihr bewusst, dass sie ihren Reha-Aufenthalt auch nutzen kann, wieder offen gegenüber positiven Einflüssen und Eindrücken im Leben zu werden, denen sie sich zuvor verschlossen hatte: *„wenn ich jetzt rausgehe und sage Mensch heute scheint die Sonne ist doch herrlich, [...] dann freue ich mich darüber einfach (.) und das habe ich eigentlich seit der Reha erst wieder (.)“* (von Hellig I, Z. 1279-1283).

(Akut-)Behandlung zur Linderung der psychischen Beschwerden

Für einige unserer Teilnehmer ist die medizinische Rehabilitation nur eines unter vielen Therapieangeboten. Die psychosomatische Rehabilitation wird damit ähnlich einer ambulanten oder stationären psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlung wahrgenommen. Sie wird häufig dann in Erwägung gezogen, wenn andere Wege der psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgung versperrt sind bzw. zu lange Wartezeiten vorliegen: *„mir fehlt einfach die Führung (.) mir fehlt jemand der mich so ´n Stück weit an die Hand nimmt ab und zu mal sagt pass auf so und so das sind jetzt die nächsten Schritte, (1) bleib auf der Geraden oder so (.) (1) das hab ich nicht (.)“* (Hanser I, Z. 60-63). Aus dem Material ist erkennbar, dass einige Patienten in der Suche nach alternativen fachmedizinischen Behandlungen in der psychosomatischen Rehabilitation durch ihre Haus- und Fachärzte unterstützt werden.

Die entsprechenden Teilnehmer fokussieren während der Reha hauptsächlich die psychotherapeutischen Angebote und erhoffen sich wie etwa Frau Thiel, Konzepte der Reduktion des Leidensdrucks vermittelt zu bekommen. Sie sucht Hilfen und Hilfsmittel, um besser mit den sie plagenden Panikattacken umgehen zu können. Frau Hoffmann und Frau Hanser begeben sich ebenso in die Reha und hoffen, dass die Therapien für eine Verringerung des Leidensdrucks sorgen kann; während sich bei Frau Hanser deutliche Verbesserungen ihrer psychischen Beschwerden einstellen, ist das Therapieangebot der Reha für Frau Hoffmann nicht zuträglich. Wegen der oben beschriebenen therapeutischen Umstellung innerhalb der Klinik, kann die erhoffte Besserung mithilfe der Therapie nicht greifen und verstärkt sogar ihre psychischen Beschwerden. Im Unterschied zwischen Frau Hanser und Frau Hoffmann verdeutlicht sich die Abhängigkeit des Reha-Erfolgs bei diesen Rehabilitanden von den Therapieangeboten und den professionellen Akteuren der Klinik. Dies liegt vor allem daran, dass sich diese Rehabilitanden während der Rehabilitation passiv verhalten und die Linderung ihrer psychischen

Ergebnisdarstellung

Beschwerden den Professionellen übertragen. Einen eigenen Anteil am rehabilitativen Geschehen formulieren sie ebenso wenig, wie Notwendigkeit der Veränderung des eigenen Handelns oder der belastenden Verhältnisse. Diese Sicht auf die Rehabilitanden stützt auch eine klinische Expertin: die Rehabilitanden haben ein mechanistisches Verständnis von Genesung, sie wollen krank sein, Defizite werden honoriert, Leiden können wird gefördert: „lerne jammern ohne zu leiden“.

Im Zusammenhang mit dem passiven Verhalten ist für diese Rehabilitanden auch charakteristisch, dass sie ihre psychischen und somatischen Beschwerden in ähnlicher Weise wahrnehmen und als zu behandelnde Krankheit kategorisieren. Beides sind für sie Einschränkungen im Leben, denen mit einer (Akut-)Behandlung entgegenzuwirken ist. Eine Reha ist für sie eine adäquate Maßnahme der Behandlungskette hin zur Genesung, in die sie sich passiv begeben können und dort einfache (z.B. in Form von klaren Konzepten) und schnelle (zum Ende der Reha genesen) Lösungen erwarten. Frau Gut verspricht sich von ihrer psychosomatischen Reha, dass in der Klinik sowohl ihre psychische als auch ihre somatischen Beschwerden gleichermaßen behandelt werden und sie im Anschluss der Reha ihr Leben weitestgehend beschwerdefrei fortführen kann. Die Hoffnung auf eine einfache Lösung mag auch darin begründet liegen, dass sie noch in einem recht frühen Stadium ihrer Verlaufskurvendynamik in die Rehaklinik kommen; Frau Gut z.B. hatte vorher nur vier probatorische Sitzungen mit ihrer niedergelassenen Therapeutin.

Therapeutische Betreuung bei der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit

Ebenso wie die eben beschriebenen Teilnehmer, fokussieren auch diese Rehabilitanden das therapeutische Angebot in der Reha. Ein deutlicher Kontrast zwischen diesen beiden Gruppen offenbart sich in der Wahrnehmung der Klinikangebote. Während zuvor angesprochene Rehabilitanden eher auf eine Behandlung ihrer Beschwerden hoffen, erwarten diese Teilnehmer viel stärker eine therapeutische Betreuung und Begleitung der individuellen Fortschritte. Ein weiterer großer Unterschied besteht darin, dass sie im Kontrast zur zuvor beschriebenen Gruppe in ihrem verlaufskurvenförmigen Krankheitserleben bereits einen Veränderungsimpuls setzen konnten, der ihnen die Notwendigkeit der Änderung eigener (krankmachender) Verhaltensmuster und auch belastender Verhältnisse vor Augen geführt hat. Sie befinden sich beim Zugang zur Klinik bereits auf dem Weg der psychischen Regeneration und sind während des Reha-Aufenthalts im Rahmen ihres angestoßenen biografischen Handlungsschemas

Ergebnisdarstellung

(Schütze, 1981, S. 86) damit auch aktiver und selbstbestimmter. Sie treten an die Therapieangebote der Klinik offen heran und suchen nach neuen Strategien und Konzepten, die sie bei der Verstetigung der Stabilisierung ihres Gesundheitszustands unterstützen können. Nur in einem geringen Maß gibt es Teilnehmer wie Frau Christ, die auch hier noch auf eine einfache Lösung in Form einer „Zauberformel“ hoffen. Sie formuliert ihre Erwartungen folgendermaßen: *„wahrscheinlich schon, ja (.) dass man ((einatmen)) eh n ganz tollen Lehrer hat der dann sagt so ((Fingerschnippen)) mach das einfach so (.)“* (Christ I, Z. 79ff.).

Die therapeutische Begleitung wird von unseren Teilnehmern dabei retrospektiv unterschiedlich bewertet. Frau Haltern, Frau Hoch, Frau Ganter und Frau Christ sind eher enttäuscht. Erstere sagt im Nachhinein: *„ich habe glaube ich hab zu große Erwartungen gehabt ähm [...] ich nehme viel mit und kann das viel umsetzen in meinem [...] praktischem Alltag in meinem Leben (.)“* (Haltern I, Z. 1267-1276). Herr Arlt, Frau Wagner und Frau Fliege sehen die Therapieangebote der Klinik im Nachgang eher positiv. Obwohl Frau Fliege bereits vor der Reha mit dem Gedanken an einen EM-Rentenanspruch spielt, geht sie aktiv und offen in die Reha und hofft auf eine Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit. Auch wenn diese nicht erreicht werden kann, ist die Reha doch eine wichtige Etappe auf dem Weg der Verringerung ihrer psychischen Beschwerden, weil sie sich dort aktiv neue Strategien des alltäglichen Umgangs mit ihren Beschwerden aneignen kann. Mit dem eigentlich negativen Ergebnis eines EM-Rentenanspruchs, der in der Folge bewilligt wird, wirkt sich das therapeutische Angebot in der Reha positiv aus und wird auch positiv bewertet, weil die in der Therapie an Frau Fliege herangetragenen bzw. bereitgestellten Strategien und Konzepte der Bewältigung ihrer psychischen Beschwerden in ihre bereits entwickelte Vorstellung vom zukünftigen Leben sowie in ihren umstrukturierbaren, aber nicht unendlich veränderbaren Alltag passen und dort auch Anwendung finden können. Auf Frau Hoch und Frau Haltern trifft dies nicht zu, weshalb sie die Therapie selbst eher negativ bewerten. Dennoch gelingt ihnen kontrastiv eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz und im Einklang mit Frau Fliege eine Linderung der psychischen Beschwerden. Ausschlaggebend dafür ist, dass die Therapie ausschließlich auf die Krankheitsarbeit fokussiert wird und lediglich als ein Faktor der gesundheitlichen Restabilisierung in der Reha gesehen wird, der gleichberechtigt neben der selbstbestimmten Eigenleistung bei der Linderung der psychischen Beschwerden und dem positiv wirkenden Austausch und Abgleich der Rehabilitanden untereinander steht. Ursächlich für den vergleichsweise geringen Stellenwert der Therapie sind weiter der bereits im Vorfeld gesetzte Veränderungsimpuls im Krankheitserleben sowie der schon

Ergebnisdarstellung

vorangegangenen erzielten Erfolge der psychischen Regeneration. Die Rehamaßnahme wird daher hauptsächlich als Schonraum begriffen, der sich weniger auf die Behandlung der verbliebenen psychischen Beschwerden konzentriert, sondern vielmehr auf neue Chancen und die selbstbestimmte und aktive Auseinandersetzung mit der Verlaufskurvenproblematik.

Reha als Stimulation bei der (biografischen) Neujustierung

Diese Teilnehmer gehen ebenfalls aktiv und selbstbestimmt in die Reha und weisen viele Parallelen zu den Rehabilitanden auf, die die Therapieangebote der Klinik eher als Begleitung auf dem Weg ihrer psychischen Regeneration sehen. Ein Unterschied zeigt sich nur darin, dass diese Rehabilitanden geringere psychische Beschwerden aufweisen und sich bereits mit ihrer biografischen Neuausrichtung auseinandersetzen (Verlaufskurvenstadium der praktischen Bearbeitung). Die Krankheitsarbeit ist nicht mehr dominant und bereits von der Biografiearbeit abgelöst; die Teilnehmer haben im Vorfeld der Reha bereits passende Strategien im Umgang mit ihren psychischen Beschwerden gefunden und sind zum Zeitpunkt der Reha eher damit beschäftigt, neue Ziele im Leben auszuformulieren oder auch schon umzusetzen. Dennoch nehmen sie das Angebot eine Reha zu absolvieren gern an und suchen während der Reha nach Konzepten und Strategien, die zu ihrem neuen Leben passen könnten; Herr Läsig spricht in diesem Zusammenhang von einem Buffet und Frau Peters sieht die Reha als einen Teil ihres „Support Teams“ das sie sich selbst und selektiv zusammenstellt: *„so seh ich das halt so wie die Reha für mich ein Baustein war ähm, so wie d- alles was ich links und rechts, mache und tue Bausteine für mich sind aber sozusagen so hab ich mir mein Support Team zusammengestellt (.).“ (Peters I, Z. 247-250).* Die von den Teilnehmern fokussierten Konzepte und Strategien betreffen nur im geringen Maße die psychische Stabilisierung. Viel stärker beziehen sie sich auf Bereicherungen in der Freizeitgestaltung, betreffen generelle Vorhaben in der Änderung des Lebensstils und der selbstbestimmten Alltagsgestaltung:

„das war meine Vorstellung von der (1) von der Reha dass ich es schaffe, da für mich selbst eine Struktur in meinem Leben zu finden (1) meinen Alltag zu strukturieren und wieder zu lernen dass ich auch soziale Kontakte (1) aufbauen und pflegen kann“ (Wrobel I, Z. 520ff.).

oder die berufliche Neuorientierung. Letzteres gilt insbesondere für Herrn Wrobel, der sich bewusst mit der gesundheitlichen Stabilisierung und der Frage, wie es nach der Arbeitsunfähigkeit weitergehen kann, dafür entscheidet, eine Rehabilitation zu beantragen und in dieser

Ergebnisdarstellung

durch die Sozialberatung zu einer beruflichen Rehabilitation angestoßen wird. Die psychosomatische Rehabilitation wird so zum Stimulus der biografischen Neuausrichtung bzw. Neujustierung stilisiert und gilt als eine wichtige Etappe im Aufbau neuer Lebensziele; mitunter kommt es dabei auch zu unerwarteten und förderlichen Selbsterfahrungen und einem damit einsetzenden biografischen Wandlungsprozess (*Schütze, 1989*). Wie im Fall von Herrn Läsig, der in der Ergotherapie einen Baum malen soll und im Vergleich mit den anderen Rehabilitanden feststellen muss, dass er der einzige in der Gruppe ist, dessen Baum auf keiner Grundlage steht. Der Baum wird von Herrn Läsig als Metapher gelesen und er nimmt für sich mit, dass er sich eine Grundlage schaffen muss. Aus der Sicht von Frau Peters ist es dafür nötig, sich auch offen auf die Reha einlassen zu können. Für sie ist der um ein paar Monate verzögerten Zugang zur Reha eine glückliche Fügung, da sie die notwendige Offenheit für die Reha mit der Zeit erst entwickelt hat.

Reha zur EM-Rente

Einige unserer Teilnehmer haben bereits vor der Reha einen Antrag auf EM-Rente gestellt bzw. tragen sich schon seit längerem mit dem Gedanken, diesen bei der Rentenversicherung einzureichen. Diese Rehabilitanden werden im Sinne „Reha vor Rente“ passiv in eine psychosomatische Reha geschickt bzw. gehen aktiv mit der Hoffnung in eine Reha, dort „arbeitsunfähig“ entlassen zu werden, um daraufhin einen Antrag auf EM-Rente stellen zu können. Der Rehabilitation selbst stehen sie aber in der Regel offen gegenüber. Trotz ihres latenten Vorhabens, eine EM-Rente zu beantragen, erhofft sich Frau Fliege von der Reha eine deutliche Verbesserung ihres Gesundheitszustands, um im Anschluss wieder arbeiten zu können. Zu ihrem Bedauern kann aber auch im Rahmen der Reha ihre Leistungsfähigkeit nicht hinreichend verbessert werden. Herr Precht hat diesen Anspruch nicht. Dennoch geht auch er offen in die Reha und hofft dort auf hilfreiche Strategien, die seine Beschwerden dauerhaft lindern; er empfindet insbesondere die Entspannungsübungen als ein hilfreiches Konzept, das er mit in seinen Alltag übernimmt. Viel wichtiger ist für ihn aber, dass er in der Reha eine Anerkennung seines Leidendrucks erfährt und damit seine multiplen somatischen sowie psychischen Beschwerden ernst genommen werden. Herr Precht wie auch andere Teilnehmer erfahren in der Reha eine Bestätigung der gesundheitlichen Selbsteinschätzung, worüber auch das Vorhaben eines Antrags auf eine EM-Rente legitimiert wird. Herr Laus hingegen nutzt die Reha strategisch, um einen Antrag auf eine EM-Rente stellen zu können. Er würde zwar auch gern wieder

Ergebnisdarstellung

arbeiten gehen, doch ist er im Vorfeld der Reha schon seit einigen Jahren arbeitslos und sieht für sich keine realistische Chance mehr auf dem Arbeitsmarkt. Vergebens suchte er lange nach einem passenden Arbeitsplatz, angebotene Tätigkeiten waren ausnahmslos im Niedriglohnsektor angesiedelt, eine Umschulung zur und die anschließende Arbeit als Betreuungskraft brachte ausschließlich Enttäuschungen mit sich und selbst auf dem Arbeitsamt wurde ihm gesagt, dass er aufgrund seines Alters keine Chance mehr auf dem Arbeitsmarkt hat:

“also der Ursprung [Entscheidung den Antrag auf EM-Rente zu stellen] ((schluckt)) war ja diese Ansage von solcher (1) Schnepfe, (1) und das mein ich jetzt wirklich negativ, [...] eh mit Mitte zwanzig, die mir sagt männlich sechzig, mit Blick auf n Rechner männlich sechzig keine Chance“ (Laus I, Z. 465-469).

Trotz des gut durchstrukturierten Plans hin zur EM-Rente sollte er zunächst aus der Reha mit dem Status erwerbsfähig entlassen werden. Mit großem Engagement setzte er sich aber durch und wird arbeitsunfähig entlassen. Wegen der psychisch stark belastenden Erlebnisse in der Zeit der Arbeitslosigkeit und der kurzzeitigen Arbeit als Betreuungskraft sieht Herr Laus keine Alternative zur EM-Rente für seine Zukunft. Herr Laus ist damit aus unserem Sample der einzige Repräsentant, der unter den Klinikakteuren vorherrschenden Einschätzung zu den Rehabilitanden, die mit dem Vorhaben, eine EM-Rente zu beantragen, in die Klinik kommen. Wie aus verschiedenen Experteninterviews mit Vertretern der Kliniken hervorgeht, dominieren hier negative Vorabkategorien wie das stetige Achten der entsprechenden Rehabilitanden darauf, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht bessert, oder dass die Rehabilitanden den Anspruch an die Klinikärzte heranzutragen, sie bei der EM-Berentungsbeantragung und bei einer "Schonhaltung" zu unterstützen. Auch das in einem Expertengespräch hervorgebrachte Argument, dass die Höhe der EM-Rente das beste Argument gegen einen Antrag sei, hätte bei Herrn Laus ebenso wie bei Herrn Precht, Frau Fliege oder bei Frau Rath einen Antrag auf EM-Rente nicht abwenden können.

Veränderungen der Nutzungsansprüche während des Reha-Aufenthalts

Die Reha wird nicht immer entsprechend der eigenen zuvor gestellten Erwartungen genutzt. Prinzipiell ist eine Änderung des Nutzungsanspruchs in jeder Richtung denkbar; eine Erwartung der Linderung der Beschwerden kann wegen des Therapieangebots in der Reha eher zur Nutzung im Sinne der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit stimulieren. Ebenso kann die Reha einen starken Gedanken an einen EM-Rentantrag abwenden und den Aufenthalt in

Ergebnisdarstellung

der Rehabilitationsklinik zu einer Auszeit werden lassen, wenn beispielsweise die Freisetzung aus belastenden Verhältnissen eine RTW-Perspektive wieder aufkeimen lässt. Gleichfalls können Menschen mit dem Anspruch einer Auszeit zur Regeneration in die Klinik gehen und während ihres Rehaaufenthalts über den Kontakt und Abgleich zu anderen Rehabilitanden mit dem Ausmaß ihrer psychischen Beschwerden konfrontiert werden und dadurch initiiierend, ihre Krankheitsarbeit anstoßen und die Hoffnung auf eine Behandlung zur Linderung (passive Krankheitsarbeit) oder Begleitung bei der Wiederherstellung (aktive Krankheitsarbeit) mithilfe der Reha artikulieren.

In welche Richtung es zu einem veränderten Nutzungsanspruch der Reha kommt, hängt immer davon ab, ob es Einflüsse in der Klinik gibt, die eine Veränderung anstoßen und wenn dies gelingt, inwiefern dieser Anstoß neue Erwartungen in den Vordergrund treten lässt. Diese Einflüsse können dabei „positiv“ oder „negativ“ ausfallen und von Therapeuten, Mitpatienten, aber auch Veränderungen in den persönlichen/familiären Verhältnissen oder schlichtweg Enttäuschungen und gesundheitlichen Rückfällen initiiert werden; es gibt demnach (situative) soziale, gesundheitliche und auch ökonomische Auslöser. Entscheidend ist, dass die äußeren Einflüsse eine Veränderung seitens der Rehabilitanden initiieren, die von ihnen selbst fokussiert und auch von den umgebenen Akteuren (familiäre Akteure wie Partner und Kinder; Klinikakteure wie Therapeuten und Ärzte; arbeitsplatzbezogene Akteure spielen hier kaum eine Rolle) akzeptiert und mitgetragen werden.

Obwohl theoretisch ein Wechsel von jedem zu jedem Nutzungsanspruch denkbar ist, zeigen sich empirisch in unserem Sample nur einige wenige Varianten. In der Regel stellt die Veränderung auch ein Fortschreiten in der Verlaufskurvenentwicklung dar; innerhalb der Rehaklinik werden dementsprechend neue Stadien des Krankheitserlebens angestoßen. Am Häufigsten kommt es zu einem Wechsel von einer Auszeiterwartung hin zu einem Nutzungsanspruch der Linderung der Beschwerden mithilfe der therapeutischen Behandlung innerhalb der Klinik. Exemplarisch hierfür steht Frau Klein. Basierend auf ihren Erinnerungen an ihre erste psychosomatische Rehabilitation möchte sie sich auch mit ihrer zweiten Reha eine Auszeit zur Regeneration gönnen. Im Kontakt zu Mitrehabilitanden und Therapeuten wird ihr bewusst, wie stark ihre psychischen Beschwerden sind. Wegen der veränderten Selbsteinschätzung und des fehlenden Wissens über eigene Möglichkeiten ihren psychischen Beschwerden entgegenzutreten, lässt sie sich auf die in der Reha angebotene Therapie zur Behandlung ihrer Beschwerden ein. Erschrocken muss sie bald feststellen, dass die Zeit in der Reha für die Behandlung

Ergebnisdarstellung

ihrer psychischen Beschwerden nicht ausreichen wird; der Empfehlung der Fortführung der Behandlung in einer Tagesklinik im Anschluss der Reha kommt sie mit Verzögerungen in der Versorgungskette nach:

„also ich hatte bin im: nach Hause mit der Empfehlung für ne Tagesklinik [...] von der Reha Einrichtung und dann stellte sich raus ne Tagesklinik das wird erst im Sommer Juli August vielleicht so? und ich war am Anfang[...] April, da war ich erst mal geschockt (.) [...] und dann sagte aber die Hausärztin das braucht Zeit und irgendwann hatte ich mich damit abgefunden weil ich (1) damit hatte ich halt nicht gerechnet sage ich mal dass das so lange dauert (.) andererseits war ich auch (1) heilfroh oder sehr zufrieden dass ich in der [Reha-Einrichtung] sch- m- ne professionelle (1) Behandlung und Betreuung hatte (.) dort habe ich erst mal richtig mitgekriegt was ich überhaupt, dass ich überhaupt richtig krank bin und dass was ich hab so“ (Klein I, Z. 50-64).

Im Sinne der Verlaufskurvendynamik ist Frau Klein ein Sonderfall unseres Samples, weil ihr Orientierungszusammenbruch und der sich daran anschließende Veränderungsimpuls in die Zeit der Reha fallen. Frau Wagner geht bereits mit dem Anspruch einer aktiven Auseinandersetzung mit den psychischen Beschwerden zur Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit in die Reha. Dieser Anspruch bleibt auch bis zu Ende der Reha erhalten; hinzukommen bei ihr aber Aspekte der biografischen Neujustierung. Schon während der Reha beginnt sie, sich mit ihrem eigenen Anspruch an Erwerbsarbeit auseinanderzusetzen und sich damit berufsbiografisch neu auszurichten. Diesen Prozess überführt Frau Wagner erfolgreich aus der Reha an ihren Arbeitsplatz. Wie weiter oben schon beschrieben, gehen einige Rehabilitanden mit der Empfehlung auf eine EM-Rente in die Reha. Dies gilt auch für Frau Rath, die den Druck eine EM-Rente zu beantragen durch das Arbeitsamt erfährt, aber auch eine Empfehlung dazu durch ihren Arzt bekommt:

„hauptsächlich Druck auch vom Arbeitsamt weil ja es war ja mein mein äh ich war ja angesteuert (.) dann konnt ich aber weil ich ja noch Anspruch auf Arbeitslosengeld hatte du- musst ich dann äh äh, (1) Antrag stellen hab dann auch noch wat gekriegt aber du kriegst ja auch bloß ´n gewissen und die haben dann Druck gemacht haben gesagt so Sie stellen jetzt ne Rente mit unter anderen aber da war hatte mir mein Arzt dit aber schon hat schon gesagt ich soll noch mal ne Reha beantragen da lief dit schon mit der Reha (.) und dat hat sich dann alles so ´n bisschen überschritten (.) und dann hab ich noch mal vom Arbeitsamt ´n Brief gekriegt damit ich die Reha also dat ich ne Rente beantragen sollte aufgrund da ich nicht vermittelbar bin wegen weil äh äh“ (Rath I, Z. 1166-1176).

Ergebnisdarstellung

Während des Reha-Aufenthalts sind sie gegenüber den angebotenen Therapien sehr offen und hoffen auf eine Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit, an der sie auch gern aktiv mitwirken wollen. Die Reha kann aber die in sie gesetzte Hoffnung nicht erfüllen; die Teilnehmer werden arbeitsunfähig mit der Empfehlung auf einen EM-Rentenanspruch entlassen. Während des Reha-Aufenthalts ist bei Frau Rath ebenso wie bei Frau Fliege oder Frau Dehr damit das Potential und auch die Hoffnung auf eine Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit für eine Rückkehr in Arbeit gegeben, kann aber im Zuge der therapeutischen Betreuung und Behandlung nicht erreicht werden.

6.2.4.2 Berufliche Rehabilitation

An die berufliche Rehabilitation in Form einer 2-jährigen überbetrieblichen Vollqualifikation in einem Berufsförderungswerk (BFW) stellen unsere Teilnehmer völlig andere Erwartungen. Obwohl die BFW so aufgestellt sind, dass sie während der beruflichen Reha auch therapeutische Unterstützung erbringen können und somit die Krankheitsarbeit der Teilnehmer fördern können, steht die Linderung der psychischen Beschwerden kaum mehr im Kontext der Reha. In unserem Sample betrifft dies nur Frau Michaelis, die die physio- und psychotherapeutischen Angebote des BFW intensiv nutzt. Im Anschluss der Reha beklagt sie das Gefühl des Alleingelassen Werdens, da diese Angebote mit dem Tag der Prüfung wegfallen, und äußert, dass sie sich nach der Umschulung nicht gesünder fühlt als zuvor. Das BFW hat mit seiner den Alltag strukturierenden Leitplankenfunktion Frau Michaelis während der Maßnahme darin unterstützt die psychischen Belastungen zu unterdrücken, ihre gesundheitliche Grundsituation hat sich aber nicht gebessert. Entsprechend sucht sie auch im Anschluss nach Möglichkeiten einer medizinischen Weiterbehandlung. Dieser starke Wunsch nach einer (psychologischen) Nachsorge ist auch in unserer Vorgängerstudie *„Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem. Eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen“* (Kardorff/Mesch-nig/Klaus, 2016) kaum zu finden. Die Ursache für diese inzwischen gelungene Abkehr von der Zentrierung der Krankheitsarbeit sehen wir in zwei Aspekten. Erstens sind, wie unter 6.2.2. diskutiert, die beruflichen Rehabilitanden in ihrer Verlaufskurvenentwicklung weiter fortgeschritten als die medizinischen. Meist haben sie im Vorfeld der beruflichen Rehabilitation bereits (mindestens) eine medizinische Rehabilitation absolviert. Insgesamt haben von der 23 befragten berufliche Rehabilitanden 15 im Vorfeld der Qualifikation Erfahrungen mit einer

Ergebnisdarstellung

medizinischen Rehabilitation gemacht. Die sich häufig an die medizinische Rehabilitation anschließende Antrags- und Wartezeit hin zur beruflichen Reha mag zwar auch psychisch belastend sein, gleichfalls gibt sie aber auch den Raum, die Krankheitsarbeit weiter fortzuführen und weitestgehend abzuschließen. Die Entscheidung, einen neuen Beruf zu erlernen und auch die Berufswahl selbst, zeigen einen Wechsel der Arbeitslinien von der Krankheits- zur Biographiearbeit an und setzen damit einen neuen zentralen Fokus im Leben. Außerdem werden mit der beruflichen Rehabilitation allein über die Konzeptualisierung viel stärker berufs- und arbeitsbezogene Assoziationen geweckt, weil hierüber nicht nur arbeitsplatzbezogene Probleme wie etwa bei der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) diskutiert werden, die die Rückkehr in Arbeit fördern sollen. Vielmehr wird die berufliche Rehabilitation selbst als Weg zurück in Arbeit und damit bereits Teil des RTW verstanden. Allein das Testen und Steigern der eigenen Leistungsfähigkeit im Schonraum des BFW wird als abschließender Teil der Krankheitsarbeit verstanden, mischt sich aber deutlich mit der Alltagsarbeit, die parallel zur Umschulung geleistet werden muss.

Berufliche Rehabilitation als Renormalisierung des Lebens

Ein Großteil unserer beruflichen Rehabilitanden erhoffen sich von der beruflichen Rehabilitation eine Renormalisierung ihres Lebens; dies deckt sich auch mit den Ergebnissen der vorangegangenen Studie und bestätigt darüber auch die Erkenntnis, dass berufliche Rehabilitanden unterschiedlichster Indikationen gleichermaßen an ihre Maßnahme herantreten, sie durchlaufen und auch nutzen. Wie weiter oben angedeutet, ist eine berufliche Rehabilitation konzeptionell zwar auf chronisch kranke Menschen zugeschnitten, fokussiert aber doch viel stärker den Arbeits- und Berufsbezug; im Sinne von (Corbin/Strauss, 2004) liegt hier die Differenzierung in den Arbeitslinien (Krankheitsarbeit vs. biografische Arbeit; hier den Beruf betreffend), die auch unsere Teilnehmer als kontrastive Aufgaben ihres Alltagslebens verstehen.

Teilnehmer mit der Hoffnung auf eine Renormalisierung ihres Lebens mittels einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme sind meist schon über viele Jahre gesundheitlich belastet und haben im Vorfeld ihrer Umschulung zahlreiche ambulante und therapeutische Angebote in Anspruch genommen. Meist sind sie familiär und sozial gut eingebunden und bekommen aus dieser Arena soziale Unterstützung. Die Ursachen ihrer psychischen Beschwerden sehen sie in der Arbeitswelt aber auch in der Familie. Ihnen wird über längere Zeiträume bewusst, dass sie ihren ursprünglichen Beruf nicht mehr lange oder länger ausführen werden können. Einige

Ergebnisdarstellung

unserer Teilnehmer dieser Gruppe fokussieren in den Interviews primär somatische Beschwerden als Entscheidungsgrundlage für eine berufliche Rehabilitation. Frau Pieper beschreibt im Interview, dass sie gesundheitlich primär über ihre Rückenschmerzen eingeschränkt ist und begründet darüber ihren Weg in die berufliche Rehabilitation. Ursache könnte hierfür der Fortschritt in der Krankheitsbewältigung der beruflichen Rehabilitanden sein; Teilnehmer die sich psychisch wieder stabilisiert fühlen, relativieren häufig im Nachgang ihre ehemals psychischen Beschwerden und betonen vor allem diejenigen gesundheitlichen Aspekte, die aus ihrer Sicht noch Einfluss auf die Rückkehr in Arbeit haben (könnten). Herr Haubenschmid betont auf Nachfrage, dass er die Phase psychischer Belastungen bereits lange hinter sich gelassen hat: „*damals, wie gesagt 2000, 2000 bis 2004, 05 (1) aber jetzt (2) ist das alles in Ordnung*“ (Haubenschmid I, Z. 505f.).

Ihre berufliche Rehabilitationsmaßnahme absolvieren diese Teilnehmer meist erfolgreich und unauffällig und finden im Anschluss recht schnell einen Arbeitsplatz in ihrem Umschulungsberuf. Die neue Arbeit selbst ist für sie meist von eher geringer Bedeutung; sie haben im Rahmen der beruflichen Rehabilitation einen Prozess des „On Cooling the Mark Out“ (Goffman, 1962) durchlaufen und können beim RTW auch eine Arbeit mit einem weit geringerem Anspruch und weniger identitätsstiftenden Momenten problemlos annehmen. Viel wichtiger als die Fortführung einer vormals verfolgten Karrierelogik ist ihnen nun die Vereinbarkeit von verbliebenen psychischen und vor allem somatischen Beschwerden mit der neu aufgenommenen Erwerbsarbeit. Grundlage dafür ist auch meist ein Wechsel in der Priorisierung der Arenen; während sie sich zuvor über Arbeit zumindest zu einem großen Teil definiert haben, rückt nun die Familie in den Vordergrund. Mit der neuen Arbeit und dem neuen Beruf werden nun die Familie und die Partnerschaft (wieder) – auch unter Identitätsgesichtspunkten – fokussiert; über den RTW wird das Leben bereichert und mit der zurückgewonnenen Stabilität (re-)normalisiert. Das gilt auch für Herrn Haubenschmid, für den die Beziehung zu seiner Partnerin den Mittelpunkt seiner Identitätskonstruktion darstellt und für die Realisierung von gemeinsamen Unternehmungen und den Aufbau der neuen Wohnung eines Jobs bedarf. Dass dabei nicht der Beruf, sondern die Berufstätigkeit im Mittelpunkt steht, wird am Beispiel von Frau Pieper deutlich, die zunächst im Umschulungsberuf arbeitet, zum zweiten Interviewtermin aber wieder in ihren ursprünglichen Ausbildungsberuf wechselt.

Frau Michaelis, die wie oben beschrieben im Sample dieser, aber auch vorhergehender Forschungsprojekte eine Ausreißerin darstellt, gehört mit Blick auf ihre Erwartungen ebenfalls zu

Ergebnisdarstellung

denjenigen, die sich von der beruflichen Rehabilitation eine Renormalisierung erwarten. Am Beispiel von Frau Michaelis wird deutlich, dass die gewünschte oder antizipierte Funktion der beruflichen Rehabilitation von den betroffenen Rehabilitanden unterschiedlich erfolgreich eingeschätzt wird. Frau Michaelis ist in ihrem Zugang deutlich naiver als Herr Haubenschmid. Herr Haubenschmid, der bereits erfolgreich Erfahrungen mit dem System der beruflichen Rehabilitation gemacht hat, hat eine pragmatische Erwartung an die Maßnahme, zu der er sich in der Lage fühlt. Frau Michaelis hingegen scheint mit der beruflichen Rehabilitation den Abschluss der Krankheitsarbeit erzwingen zu wollen, was ihr nicht gelingt und den ausbleibenden Erfolg bei RTW bzw. SAW erklärt.

Berufliche Rehabilitation als Neuanfang

Diese Teilnehmer unterscheiden sich von der zuvor beschriebenen Gruppe nur in bestimmten Akzenten. Kontrastiv sehen sie im Vorfeld der Rehabilitation die Ursachen ihrer psychischen Belastung meist parallel im Arbeitsleben und in der Familie. Frau Bär gehört zu dieser Gruppe und kondensiert ihr Belastungserleben wie folgt:

„ich war zum Schluss in der Altenpflege beschäftigt auf 30 Stunden, aber äh waren trotzdem ständig Wirbel blockiert, und äh dazu kam Burnout noch äh durch die Mehrfachbelastung zu der Zeit hatte ich noch meine psychisch kranke Tochter im Haus (.) [...] meine pflegebedürftige Mutter und Haus und Garten auch alleine und deswegen Schichtarbeit und das war dann ein bisschen viel des Guten ja da habe ich mich völlig übernommen (.) dann war ich dann andert-halb Jahre krankgeschrieben“ (Bär I, Z. 184-192).

Ein weiterer Unterschied manifestiert der weit geringere Stellenwert des vorher ausgeübten Berufs in der Identitätskonstruktion. Frau Lippert und Frau Wieland etwa, haben ihren Traumberuf nicht ausüben können und stattdessen eine Arbeit aufgenommen, die ihnen zwar gefällt, deren Verlust sie aber nicht bedauern. Für Frau Wieland war die Wahl des ursprünglichen Ausbildungsberufs eine nüchterne Entscheidung aufgrund der damaligen Gegebenheit:

„es war nie n Wunschberuf gewesen, das Problem war hier es gab keine Lehrstellen, (1) in ganz Deutschland gabs zu dem Zeitpunkt eh gabs überhaupt keine Lehrstellen (.) (1) konnte man machen was man wollte (.) ich wär ja auch eh woanders in Deutschland gewesen und hätte da eh meine Ausbildung gemacht“ (Wieland I, Z. 834-837).

Ergebnisdarstellung

Herr Klomm wiederum – ein Teilnehmer der Vorgängerstudie, der in die Analyse einbezogen wurde – hat im Vorfeld seiner beruflichen Rehabilitation ein Abstiegszenario vom Meisterstatus im Traumberuf hin zu einem Hilfsarbeiter im Niedriglohnsektor durchlaufen, in dem identitätsstiftende Momente der Berufstätigkeit völlig verloren gegangen sind und die Erwerbsarbeit allein den Versorgungsaspekt in den Vordergrund rücken lässt *„das war aus der Traum (.) ((einatmen)) ja und denn, dreht sich nachher alles im Kreis und denn bist du irgendwann bist du krank finanzielle Zwänge, Ängste, wie gehts weiter“* (Klomm II, Z. 455ff.). Hinzu kommen häufig negative und als Demütigung wahrgenommene Erfahrungen in der Erwerbsarbeit. Eine Erfahrung von der Herr Klomm berichtet: *„und dann hat er uns auch gegeneinander aufgehetzt, hat dann ein zwei Leute mehr Geld gegeben damit die uns dann n bisschen ausspionieren ne und- also richtig (1) ((lachend)) Vollkapitalismus ne“* (Klomm II, Z. 427ff.). Frau Bär erlebt wie oben beschrieben Ähnliches, als sie nach einem tätlichen Angriff durch einen dementiellen Patienten keine Unterstützung durch ihren Arbeitgeber erfährt.

Die berufliche Reha sehen diese Rehabilitanden als Chance, sich mit dem neu erlernten Beruf ein neues Erwerbsleben aufzubauen. Umso mehr steht für sie der zu erlernende Beruf im Vordergrund, da sie mit ihm weit stärker als die zuvor beschriebene Gruppe beruflicher Rehabilitanden auch die Möglichkeit assoziieren, über den Beruf an Identität zu gewinnen; eine gelungene Umschulungsberufswahl wird so zum mitentscheidenden Faktor für den späteren RTW-Erfolg (siehe auch (Meschnig/Kardorff/Klaus, 2019). Gleichfalls kann die starke Fokussierung auf den Umschulungsberuf für diese Rehabilitanden auch ein hemmender Faktor für den RTW im Anschluss einer erfolgreich absolvierten Umschulung darstellen, wenn der regionale berufsspezifische Arbeitsmarkt verschlossen ist (ebd.). Deutlich wird das im Fall von Frau Bär, die im dritten Interview kurz vor dem Umzug in eine ostdeutsche Mittelstadt steht. Die Chancen auf einen Arbeitsplatz in oder in der Nähe ihres Heimatortes bewertet sie durchgehend als schlecht: *„ist schon ein bisschen schwierig gerade (.) (2) ä:hm (1) Region an sich ist schwierig überwiegend Landwirtschaft“* (Bär I, Z. 951f.). Ein Abrücken von dem Beruf, mit dem sich diese Rehabilitanden ein neues Leben aufbauen wollen, würde ihrem berufsbiografischen (Lebens-)Entwurf die Basis entziehen. Der Anspruch eines (berufs-)biografischen Neuanfangs mithilfe der beruflichen Rehabilitation ist somit häufig mit negativen erwerbsbiografischen Vorerfahrungen und parallel psychisch belastenden Erlebnissen im Familienleben verbunden. Eine erfolgreiche Umsetzung des Anspruchs bedarf einer bedachten Berufswahl, in der identitätsstiftende Momente vorzufinden sind und gleichfalls Umsetzungsmöglichkeiten auf dem

Ergebnisdarstellung

regionalen berufsspezifischen Arbeitsmarkt existieren; eine professionelle Beratung und Begleitung im Sinne des Case Management erscheint hier vorteilhaft.

Berufliche Rehabilitation als letzte Chance

Diese Teilnehmer unterscheiden sich deutlich von den beiden zuvor genannten Gruppen beruflicher Rehabilitanden. In der Regel sind es eher jüngere Personen, denen es im Vorfeld der Umschulung nicht gelungen ist, eine eigene Berufsbiografie aufzubauen. Häufig haben sie ihre erste Berufsausbildung abgebrochen oder können im Anschluss ihrer Berufsausbildung nicht im erlernten Beruf arbeiten. Über viele Jahre hinweg versuchen sie mit Praktika, Nebenbeschäftigungen im Niedriglohnsektor und/oder Probearbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Weil ihnen dies aber immer wieder misslingt, wird die berufliche Qualifizierungsmaßnahme zu einer Chance, mithilfe eines neu zu erlernenden und auf dem ersten Arbeitsmarkt nachgefragten Beruf, zu einem regulären sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis zu gelangen. Wegen ihrer über viele Jahre anhaltenden Erfahrungen des Scheiterns haben sie im Vorfeld bereits begonnen zu resignieren; das für sie unverhoffte Angebot der Umschulung wird daher als einzige und letzte Chance stilisiert.

In unserem aktuellen Sample ist diese Gruppe von beruflichen Rehabilitanden nur peripher repräsentiert. Herr Wrobel ist ein Teilnehmer, der im engeren Sinne nicht zu den beruflichen Rehabilitanden gehört, da er während seiner psychosomatischen Rehabilitation rekrutiert wird. Im Zeitraum der Längsschnittbefragung im Anschluss der Rehabilitation entwickelt aber auch er den Anspruch, über LTA eine Umschulungsmaßnahme zu beantragen, um darüber eine für ihn letzte Chance für den Erwerb eines auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbaren Berufsabschluss zu nutzen.

Viel häufiger haben wir Rehabilitanden mit diesem Anspruch an die berufliche Rehabilitation in unserer Vorgängerstudie vorgefunden. Vielen dieser Teilnehmer (Herr Castello, Herr Pohl und Frau Krause) wurde die Umschulungsmaßnahme von der *Bundesagentur für Arbeit* bewilligt. Diese ehemaligen Teilnehmer unterscheiden sich vom aktuellen Sample darin, dass sie keine diagnostizierten psychischen Beschwerden aufweisen; ihnen wurde die Umschulung sogar ohne irgendeine diagnostizierte chronische Erkrankung bewilligt. Zwei unserer damaligen Teilnehmer sind aber durchaus mit dem aktuellen Sample vergleichbar. Herr Hansen (Suchterkrankung) und Frau Bender (soziale Phobie) haben ihre erste Berufsausbildung abgebrochen und ihnen wurde seitens der DRV eine Umschulungsmaßnahme bewilligt. Herr Hansen ist mit

Ergebnisdarstellung

37 Jahren etwas jünger als Herr Wrobel, Frau Bender mit 26 Jahren sogar deutlich jünger. Kontrastiv berichten sie von keiner im Vorfeld der Umschulungsmaßnahme absolvierten psychosomatischen Rehabilitation; Herr Hansen hat sich während des Entzuges aber für zwei Jahre in eine Einrichtung des betreuten Wohnens begeben. Viel stärker als die Rehabilitanden, die über die berufliche Rehabilitation „nur“ einen (berufs-)biografischen Neuanfang anstreben, strukturieren diese Teilnehmer ihr Leben von Grund auf neu. Sie suchen parallel zu einem neuen Berufsleben nach neuen Partnerschaften. Frau Bender wechselt mit ihrem neuen Partner auch den Wohnort. Dennoch gelingt es ihr insgesamt nicht, sich von den mit den vorherigen Verhältnissen assoziierten psychischen Belastungen zu distanzieren. Resignierend kommentiert sie ihre Situation mit *„Du möchtest einfach ein normaler Mensch sein, obwohl du nicht bist, das ist das Schlimme“* (Bender II, Z. 463f.) Herr Hansen hingegen scheint mit dem in der Umschulung neu erlernte Beruf der Neustart ins Leben zu gelingen; er kommentiert seine nach langer Zeit enttäuschender Absagen gegebene Chance des Berufseinstiegs mit *„Mehr oder weniger Glück im Unglück sag ik mal dazu“* (Hansen I, Z. 589f.). Für Herrn Wrobel, der sich zum Abschluss des Forschungsprojekts noch mitten in der Qualifizierungsmaßnahme befindet, stehen die Chance auf eine erfolgreiche Rückkehr in Arbeit deutlich besser. Sein angestrebter Berufsabschluss ist deutschlandweit nachgefragt, er gehört zu den besseren Teilnehmern in seinem Kurs und er ist bereit, für einen Arbeitsplatz den Wohnort zu wechseln.

6.2.5 Medizinische Reha: Zuweisungsprozesse, Diagnosewechsel, Einzel- und Gruppenangebote, spezielle Maßnahmen (MBOR), Entlassungsdiagnose

6.2.5.1 Zuweisungsprozesse

Besondere Berufliche Problemlagen (BBPL)

Ursprünglich wollten wir uns bei den medizinischen Rehabilitanden auf Teilnehmer mit „besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL)“ konzentrieren. Leider konnte diese zielgerichtete Selektion bei der Rekrutierung der Teilnehmer nicht aufrechterhalten bleiben, weil hinsichtlich der Zuordnung zu BBPL bei der Aufnahme in eine psychosomatische Rehaklinik aus unserer Sicht keine eindeutige Regelung vorliegt.

Seit 2011 gilt als Rehabilitand mit besonderen beruflichen Problemlagen, wer „problematische sozialmedizinische Verläufe“ (Streibelt/Buschmann-Steinhage, 2011) aufweist. Mithilfe des Screenings beim Zugang zur Reha über SIMBO-C, SIBAR oder Würzburger Screening sollen

Ergebnisdarstellung

diese Personen erkannt und herausgefiltert werden; ein zuvor gesetzter Summenwert entscheidet über die Zuordnung. Besonderes Gewicht bekommen zu lange oder häufige Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und/oder Arbeitslosigkeit sowie eine negative subjektive Erwerbsprognose (*Stock Gissendanner/Köllner, 2015*); lange und häufige AU-Zeiten gelten als zentraler Indikator für problematische sozialmedizinische Verläufe. BBPL steht also für den Versuch einer standardisierten routineförmigen und bedarfsorientierten Differenzierung für notwendig erachtete Rehabilitationsangebote.

In der Praxis der psychosomatischen Kliniken scheint die Differenzierung mittels Screening nicht so eindeutig wie erwünscht zu gelingen. Köllner schätzt, dass etwa 30-50% der Rehabilitanden in der Psychosomatik unter BBPL fallen würden (*Köllner, 2018*). Schimank konstatiert mit 50% eine deutlich höhere Quote an BBPL-Patienten als vergleichsweise in der Orthopädie (*Schimank, 2015*). In einem Interview mit einer Sozialberaterin berichtet diese, dass der Anteil an Patienten mit BBPL stark zwischen etwas unter 10% und 50% schwankt. In unserem Sample geben während des Reha-Aufenthalts über 60% eine für sich negative Erwerbsprognose im Fragebogen an. Die Sichtweise hinsichtlich BBPL ist auch unter den von uns interviewten Ärzten und Psychologen keineswegs einheitlich. Die Entscheidung über BBPL scheint in der Praxis vielmehr nach sehr individuellen ärztlichen Kriterien zu erfolgen. Ein interviewter Chefarzt etwa spricht von der Beachtung des Simbo-C Wertes bei der Zuweisung zur MBOR als *ein* Kriterium, ohne den Simbo-C Wert in irgendeiner Weise mit BBPL zu assoziieren. Hierfür könnte auch ausschlaggebend sein, dass lange AU-Zeiten nicht zwangsläufig mit psychischen Beschwerden in der Arbeitswelt assoziiert sind. Lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und brüchige Erwerbsbiografien sind bei diesen Teilnehmern dennoch vorzufinden, weil die psychischen Belastungen sich einerseits auch auf die Arbeitswelt auswirken und andererseits als so stark empfunden werden, dass sich die Teilnehmer nicht mehr arbeitsfähig fühlen bzw. von den Fach- und Hausärzten wegen der psychischen Belastung krankgeschrieben werden und eine psychosomatische Reha empfohlen bekommen. Frau Carstens ist in den 12 Monaten vor der Reha über drei Monate krankgeschrieben, attribuiert ihre Angststörung nicht in die Arbeit. Ein weiterer von uns interviewter Chefarzt merkt diesbezüglich an, dass Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen schwer interaktionell gestört seien und dadurch in eine Spirale von Schwierigkeiten im Beruf sowie im Privaten kommen würden. Je länger sie erwerbslos seien, desto größer wäre der Einfluss auch auf die Strukturierung des Tagesablaufs.

Ergebnisdarstellung

Antrag auf und Bewilligung der Reha

Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten spielen eine große Rolle bei der Entscheidung für oder gegen einen Antrag auf eine psychosomatische Rehabilitation. In unserem Sample geben 28,6% (n=30) an, eine Empfehlung von ihrem Hausarzt bekommen zu haben; 39% (n=41) sehen die Empfehlung des Facharztes als (mit-)entscheidendes Moment der Antragstellung. In einem Expertengespräch mit einer Psychologin einer Rehaklinik betont, dass auch viele Zuweisungen zur Reha über das Jobcenter laufen würden. Eine interviewte niedergelassene Psychotherapeutin erklärt weiterhin, dass auch diese Berufsgruppe über eine Empfehlung hinausgeht und eine Reha verordnen kann. Es ist fraglich, inwiefern sie sich als relevante Akteure bei der Verordnung bzw. Beantragung psychosomatischer Rehabilitationen etablieren werden. Seit dem 9. Juni 2017 dürfen sie unter anderem Reha-Maßnahmen verordnen, aber lediglich dann, wenn die Reha in das Leistungsspektrum der Krankenkassen fällt. In den drei im Jahr 2018 geführten Experteninterviews mit Psychotherapeuten wurde die Möglichkeit der Verordnung von Reha-Maßnahmen von einer Therapeutin selbstständig angesprochen. Die Befragten sehen sich eher nicht in der Aufgabe Rehabilitationen zu verordnen, auch dann wenn sie eine Reha uneingeschränkt für den Patienten empfehlen würden.

Entgegen der Aussagen in unseren Experteninterviews, dass die Hausärzte lange Krankschreibungen einer Empfehlung auf Reha vorziehen würden, zeigen sich in unserem sehr wohl gute Beispiele dafür, dass Hausärzte aktiv an der Teilnahme ihrer Patienten an einer Reha mitwirken. Frau Wagner ist zu Beginn keineswegs von einer psychosomatischen Rehabilitation überzeugt. In einem langen Prozess lässt sie sich aber seitens ihres Partners, ihrer Therapeutin und Hausärztin überzeugen:

„(.) theoretisch wollte ich da überhaupt nichts von wissen (.) ((lacht)) [...] also da brauchten, da brauchte es dann schon meine Familie Frau Doktor [Ärztin] und Frau [Therapeutin], bis ich mich praktisch, bis ich dann gesagt hab okay ich stell diesen Antrag und dann mal gucken ob ich dann (2) ne? ne- ob sie mir das dann praktisch überhaupt genehmigen und so ja“ (Wagner I, Z. 217-222).

Frau Christ fühlt sich sogar auf Initiative ihres Therapeuten in die Reha gedrängt. Dieser stellt sie vor die Wahl, sie wegen ihrer als akut eingeschätzten Suizidalität entweder sofort in eine Psychiatrie einzuweisen oder mit Wartezeit in die Reha zu gehen. Auf Anraten einer Freundin entscheidet sie sich für die psychosomatische Reha. Herr Wrobel hingegen sieht die Entscheidung hin zur Reha als ausnahmslos selbstbestimmten Prozess. Ohne eine Anregung vom Haus-

Ergebnisdarstellung

, Facharzt oder Therapeuten entscheidet er sich für eine stationäre Rehabilitation, um den Wechsel der Arbeitslinien von der Krankheits- zur Biographiearbeit zu stützen. In der Antragsstellung wird er unterstützt.

Die beantragte psychosomatische Reha wird bei unseren Teilnehmern in der Regel schnell und ohne Komplikationen bewilligt, nur wenige Rehabilitanden erleben die Bewilligung als einen langwierigen und bürokratischen Prozess. Frau Niede bekommt auf ihren ersten Antrag mit der Begründung „nicht rehafähig“ eine Ablehnung; ihrem eingereichten Widerspruch wird stattgegeben. Für Frau Niede wäre wegen ihrer akuten Depression möglicherweise ein stationärer Psychatrieaufenthalt sinnvoller; die anfängliche Abgrenzung der DRV von der Akutversorgung der Krankenversicherungen wird wegen des Widerspruchs aber nicht aufrechterhalten.

Nur wenige, wie etwa Frau Klein oder Frau Knoll, gehen in der Zeit zwischen Beantragung und Beginn der Reha ihrer Erwerbsarbeit nach. Frau Handle gehört zu den wenigen Personen im Sample, die ihren Antrag auf Rehabilitation verzögert. Sie arbeitet in einer kleinen medizinischen Praxis als Arzthelferin und wartet zunächst auf die Rückkehr einer Kollegin aus der Elternzeit, die dann aber überraschend kündigt. Um den Betrieb in seiner Arbeitsfähigkeit nicht zu gefährden, entscheidet sie sich für eine weitere Verzögerung. *„Macht n Kohl jetzt auch nich mehr fett (.) dann machen wir das halt im Januar“ (Handle I, Z. 327f.).* Viele unserer Teilnehmer beantragen ihre Reha mit dem festen Vorhaben, im Anschluss wieder an ihren alten Arbeitsplatz zurückzukehren. Von der Reha versprechen sie sich beispielsweise, im Anschluss besser mit beruflichen Überlastungssituationen (z.B. Frau Reher) oder familiären Belastungen (z.B. Frau Schlegel) umgehen zu können. Für einige Teilnehmer steht aber auch schon im Vorfeld der Reha fest, dass sie nicht an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren werden. Hier stehen meist grundlegende strukturelle Veränderungen am Arbeitsplatz (z.B. Herr Läsig), verhärtete soziale Konflikte am Arbeitsplatz (z.B. Frau von Hellig), schwere somatische Grunderkrankungen (z.B. Herr Precht), dauerhaft fehlende Wertschätzung in der Arbeitswelt (z.B. Frau Peters) oder lange Zeiten der Arbeitslosigkeit im Vorfeld der Reha (z.B. Herr Laus) im Vordergrund. Betreut werden unsere Teilnehmer in der Zeit des Wartens auf die Reha meist parallel von ihren Haus- und Fachärzten sowie von ihren Therapeuten. Frau Wagner konnte im Vorfeld der Reha keinen niedergelassenen Therapeuten finden. Alternativ nimmt sie an einem Pilotprojekt einer telefonischen Psychotherapie in ihrer Region teil. Sämtliche Teilnehmer im Sample

Ergebnisdarstellung

haben vor der Rehabilitation Kontakt in das Versorgungssystem. Einige haben bereits medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchlaufen. Für viele ist die Rehabilitation aber die Erste. Das Niveau der Versorgung vor der Rehabilitation schwankt dabei erheblich. Während einige Betroffene lediglich durch ihren Hausarzt und/oder Psychologen versorgt werden, können andere in der Bewältigung ihrer psychischen Belastungen auf die Hilfe eines ambulanten Psychotherapeuten zurückgreifen. Frau Niemann nimmt vor dem Antrag auf Rehabilitation keine Hilfe in Anspruch und ihrer Erzählung zu Beantragung der Rehabilitation spielt die begutachtende Amtsärztin eine größere Rolle als ihre Hausärztin. In einigen Fällen geht der Rehabilitation der Aufenthalt in einer Akutklinik bzw. Tagesklinik voraus. Dies ist bspw. bei Frau Hoch der Fall die mit einer ca. einmonatigen Unterbrechung aus der Tagesklinik in die Reha kommt. In einer der Beiratssitzung zu diesem Forschungsprojekte wurde durch die Leitung einer Klinik angemerkt, dass insbesondere solche Fälle in denen die akute bzw. kurative Behandlung der Patienten in die Rehabilitation verlängert werden durch die Kliniken kaum befriedigend zu bewältigen sind, weil diese eine gänzlich andere Funktion erfüllen (sollten).

Die unterschiedlich durchlaufenen Versorgungsketten auf dem Weg zur Rehabilitation spiegeln sowohl die unterschiedliche Dichte des Versorgungssystems im Vergleich ländlicher und großstädtischer Regionen wider, ist aber auch eine Folge des wahrgenommenen Leidensdrucks und des Fortschreitens auf der Verlaufskurve bzw. der Nutzungsweise der Rehabilitation geschuldet. So ist Frau Niemann weniger belastet als Herr Wrobel, der im Verlauf seiner Erkrankung langfristig in psychologischer und therapeutischer Behandlung ist. Frau Niemann wiederum nutzt die Reha als Auszeit und Herr Wrobel als Neujustierung.

6.2.5.2 Bewertung und Nutzen der Reha

Die psychosomatische Rehabilitation beurteilen unsere Teilnehmer im Nachgang überwiegend positiv. Als besonders nützlich werden empfunden:

- Die Therapieangebote der Reha-Einrichtung,
- Der während des Reha-Aufenthalts einsetzende Lerneffekt,
- Der Schonraum der Rehaklinik und
- Der Kontakt zu Mitrehabilitanden.

Ergebnisdarstellung

Eine generelle negative retrospektive Beurteilung der Reha wird nur sehr selten hervorgebracht. Frau Ganter hat den Eindruck, dass die Reha insgesamt nicht auf ihre Bedarfe abgestimmt ist. Insbesondere die Ergo- und Bewegungstherapie empfindet sie als unpassend. Frau Ganter kritisiert an der Ergotherapie: „das war nichts anderes als eine Beschäftigungstherapie (.) das hat für mich aber gar kein, gar kein **Effekt** (.) diese=diese Ergotherapie hat nichts mit mir **gemacht**“ (Ganter I, Z. 723ff.). Aufgrund einer Beeinträchtigung der Schulter kann Frau Ganter ihre Arme nicht über ihren Kopf heben, den medizinischen Befund dazu hat sie bereits im Vorfeld an die Reha-Klinik geschickt. Es dauert jedoch vier Wochen innerhalb der Reha, bis die Therapieplanung darauf Rücksicht nimmt. Der Effekt ist: „ich konnte also an=an vielen Sachen bei der Bewegungstherapie gar nicht richtig **teilnehmen** (.) und hab immer wieder gefragt, ‚können wir irgendetwas, noch speziell für mich machen im Bereich Kraft(äh=äh)training? für meine Schultern?‘“ (Ganter I, Z. 735ff.). Für Frau Peters liegt das Grundproblem in der fehlenden Kommunikation in Kombination mit starren Vorgaben seitens der Klinik. Ihre Wochenpläne werden von den Therapeuten vorgegeben und nicht interaktiv ihr ausgearbeitet und diskutiert; die Aufklärung ist unzureichend. Die Therapieangebote selbst schätzt sie als zu unflexibel ein, um einen konkreten subjektiven Nutzen daraus ziehen zu können; in der Psychotherapie wird ihr nur bestätigt, was sie schon wusste. Dabei ist Frau Peter nicht per se davon überzeugt, dass die Reha nicht nützlich sein kann. Ihre Erwartung innerhalb des Schonraums in flexibler Aushandlung einen für sie passenden Therapieplan zu erarbeiten wird enttäuscht. Für sie, wie auch für einige andere Teilnehmer wird wegen der fehlenden Individualität in der Ausgestaltung der Rehabilitation der Eindruck einer „Reha-Industrie“ erweckt. Herr Laus sieht hier ein monetäres Interesse der Rehaklinik, welches auf Massenabfertigung ausgerichtet ist und ganz bewusst in die bestehende Lücke der ambulanten und stationären psychologisch/psychiatrischen (Akut-)Versorgung springt. Dennoch ist Herr Laus, wie auch Frau Peters, davon überzeugt, dass die Reha-Kliniken das Potential haben, die Versorgung individueller zu gestalten.

In unserem Sample deutet sich an, dass insbesondere die Personen, die mit konkreten Vorstellungen und einem bestimmten Ziel in die Reha gehen, besonders stark von ihrer Maßnahme profitieren. Das gilt im besonderen Maß für Herrn Wrobel, der sehr konkrete Erwartungen an die Rehabilitation formuliert. Damit ist verbunden, dass er sich auch Ziele setzt wie: „meine **Sozial**kompetenzen wieder zu sehen“ (Wrobel I, Z. 546f.). Er profitiert davon, dass er seine Erwartungen an die Reha in der ambulanten Therapie artikulieren und entwickeln kann.

Ergebnisdarstellung

Die befragten ambulanten Psychotherapeuten betonen, dass ihre Patienten im Vorfeld ebenfalls davon profitieren Erwartungen und Ziele zu formulieren. Wie bei Frau Gut zu erkennen, kann sich das mit dem Reha-Aufenthalt verbundene Ziel auch auf die Entlastung somatischer Beschwerden konzentrieren:

„weil es da auch wirklich Therapien gab die d- kennt man ja hier so gar nicht oder kriegt man hat man ja hier nicht die Möglichkeit das zu machen ne (.) ähm, die mir wirklich super geholfen haben (.) und ne wenn die Schmerzen dann ebend halt auch nachlassen naja dann, kriegt man auch, ein bisschen den Kopf dann frei für die anderen Sachen da (.)“ (Gut I, Z. 902-906).

Bei diesen Personen ist es aber wichtig, dass die Vorstellungen in der Reha auch erfüllt werden und ihnen möglichst viel Information über die Reha im Vorfeld bereitgestellt werden sollte, damit die subjektiven Vorstellungen nicht enttäuscht werden. (vgl. Kapitel 2.7.1). Im Rahmen der ambulanten Psychotherapie scheint es laut einer Expertin bereits Ansätze der informierten Vorbereitung auf die Reha zu geben. Die befragten Psychotherapeuten geben in den Interviews an, dass sie ihre Patienten auf die Rehabilitation vorbereiten und auch deren Funktion im Versorgungssystem herausstellen. Sie sind aber auch der Überzeugung, dass eine Rehabilitation unabhängig von der Krankheitsbearbeitung sinnvoll und hilfreich sein kann und unterstützen eine Beantragung bereits früh in der Behandlung, auch weil die ambulanten Therapeuten im Gegensatz zu den Erfahrungen unseres Samples häufig Patienten erleben, in denen die Beantragung und Bewilligung länger dauern kann und nach Schätzungen etwa die Hälfte der Patienten in den Widerspruch gehen müssen, da ihr Antrag zunächst abgelehnt wird. Die Therapeuten berichten auch, dass trotz Vorbereitung auf die Reha und ihre Funktion die Erwartungshaltungen der Patienten diffus bleiben.

Wenn die Rehabilitanden wenig vorbereitet in die Rehaeinrichtung gehen und kaum Vorstellungen oder Ziele formuliert haben, ist der subjektive positive Nutzen der Reha stark abhängig von der Offenheit der Rehabilitanden gegenüber der Rehabilitation. Frau Wagner, Frau Rooke und Frau Reber verstehen ihren Reha-Aufenthalt als offenen Prozess:

„es war das erste Mal dass ich wirklich das mitgemacht hab, wusste also nicht worauf ich mich einlasse (.) [...] und hab wirklich als ich dahin gefahren bin gesagt so und das ist jetzt ne Chance die nutzt du (.) und hab das auch alles wirklich genutzt und äh (2) es war super, es war wirklich super“ (Wagner I, Z. 619-624)

Ergebnisdarstellung

Diese Grundeinstellung gegenüber der Rehabilitationsmaßnahme ermöglicht häufig erst, einen positiven Lerneffekt in der Reha anzustoßen. Für Frau Rooke bedeutet die Rehabilitation auch ein Moment der Selbstreflexion:

„also man hat wirklich sehr viele Anregungen bekommen und ähm, ich hatte da, wirklich mal Zeit und Muse das auch so alles auszuprobieren und zu überlegen was (2) zu mir passt und was ich gerne machen würde weil ich hab echt in den letzten, 30 Jahren sag ich mal dafür überhaupt keine Zeit gehabt“ (Rooke I, Z. 1507ff.).

Frau Reber stößt die Reha einen Selbstreflexionsprozess an, der zu einer neuen Selbstverortung führt. Hinderlich an der Offenheit gegenüber der Rehamaßnahme scheinen insbesondere negative Vorerfahrungen mit der Reha bzw. mit anderen stationären psychiatrischen Klinikaufenthalten; hier besteht für unsere Teilnehmer kaum ein Unterschied. Frau Rath bescheidet ist von der Rehabilitation nicht überzeugt, aufgrund ihrer gemachten Vorerfahrungen: „war ich ja vorgeschädigt“ (Rath I, Z. 1504). Die Erwartungen, Vorstellungen und Ziele, die mit der Reha verbunden werden, aber auch der aus der Rehamaßnahme gezogene individuelle Nutzen sind mit subjektiven Erwartungen, Vorstellungen und Zielen stationärer psychiatrischer Klinikaufenthalte kongruent. Bei komplexeren Versorgungsketten ist den Rehabilitanden die Spezifik der Rehaklinik nicht deutlich. Das wird in den Interviews deutlich. So vermischen sich in der Erzählung von Frau Klein Rehabilitation und Akutklinik. Wie an Frau Klein ebenfalls zu sehen, können aber auch positive Vorerfahrungen mit stationären Klinikaufenthalten negative Auswirkungen auf den subjektiven Nutzen der Reha haben, wenn die auf den Vorerfahrungen basierenden überaus positiven Vorstellungen und mit der Reha verknüpften Ziele wegen struktureller Veränderungen oder eines größeren Leidensdrucks beim zweiten Reha-Aufenthalt nicht erfüllt werden können. Frau Klein berichtet:

*„aber ich hatte 2006 schon meine Reha und da war ich acht Wochen da gab’s das noch (.) ((lacht)) [...] und da war ich hinterher wieder fit eigentlich, oder ja da bin ich hinterher wieder arbeiten gegangen gleich (.) dann war ich wieder fit und da hab ich gedacht das diesmal funktioniert das **genauso** und das hat eben nicht so funktioniert“ (Frau Klein I, Z. 191-198.*

Frau Klein hofft auf ein ebenso positives Ergebnis bei ihrem zweiten Reha-Aufenthalt. Nachdem sie sich durch ihre Hausärztin in der Beantragung nicht unterstützt wird und erst auf Widerspruch eine Bewilligung erhält ist sie insbesondere davon enttäuscht, dass die Reha statt wie 2006 noch acht Wochen nur über fünf Wochen bewilligt wird. Auch wenn es ihr gelingt eine weitere Woche zu beantragen und letztendlich sechs Woche in der Reha ist fühlt sie:

Ergebnisdarstellung

„**Druck** (1) dass ich in fünf Wochen das schaffe“ (Klein I, Z. 234). Sie spiegelt damit die Einschätzung der befragten ambulanten Psychotherapeuten, die in den Interviews davon sprachen, dass die erste Klinikerfahrung meist idealisiert wird und insbesondere eine zweite Rehabilitation im Bereich der Psychosomatik als zumeist schlechter eingeschätzt wird.

Eine nur ungenaue oder gar abweichende Vorstellung von dem, was die Patienten in der Klinik erwartet, führt zu Enttäuschungen und letztendlich auch wie im Fall von Frau Hoffmann zu einer negativen Beurteilung des Aufenthalts und zu weiteren psychischen Belastungen. Frau Hoffmann hatte in ihrem ersten Aufenthalt in der Reha-Klinik die Erfahrung gemacht, dass das Angebot eher individualisierend ist und wird beim zweiten Mal durch den Paradigmenwechsel hin zu mehr Gruppenangeboten enttäuscht. Sie berichtet in der Folge von sich in der Reha einstellenden Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Frau Niede hingegen assoziiert mit ihrer Rehaklinik negatives basierend auf Schilderungen ihrer niedergelassenen Psychotherapeutin über eine andere Patientin, die während ihres Aufenthalts in der Klinik einen schweren Rückfall erlitten hatte; auch auf diese Weise kann die Offenheit gegenüber der Reha im Vorfeld versperrt werden.

Insgesamt benennen die Rehabilitanden sehr konkret, welche Elemente der Therapieplanung unangemessen, fachlich oder sachlich schlecht oder auch unzureichend organisiert sind. Das steht in einem Widerspruch zu den eher unspezifischen positiven Bewertungen die eher auf die Reha als Ganzes bezogen werden. Das gilt umso mehr für den Fortschritt in der Krankheitsbewältigung. Ein Phänomen, das unter anderem auch mit Blick auf die ambulante Psychotherapie zu beobachten ist. Einige Teilnehmer können nicht artikulieren warum die Therapie ihnen geholfen hat. Ein positiver Effekt stellt sich dennoch ein und neben dem Umstand, dass die Rehabilitation Initiator einer vertiefenden Krankheitsarbeit ist, lernen die Betroffenen ihr Leistungsvermögen besser einzuschätzen und zu steuern sowie sich abzugrenzen.

Therapeutische Angebote

Einzeltherapie

Das psychotherapeutische Angebot in den Kliniken und insbesondere die Einzeltherapie werden unterschiedliche beurteilt. Die Gründe hierfür sind vielzählig und heterogen. Einige Rehabilitanden ziehen einen großen subjektiven Nutzen aus ihren Therapiestunden bezüglich ihrer Krankheitsarbeit. Häufig ist mit den Erzählungen über die Therapie verbunden, dass die Betroffenen einen neuen Zugang zu sich finden. Frau Schlegel entdeckt sich in ihrem Wunsch

Ergebnisdarstellung

nach Autonomie. Die Reha hat für sie die „Dinge ins Rollen gebracht“ (Schlegel III). Frau Röder macht Fortschritte mit der Trauerarbeit und scheint hier das erste Mal tatsächlich konstant in der Trauer begleitet zu werden. Hilfreich ist hier ein sensibler Therapeut in der Klinik, der sie in der Einzeltherapie begleitet. Diese Unterstützung hilft ihr dabei trotz anhaltender Trauer wieder aktiv in der Lebensgestaltung zu sein. Sie beginnt damit sowohl ein Tagebuch aber auch kreativ zu schreiben und beginnt wieder mit Sport. Herr Puhl empfindet die Reha insofern als positiv, als dass er insbesondere in der psychotherapeutischen Betreuung von einer Therapeutin die Augen für seine Problematik geöffnet bekommt und sie ihm Wege aus der Erkrankung zeigt. Problematisch für Herrn Puhl ist das mit dem Ende der Rehabilitation und der Therapie sich diese Wege wieder verschließen. Seitens der interviewten Experten aus den Rehakliniken selbst werden Rollenspiele und soziales Kompetenztraining positiv hervorgehoben.

Ein häufiger Kritik Punkt an den Therapeuten in der Klinik findet sich darin, dass die Patienten davon berichten, dass diese während des Rehaaufenthaltes wechseln. Der Umstand dafür mag damit zusammenhängen, dass die Rekrutierung im Winter stattfand, einer Zeit in der jahreszeitlich bedingt mehr Erkrankungen zu verzeichnen sind. Frau Niede berichtet beispielsweise davon, dass sie ihre Bezugstherapeutin in der Reha nicht kennengelernt hat. Das therapeutische Setting wird durch ständige Wechsel und Vertretungen aus Sicht der Teilnehmer gestört, weil man immer wieder anderen Personen das Gleiche erzählen muss; eine Kritik die insbesondere auch von therapieerfahrenen Menschen artikuliert wird. Ständig wechselnde Therapeuten verhindern aber nicht nur, dass die Patienten eine angemessene Behandlung erfahren, sondern erschweren auch die Beurteilung dieser Patienten. Ein Umstand der insbesondere Herrn Laus verstimmt, da dieser nicht sieht, wie er abschließend beurteilt werden soll, wenn er immer wieder durch wechselnde Therapeuten betreut wird. Nicht nur wechselnde, sondern auch junge und unerfahrene Therapeuten werden durch die Befragten bemängelt. Diese verfügen nicht über das nötige Feingefühl oder die entsprechende Lebenserfahrung, um die meist komplexen und über lange Zeiträume aufgeschichteten Problemlagen angemessen zu verstehen und therapeutisch bearbeiten zu können.

Problematisch kann auch das therapeutische Konzept der Klinik sein. So berichtet eine ambulante Therapeutin, dass ein Wechsel der Therapiekonzepte für die Patienten irritierend sein kann, aber auch im weiteren Verlauf die ambulante Therapie belasten kann, wenn die Patienten mit neuen Erwartungen zurück in das ambulante Setting kommen, die durch die Thera-

Ergebnisdarstellung

peuten nicht bedient werden können. An die Enttäuschung über die individuelle Psychotherapie ist auch gebunden, dass es aus der Sicht der Teilnehmer zu wenige Therapiesitzungen während des Rehaufenthalts gibt, um wirklich in die Tiefe zu gehen. Diese negative Einschätzung wird meist von therapieerfahrenen Teilnehmern hervorgebracht und wird damit in einen Kontrast zu ihren Erfahrungen in der ambulanten Psychotherapie gebracht.

Gruppentherapie

Einige der oben unter Einzeltherapie bereits besprochenen Kritikpunkte lassen sich auch auf die Gruppentherapie übertragen. Neben dem wechselnden Therapeuten werden auch unerfahrene und junge Therapeuten genannt. Im Gegensatz zur Einzeltherapie erscheint dieser Punkt aber noch einmal stärker. Herr Läsig sieht eine insgesamt kritische Haltung in seiner Gruppe und schließt sich dem an:

„dieser Tenor dass: einige eh Rehabilitanden fanden hm (1) die haben ja gar keine richtige Lebenserfahrung (.) [...] eh der der den fand ich ((einatmen)) zu verstehen (.) wenn die dann ner dreiundfünfzigjährigen Mutter mit drei Kindern die unter anderem auch ((lachen)) ((einatmen)) von der Doppelrolle Haushalt Ehefrau Dreifachrolle eh Beruf überfordert ist sagen, na Sie müssen einfach auch zweimal in der Woche mit ner Freundin Kaffeetrinken gehen (.) ich mach das auch, dann sagen die ((einatmen)) ich kann das nicht (.) das kann mir ne Dreißigjährige erzählen die kein Kind hat, das will dir mir als Mittel?“ (Läsig I, Z. 350-358).

Kritisiert werden aber nicht nur die Empfehlungen und Hilfestellungen, sondern auch die Leitung der Gruppensitzungen. So entstehen Abneigungen gegenüber und Konflikte mit Mitpatienten, wie bei Herrn Laus, der von einer Vielzahl von Animositäten gegenüber anderen Gruppenteilnehmern berichtet. Ein Umstand der sich auch daraus speist, dass er das Gefühl hat, dass er mit seinen Problemen innerhalb der Gruppe nicht ernst genommen wird, auch weil sein Problem nicht am Arbeitsplatz besteht: *„nicht nur Arbeit kann krank machen, sondern auch nicht arbeiten“ (Laus I, Z. 79)* und er sich in mit diesem Problem alleine konfrontiert sieht. Darüber hinaus ist er deutlich älter als seine Mitpatienten. Die Zusammensetzung der Gruppen beeinflusst deren Funktion und Wirkung für und auf die Patienten. Heterogenität kann dabei von den Betroffenen sowohl als Chance, als auch als Hindernis verstanden werden. Herr Laus erlebt sich als unpassend in einer aus seiner Perspektive homogenen Gruppe, zu der er nicht dazu gehört. Eine ähnliche Erfahrung macht auch Herr Mader, der in der Reha aus der Gruppe der „Antriebslosen“ in die Gruppe der „Lösungssucher“ versetzt wird. Das deutet an,

Ergebnisdarstellung

dass die Klinik ein Verständnis zur Passfähigkeit von einzelnen Teilnehmern und Gruppen haben. In der Regel wird die Zusammensetzung der Gruppe von den Befragten reflektiert, führt aber wie im Fall von Frau Hanser nicht zu Konflikten oder psychischen Belastungen:

„das hat mir gut getan (.) diese Gruppensitzungen (2) naja da sind sehr unterschiedliche Leute drin mit sehr unterschiedlichen Erfahrungen, sehr unterschiedlichen (2) Lebensentwürfen und das passt nicht immer so (.) (1) aber das muss man dann ebend auch mal aushalten dacht ich so ne“ (Hanser I, Z. 341-344).

Frau Haltern erlebt die Gruppentherapie bis zu einer traumatischen Sitzung als hilfreich. In dieser Sitzung öffnet sie sich und spricht ihre Ängste des RTW wegen an. Die Therapeutin wird in dieser Situation ans Telefon gerufen und verlässt den Raum. Damit endet aber nicht die Sitzung und Frau Haltern ist ihren Mitpatienten und deren Ratschlägen schutzlos ausgeliefert: *„und das waren keine Ratschläge dit waren mehr Schläge“ (Halterner I, Z. 1333).* Die Rückkehr der Therapeutin löst das Scherbengericht auf, dennoch ist das Erlebte für Frau Haltern traumatisch:

„dann war dann Schluss (2) sind alle rausgegangen die Psychologin wollte dann auch gleich rausgehen dat Thema war für sie nämlich erledigt (2) und ick habe gesagt äh, Frau [Therapeutin] äh (2) ick kann grad nicht aufstehen und in dem Moment f:iel mir die Tränen und ick zitterte nur noch und, spürte den Schmerz im Arm und dachte ick glaub ick krieg hier gleich ´n ((lacht)) Herzinfarkt so kam mir dit zumindest vor so Alarmglocken (.) [...] und hab ihr gesagt wie´s mir geht ä:h (2) und dass sie jetzt nicht einfach so gehen kann (.) (2) daraufhin sagte sie ähm, na warum haben Sie nicht gleich gesagt na ick weil ick nicht konnte, und auch glaub ich nicht wollte ich glaube ich wollte einfach äh der Gruppe ä:h das nicht zeigen (1) aus welchem Grund auch immer (.) wollte auch nicht zeigen dass es mir grad[...]d=dreckig geht aber ich (1) hab dann auch nur geheult ähm (3) und sie hat mich dann ä:h gebeten dass ich dann äh in die Schwesternzimmer, mich melden soll untersuchen soll und[...]Beruhigungs-Teechen: und Baldrian Tablette und wie auch immer (.)“ (Halterner I, Z. 1363-1381).

Trauma durch Gruppentherapie wurde auch durch die befragten ambulanten Psychotherapeuten angesprochen.

Neben der fachlichen Umsetzung kritisieren einige Rehabilitanden auch, dass die Gruppe konzeptionell dazu verdammt ist, sich mit den Problemen und Belastungen der anderen Rehabilitanden beschäftigen zu müssen. Dies gilt etwa für Frau Peters: *„weil viele einfach mit ihr=ihren eigenen Themen unterwegs waren und ich wollte deren Themen nicht haben“ (Peters I, Z. 1493f.).* Dennoch ist der größere Teil der Befragten davon überzeugt, dass gruppentherapeutische Angebote hilfreich und wichtig sind. Nicht nur, weil der Vergleich mit anderen einem die Prozessualität der Krankheitsbearbeitung psychosomatischer Erkrankungen vor Augen

Ergebnisdarstellung

führt, sondern auch, weil die Gruppe in eine für viele einmalige Situation versetzt. Dies bestätigen auch interviewte Therapeuten der Rehakliniken, die insbesondere zwei Aspekte hervorheben: Erstens können in der Gruppe besonders gut Probleme mit Vorgesetzten und Kollegen diskutiert werden, weil die Mitrehabilitanden sehr empathisch bei arbeitsplatzbezogenen Problemen seien und zweitens biete sich in der Gruppe die Möglichkeit einer unmittelbaren Rückmeldung als Form sozialer Kontrolle, ohne dabei stigmatisierende Wirkungen zu haben, weil dort per Definition sämtliche Teilnehmer ebenfalls an psychosomatischen Erkrankungen leiden. Ein gegenseitiges Verständnis für die jeweils eigenen Probleme wird i.d.R. angenommen. Dadurch wird es möglich, frei von Ängsten bspw. vor Stigmatisierung das eigene Belastungsgeschehen mit anderen zu thematisieren. Nicht nur kein Stigma zu erleben wird dabei positiv bewertet, sondern auch der Umstand, dass die Teilnehmer dort auf Verständnis für ihre Situation treffen. So erlebt Frau Schlegel in der Gruppe Bestätigung für ihren Veränderungsimpuls in Richtung mehr Autonomie, insbesondere deswegen, weil sie als gleichberechtigte und kompetente Akteurin in der Gruppe angenommen wird. Die Gruppentherapie als Angebot anzunehmen und sich in der Gruppe zu öffnen fällt nicht leicht, wie Frau Gut veranschaulicht, die nach Anlaufschwierigkeiten die Gruppentherapie schätzen lernt:

„nee eigentlich also ich sage mal so ähm, jetzt so in diesen Gruppengesprächen die an- zum Anfang war das natürlich schwer für mich weil ich bin nicht der Typ der gerne so vor ner Gruppe spricht und ähm oder überhaupt jetzt so über meine Probleme zu sprechen oder so das ist war eigentlich nicht so meine Art weil ich hab, (1) vieles immer mit mir selber ausgemacht und, (2) hat ja eigentlich auch immer so funktioniert (.) (1) und ((seufzt)) (1) ich bin, da aber ich sage mal so die ersten Gespräche hab ich viel zugehört (.) [...] und da hab ich dann ebend halt gemerkt ja mein Gott, (1) das geht ja ganz vielen so ne (.) oder ähnlich oder so“ (Gut I, Z: 851-861).

Die Nutzung des Formats muss durch die Patienten gelernt werden.

Insgesamt wird die Gruppentherapie besser als ihr solitäres Pendant in der Rehabilitation bewertet. Obschon das Beispiel von Frau Haltern zeigt, dass damit auch Risiken verbunden sind, die sich durch eine ungenügende Führung der Gruppe ergeben können und Rehabilitanden wie Herr Puhl „Für mich ist das Humbug!“ (Puhl I) Gruppenangebote als nicht sinnhaft ansehen. Herr Puhl gehört ebenfalls zur Gruppe derer, die die Einzeltherapie bevorzugen, hier erfährt er auch Impulse in der Krankheitsbearbeitung. Diese Rehabilitanden bewerten die Gruppentherapie schlechter. Aufgrund der Tatsache, dass die Gruppentherapie einen großen Raum

Ergebnisdarstellung

in der Rehabilitation einnimmt, wird diese von denjenigen, die diesem therapeutischen Konzept gegenüber kritisch eingestellt sind insgesamt auch schlechter bewertet. Mit Blick auf die unterschiedliche Annahme der Gruppentherapie scheint es derzeit keine Lösung zu geben, die denjenigen Patienten entgegenkommt, die die Einzeltherapie bevorzugen. Anders herum bewerten diejenigen, die von der Gruppentherapie überzeugt sind, auch wenn sie dort keine konkreten Handlungsanweisungen oder Hilfestellungen erfahren. Frau Rooke wird beispielsweise in dieser Hinsicht enttäuscht, die mit Blick auf die Gruppentherapie sagt: *„ich weiß halt äh, immer ähm öfter nicht (1) ob das jetzt auch so der richtige Weg ist oder [...] ja? oder (1) was ich halt besser machen könnte (1)“* (Rooke I, Z. 1600-1604).

Sport und Ergotherapie

Weitere Angebote der Kliniken wie Sport, Ergo- und Physiotherapie werden durchweg positiv und hilfreich bewertet. Herr Puhl betont in zwei Interviews (6 Monate und 18 Monate nach der Reha), wie überraschend hilfreich die *„Handarbeit“* (Puhl I und III) war. Frau Rath schätzt die Ergotherapie, weil sie sich hier als selbstwirksam empfindet, und würde sich hier ein besseres und umfangreicheres Angebot oder die Möglichkeit, selbstständig die Anlagen nutzen zu können, wünschen: *„oder auch diesen Sportzentrum wo wir gesagt haben Mensch können wir da nicht öfter dann rin? nee dann hattest du nur deinen Plan, (1) und dann wurde abends abgeschlossen“* (Rath I, Z. 1545ff.). Herr Precht, Herr Mader und Herr Läsig nehmen Entspannungstechniken für sich mit; Progressive Muskelrelaxation (PMR) und Tanztherapie sorgen bei Herrn Läsig für einen Zugewinn an Lebensqualität. Er überträgt Qigong *„sondern das auch eh wieder wie überall ist es ech- auch wichtig dass man dat so n bisschen nachhaltig und langfristig macht (.) ((einatmen)) ehm ((schnalzen)) Chi Gong mach ich auch eh zwar nich regelmäßig“* (Läsig I, Z. 545ff.), Tanzen und einige physiotherapeutische Übungen *„habe beibehalten viele Übungen ausm: sportlich: also ph- (1) physiotherapeutischen Bereich:, weil das war mir auch n Anliegen ich wüsste das kriege ich da auch“* (Läsig I, Z. 530ff.) in seinen Alltag und nutzt auf diese Weise die (ambulante) Reha auch zur Stabilisierung seines Alltagslebens *„sowohl mein oder mein Thera- (1) -peut, mein eh Facharzt und ich wir waren uns einig ((einatmen)) das stabilisiert, [...] dieser Alltag“* (Läsig I, Z. 750-753). Ähnliches zeichnet sich auch bei Frau Wagner mit PMR und Frau Christ mit Biofeedback ab. Unabhängig von der Verstetigung wird Sport häufig als positiv wirkender Faktor der Reha genannt. Frau Reber: *„weil ich eigentlich auch ähm (1) ´n Mensch bin der gerne, aktiv ist also Sport macht [...] wandern geht und [...] so und*

Ergebnisdarstellung

also ich hab die Reha dort sehr genossen und auch diese ganzen Therapien die 's dort gab waren och viele neue Erfahrungen dabei d-, die die dort angeboten haben“ (Reber I, Z. 196-203) und Frau Hanser: „also (1) so diese sportliche Betätigung, (1) das hat mir gut getan sich ähm 'n bisschen auszupowern ich hab da auch nüscht ausgelassen ich hab gesagt, (1) geben Sie mir alles und wenn 's mir zu viel werden sollte dann würd ich mich melden ich hab das alles (1) straff durchgezogen ((lacht)) so wie ich nun mal bin (.) [...] aber äh es, es hat m- mir gut getan unterm Strich“ (Hanser I, Z. 315-321) profitieren vom sportlichen Angebot in der Reha; hier scheint insbesondere der (körperlich) aktivierende Aspekt im Vordergrund zu stehen. Für Herrn Mader scheint das Sportangebot sogar noch zu spärlich zu sein und einen zu geringen Anspruch zu haben.

Mit Blick auf die Ergotherapie ergeben sich zwei Momente die von den Befragten positiv genannt werden. Zum einen erleben die Befragten wie bspw. Herr Wrobel die kreativen Aufgaben als Allegorien auf ihre persönliche Situation und reflektieren deren Ergebnisse als Momente der Selbsterkenntnisse, aus denen heraus auch Impulse für die Krankheitsarbeit abgeleitet wird. Ein weiterer positiver Aspekt ist, dass die Rehabilitanden ihre Leistungsfähigkeit in der Ergotherapie testen können.

Exkurs MBOR

Seit wenigen Jahren zählt auch die medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) zum therapeutischen Maßnahmenkatalog der Rehakliniken. Ziel von MBOR ist ein stärkerer institutionalisierter Berufsbezug während des Rehaaufenthalts. Konzipiert als dreistufiges Verfahren werden mit MBOR in unterschiedlichem Maße spezifische Gruppen von Rehabilitanden angesprochen. Während die MBOR Basismaßnahmen (z.B. berufsbezogene Diagnostik) allen Rehabilitanden bereitgestellt wird, sind MBOR Kernmaßnahmen (z.B. Arbeitsplatztraining, psychoedukative Gruppen, interne Belastungserprobungen) speziell für BBPL-Rehabilitanden und MBOR Spezialmaßnahmen ausschließlich für eine besonders definierte Subgruppe bestimmt (Streibelt & Buschmann-Steinhage 2011). In der Praxis scheint eine Umsetzung des Konzepts gerade in der Zuordnung der Rehabilitanden zu den standardisierten Maßnahmen Schwierigkeiten zu bereiten. Cina und Lindenmeyer (2017) haben sieben Zielgruppen (Rehabilitanden in Arbeit mit langen AU, Rehabilitanden mit einem Renten- oder LTA-Begehren, Arbeitslose im ALG 1 Bezug, Arbeitslose im ALG 2 Bezug, Studenten, Hausfrauen und Zeitrentner) für MBOR Maßnahmen identifiziert, die aber voneinander abweichende Reha-Ziele haben.

Ergebnisdarstellung

Weiterhin deutet sich an, dass weit mehr Rehabilitanden für Basis-, Kern- und Spezialmaßnahmen in Frage kommen, als ursprünglich angenommen:

„Angesichts des hohen Anteils von Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemlagen haben wir darauf verzichtet, numehr einen gesonderten Bereich für MBOR-Zielgruppen in der Klinik zu schaffen, sondern uns dazu entschieden, die derzeit in der Klinik für alle Rehabilitanden geltende Teilhabeorientierung durch neue, zusätzliche MBOR-spezifische Basis- und Kernbehandlungsangebote strukturell auszubauen und personell zu erweitern“ (Cina & Lindenmeyer 2017, S. 13).

Seitens der Klinik herrscht vornehmlich Kritik an der Finanzierung von MBOR. Die zusätzlichen Strukturanforderungen sowie der damit steigende Personalaufwand würden nicht genügend vergütet, so berichten uns interviewte Experten aus den Kliniken.

MBOR ist als zusätzliches Angebot der Rehakliniken konzipiert. Im Kontext der Arbeitslinien bedeutet dies, dass über MBOR die Krankheitsarbeit im Rahmen der Therapie durch (berufsbezogene) Alltagsarbeit ergänzt wird; eine nötige Biografiearbeit der Rehabilitanden (siehe Verlaufskurve 6.2.2, Nutzungsansprüche der Reha 8.4 und Lerneffekt der Reha 8.2) wird somit auch von MBOR nicht aufgegriffen. Obwohl MBOR als zusätzliches Angebot mit Berufsbezug konzipiert ist, zeigen sich in der Praxis erste Ansatzpunkte, dass mit dem MBOR-Angebot eine latente Verschiebung weg vom therapeutischen Ansatz und hin zur RTW-Perspektive mit konkretem Arbeitsplatzbezug einhergeht (Schimank, 2015).

Dieser erwünschte stärkere Fokus auf (berufsbezogene) Alltagsarbeit wird seitens unserer Teilnehmer nicht oder kaum wahrgenommen; insgesamt ist MBOR selbst als zusätzliche Maßnahme unter den Rehabilitanden so gut wie gar nicht bekannt: „MBRO [sic], ja das hab ich schonmal gehört.“ (Klein III) Andere Teilnehmer bemerken auf konkrete Nachfrage zu MBOR im Interview, dass sie Unterschiede in der Behandlung zwischen Rehabilitanden wahrgenommen haben. Frau Niemann erklärt, ihre Bekannte in der Kur hatte deutlich mehr Anwendungen; ob es sich dabei um MBOR handelt, bleibt aber unklar. Herr Wrobel beschreibt, dass er als „schwieriger Patient“ (Wrobel, Z. 779) gebrandet wurde. Ob es sich bei ihm um einen MBOR Rehabilitanden handelt, wird aber nicht deutlich bzw. ist sogar unwahrscheinlich, weil Arbeit kein größerer inhaltlicher Teil der Therapie war:

„wir sind nicht so sehr auf mein eh auf mein Arbeitsleben an sich eingegangen, sondern eigentlich nur auf meine Erkrankung ((einatmen)) ne rezidive Depression, und inwieweit das mit meinem Arbeitsleben (1) mh (1) ((einatmen)) zusammengehangen hat und inwieweit mich

Ergebnisdarstellung

mein=mein Job (1) ehm ((einatmen)) da eingeschränkt hat das ist in der in der während der Zeit in der Reha gar nicht Thema gewesen“ (Wrobel I, Z. 38-43).

Herr Mader hat von MBOR im Rahmen seiner Reha nichts wahrgenommen. Auf die Nachfrage hin assoziiert er einen Termin spontan mit MBOR, an dem seine Mobbing Erfahrung an seinem alten Arbeitsplatz besprochen wurde. Ebenso wie Herr Mader assoziiert auch Frau Dehr auf Nachfrage einzelne Therapieangebote mit MBOR. Sie ist der Meinung, dass sogenannter Werkunterricht, wo die Teilnehmer zwischen Basteln, Musik, Zeichnen o.ä. wählen können, eine MBOR-Maßnahme sein könnte. In einer vorhergehenden Reha im Jahr 2014 könnte es sich beim damaligen Gedächtnistraining um MBOR gehandelt haben, so Frau Dehr. Herr Laus hingegen erinnert sich im dritten Interview daran, MBOR in seinem Therapieplan gelesen zu haben. Infolge seiner Erinnerung sucht er in seinen Reha-Unterlagen und findet im Therapieplan einen Termin mit einer Sozialarbeiterin in der letzten Woche seines Reha-Aufenthalts, der unter dem Label MBOR geführt wird. Dieser fällt aber wegen Krankheit der Sozialarbeiterin aus, so erinnert sich Herr Laus. Wegen der fehlenden Wahrnehmung der MBOR Angebote seitens der Rehabilitanden ist eine Nachhaltigkeit von MBOR nur schwer abschätzbar. Hier sollte eine höhere Transparenz für die Rehabilitanden hergestellt werden, damit die intrinsische Motivation der Teilhabe an der Maßnahme und auch die Mitwirkung in der Maßnahme steigt (Stock Gissendanner/Köllner, 2015).

Der Aufenthalt in der Rehaklinik wird (trotz MBOR) von den meisten Rehabilitanden *nur* mit der Krankheit und nicht bzw. selten mit dem RTW assoziiert; selbst wenn Ursachen in der Arbeitswelt gesehen werden, steht in der Klinik die Krankheit für die Rehabilitanden im Vordergrund. Der subjektive Nutzen der Reha im Allgemeinen und der Therapieangebote im Speziellen wird deshalb auch nur in einem sehr geringen Maß mit einer Förderung des RTW assoziiert. In unserem Sample zeigt sich, dass dieser fehlende Effekt von MBOR vor allem dann vorzufinden ist, wenn die Rehabilitanden, die aufgrund ihrer BBPL-Einstufung in der Rehaklinik den MBOR Kern- und Spezialmaßnahmen zugeordnet werden, ihre psychischen Beschwerden eher in die Familie attribuieren. Stock Gissendanner/Köllner (2015) kommen zu ganz ähnlichen Ergebnissen und sehen die gleichen fehlenden Effekt bei der Gruppe an Rehabilitanden, die sich als Opfer der beruflichen Situation und bei sich selbst wenig Veränderungspotential sehen; hier kann nach Meinung der Autoren das Reha-Ziel auch darin bestehen, Bewusstsein für Zusammenhänge und eigene Änderungspotentiale zu erarbeiten.

Ergebnisdarstellung

Warum MBOR in der Psychosomatik seitens der Rehabilitanden kaum wahrgenommen wird und warum die Rehabilitanden kaum einen subjektiven Nutzen (für den RTW) ziehen, mag unterschiedliche Ursachen haben. Aus unserer Sicht lassen sich zwei klare Faktoren ableiten. *Erstens* ist die Zuordnung zu MBOR Maßnahmen über ein BBPL Screening in der Psychosomatik zu ungenau. Hier werden gleichermaßen Personen als BBPL eingestuft, die arbeitsplatzbezogene Problemlagen aufweisen oder die ihre psychische Belastung auf soziale Konflikte im Kollegenkreis oder seitens der Vorgesetzten zurückführen, wie Personen, deren psychische Beschwerden aus langen Arbeitslosigkeitszeiten in Kombination mit einem schwierigem Arbeitsmarkt stammen oder vornehmlich auf privaten und familiären Problemen der Lebensbewältigung beruhen. Eine Aufnahme in ein (gleichartiges) MBOR Programm scheint hier keineswegs sinnvoll, auch weil das Risiko besteht, dass Rehabilitanden mit unterschiedlichen Problemlagen einer zu heterogenen Gruppe zugeordnet werden und in der Folge keine subjektive Passung zu den Themen der Gruppe gesehen wird; so geschehen in unserem Sample bei Herrn Laus und Herrn Mader. Weiterhin besteht selbst bei der thematischen Passung der MBOR Gruppe wegen der BBPL Einstufung das Risiko, dass sich die Rehabilitanden von der zusätzlichen Berufsorientierung während des Reha-Aufenthalts überlastet fühlen, weil sie sich etwa von der Reha eine entlassende Auszeit von der belastenden Arbeitswelt versprechen; damit kann eine forcierte Leistungs- und Trainingsorientierung auch Nebenwirkungen haben. Dies bestätigen auch Wasilewski und Kollegen indem sie erklären, dass eine höhere Regenerationorientierung und „Selbstpflege“ im Gegensatz zu einer Resistenzorientierung bei Entlassung mit einer höheren Bereitschaft zur Wiederaufnahme der Arbeit assoziiert ist (Wasilewski/Otto/Linden, 2018).

Zweitens scheint noch kein klares MBOR Konzept in der Psychosomatik vorzuliegen. Eine einfache Adaption von MBOR aus der Orthopädie ist nicht tragfähig (Köllner, 2018; Streibelt/Buschmann-Steinhage, 2011), sondern muss auf die spezifische Problemlagen der Rehabilitanden (soziale Konflikte, fehlende Wertschätzung, Arbeitslosigkeit, Überlastungen in Familie und Beruf etc.) fokussieren. In der Psychosomatik stehen interaktionelle und motivationale Probleme, Stressbewältigung und der Umgang mit körperlichen Symptomen im Vordergrund der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (Köllner, 2018); berufsbezogene Therapiebausteine haben einen eher ergänzenden Charakter (Stock Gissendanner/Köllner, 2015). Aufgrund dieser hohen Anforderung für MBOR in der Psychosomatik scheinen in der

Ergebnisdarstellung

Praxis unterschiedliche Ansätze für MBOR Konzepte nebeneinander zu stehen. Laut Herrn Linden zählen Psychotherapie, Ergotherapie, Soziotherapie und Bewegungstherapie zu MBOR und werden ergänzt mit speziellen therapeutischen Interventionen bei Arbeitsplatzproblemen, z.B. Arbeitsplatzzerprobung (*Schimank, 2015*). Für Stock Gissendanner und Köllner (2015) sind Gruppentherapie mit spezifischen Psychotherapiegruppen unterteilt nach Beschwerden (z.B. Burnout) oder nach Berufsgruppen (z.B. Pflege) und Tanztherapie zentrale Bestandteile von MBOR; Stufe B enthält auch Maßnahmen zur berufsbezogenen Diagnostik, im klinischen Umfeld kommt bei Stufe C vor allem die Belastungserprobung zum Einsatz. Aus der Sicht der Autoren ist aber auch offen, ob in der Praxis der Kliniken der Berufsbezug der MBOR Therapien den Rehabilitanden in einem strukturierten Konzept vermittelt werden oder ob die einzelnen Angebote besser unverbunden nebeneinanderstehen sollten (*Stock Gissendanner/Köllner, 2015*). *Cina & Lindenmeyer (2017)* bevorzugen das offene Vorgehen und bilden keine nach MBOR Gruppen fest zugeordnete Behandlungsteams. Sie ordnen ihre MBOR Patienten dafür aber drei berufsbezogenen Indikationsgruppen „Stress am Arbeitsplatz“ (hier Fokus auf Training arbeitsbezogene Kommunikationsfähigkeit und Stressbewältigungsfähigkeit), „Bewerbungstraining“ (für Rehabilitanden mit langer Arbeitslosigkeit) und „Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit“ zu (ebd.). Die Arbeitstherapie findet in „Schreinerei“, „Gärtnerei“, „Übungsfirma EDV-Büro“ und „Übungsfirma Café“ statt; aus unserer Sicht stellt sich hier die Frage, wie in diesen Arbeitstherapien alle relevanten Tätigkeitsbereiche abgedeckt werden können, z.B. die der Pflegeberufe. Das offensichtliche Fehlen klarer und einheitlicher Konzepte zur Anwendung von MBOR in der Psychosomatik spiegelt sich auch in der Einschätzung von Liese (*Schimank, 2015*) wider, dass 43,5% der untersuchten psychosomatischen Einrichtungen im Hinblick auf MBOR-Leistungen ausbaufähig seien. Ein durchstrukturiertes Konzept von MBOR bei vornehmlich psychischen Beschwerden auszuarbeiten, scheint uns auch dahingehend sinnvoll und anstrengenswert, weil auch in der klinischen Psychiatrie inzwischen eine berufliche Orientierung angeregt wird (*Mernyi/Hölzle/Hamann, 2018*) und die Psychosomatik wegweisende Pionierarbeit leisten kann. Bei der weiterführenden Ausarbeitung eines durchstrukturierten Konzepts von MBOR in der Psychosomatik sollte auch eine Anmerkung aus einem Interview mit einer Vertreterin eines BFW berücksichtigt werden, dass die Kliniken MBOR viel stärker selbst aufbauen sollten. Bislang sei die berufliche Orientierung in der Rehabilitation viel zu stark von der Verwaltung gesteuert.

Der während des Reha-Aufenthalts einsetzende Lerneffekt

Viele unserer Teilnehmer nehmen etwas aus der Klinik für sich mit, das sie im Vorankommen der subjektiven Krankheitsarbeit und damit in einem selbstbestimmteren Umgang mit den psychischen Belastungen bestärkt. Wir sprechen hier in Anlehnung an *Nittel* (2011) von einem Lerneffekt in der Rehabilitation, weil sich die von der Reha angestoßenen Veränderungen (gleichermaßen bei Rehabilitanden mit F3- und F4-Hauptdiagnosen) unmittelbar auf die Krankheitsverlaufskurve und damit auch auf biografische Prozesse, Ziele und auch Potentiale auswirkt. Nicht bei allen unserer Teilnehmer wird dieser Lerneffekt wie etwa bei Frau Handle in diesem direkten Zusammenhang erkannt und verstanden. Sie beschreibt ihre Erfahrung so: *„ich hatte ne ganz super Ther- super Therapeutin, die war wirklich total spitzenmäßig, ein totales Geschenk (.) die hat ganz viel auch angestoßen so in meinem Kopf“* (Handle I, Z. 90f.). Weit häufiger berichten die Rehabilitanden von Erlebnissen in der Reha, die ihnen helfen, die Ursachen ihrer psychischen Beschwerden zu erkennen. Die von uns interviewten klinischen Akteure bestätigen dies. Patienten sollten während der Reha positiv stimuliert werden; sollten das Gefühl bekommen, dass sich jemand für sie interessiert und für ihren Organismus. Sie sollten auch konfrontiert werden mit dysfunktionalen ungünstigen Erregungs- und Verhaltensmustern und dadurch auch korrigierende Beziehungserfahrungen machen. Insbesondere würde der Lerneffekt durch Gespräche mit den Therapeuten und Nachfragen durch diese gefördert. Unsere Teilnehmer sehen dies ganz ähnlich. Frau Niede erkennt in der Gruppentherapie für sich, dass ihr Belastungserleben in den Arbeitszusammenhang zu attribuieren ist. Weiterhin berichtet sie davon, dass in der Therapie ihr das Gefühl vermitteln, mithilfe der Therapie ihre psychischen Beschwerden unter Kontrolle zu bekommen. Letzteres ist bei Frau Hanser der Fall, die für sich annimmt, dass sie die psychischen Belastungen nicht allein bewältigen kann: *„die haben ebend auch gesagt äh alleine krieg ich krieg ich's nicht“* (Hanser I, Z. 895f.). Für Frau Dehr besteht der Lerneffekt in der Reha einerseits darin, ihre persönliche Beziehung zu ihrer Vorgesetzten zu reflektieren und kann sich im Nachgang des Reha-Aufenthalts merklich entlasten: *„ich hab zwar in der Reha gelernt mit meiner Chefin umzugehen“* (Dehr I, Z. 423). Andererseits ist sie weiterhin durch die Suchterkrankung ihres Partners belastet und reflektiert ihre Co-Abhängigkeit; ein weiterer wichtiger und auch biografischer Lerneffekt, weil hier Grundzüge für eine mögliche Änderung des Lebensstils inbegriffen sind. Für viele Rehabilitanden stehen Erlebnisse während der Reha im Kontext eines Veränderungsimpulses hin zur Rückkehr einer aktiveren Lebensführung und Alltagsgestaltung unter Nutzung

Ergebnisdarstellung

der Rehabilitation zur Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit. Frau Carstens berichtet davon, dass sie bewusst die Wiederaufnahme von Aktivitäten (Kinobesuche mit ihrem Partner) und sozialen Kontakten aber auch die Verstetigung der körperlichen Betätigung (Nordic Walking und Heimsport) plant. Über den Verlauf der Erhebung ist erkennbar, dass Frau Carstens hierbei und parallel in der Krankheitsbearbeitung erfolgreich ist.

Ebenfalls positive Effekte auf die Verlaufskurvenentwicklung haben Lerneffekte im Umgang mit den psychischen Beschwerden. Hier stehen insbesondere die Akzeptanz, eine psychische Krankheit zu haben, und damit die Aufnahme der psychischen Beschwerden in die Selbsttypisierung im Vordergrund, weil die Rehabilitanden auf Basis der daran gebundenen Krankheitseinsicht eine aktive Auseinandersetzung mit ihren Beschwerden und Belastungen angehen. Der folgende Belegkasten gibt einen Einblick, welchen Beitrag der Klinikalltag leisten kann, einen Lerneffekt bezüglich der eigenen Erkrankung anzustoßen.

Reha-Klinik als Ort zur Gewinnung von Krankheitseinsicht

Es gibt eine Reihe von Rehabilitanden die sich diesbezüglich äußern. So sagt Frau Klein: „war ich auch (1) heilfroh oder sehr zufrieden dass ich in der [Klinik] sch- m- ne professionelle (1) Behandlung und Betreuung hatte (.) dort habe ich erst mal richtig mitgekriegt was ich überhaupt, dass ich überhaupt richtig krank bin und dass was ich hab so“ (Klein I, Z. 60-64). In ähnlicher Weise äußert sich auch Frau Wagner: „und ich muss ganz ehrlich sagen es war ein (1) ähm (2) eine Situation in [Klinikort] wo ich im Grunde erst da ganz klar für mich äh kla- also für mich klar hatte du bist ja tatsächlich krank (.) [...] (1) also (1) und das ich mein im April bin ich äh da hat man mich krankgeschrieben und im November war ich in [Klinikort] (.) [...] und da hat es bei mir erst im Grunde richtig Klick gemacht (.)“ (Frau Wagner I, Z. 486ff. 1104-1107). Für Frau Dehr kommt diese Erfahrung in der ersten psychosomatischen Reha 2010 nach etwa drei Wochen: „um die drei Wochen dann danach gewesen (.) und dann hab ich angefangen (1) alles zuzulassen was mir dort geboten wurde, un:d das hat mir gutgetan ja (.) das hab ich dann schon gemerkt“ (Dehr I, Z.346ff.).

Aus diesen Aussagen wird deutlich, dass die Reha-Kliniken Orte der Krankheitseinsicht sind. Hier wird den Betroffenen deutlich, dass sie nicht nur erschöpft oder ausgepowert sind, sondern Hilfe brauchen und sich im Prozess der Krankheitsbearbeitung befinden. Diese Einsicht ist aktivierend und für den weiteren Verlauf der Erkrankung förderlich.

Eng daran gebunden ist auch das Erlernen neuerer Strategien und deren Transformation in den (Arbeits-)Alltag im Anschluss der Reha. Hierzu zählen vor allem die Veröffentlichungsbereitschaft der psychischen Beschwerden, die gesteigerte Achtsamkeit und neue Strategien der Abgrenzung. Entgegen der Empfehlung eines Chefarztes einer unserer teilnehmenden Rehakliniken, der in einem Experteninterview äußert, dass er den Rehabilitanden empfiehlt die Erkrankung insbesondere am Arbeitsplatz nicht zu veröffentlichen, sehen unsere Teilnehmer mehrheitlich einen positiven Effekt darin, ihre psychischen Beschwerden in ihrer Familie

Ergebnisdarstellung

und vor ihren Kollegen und Vorgesetzten zu artikulieren. Frau Wagner zeigt, dass die Veröffentlichung am Arbeitsplatz positive Folgen haben kann. Sie ist offen im Umgang mit ihrer Erkrankung und schafft es den Arbeitsaufwand auf ein bewältigbares Maß zu reduzieren und etabliert wie oben bereits angesprochen Wächter, die auf Fehlentwicklungen zeitnah hinweisen soll(t)en. Frau Carstens sieht den Lerneffekt in der besseren Abgrenzung gegenüber innerfamiliären Belastungsfaktoren nach der Reha:

„ich bin auch so, dass ich jetzt zu meiner Mutter sage du kannst nicht immer bei mir anrufen und mir immer nur ((einatmen)) das Negative erzählen oder wie g- schlecht dir wieder geht (.) [...] ich kann das zurzeit nicht aufnehmen (.) ja? also: das hat sie jetzt auch verstanden (.) also das war ja zu der Zeit immer noch ganz schlimm“ (Carstens I, Z. 1322-1327).

Das Einräumen von Auszeiten sieht sie im Kontrast zu vielen anderen Teilnehmern aber auch innerfamiliär als nötige und hilfreiche Strategie an. Mithilfe der Reha hat sie es gelernt, sich ihrer Rückzugstendenzen bewusst zu werden, ihnen kontrolliert entgegenzuwirken, aber auch eine Auszeit in Anspruch zu nehmen und vor allem dies gegenüber ihrem Partner artikulieren zu können, wenn sie ein starkes Bedürfnis nach Rückzug verspürt: *„also ich=ich=ich bin heut so ehrlich ih- zu ihm zu sagen mir g- ist heute alles zu viel, lass mich einfach in Ruhe (.) und das macht er Gott sei Dank auch (.) also das hab ich mir hätt ich mich da nie getraut vor der Reha (.) also da zu sagen“ (Carstens I, Z. 688-691).* Ein völliger Verzicht auf Rückzugsmöglichkeiten ist für sie (noch) nicht denkbar, weil ein Rückzug aus der Interaktion für sie eine noch gut funktionierende Strategie in akuten Angstsituationen ist. Herr Mader zeigt, dass Offenlegung nicht bedeute, dass sich die Rehabilitanden am Arbeitsplatz jedem Kollegen mitteilen müssen. Vielmehr geht er strategisch vor. Im Sample ist erkennbar, dass die medizinischen Rehabilitanden punktuell und reflektiert über ihre Belastungen informieren. Das gilt insofern bei Herrn Mader, weil er in einer größeren Behörde arbeitet, ist es durchaus nachvollziehbar, dass er lediglich seine engeren Kollegen und seinen direkten Vorgesetzten einbezieht. Der relevante positive Effekt auf die Förderung der Achtsamkeit und der Abgrenzung gegenüber belastenden Faktoren und negativen Einflüssen im Arbeitsalltag kann dadurch dennoch sehr gut gefördert werden. Bei anderen Teilnehmern zeigen sich ähnliche positive Effekte. Frau Rooke konzentriert sich nach der Reha auf Stressbewältigung und eine Reduktion des Verantwortungsempfindens:

„das hätte ich, vorher mit Sicherheit nicht gemacht sondern dann hätte ich, echt dagesessen oh Gott und, die Firma und (unv.) [...] und du fehlst und der arme Kollege und, ne so (.) aber da

Ergebnisdarstellung

hab ich ähm (1) hab ich mir dann gesagt ja gut die eine Woche macht den (Kuh?) jetzt auch nicht fett (.) [...] ja da wird, was nicht äh 'n Bach runtergegangen ist wird jetzt hier auch nicht 'n ((lachend)) Bach runtergehen“ (Rooke I, Z. 1559-1567).

Dabei ist die Woche, auf die sich Frau Rooke bezieht, bereits ein Erfolg, weil sie die Reha verlängert und ihrem Verantwortungsgefühl nicht nachgeht. Frau Reber lernt sich von den unrealistischen Ansprüchen in der Arbeit abzugrenzen und die eigene Arbeit (Krankenschwester) so zu organisieren, dass sie ihrem Anspruch entspricht. Damit ist auch verbunden, dass sie ihrer Dokumentationsarbeit nur dann nachkommt, wenn sie dafür tatsächlich Zeit hat; ein offener Umgang mit ihren Beschwerden für diese Anpassung ist unabdingbar, damit die Veränderung auch von Kollegen und Vorgesetzten mitgetragen wird. Der Lerneffekt bei Frau Peters besteht vor allem darin, ihre eingeschränkte Leistungsfähigkeit zu akzeptieren und offen zu kommunizieren, weil sie sich erst dadurch nötige Pausen einräumen kann: *„für mich war Bewusstwerden dass ich Pausen brauche und dass ich die Pausen nutze“ (Peters I, Z. 950f.)*. Dieses Eingeständnis fällt ihr wegen ihrer vorherigen hohen Leistungsorientierung sehr schwer.

Ein anderer Lerneffekt, der sich ebenso auf eine positive Entwicklung in der Krankheitsverlaufskurve bezieht, findet sich in einem besseren Umgang mit den attribuierten Ursachen ihrer psychischen Beschwerden. Im Vergleich zwischen Frau Rooke und Frau Reber zeigt sich deutlich, dass beide aus einer Überlastungssituation kommen und ähnliche Verläufe haben. Beim RTW hat Frau Reber aber einen deutlichen Vorteil: Sie kann sich abgrenzen und ihre Arbeitsaufgaben verringern. Dieser Aspekt rekrutiert auch auf die Verringerung der Fokussierung der Anerkennung im Beruf. Gleiches kann aber auch im Familienleben relevant sein. Während es Frau Schlegel gelingt, von dem Fokus ihrer innerfamiliär gewünschten Wertschätzung als Mutter und Ehefrau abzurücken und sich in anderen Lebensbereichen auf die Suche nach Anerkennung begibt, kommt Frau Christ nicht aus ihrem Bedürfnis heraus, als attraktive Frau von ihrem Partner und auch im Freundes- und Bekanntenkreis anerkannt und begehrt zu werden. Frau Christ hat daher auch den Eindruck, dass sie während der Reha keine Konzepte oder Strategien erlernt hat, um ihren Alltag für sie besser zu gestalten (sie erwartet einen Zauberspruch bzw. *„irgend nen Satz den man einfach sagt um sich n gewisses Schutzschild aufzubauen“ [Christ I, Z. 56f.]*). Insgesamt scheint es ohnehin schwieriger, positive Lerneffekte in der Reha zu erzielen, wenn die Familie die belastende und belastete Arena ist. Hier scheint die psychosomatische Reha (aktuell) über MBOR und ähnliches zu sehr auf die Arbeitswelt fixiert; mehr Konzentration in der Reha auf etwa das anstoßen biografischer Arbeit in der Familie könnte

Ergebnisdarstellung

hier auch für einen gelingenden RTW hilfreich sein, selbst wenn die Ursachen der psychischen Belastung vermehrt auf das Familienleben attribuiert wird.

Zu einem ausbleibenden Lerneffekt in der Reha kann es aber auch kommen, wenn das Angebot der Rehaeinrichtung als unpassend wahrgenommen wird; Frau Rath z.B. die wie oben beschrieben sich ein größeres ergotherapeutisches und sportliches Angebot gewünscht hätte und mit dem Reha-Konzept unzufrieden ist, übernimmt aus der zweiten Reha keine Konzepte oder Strategien in den Alltag und empfindet die Empfehlung auf eine ambulante Therapie aufgrund des geringen lokalen Angebots als unangebracht. Wenn das therapeutische Angebot derart negativ eingeschätzt wird und deshalb kein Lerneffekt angeregt werden kann, wird die Rehamaßnahme selbst meist dennoch positiv bewertet. Unsere Teilnehmer erklären dann, dass sie zumindest wie Frau Niemann ‚Zeit für sich‘ hatten und/oder den Kontakt zu anderen Rehabilitanden positiv empfanden, (gemeinsam) spazieren gegangen oder Rad gefahren sind. Letzteres gilt für Frau Rath die sagt, *„das Positive muss ich sagen es ist wirklich du kommst dann mal mit anderen also äh äh Leuten zus-[ammen]“* (Rath I, Z. 685f.).

Der Schonraum der Rehaklinik

Exemplarisch beschreibt Frau Thiel die Rehamaßnahme als *„Hafen der Sicherheit“* (Thiel III). Kontrastiv zur Einschätzung einer interviewten Expertin aus der Klinik, die betont, dass der Schonraum besonders hilfreich sei, um salutogenetische Ideen wie Hobbies oder Freizeit zu entwickeln und dabei korrigierende emotionale Erfahrungen zu machen, sehen unsere Teilnehmer die positive Wirkung des Schonraums vor allem in der damit assoziierte Auszeit von den psychisch belastenden Faktoren und auch in der Entlastung bei der Alltagsarbeit. Die Freisetzung aus den Alltagsorgen und der geregelte vorstrukturierte Alltag der Reha bieten (Orientierungs-)Sicherheit und stellen einen Rahmen für eine intensive Krankheitsarbeit sowie ein Testen der eigenen Leistungs- und Belastungsfähigkeit und der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung, wie im Fall von Herrn Wrobel, bereit. In geringerem Maße ist dies auch bei der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation festzustellen. Frau Knoll und Herr Läsig sprechen auch von einer positiven Struktur des Reha-Alltags; sie betonen dies aber weit weniger als Teilnehmer, die eine stationäre psychosomatische Rehabilitation absolviert haben. Frau Hoch etwa beschreibt im ersten Interview die *„Reha war schon irgendwie gut“* (Hoch I). Damit ist neben der Gemeinschaft der Mitpatienten auch verbunden, dass die Reha vom Ort der Krankheitsattribuierung sehr weit entfernt ist. Die Blase schützt sie vor der Arbeit, scheint aber

Ergebnisdarstellung

keine Hilfe für deren Bewältigung der psychischen Beschwerden zu bieten. Ähnlich ist dies auch bei Frau Linden, die den Abstand (Auszeit) aber gezielt sucht und sich keine Illusionen macht, dass ihre berufliche Perspektive sich durch die Reha verbessern könnte, dennoch ist es positiv, „behütet“ (Linden I) zu werden. Retrospektiv war die Reha für Frau Carstens ein positiver Faktor auf dem Weg der Genesung. Dort hatte sie endlich einmal Zeit für sich und Muße, sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. „Die Reha war für mich der Knackpunkt!“ (Carstens III), weil die Reha im Kontrast zu anderen Maßnahmen (insbesondere die Tagesklinik) ihr erlaubt, „raus von zuhause“ (Carstens III) zu kommen und sich mit den eigenen Problemen zu beschäftigen. Ebenso verbindet Frau Peters einen ähnlichen positiven Effekt mit der Reha, nachdem sie sich nach den ersten Wochen der Eingewöhnung auf den Schonraum einlassen und in diesem Rahmen an ihrer Leistungssteigerung arbeiten kann:

„hab aber gesagt, okay, dit gehört jetzt zu meinem Plan ich mach das jetzt mit, und nutze es für mich als Chance wirklich zu gucken, ob mir das was bringt nicht f- sozusagen f- mir bei meiner Krankheit zu helfen zur Gesundheit sondern, wie komme ich, wie kann ich meine Leistung steigern?“ (Peters I, ZN 906-909).

Der Schonraum der Reha bietet ihr auf diesem Weg eine Auszeit für die verstärkte Krankheitsarbeit frei von alltäglichen Verpflichtungen: „hab ich gesagt ,naja fünf Wochen Auszeit fünf Wochen mal aus ´m Pott raus fünf Wochen mal keenen Haushalt“ (Peters I, 1538f.).

Der Schonraum der Reha kann sich aber auch negativ auswirken, wenn sich die Rehabilitanden von schwer belastenden Alltagsorgen auch im Rahmen der Reha nicht distanzieren können. Für Frau Dehr ist die Trennung vom alkoholkranken Partner mit Ängsten und Sorgen verbunden, die Beziehung befindet sich zu diesem Zeitpunkt in einer Krisenphase und sie hatte „nicht den Rücken frei“ (Dehr III), um die Angebote der Reha zu nutzen bzw. die eigene Gesundheit in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen; die Rückkehr nach Hause ist ein harter Aufprall. Frau Dehr erlebt also den Schonraum eher als ein aus dem zu bearbeitendem Leben gerissen sein bzw. als Vernachlässigung der zwingend notwendigen Beziehungsarbeit. Für Frau Gut ist der Schonraum problematisch, weil die Erkrankung des Mannes und die Verantwortung für den Hund einbrechen. Selbst wenn der Schonraum in der Reha als positiver Selbsterfahrungsraum gesehen wird, kann die Rückkehr aus dem Schonraum zu einer psychischen Belastung werden, wie uns Frau Wagner besonders deutlich schildert. Während ihres Heimataufenthalts über Weihnachten bei ihrer Familie fühlt sie sich von den Anforderungen des Familienlebens belastet und freut sich auf die Rückkehr in den Schonraum:

Ergebnisdarstellung

„als mein Mann mich dann praktisch am zweiten Weihnachtstag wieder nach Hause, ä- jetzt sag ich schon nach Hause (.) äh nach Bernau gebracht hat, äh (1) alle haben gedacht oh du wirst äh die die wird immer stiller das kommt weil sie jetzt da wieder hin muss, und ich hab wirklich äh im Auto gesessen und gedacht oh Gott sei Dank du bist du kommst da wieder hin (.) [...] äh w- weil (1) ja weil das wirklich ((lacht)) das ich weiß nicht als äh ich kann das nicht anders erklären als (1) also das ist so ein geschützter Raum dass man wirklich wie in so ner Käseglocke ist“ (Wagner I, Z. 497-506).

Für die Rückkehr in „das normale Leben“ (Wagner I, Z. 520) aus der ‚Käseglocke‘ sieht sie für sich potentiell Schwierigkeiten und „Ängste überhaupt wieder reinzukommen“ (Wagner I, Z. 790) und ausreichend gefestigt zu sein, um „nicht wieder so schnell abzurutschen“ (Wagner I, Z. 794). Frau Wagner fehlt es also an konkreten Strategien, den positiven Effekt des Schonraums der Reha in ihren Alltag im Anschluss zu überführen. Auf sehr individuelle Weise gelingt es ihr aber, sich selbst einen sanften Übergang vom Schonraum hin zu einer Doppelbelastung in Familie und Arbeit zu bereiten. Ähnlich wie in einer vorangegangenen Studie „Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem. Eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen“ (Kardorff/Meschig/Klaus, 2016). scheint es auch im Nachgang einer psychosomatischen Rehabilitation bei einigen Rehabilitanden den Bedarf eines Schonraums über die Rehabilitationsmaßnahme hinaus zu geben. Neben Frau Wagner trifft dies auch auf Frau Carstens zu, die sich im Nachgang der Reha bei der Rückkehr ihrer Alltagsarbeit isoliert fühlt:

„mir gings bei der Reha wirklich gut, (1) ((schnalzen)) (1) eh was ich: hinterher so: gem- hm ma=man kümmert sich ja da um sich selber (.) [...] also ((einatmen)) ich musste mich um nichts kümmern (.) und das kam dann wieder mit voller Wucht dann nachher (.) ja?“ (Carstens I, 121-125).

Ergebnisdarstellung

Der Kontakt zu Mitrehabilitanden

Im Schonraum der Klinik werden die Rehabilitanden nicht nur aus ihrem Alltagsleben und den daran gebundenen Sorgen und Belastungen genommen, sondern auch aus ihren gewohnten und häufig auch belastenden sozialen Kontexten. Vor allem die Distanz zu sozialen Konflikten am Arbeitsplatz wird positiv wahrgenommen. Für viele ist es anfangs aber auch eine schwierige Zeit, sich außerhalb der Geborgenheit und der Sicherheit der Familie zu bewegen, selbst wenn das familiäre Umfeld als psychisch belastend empfunden wird. Unsere Teilnehmer haben meist über viele Jahre oder gar Jahrzehnte ihre Kernfamilie für einen längeren Zeitraum nicht mehr verlassen. Frau Schlegel wird zunächst durch ihre Eltern und anschließend von ihrem Partner in diese Rolle gedrängt. Frau Hoffmann ist mit der Pflege des Mannes und ihrer gleichzeitigen Berufstätigkeit auch primär auf ihre Familie bezogen. Für Frau Thiel ist der Sohn, mit dem sie zusammenlebt, Halte- und Orientierungspunkt in ihrer Alltagsgestaltung. Innerhalb der Klinik finden sie aber schnell neue Bezugspersonen; neben Therapeuten, die für einige Teilnehmer Identifikationsvorbild werden (so berichtet Frau von Hellig davon, dass ihr Therapeut in der medizinischen Rehabilitation Motivator war, ihre persönliche Situation zu überdenken und aktiv neu zu ordnen) ist es vor allem der Kreis der Mitrehabilitanden, der den Menschen sozialen Halt gibt. Nur wenige unserer Teilnehmer können sich nicht in die Gemeinschaft der Rehabilitanden einfügen. Als „Individualisten“ wollen sie ihre Beschwerden nicht vor anderen Mitrehabilitanden äußern und sich auch nicht mit den Problemen der anderen auseinandersetzen (siehe auch oben „Therapeutische Angebote“). Dieser Aspekt wurde auch in einem Experteninterview von einem niedergelassenen Psychotherapeuten betont. Er merkte an, dass die Reha nur dann erfolgreich sein kann, wenn die Patienten sich ausreichend abgrenzen können; das offene Ohr für die Probleme der anderen Rehabilitanden sei nur dann positiv, wenn eine Abgrenzung in der Form gelingt, sich davon nicht belasten zu lassen. Teilweise bilden aber auch Differenzen in der Lebenslage, der Lebensstile, der spezifischen Problemlage oder ein erheblicher Altersunterschied eine Barriere wie das beispielsweise oben für Herrn Laus beschrieben wurde. In der Regel wird aber der Kontakt mit anderen „*Gleichgesinn-ten*“ (Läsig I, Z. 2057) als überaus positiv empfunden. Dabei stehen vier zentrale positive Wirkmechanismen im Vordergrund.

Erstens entstehen unter den Rehabilitanden neue soziale Kontakte. Viele unserer Teilnehmer haben im Vorfeld der Reha zahlreiche soziale Beziehungen außerhalb der Kernfamilie aufgegeben, weil sich Freunde und Bekannte distanziert haben oder weil die Rehabilitanden sich

Ergebnisdarstellung

selbst von ihnen zurückgezogen haben. Als Ursachen für diesen Verlust an sozialer Einbindung werden häufig ein fehlendes Verständnis für die psychischen Beschwerden (wird u.a. von Frau Hoch angemerkt) oder fehlende Energie für die Kontaktpflege benannt (u.a. Frau Röder). In der Rehaklinik treffen die Rehabilitanden auf andere Personen, die ebenso wie sie wegen starker psychischer Beschwerden in der Klinik sind, wodurch sich die Barriere, sich untereinander über das eigene Leben und die psychischen Belastungen auszutauschen, verringert wird. Gleichgesinnte bieten damit nicht (nur) primär das Potential der gegenseitigen Hilfe bei der Bearbeitung der psychischen Beschwerden im Rahmen der Gruppentherapie, sondern eröffnen soziale Beziehungen, in denen ein Stigma und das Unverständnis von nicht Betroffenen nicht befürchtet werden muss. Diese Rahmung erlaubt eine ungefährdete Normalität im Umgang miteinander, in der eher in Ausnahmefällen die psychische Erkrankung zum Gesprächsgegenstand gemacht wird.

Frau Thiel berichtet, dass sie auch im Nachhinein Kontakt zu einer Gruppe von Mitrehabilitanden hat. Diese Gruppe zeichnet sich gerade dadurch aus, dass sie nur sekundär Krankheitsbezogen ist. Das gegenseitige Verständnis erlaubt es sich frei von Stigmatisierungsängsten ganz alltägliche Themen zu bearbeiten. Auf dieser Basis entstehen unter den Rehabilitanden neue Freundschaften; viele sprechen in diesem Zusammenhang von „*wir waren ne gute Gruppe in der in=in der Reha das fand ich, sehr angenehm das fand ich gut*“ (Klein I, 153f.), wobei es sich hier um eine Therapiegruppe oder um eine informelle Gruppe wie z.B. der Tischnachbarn handeln kann. In der Gruppe gestalten und erleben die Rehabilitanden gemeinsam den Alltag während des Reha-Aufenthalts; die gemeinsamen freizeithlichen Aktivitäten und die Möglichkeit, in der Gruppe auch „*andere Gespräche*“ (Gut I, Z. 872) führen zu können, wirkt bereichernd auf die Rehabilitanden und führt zu einem Gefühl der Wertschätzung. Der Effekt der sozialen Einbindung unter den Rehabilitanden wirkt bei unseren Teilnehmern vor allem dann sehr positiv, wenn sie im Vorfeld zu vielen Freunden und Bekannten den Kontakt verloren haben und ihnen der Aufbau eines neuen informellen sozialen Netzes im Alltag außerhalb der Klinik sehr schwer fällt. Im ersten Interview beschreibt Herr Puhl, dass er sehr froh darum ist in der Reha-Klinik nicht nur medizinisch, sondern auch sozial aufgefangen wurden zu sein.

Zweitens wirken die Wertschätzung und das Verständnis füreinander positiv. Hierbei steht im Vordergrund, dass die anderen Rehabilitanden die eigene Entwicklung, Lebenslage, aber auch subjektive Probleme gut nachvollziehen können und sich gegenseitig emotional stützen: „*die Gruppe dort, (1) die ham dieselben Probleme (.) jetzt nich grade ((einatmen)) arbeitsmäßig (.)*

Ergebnisdarstellung

andere hattens eben privat oder so was (.) [...] aber ((einatmen)) wir hatten alle dieselben Probleme“ (Carstens I, 799-803). Die Gemeinschaft der Gleichgesinnten wirkt entindividualisierend und bietet darüber einen Rahmen, in dem gegenseitige Wertschätzung unabhängig vom Kontext der psychischen Belastungen gegeben und auch angenommen werden kann. Frau Schlegel ist hierfür ein besonders gutes Beispiel: In der Gruppe nimmt sie sich erstmals als eine gleichberechtigte Person wahr und fühlt sich in ihrer aufkeimenden Individualität bestätigt. Hier kann sie sich frei artikulieren, ohne negative Konsequenzen zu fürchten: *„ich kann meine Meinung äußern, (2) sie wird auch vielleicht von dem einen oder anderen auch wertgeschätzt“ (Schlegel I, Z. 452f.).* Auf der Basis des positiven Feedbacks seitens der Mitrehabilitanden gelingt es ihr, während des Rehaaufenthalts einen Veränderungsimpuls zu setzen und damit das Verlaufskurvenstadium der theoretischen Bearbeitung zu initiieren. Entscheidend für sie ist dabei das bestärkende Verständnis und die darüber transportierte Wertschätzung ihrer Person innerhalb der Gruppentherapie sowie innerhalb der informellen Gruppe, deren Besonderheit für Frau Schlegel darin liegt, dass in den Gesprächen im Vergleich zur sanktionierten Gruppen weit mehr Offenheit herrscht.

Drittens erleben unsere Teilnehmer während der Rehabilitation in der Beratung und Betreuung von Mitrehabilitanden eine eigene Krankheitsbewältigungskompetenz. Sie übernehmen quasi-professionelle Haltungen gegenüber ihren ‚Leidensgenossen‘, versuchen basierend auf eigenen Erfahrungen mit Rat den Genesungsprozess der anderen positiv mitzugestalten und erleben sich in diesem Zusammenhang als kompetent.

So beschreibt Herr Precht in dritten Interviews, dass er weiterhin Kontakt zu einer Mitpatientin pflegt, die er sowohl in der Rehabilitation als auch danach im Sinne es informierten Erfahrungsaustauschs beraten und unterstützt hat. Thematisch spannt sich hierbei das Feld von alltagspraktischen über therapeutischen bis hin zu sozialrechtlichen Fragen.

Frau Wagner hingegen nimmt eine völlig andere Rolle innerhalb der Gruppe ein, die ihr aus ihrer beruflichen Praxis sehr vertraut ist. Sie versteht sich als Kümmerin und *„Ansprech- (1) Tante“ (Wagner I, Z. 588);* diese Rolle in der Gruppe sorgt für eine relevante Position innerhalb des sozialen Gefüges, verschafft ihr darüber eine anerkannte soziale Einbindung und verleiht ihr über den Beraterstatus auch Kompetenz:

„aber da bin ich eigentlich, also hm (2) das hört sich jetzt vielleicht ein bisschen hochgestochen an aber, also ich bin ja, durch den sozialen Beruf bin ich ja sowieso schon ein bisschen, so (2)

Ergebnisdarstellung

[...] diejenige die sich um andere gekümmert hat ne? und äh (1) da bin ich, also ich bin eher für die eher so die Ansprech- (1) Tante wenn, wenn sie Probleme haben“ (Wagner I, Z. 583-589).

Am Beispiel von Frau Ganter spiegelt sich, wie die eigene Bratungstätigkeit in der Klinik positiven Einfluss auf die eigene Krankheitsbewältigung nimmt.

Eigenes Engagement fördert Selbsthilfe

Frau Ganter nimmt in der Reha die Rolle einer Lientherapeutin ein. Sie hilft anderen Rehabilitanden und erfährt hierin Bestätigung: *„und unter anderem ist eine Frau da gewesen, mit nem, mit nem Trauma, und mit einer, hochgradig ausgeprägten Sozialphobie (.) und ähm, die hat also schon, die hat schon Panikattacken bekommen, wenn jemand neben ihr Platz genommen hat (.) also das war echt krass (.) also so hab ich das auch noch nie erlebt (.) und ähm (2) irgendwann ist (1) sie aus der Küche gekommen und eine andere Patienten kam rein und wollte in die Küche und die sind zusammengestoßen (.) und die, Sozialphobikerin hat ne Panikattacke bekommen, ist aus dem Raum gerannt (.) und hat hyperventiliert (.) und keiner wusste jetzt so recht was soll man machen? dann bin ich hinterher gegangen, und hab gesagt ((räuspert sich)) bei Hyperventilation könnte das Problem sein dass die uns umfällt, dass sie in Ohnmacht fällt (.) also mir selber ist das auch schon passiert (.) ähm (1) ich hab sie gefunden (.) sie war alleine in der Umkleide-, im Umkleideraum und wir haben ganz=ganz lange gesprochen (.) (1) mehrfach (1) [...] und ähm (1) was ich hinterher irgendwie, was=was ich schön fand war, dass sie gesagt hat, am Schluss, wo ich entlassen wurde, ähm da saßen wir in dieser Morgenrunde zusammen und dann hat sie gesagt, ähm wenn du nicht gewesen wärst, wäre ich heute gar nicht mehr hier (.) also das war für mich irgendwie ne schöne (3) äh n=n sch=schönes Kompliment“ (Ganter I, Z. 754-774).*

Viertens bildet die Gemeinschaft der Rehabilitanden den Rahmen eines sozialen und pathologischen Vergleichs. Frau Fliege und Herr Wrobel gehen beide mit klaren Vorstellungen in die Reha und sehe neben dem Elend der Anderen (Leidensdruck) auch den geringen Nutzen für die Teilnehmer, die sich noch sehr weit am Anfang der Verlaufskurvendynamik befinden und z.B. noch nicht responsiv für Veränderungsimpulse sind, diese noch nicht selber setzen können

Ergebnisdarstellung

oder noch keine Krankheitseinsicht entwickelt haben. Frau Fliege drückt sich im Vergleich mit ihren Mitrehabilitanden und zur Funktion der Reha markant aus:

„wenn man wieder in den Beruf will dann ist es gut aber äh 70 Prozent äh der Patienten haben da erst gemerkt dass sie ´n vollen Schatten hatten (.) [...] also 70 Prozent haben da gemerkt dass sie ne psychische Störung war=haben und dafür ist die Reha ungeeignet also es waren viel zu viel Plätze mit wirklich kranken Menschen besetzt“ (Fliege I, Z. 193-199).

Aus dem Vergleich zu stärker belasteten Personen ergibt sich für einige Rehabilitanden die Erkenntnis, dass die eigenen Probleme marginal im Vergleich zu den wirklich schweren Verläufen sind:

*„weil ich dann **bei** den Gesprächen, oder auch wenn wir zusammengesessen ham wir gemerkt ham, denen geht das genauso (.) du bist doch nicht die Einzige (.) ja? ((einatmen)) die eh (1) es **gibt** ja welche, also da waren ja auch einige bei die=die viel viel viel **krassere** Probleme **haben**“ (Carstens I, Z. 772-775).*

Frau Niemann erlebt eine Auszeit-Kur mit stark psychisch belasteten Kranken und zieht daraus ebenso wie Frau Knoll den positiven Effekt, dass ihnen die Rückkehr in Arbeit und die Herausforderungen des Alltags im Nachgang der Reha bewältigbar erscheinen. Für Frau Knoll ist der Vergleich mit der Gruppe der ‚ausgebrannten Krankenschwestern‘, die zumeist auch stark durch familiäre Ansprüche gebunden sind, hilfreich, um die eigene Situation neu zu bewerten. Es kann sich aus dem Vergleich mit besonders schweren Fällen tendenziell aber auch die Problematik ergeben, dass das eigene Krankheitserleben delegitimiert wird. Dies wäre insbesondere deswegen problematisch, weil das Fortschreiten auf der krankheitsbedingten Verlaufskurve immer auch durch die Krankheitseinsicht und der sich daraus ergebenden Selbstsorge angetrieben wird. Im Sample gibt es hierfür keine Beispiele, vielmehr legen die Rehabilitanden die Vergleiche egal in welche Richtung positiv an. Einige Teilnehmer berichten auch von einem positiven Effekt des Abgleichs zu ähnlich und weniger stark belasteten Rehabilitanden: *„da hab ich dann ebend halt gemerkt ja mein Gott, (1) das geht ja ganz vielen so ne (.) oder ähnlich oder so“ (Gut I, Z. 860f.).* Frau Christ profitiert von Bildern und Berichten anderer Rehabilitanden, weil diese die eigene Perspektive verschieben:

„die eine se- die hat eben die war och so ´n bisschen äh reikimäßig unterwegs äh sie sieht eben ´n Problem wie ´n Geschenk (.) [...] sie um- äh umläuft das Problem erst mal und guckt sich das [...] Geschenk an so von allen Seiten (.) und f:ängt dann an das so langsam auszupacken und also ja de- also als was Gutes zu sehen das Problem“ (Christ III, Z. 1362-1368).

Ergebnisdarstellung

Die positive Wirkung der aufgebauten individuellen oder kollektiven sozialen Kontakte endet nicht mit der Reha. Die überwiegende Mehrheit unserer Teilnehmer hält über WhatsApp- oder Facebookgruppen den Kontakt. Regelmäßige Wiedersehen zwischen einzelnen Rehabilitanden oder in der Gruppe sind im Anschluss der Reha über viele Monate hinaus ebenso vorzufinden. Frau Dehr trifft sich regelmäßig mit zwei ehemaligen Mitrehabilitanden und berichtet davon sowohl im ersten wie auch im letzten Interview. Mit einer Frau scheint es sich um ein auf spezifische funktionale Aktivitäten fokussiertes Verhältnis zu handeln. Das Verhältnis der beiden Frauen baut darauf auf, dass sie gemeinsam schwimmen gehen: „mit **einer** treffe ich mich einmal im Monat, [...] in [X-Stadt] (.) ((lachen)) das heißt nee nich nur in [X-Stadt] (.) wir waren ehm aber da in der Schwimmhalle, und haben uns einmal auch woanders in der Schwimmhalle getroffen in [Z-Stadt]“ (Dehr I, Z. 691-696). Frau Hoch hat ebenfalls weiterhin Kontakt zu einer Mitrehabilitandin und spricht im ersten Interview davon, dass sie sich gesucht und gefunden hätten. Herr Mader hat ebenfalls weiteren Kontakt mit Mitrehabilitanden nach der Reha. Dieser dient neben dem freundschaftlichen Austausch auch dem Support. So beschreibt er im ersten Interview, dass er einen Patienten auch bei einer schweren somatischen Erkrankung unterstützt. Frau Schlegel pflegt einen dauerhaften Kontakt zu einem jungen „Narzisten“ (Frau Schlegel III), den sie in der Reha kennengelernt hat und mit dem sie seit der Reha eine bestärkende Freundschaft verbindet, weil er ihren eigenen Handlungsmustern kontrastiv entgegensteht und so für die Aufrechterhaltung ihres gesetzten Veränderungsimpulses sorgt. Frau von Hellig hat auch beim dritten Interview (18 Monate nach der Reha) zu drei ehemaligen Teilnehmern der Rehabilitation nach wie vor Kontakt. Regelmäßig gehen sie gemeinsam Essen; für Frau von Hellig weniger eine Frage des Austauschs unter Erkrankten als vielmehr ein schöner Abend mit Personen, die sie mag. Die aufgebauten individuellen Freundschaften oder Gruppenkonstellationen sind in der Regel aber nicht von Dauer. Frau Klein beschreibt, dass der Kontakt nach der Reha sukzessive an Intensität verliert, dennoch gilt: „Wir sind keine Unbekannten!“ (Klein III). Frau Knoll hat nach der Reha noch Kontakt zu einigen Mitrehabilitanden, die Organisation bliebe aber an ihr hängen, weshalb sie plant, dieser zugeschriebenen Funktion nicht weiter zu übernehmen. Sie geht davon aus: „das wird sich tot laufen“ (Knoll I). In den Interviews deutet sich auch an, dass vor allem die Rehabilitanden den Kontakt untereinander nicht weiter forcieren, die im Nachgang der Reha einen deutlichen Fortschritt in der Krankheitsbewältigung erreichen konnten und denen damit eine Renormalisierung des Le-

Ergebnisdarstellung

bens gelingt. Problematisch ist dies insbesondere für die Rehabilitanden, denen dies nicht gelingt und die von einem weiteren Austausch profitieren würden. Hierfür fehlt es ihnen aber an einer Möglichkeit, neue Kontakte zu anderen Personen mit ähnlichen psychischen Beschwerden und Belastungen aufzubauen; eine aussichtsreiche Perspektive sehen wir in einer Online-Peer-Nachsorge (Kapitel 8.5, Kapitel 9 „Empfehlungen“). Nur sehr wenige Teilnehmer lehnen einen weiterführenden Kontakt von vornherein ab. Hierzu zählen aber nicht nur die oben benannten „Individualisten“ wie Herr Laus. Ebenso Personen, die von einer Gruppe während der Reha profitiert haben, wie Frau Reber, sehen kaum einen Nutzen in einem weiterführenden Kontakt; ursächlich hierfür könnte eine rein institutionelle Sicht auf die Gruppe sein. Frau Niemann hingegen artikuliert im ersten Interview ein alltagspragmatisches Verständnis dafür, warum sie und ihre in der Reha gefundene Bezugspersonen keine weitergehende Freundschaft aufgebaut habe: „*wir waren **ehrlich** zueinander und offen, wir haben auch am Ende, sie hat gesagt sie hat das **gespürt** (.) dass wir keine ((einatmen)) die Leben sind von beiden **so** voll, wir brauchen nicht eine weitere **Irgendwie**-Freundschaft oder so was ne?“ (Niemann I, Z. 1602-1605).*

6.2.5.3 Entlassung aus der Rehabilitation

Die im Entlassungsbericht niedergeschriebene Einschätzung der zukünftigen Arbeitsfähigkeit hat einen entscheidenden Einfluss auf die weitere berufliche, aber auch biografische Entwicklung der Rehabilitanden. Das Gutachten der Reha-Klinik wird im Fall von Frau Gut auch zur erfolgreichen Aufforderung an den Hausarzt, mehr physiotherapeutische Leistungen zu verschreiben:

„sprech die Physiotherapie äh muss, (1) durchlaufend fortgeführt werden (.) ähm das hilft mir jetzt auch in dem Sinne dass man jetzt dann auch vom Hausarzt tatsächlich auch mal ´n Rezept für die Physiotherapie bekommt was ja vorher nicht, möglich war ne wenn ´n Quartal noch nicht abgelaufen war oder was weiß ich äh, (1) also konnte man ja schon froh sein wenn man zwei Rezept äh im Jahr gekriegt hat ne“ (Gut I, Z. 1075-1080).

Die Empfehlung auf eine EM-Rente hingegen eröffnet völlig neue Wege der Krankheitsarbeit. Für Frau Fliege etwa ist die Einschätzung der längerfristigen Arbeitsunfähigkeit ein zentraler Auslöser der Akzeptanz und Auseinandersetzung mit den psychischen Beschwerden; in ihrem Fall ist es die Aufnahme der psychischen Beschwerden als psychische Krankheit in das Selbstbild, die eine dauerhafte Therapie und ein Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt legitimiert. Frau

Ergebnisdarstellung

Rath und Herr Laus fokussieren allein die EM-Rente als Folge und Legitimation der sozialmedizinischen Einschätzung im Entlassungsbericht; Frau Gut hingegen möchte wieder den Weg zurück in Erwerbsarbeit finden und konzentriert sich trotz der großen Barrieren wegen der Entlassung „arbeitsunfähig“ auf die gemachten Fortschritte im Alltag in Kombination mit der Suche nach Arbeit: *„ich hab gesagt nach der Reha geht’s sofort los ebend halt, (1) Stellensuche Bewerbungen schreiben und so weiter und sofort“* (Gut I, Z. 994f.). Ähnlich wie bei Frau Gut steht die sozialmedizinische Einschätzung im Entlassungsbericht der eigenen subjektiven Sicht auch bei Frau Klein entgegen. Frau Klein ist zunächst sehr verwundert, beugt sich aber der Einschätzung und kehrt erst nach einem empfohlenen langen Aufenthalt in einer Tagesklinik und langen AU-Zeiten zurück an ihren Arbeitsplatz. Diese Diskrepanz zwischen sozialmedizinischer Begutachtung und der subjektiven Wahrnehmung sehen auch die von uns befragten Experten. Überraschung und Bestürzung der Betroffenen sowie das Gefühl von Ungerechtigkeit nach abschließender Beurteilung ist häufig vorzufinden. Insbesondere Arbeitsfähigkeit mit eingeschränkter Gesundheit wird schlecht kommuniziert, hier sind die Ärzte in der Klinik und Hausärzte in Vorbereitung des Rehabilitanden auf die kommende Arbeitsfähigkeit und die Vermittlung zwischen der Einschätzung der Klinik und der des Rehabilitanden gefragt. Dies zeigt sich z.B. bei Frau Handle. Sie fühlt sich nicht gesund genug für eine Rückkehr in Arbeit, widerspricht aber nicht dem sozialmedizinischen Gutachten im Entlassungsbericht, weil sie den Eindruck hat, dass eine Gegenwehr keine Änderung der Einschätzung bringen würde und es sich eher um ein strukturelles Problem handelt:

*„tja das ist eine gute Frage (.) ich bin ja nich wirklich ehm: also ich glaube da gehts eher und das ist schwierig das ist vom Prinzip her das Problem eh (1) n gesundheitliches Problem Gesundheitssystemproblem (.) ich bin arbeitsfähig in die Reha gegangen (.) ich hab bis einen Tag vor Anreise gearbeitet (.) [...] und das war das ehm warum **viele** (1) arbeitsfähig entlassen wurden (.) weil sie sind arbeitsfähig gekommen und wurden **dann** somit arbeitsfähig entlassen“* (Handle I, Z. 82-88).

Gleiches zeichnet sich bei Frau Niede ab; sie wird arbeitsfähig entlassen, obschon sie sich selbst nicht arbeitsfähig einschätzt. Diese Einschätzung teilt offensichtlich auch ihr Therapeut, der im Abschlussgespräch ihr gegenüber äußert, dass er sie gerne arbeitsunfähig entlassen möchte, er sie aber wegen ihres Status „arbeitsfähig“ beim Zugang in die Klinik nicht arbeitsunfähig entlassen darf. Ebenso möchte Frau Ganter ungern arbeitsfähig entlassen werden, weil sie nicht in ihren alten Beruf zurückkehren möchte: *„ungeachtet der Tatsache, **ob** der (1) Patient (2) das wirklich selbst so **einschätzt** (.) (2) in meinem alten (1) Job zu meinem alten*

Ergebnisdarstellung

*Arbeitgeber wäre ich **definitiv nicht** zurückgegangen“ (Ganter I, Z. 814-817); hier wären Alternativen (z.B. Empfehlung auf LTA) hilfreich gewesen, um dem Wunsch nach Arbeit praktisch zu stärken.*

Einige unserer Teilnehmer akzeptieren die sozialmedizinische Einschätzung der Fachärzte ihrer Klinik im Entlassungsbericht nicht und versuchen dieser Einschätzung aktiv entgegenzuwirken. Herr Laus soll zunächst mit der Einschätzung „arbeitsfähig“ entlassen werden. Als er von dieser Einschätzung erfährt, wendet er sich an seine zuständigen Fachärzte und kämpft mit der Vermutung „*ich sag mal mehr spekulativ möglicherweise, ne Ansage dass die **Klinik** (2) nur **drei bis fünf Prozent** (1) de:r Rehabilitanden als arbeitsunfähig entlassen darf“ (Laus I, Z. 156ff.) und dem Argument „*sehen wir uns im Vierteljahr hier wieder“ (Laus I, Z. 144f.)* um die Entlassung mit dem Status „arbeitsunfähig“, damit er im Anschluss eine EM-Rente beantragen kann. Dies gelingt ihm mit gleichem Erfolg, wie Frau Carstens und Frau Hanser auf eigenen Wunsch arbeitsfähig entlassen werden: „*ich hab mich auf **Wunsch** gesundschreiben lassen [...] um weiter arbeiten zu können ich weiß dass ich nicht ganz gesund bin“ (Hanser I, Z. 50ff.),* um wieder an ihren alten Arbeitsplatz zurückzukehren, obwohl sie auch am Ende der Reha psychisch stark belastet sind; bei Frau Hanser sind es darüber hinaus hauptsächlich arbeitsplatzbezogene Belastungen, die für ihre psychischen Beschwerden ursächlich sind. Vor einem anderen Problem beim Kampf um die passende sozialmedizinische Einschätzung im Entlassungsbericht steht Frau Peters. Für sie ist klar, sie möchte nicht mehr in ihren alten Beruf und an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren. Alternativ möchte einen Antrag auf eine EM-Rente stellen oder eine Weiterbildung absolvieren, die aus ihrer Sicht zu ihrer Vorqualifikation und in ihre erarbeitete berufsbiografische Perspektive passt; eine Weiterbildung über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben würde ihr auch den Rahmen der Verlängerung des Schonraums zum Testen und Steigern ihrer Leistungsfähigkeit bieten. Seitens ihrer betreuenden Fachärzte wird dieses Vorhaben nicht unterstützt. Weil sie voll arbeitsfähig in die Reha gekommen ist, müsse sie auch voll arbeitsfähig entlassen werden. Weiterhin müsse sie gemäß ihrer Fachärzte in der Reha auch voll erwerbsfähig entlassen werden, um eine LTA bewilligt zu bekommen. Schlussendlich endet der Aushandlungsprozess für sie unbefriedigend und führt zu einem schweren gesundheitlichen Rückschlag am Ende der Reha:*

„also mir wurde da nur zur Wahl gestellt ((klopft auf den Tisch)) (1) sozusagen ´n Renten Antrag ((lacht)) oder voll arbeiten zu gehen (.) [...] also im ich hab für mich jetzt das Beste rausgezogen aber dit war dann der Freitag und am Dienstag bin ich ja entlassen worden (.) [...] also nein m-

Ergebnisdarstellung

*ich muss das richtig sagen in der dritten Woche haben die mir das auch schon so erklärt dachte ich okay ähm na wenn dit so ist dann ist dit so, ich hab aber die ganze Tragweite für mich überhaupt noch nicht registriert (.) und kurz bevor ich sozusagen dann zur Entlassung, dann sickerte das für mich immer mehr durch (.) [...] ähm und ha- bin dann am dem Freitag mit ner Angst-Panik-Attacke zusammengebrochen (.) [...] da ging **gar** nichts mehr da bin ick dann haben mich (1) Mitpatientinnen zum zu den Notfallschwestern gebracht die haben mir das erste Mal in meinem Leben, äh so ne Me- Beruhigungsmedikamente gegeben“ (Peters I, Z. 1141-1161).*

Herr Wrobel scheitert ebenso in seinem Begehren mit einer Empfehlung auf LTA entlassen zu werden und muss im Anschluss der Reha um die Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit im zuvor ausgeübten Beruf kämpfen:

*„es hat dann n bisschen **gedauert**, eh bis ich n Termin bei meiner **Arbeitsberaterin** hatte mit der ich das dann besprechen konnte und bei der ((einatmen)) hab ich das dann gleich gesagt, dass ich da **konträre** Meinung habe, (1) zur zur Reha-Klinik, ((einatmen)) und dass ich nicht arbeitsfähig bin für diesen Beruf (.) und ehm der medizinische Dienst des Arbeitsamtes hat das dann nach Prüfung **auch** so gesehen (.) (2) hat auch wieder n Monat **gedauert**, und dann **musste** s- ehm ham sie festgestellt dass nicht das **Arbeitsamt** für mich zuständig ist sondern die **Rentenversicherung** (.) ((einatmen)) und die ham das **auch** noch mal durch ihren medizinischen Dienst (1) getestet oder ja (.) [...] begutachten lassen (.) und das hat auch noch mal n Monat gedauert und (1) ((einatmen)) nächste Woche Mittwoch hab ich endlich Beratungstermin ((lachen)) beim Reha-Berater“ (Wrobel I, Z. 847-885).*

Aus Sicht unserer interviewten Experten könnte die sozialmedizinische Beurteilung im Entlassungsbericht deutlich verbessert werden. Vorteilhaft würde sich eine gute Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team, das aus Psychologen, ärztlichen Psychotherapeuten, Oberärzten, Orthopäden und Sozialarbeitern besteht, die den Patienten aus je unterschiedlichen Settings kennen, auswirken. Womöglich könnte sich damit auch die Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Rehabilitanden zur eigenen Arbeitsfähigkeit und der sozialmedizinischen Begutachtung im Entlassungsbericht verringern (vgl. auch Kapitel 7. Problematisierungen)

6.2.6 Rückkehr in Arbeit

Der Erfolg des RTW aus der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation von Teilnehmern mit F3- und F4-Hauptdiagnosen ist von zahlreichen, gleichzeitig wirkenden und untereinander interagierenden Aspekten abhängig. Von zentraler Bedeutung sind vor allem:

Ergebnisdarstellung

- Die Attribution der Ursachen für die psychischen Beschwerden,
- Die Arenen der psychischen Belastung,
- Der Nutzungsanspruch und der Zeitpunkt des Zugangs zur Reha,
- Der Fortschritt in der Krankheitsverlaufskurve,
- Die berufliche Situation und Potentiale nach der Reha,
- Die begleitende Nachsorge und
- Die soziale Einbindung, Unterstützung und Verantwortung.

Die jeweiligen *Attributionen der psychischen Beschwerden* (siehe Kapitel 6.2.3.1) wirken sich ganz unterschiedlich auf einen gelingenden RTW aus und stehen in einem engen Zusammenhang mit den Arenen, in denen die psychischen Belastungen wahrgenommen werden. Weiterhin zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Wirkung der Attribution der psychischen Beschwerden auf den RTW in der verlaufskurvenförmigen Entwicklungsgeschichte und der gelungenen therapeutischen Bearbeitung der Verlaufskurvenproblematik. So treten traumatische Ereignisse zumeist außerhalb der Arena Arbeit und in einem sehr frühen biografischen Verlauf auf. Damit werden sie in der Regel nicht mit der konkreten Rückkehr an den Arbeitsplatz assoziiert, können aber dennoch negativ auf den RTW wirken, wenn die Belastungsfaktoren im Rahmen ambulanter oder stationärer psychologisch-psychiatrischer Behandlung und auch in der Reha nicht abgebaut bzw. keine Strategien für einen besseren Umgang mit den psychischen Belastungen erlernt werden können. Überlastungssituationen hingegen werden häufig mit dem Arbeitsplatz und insbesondere mit konkreten Arbeitssituationen assoziiert und beeinflussen vor allem das Gelingen eines RTW an den alten Arbeitsplatz. Hier stehen ebenso wie bei strukturellen und organisationalen Veränderungen sowie bei Wertschätzungsdefiziten Verhaltensänderungen im Rahmen der Therapie aber auch Verhältnisänderungen bei der Rückkehr in Arbeit im Vordergrund. Bei Gratifikationskrisen ist darüber hinaus wichtig, den Stellenwert von Arbeit und Beruf in der Identitätskonstruktion der Rehabilitanden zur Diskussion zu stellen, um die übersteigerte Suche nach Anerkennung in der Arbeitswelt dauerhaft zu senken. Bei der Attribution der psychischen Beschwerden auf somatische Grunderkrankungen steht der RTW-Erfolg in großer Abhängigkeit zu erreichten Therapieerfolgen. Hierbei ist es

Ergebnisdarstellung

aber wichtig, gleichermaßen die somatische Grunderkrankung und die psychischen Beschwerden in den Blick zu nehmen, um die Unsicherheiten der Rehabilitanden in den gesundheitsbedingten Leistungseinschränkungen für einen RTW abzuwenden.

Bei den *Arenen der psychischen Belastung* (vgl. 4.3.4 und 6.2.3.2) steht die Arbeitswelt für den RTW im Vordergrund. Wenn die zuvor attribuierten Ursachen für die psychischen Beschwerden auch bei der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz (oder bei einem Arbeitsplatz- oder Arbeitgeberwechsel auch branchenspezifische Belastungen) weiterhin vorhanden sind, kann es selbst nach einer erfolgreichen Therapie zu einem starken Rückfall in der Krankheitsverlaufskurve kommen und eine wiederholte langanhaltende Arbeitsunfähigkeit eintreten, wie an Frau Rooke zu sehen ist. Ihr gelingt es zunächst an ihren alten Arbeitsplatz zurückzukehren. Sie kann aber die gewünschten und angestrebten entlastenden Veränderungen am Arbeitsplatz und in ihrem Arbeitshandeln nicht etablieren. Entsprechend stellt sich zwischen dem ersten und dem letzten Interview wieder eine belastende Situation ein, die letztendlich in einem Zusammenbruch an einem besonders anspruchsvollen Arbeitstag mündet *„dann ging’s gar nicht mehr dann bin ich richtig komplett zusammengebrochen“* (Rooke III, Z. 512f.). Anschließend ist Frau Rooke langfristig krankgeschrieben. Sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisänderungen sind häufig notwendig, um eine gesundheitlich weniger belastende Arbeitssituation zu schaffen und darauf aufbauend einen auf Dauer erfolgreichen RTW zu gewährleisten. Dies bestätigt auch eine Expertin aus dem betrieblichen Gesundheitsmanagement. Aus ihrer Sicht haben Menschen bestimmte Bewältigungsstrategien, die häufig bei Erkrankungen mit der Zeit dysfunktional geworden sind. Deshalb sollte aus ihrer Sicht gemeinsam mit den Rehabilitanden, die an den bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren wollen, erarbeitet werden, wie bisher Belastungen bewältigt wurden und wo Risiken sind, die zum Rückfall in alte Muster führen. Wie dies gelingen kann, zeigt Frau Hoch, die sowohl innerhalb des Betriebes in eine andere Filiale wechseln und in Anlehnung an die StW eine verkürzte Arbeitszeit durchsetzen kann, obwohl sie sich weiterhin Belastungen ausgesetzt sieht, die sie nun aber besser bewerkstelligen kann. Wenn dies nicht möglich ist, sehen sich unsere Teilnehmer gezwungen, sich einen neuen Arbeitsplatz zu suchen (wie Frau Gut) oder über eine LTA einen neuen Beruf zu erlernen (wie Frau Bär); die Suche nach einer neuen Arbeit wird für unsere Teilnehmer wegen einer langen und meist stringenten Berufsbiografie zu einer immensen Herausforderung, bei der sie sich mehr Unterstützung wünschen. Neben der Arbeitswelt kann aber auch die Familie als belastete und belastende Arena einen Einfluss auf einen dauerhaften RTW Erfolg haben,

Ergebnisdarstellung

weil die psychischen Beschwerden, die auf das Familienleben attribuiert werden, einen großen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben können. Vor allem wird dies deutlich bei Doppelbelastungen in der Familie oder in der Kombination Familie und Arbeit. Entscheidend ist hier im Rahmen der Therapie, einen Veränderungsimpuls anzustoßen und damit einen Fortschritt in der Krankheitsverlaufskurve zu erreichen. Darauf aufbauend ist eine praktische Bearbeitung der Alltagsorgen nach der Rehabilitation und/oder ein Aufkeimen neuer (familiärer) biographischer Arbeit möglich, die den RTW stabilisierend begleiten.

Der *individuelle Anspruch an die Reha und der Zeitpunkt des Zugangs zur Reha* (vgl. 7.1) stehen bei den medizinischen Rehabilitanden in einer direkten Abhängigkeit zum *Fortschritt in der Krankheitsverlaufskurve* (siehe Kapitel 8.3) beim Zugang zur Reha, weil mit den verschiedenen Ansprüchen an die Reha auch unterschiedliche Stadien im verlaufskurvenförmigen Krankheitserleben assoziiert sind. Entgegen der Einschätzung von Experten aus der Rehaklinik, den Rehabilitanden in einem möglichst frühen Stadium der Krankheitsverlaufskurve einen Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu ermöglichen, zeigt sich in unseren Daten, dass ein sehr früher Zugang zur Reha, wie es etwa bei einem Auszeitanspruch an die Reha zu finden ist, sich eher negativ auf den RTW auswirken kann, weil die entsprechenden Teilnehmer während der Reha erst mit dem Ausmaß ihrer psychischen Beschwerden konfrontiert werden und deshalb im Nachgang der Reha vielmehr ihre Krankheitsarbeit forcieren und weniger auf einen gelingenden RTW fokussiert sind. Theoretisch ist es zwar möglich, die Rehabilitanden schon in einem frühen Zeitpunkt der Krankheitsverlaufskurve abzuholen und im Rahmen einer hilfreichen Therapie den bevorstehenden Negativverlauf abzuwenden, empirisch spiegelt sich diese Möglichkeit in unserem Sample aber nicht wider. Die beruflichen Rehabilitanden sind im verlaufskurvenförmigen Krankheitserleben deutlich einheitlicher und auch weiter fortgeschritten als es die Teilnehmer aus der medizinischen Rehabilitation sind. Die Verlaufskurvenentwicklung hat daher nur in einem viel geringeren Ausmaß einen Einfluss auf den RTW; allein an einer Teilnehmerin zeigt sich, wie ein noch nicht gesetzter Veränderungsimpuls den RTW blockiert. Der seitens der beruflichen Rehabilitanden gestellte Anspruch an ihre Rehabilitationsmaßnahme hat hingegen aber tendenziell einen Einfluss auf den RTW, da dieser mitentscheidend für den Stellenwert des zu erlernten Berufs für eine Rückkehr in Arbeit ist.

Für berufliche und medizinische Rehabilitanden sind *die individuelle berufliche Situation sowie die arbeitsmarktspezifischen Potentiale* (siehe Kapitel 8.5) hingegen gleichermaßen von Bedeutung für einen gelingenden RTW, der bei beiden Gruppen im Kontext des Wunsches nach

Ergebnisdarstellung

weniger Stress am Arbeitsplatz und einer höheren Beschäftigungssicherheit gedacht werden muss. Für die medizinischen Rehabilitanden steht bei der Rückkehr in Arbeit im Vordergrund, ob sie eine Rückkehrperspektive an ihren alten Arbeitsplatz haben, in welche (soziale) Verhältnisse sie zurückkehren, inwiefern gewünschte und aus gesundheitlicher Sicht nötige Veränderungen am Arbeitsplatz oder in den Arbeitsabläufen vorgenommen werden können und auch ob diese Anpassungen von Kollegen und Vorgesetzten akzeptiert und mitgetragen werden; häufig ist die Unternehmens- und Branchenkultur mitentscheidend für die Änderungsbereitschaft. Deutlich wird dies bei Frau Wagner, die von kulturellen Ressourcen im RTW profitiert:

„aber ich glaube das liegt auch ein Stück weit daran ich arbeite beim [Wohlfahrtsverband] ne also das ist nun (1) äh der hat Menschlichkeit auf seinem an auf seine Fahnen geschrieben und ähm (4) ich arbeite da seit 25 Jahren, ich ha- das heißt ich kenne also meine Chefin ich kenne sämtliche Leute die da drum rum sind und ich äh hatte n- äh hatte sowieso nicht den Eindruck dass die mich jetzt irgendwie, ne? das das könnte dass es sein könnte dass die mich da jetzt raus mobben wollen oder sonst irgendwas“ (Wagner I, Z. 826-833).

Sollte ein veränderter Anspruch an Erwerbsarbeit wegen verbliebener Leistungseinschränkungen oder psychischer Vulnerabilitäten und Unsicherheiten am alten Arbeitsplatz nicht berücksichtigt werden können, so steht ein innerbetrieblicher Tätigkeitswechsel, ein Arbeitgeberwechsel oder auch ein Berufswechsel (Hasselhorn, 2019), z.B. im Rahmen einer LTA, zur Diskussion. Hier sehen sich medizinische wie auch berufliche Rehabilitanden mit gleichen Hemmschwellen des berufsspezifischen regionalen Arbeitsmarktes konfrontiert. Bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz stehen daher meist die gesundheitlichen Aspekte im Hintergrund; zwar suchen die Rehabilitanden nach einer Erwerbsarbeit, die mit ihren verbliebenen gesundheitlichen Belastungen vereinbar ist und nehmen dafür auch einen beruflichen Abstieg in Kauf, doch wird die Rückkehr in Arbeit nicht mehr mit Reha und Therapie assoziiert.

Die gelingende Wiederaufnahme von Erwerbsarbeit kann mit einer *begleitenden Nachsorge* (siehe Kapitel 8.6) unterstützt werden. Die seitens der Rentenversicherung angebotene IRENA oder PsyRENA konzentriert sich aber weitestgehend auf die Verstetigung der erreichten Fortschritte im Krankheitserleben und fördert damit Aspekte wie die weitere psychische Restabilisierung, die Aufrechterhaltung der wiedergewonnenen Leistungsfähigkeit, die Akzeptanz bedingter Gesundheit, den individuellen Umgang mit der Krankheit (Offenheit, Akzeptanz/Arrangement, Coping) und allgemein die Salutogenese (Überwindung von Vulnerabilitäten). In Abhängigkeit von Schweregrad, Verlauf und Dauer der psychischen Beschwerden ist die psychologische Nachbetreuung unterschiedlich wirksam; sie zeigt aber durchweg einen positiven

Ergebnisdarstellung

Effekt auf den RTW. Wegen der Begrenzung auf 25 Therapiesitzungen wird allerdings der positive Aspekt eines über die Reha hinausführenden institutionalisierten Kontakts zwischen den Rehabilitanden limitiert; hier sehen wir ebenso wie in zusätzlichen unterstützenden Maßnahmen bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz Verbesserungspotentiale in der Nachsorge (siehe Kapitel 9.).

Schlussendlich aber keineswegs in geringstem Maße wirken sich *soziale Einbindung, Unterstützung und Verantwortung* (vgl. 6.2.8 und 8.6) mitentscheidend auf den RTW-Erfolg aus. Dieser Aspekt beschränkt sich nicht allein auf die Zeit der Rückkehr in Arbeit, sondern wirkt in allen Stadien der Verlaufskurve. Neben direkten Unterstützungsleistungen ist es vor allem die soziale Einbindung in unterschiedlichste soziale Netzwerke, die als sozialer Rahmen den Teilnehmern vor, während und nach der Reha Stabilität und Sicherheit verleiht. Allein das Gefühl, einer sozialen Gruppe anzugehören, hilft psychische Vulnerabilitäten abzubauen und in der Krankheitsverlaufskurve Fortschritte in Richtung RTW zu erzielen. Auf dem Weg der psychischen Restabilisierung wirkt weiterhin die soziale Verantwortung in der Familie oder auch gegenüber Kollegen förderlich auf den RTW. Die Bezugsgruppen sind in punkto sozialer Einbindung und Verantwortung aber auch bezüglich der direkten und aktiven Unterstützung vielerlei. Neben der Kernfamilie werden auch freizeitleiche Freundes- und Bekanntenkreise sowie die Mitrehabilitanden bzw. -patienten in der Reha und der Psychiatrien oder auch arbeitsplatzbezogene Gruppen wie Kollegen genannt. Dies bestätigt sich auch mehrfach in unseren Experteninterviews, in denen vor allem die betrieblichen Bezugsgruppen hervorgehoben werden. Ein gut funktionierendes Team würde sich nach Ansicht der interviewten betrieblichen Akteure sehr positiv auf den RTW auswirken und aktive Unterstützung bei der Rückkehr in Arbeit bereithalten. Wenn es aber zu einem gesundheitlichen Rückfall trotz entgegengebrachter Unterstützung kommen sollte, schwindet die Toleranz gegenüber der erkrankten Person deutlich, so berichtet eine BEM-Beauftragte.

RTW an den alten Arbeitsplatz

Etwas über die Hälfte der interviewten Rehabilitanden der medizinischen Rehabilitation ist zum Zeitpunkt des erstens Interviews an ihren alten Arbeitsplatz bzw. zu ihrem Arbeitgeber zurückgekehrt; bei den beruflichen Rehabilitanden ist es kein Einziger. Viele unserer Teilnehmer fühlen sich bei ihrer Rückkehr an den alten Arbeitsplatz aber keineswegs genesen; sie haben mit verbliebenen psychischen Beschwerden und Vulnerabilitäten zu kämpfen, nehmen

Ergebnisdarstellung

an regelmäßigen ambulanten Psychotherapien und/oder PsyRENA teil. Eine medikamentöse Behandlung wird auch häufig über einen längeren Zeitraum fortgesetzt. Für die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz scheint aber viel weniger das Ausmaß der verbliebenen psychischen Beschwerden von Bedeutung als vielmehr die intrinsische Motivation. Ein interviewter betrieblicher Akteur berichtet, dass relativ unabhängig vom Schweregrade der Erkrankung dann von einem erfolgreichen Wiedereingliederungsprozess ausgegangen werden kann, wenn die betroffene Person die Erkrankung akzeptiert und auf Eigeninitiative versucht, einen Weg zurück ins Arbeitsleben zu finden. Es muss ein Engagement zur Veränderung der gegenwärtigen Situation vorliegen und keine Reduktion der Krankheit oder eine konsumierende Haltung. Eine weitere interviewte betriebliche Expertin betont die Relevanz einer positiven Selbsteinschätzung auf den RTW-Erfolg, indem sie sagt: Die Gefahr besteht darin, dass, wenn sich der Betroffene selbst zuschreibt, dass er bestimmte Aspekte noch nicht aushält und individuelle Anpassungen nicht gut gelingen, wieder zurückgekehrt wird zu dysfunktionalen Verhaltensweisen und mit Krankheitssymptomen reagiert wird. Darüber hinaus zeigt sich in den Teilnehmerinterviews eine Bedeutung der Arenen der psychischen Belastung für den RTW-Erfolg. Personen, die ihre hauptsächliche psychische Belastung in der Familie sehen, kehren reibungsloser wieder an ihren alten Arbeitsplatz zurück; zum Teil trägt hier der RTW auch zu einer Re-Stabilisierung des Lebens bei. Dennoch sind die familialen Probleme weiterhin vorhanden und können einen Rückfall provozieren, der auch den RTW gefährdet. Ein Austausch mit anderen erkrankten Personen (wie oben im Fall von Schlegel beschrieben) oder eine weiterführende Gruppentherapie, wie etwa IRENA (u.a. bei Frau Reber *„Irena Programm, da hab ich dann och (noch?) ne Zusage bekommen das läuft jetzt parallel [...] und das tut mir och sehr gut (.) dort bin ich jetzt noch weiter drin“* [Reber I, Z. 267-270]) kann hier den RTW hilfreich stützen, indem die Belastungen aus der Arena Familie sukzessive bearbeitet werden.

Innerhalb der Arbeitswelt scheint für das dauerhafte Gelingen des RTW an den alten Arbeitsplatz viel stärker die praktische Bearbeitung im Vordergrund zu stehen. Weit weniger werden hier die positive Wirkung der begleitenden Therapie oder der weiterführenden Einnahme von Psychopharmaka in einen direkten Zusammenhang mit dem RTW Erfolg gebracht. Lediglich Frau Wagner betont, aktiv einen Weg gesucht zu haben, um die Belastungen in der Arbeit reflektiert in Form einer Mediation/Supervision zu bewältigen und übernimmt die Kosten dafür selbst. Diese selbstgesuchte Hilfe soll Belastungsabhängig genutzt werden:

Ergebnisdarstellung

„ich hab da ne Mediatorin gefunden, äh die hatte ich schon a- mit der habe ich schon telefoniert und wir haben jetzt eben halt vereinbart, dass wir uns immer wenn ich wenn ich meine ich muss äh im Kopf mal irgendwie (1) äh Struktur reinbringen wenn es um irgend- irgendwelche Dinge geht was weiß ich Leistungsbeschreibung oder so ne? [...] ähm dass ich sie dann anrufen kann dass wir uns treffen und dass wir das dann z- gemeinsam machen“ (Wagner I, Z. 723-730).

Viel stärker berichten die Teilnehmer von Aspekten, die sich unmittelbar auf den Arbeitsplatz beziehen. Im Vordergrund stehen:

- Ein offener Umgang mit den verbliebenen psychischen Belastungen und der eingeschränkten Leistungsfähigkeit,
- Verständnis seitens der Kollegen und Vorgesetzten sowie das Ausbleiben von Stigmatisierungen und
- Eine Anpassung des Arbeitsplatzes an die verbliebenen Beschwerden.

Der offene Umgang betrifft einerseits die verbliebenen psychischen Beschwerden aber andererseits auch die Erklärung im Team für die vergangene Reha. Frau Wagner etwa pflegt im Gegensatz zur Empfehlung der Rehaklinik einen offenen Umgang bei ihrer Rückkehr an ihren Arbeitsplatz. Sie befürchtet wegen ihrer langen AU-Dauer, für Suchtkrank gehalten werden zu können, wenn sie nicht offen ihre psychischen Beschwerden kommuniziert

„also und e- um praktisch jetzt äh auszuschließen dass ich vielleicht drogensüchtig oder alkoholsüchtig oder sonst irgendwas war, äh hab ich gesagt also ich, ha- bin mit meinem Arbeitgeber da sehr offen umgegangen und ich bin auch m- mit den Kollegen nach äh bei einer Dienstbesprechung ganz offen mit umgegangen“ (Wagner I, Z. 354-358).

Präventiv hat ihr offener Umgang mit ihren psychischen Beschwerden und deren attribuierte Ursachen gleichfalls einen positiven Effekt, weil für sie die Möglichkeit entsteht, ein System aus Wächtern im Privaten und Beruflichen zu etablieren, um sich pathogene Entwicklungen (Muster) spiegeln zu lassen (siehe Kapitel 6.2.2); dabei ist spannend, dass sie die Erkrankung auf ihr Handeln attribuiert, aber deren weitere Prävention externalisiert. Wie am Beispiel Frau Wagner zu sehen, ist für den gelingenden und nachhaltigen RTW an den alten Arbeitsplatz das Verständnis der Kollegen für die psychische Vulnerabilität, deren auslösende Faktoren und die reflektierte Bearbeitung wichtig, um einen erneuten Leidensdruck durch die psychischen Be-

Ergebnisdarstellung

lastungen zu vermeiden. Grundvoraussetzung dafür ist aber ein harmonisches und verständnisvolles soziales Setting, in dem die Kollegen und Vorgesetzten aktiv an nötigen Veränderungen beteiligt sind; wenn eine Person geschont wird, müssen andere stärker eingebunden werden und dies auch mittragen, um die förderliche soziale Einbindung am Arbeitsplatz nicht zu gefährden. Beispielsweise sollte im Team offen kommuniziert werden, warum ein Mitarbeiter keine Nachtschichten mehr zugeteilt bekommt, um die Kooperation unter Kollegen zu fördern; dies funktioniert allerdings nur, wenn vorher schon gute Beziehungen unter den Kollegen bestehen. Bei Frau Schlegel ist sogar ein positiver Effekt der Offenlegung ihrer psychischen Beschwerden unter den Kollegen zu verzeichnen. Die schon vorher guten sozialen Beziehungen im Team werden gestärkt; sie erfährt eine befreiende Rücksichtnahme und viel Verständnis für ihre Situation. Der im Verlauf der Erhebung stattfindende Wechsel in ein neues Team mit einer neuen Teamleitung gibt ihr zusätzlich Auftrieb. Sie kann gegenüber der neuen Vorgesetzten Probleme und Fehlentwicklungen besser artikulieren und erlebt Bestätigung darin, dass sie in ihrem vormaligen Team vermisst wird. Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei Frau Carstens. Sie erfährt seitens ihrer Kollegen viel Rücksichtnahme auf ihre verbliebenen psychischen Beschwerden; innerhalb des Teams wird die von ihr gewünschte, neue Aufteilung der Arbeitsabläufe mitgetragen und teilweise sogar gefördert. Zu diesem Umstand trägt die aus Sicht von Frau Carstens glückliche Fügung bei, dass sie Aufgaben übernehmen kann, die ihrer Situation entgegenkommen und von ihrer Kollegin nicht gerne ausgeführt werden. Allein ihr Vorgesetzter zeigt sich etwas zu rücksichtsvoll gegenüber Frau Carstens. Sie fühlt sich „*wo ich dann nachher auch zu meinem Chef gesagt hatt ich bin doch nicht behindert ((einatmen)) eh dass Sie mich jetzt hier in **Watte** packen müssen oder so was*“ (Carstens I, Z. 729ff.) und damit im Kollegium als Randseiter eingestuft, was für sie Stigmapotentiale bereithält. An Frau Carstens zeigt sich die Differenz zwischen problembezogener und genereller Rücksichtnahme; ein kleiner aber häufig entscheidender Unterschied für unsere Teilnehmer und ihre soziale Einbindung am Arbeitsplatz. So erfährt auch Frau Reber eine positive problembezogene Rücksichtnahme mit guter sozialer Einbindung am Arbeitsplatz. Sie vermeidet es aber, ihre psychischen Beschwerden offenzulegen und nutzt stattdessen die Hauptdiagnose „Tinnitus“, mit der sie in die Reha gegangen ist; an Frau Reber spiegelt sich damit auch der positive Effekt eines offenen Umgangs mit gesundheitlichen Einschränkungen in Kombination mit verbliebenem vermuteten Stigmapotential psychischer Beschwerden und verdeutlicht darüber, dass weni-

Ergebnisdarstellung

ger die Erkrankung offengelegt werden muss, sondern vielmehr die verbliebene Leistungseinschränkung. Kontrastiv verhält sich Frau Rooke. Sie geht offen mit ihren psychischen Beschwerden beim RTW um, kommuniziert aber weniger ihre Leistungseinschränkung; die Rücksichtnahme der Kollegen fällt daher in geringerem (für sie unbefriedigendem) Maße aus. Frau Knoll hingegen erfährt von ihren Kollegen problembezogene und generelle Rücksichtnahme, weil sie ihre Leistungseinschränkungen und psychische Beschwerden offenlegt und sehr gut sozial eingebunden ist; ihre Kollegen unterstützen sie und es gibt Blumen und Karten zu ihrer Rückkehr „die Kollegen sind's nicht“ (Knoll I). Es sind aber die Veränderungen und Strukturen am Arbeitsplatz, die Frau Knoll belasten. Die Frage nach einer Empfehlung für oder gegen einen offenen Umgang mit den und auch den Grad der Offenlegung der psychischen Beschwerden/Leistungseinschränkungen kann daher auch nicht generell beantwortet werden, weil dabei unterschiedliche Faktoren wie Vulnerabilität, das Standing oder das soziale Setting am Arbeitsplatz eine Rolle spielen. Tendenziell hat der offene Umgang aber eine positive Wirkung, insbesondere bei guter sozialer Einbindung und ohne die Befürchtung, stigmatisiert werden zu können. Wenn die ehemaligen Rehabilitanden offen (unter Vertrauten am Arbeitsplatz, in der Familie, bei Freunden) über ihre Einschränkungen reden können, fördert dies Stabilität und Kontingenz über:

- Das Überwinden der Konzentration auf die Krankheit bzw. Krankheitsepisode,
- Die soziale Integration am Arbeitsplatz,
- Das Ausbleiben der Rückkehr akuter psychischer Belastungen,
- Die Stärkung des Selbstbilds,
- Die Rückkehr der Selbstverwirklichung in der Arbeit und
- Die Ausarbeitung neuer (berufs-)biografischer Pläne.

Dies bestätigt sich auch noch einmal in unseren Gesprächen mit den Experten, die nahezu durchweg den offenen Umgang mit den Beschwerden und vor allem mit den verbliebenen Leistungseinschränkungen am Arbeitsplatz befürworten; lediglich Akteure der Rehakliniken bewerten den offenen Umgang eher vorsichtig positiv oder raten davon ab. Betriebliche Akteure verweisen hingegen darauf, dass ein offener Umgang hilfreich bei einer zielführenden Suche nach einer passenden Lösung für die womöglich noch lange anhaltende Leistungseinschränkung ist und die Akzeptanz unter den Kollegen und damit auch ein Verständnis für die

Ergebnisdarstellung

nötigen Anpassungen fördert (kein Neid gegenüber Arbeitserleichterungen). Dabei spielt die Diagnose selbst nur eine untergeordnete Rolle. Sie ist für die Wiedereingliederung eines Arbeitnehmers aus Sicht der Arbeitgeber nicht entscheidend, wichtiger ist der Blick auf das Individuum in seiner persönlichen Vulnerabilität. Dennoch raten unsere betrieblichen Experten tendenziell eher zu einer Offenlegung der Diagnose aus präventiver Sicht (siehe auch beschrieben oben an Frau Wagner). Häufig hätten sie beobachtet, dass die Rehabilitanden in die „Psycho-Ecke“ gesteckt werden. Sie plädiert dennoch für einen offenen Umgang, da sonst die Gefahr besteht, dass Gerüchte kursieren, die dann noch belastender sind. Außerdem ist es gut, mit Vorgesetzten zu sprechen, um sinnvolle Arbeitsplatzanpassungen vornehmen zu können, damit der Betroffene mit einer für den Beruf akzeptablen Leistungsfähigkeit zurückkommen kann. Vorgesetzte seien unsicher und wollen nichts falsch machen. Die Kommunikation der Diagnose im Unternehmen, im Arbeitsbetrieb, bzw. gegenüber Kollegen ist daher vonnöten, muss jedoch abgewägt werden, damit die betroffene Person nicht entblößt werde. In Absprache mit BEM-Beratern und der Arbeitsmedizin, welche oftmals die Funktion des „Übersetzen /dolmetschen“ habe, könne ein sensibler Umgang mit der Diagnose im Vorhinein abgesprochen werden.

Ohnehin stellt sich eine grundlegende Frage dahingehend, wie aussichtsreich der RTW und der SAW bei der Rückkehr in ein denunzierendes Arbeitsklima sind. Sollte bei einer solchen Arbeitssituation nicht grundlegend vom RTW an den alten Arbeitsplatz abgeraten werden? Stigmatisierungen werden im Verlauf sicherlich nicht geringer oder etwas, an das sich die Rehabilitanden schon gewöhnen werden. Soziale Integration und Teilhabe am Arbeitsplatz sind mitentscheidend für Zufriedenheit, Selbstverwirklichung usw. in der Arbeitswelt. Eine Rückkehr in ein stigmatisierendes Umfeld im Anschluss der Reha steht dem RTW-Erfolg damit theoretisch entgegen. Eng an mögliche Stigmatisierungen gebunden ist auch die Diskretion im Kollegenkreis und unter den Vorgesetzten. Für die Rehabilitanden ist es oft nicht klar, welchen Personen sie sich in der Arbeit anvertrauen können und müssen. Für Herrn Mader ist klar, dass er nur seinen engsten Kollegen und seinem direkten Vorgesetzten gegenüber seiner psychischen Leidensgeschichte offenlegt. Dennoch stellt sich auch ihm mit der Angst auf eine mögliche Stigmatisierung die Frage, wie diskret die Einbezogenen am Arbeitsplatz und gegenüber anderen Abteilungen, höheren Vorgesetzten oder auch Kunden und Kooperationspartnern, kurz gegenüber (vermeintlich) Dritten damit umgehen. Inwiefern müssen aber womöglich

Ergebnisdarstellung

auch gegenüber Dritten psychische Belastungsfaktoren und verbliebene Leistungseinschränkungen artikuliert werden, um eine Anpassung des Arbeitsplatzes zu ermöglichen? Diskretion schafft damit einerseits Vertrauen und vereinfacht die Offenheit im Umgang mit der Krankheit, andererseits kann sie die Veränderung der psychisch belastenden Verhältnisse in der Arbeit auch hemmen.

Die Änderung psychisch belastender Verhältnisse ist in der Regel auch an Verhaltensänderungen gebunden. Neben dem Offenen Umgang mit der Krankheit sind es bezüglich auf Veränderungen am Arbeitsplatz beispielsweise Abgrenzungsstrategien, eine stärkere Selbstsorge oder auch eine mit der Akzeptanz der geringeren Leistungsfähigkeit einhergehende neue Bewertung des Stellenwerts der Arbeit in der Identitätskonstruktion, die sich in der Akzeptanz von Teilzeitarangements, in der Abgabe von Leitungsaufgaben oder wie etwa bei Frau Handle in einer Neuformulierung der subjektiven Verantwortung hin zu einem „*Dienst nach Vorschrift*“ (Handle III-2, Z. 76) widerspiegelt. Diese Haltung fällt ihr sichtlich schwer. Sie sieht sich in der Arbeit mit Patienten verpflichtet ihr Bestes zu geben. Während Frau Handle ihrer Arbeit weniger Aufmerksamkeit zugunsten eines Fernstudiums als Heilpraktikerin widmet und damit eher Verantwortung im Beruf abgibt, um sich beruflich neu zu orientieren, sehen Frau Wagner, Frau Niemann und Herr Puhl beim RTW in der Abgabe von (Leitungs-)Aufgaben eine Chance für ihre psychische Stabilisierung im Zuge der Veränderung der Arbeitsverhältnisse

„also ((einatmen)) und dort bin ich wieder angekommen mit meinen Aufgaben, (1) und hab dann ehm (1) ja (.) komplett entschlackt es eigentlich=also ich hab gedacht wenns drei Wochen ohne mich hier ging, es war klar es war vorbereitet, ich hatte mir ne ruhige Zeit ausgesucht, es waren Ferien, ((einatmen)) dann geht das auch in Zukunft mit weniger“ (Niemann I, Z. 55-59).

Frau Hoch lässt sich innerbetrieblich als Springerin versetzen und Frau Schlegel in eine andere Abteilung. Frau Klein plant während des ersten Interviews, dass der RTW mit einer Reorganisation der Arbeitszeit verbunden ist, die es ihr erlaubt, die Arbeitszeit an weniger Tagen abzuleisten „*ich hab schon mal vorgefühlt ob ich also ich hab ne 38 Stunden Woche (.) [...] ob ich das off, vier Tage verteilen könnte dass ich von mir aus jeden Tag vier Tage zwei Tage neun Stunden und zwei Tage neuneinhalb Stunden gehe damit ich, eine Woche ´n Montag und die andere Woche ´n Freitag frei hast und hab damit und damit so ´n langes Wochenende“ (Klein I, Z. 803-809).* Teilzeillösungen finden sich bei den Befragten Frau Wagner, Frau Hoch und Frau Haltern. Bei Frau Hoch wird die Umsetzung des Anspruchs zu einem Kampf, der noch einmal

Ergebnisdarstellung

die Gratifikationskrise am Arbeitsplatz verdeutlicht. Um den Rechtsanspruch auf einen Teilzeitarbeitsplatz durchzusetzen, bedarf es für Frau Hoch nicht nur der Hilfe durch den Betriebsrat, sondern auch eines Rechtsanwalts. Die für Frau Hoch personalverantwortliche Vorgesetzte stellt sich quer, erst ein Termin mit der Geschäftsleitung führt dann zu einer schnellen und flexiblen Lösung. Frau Reber hingegen hatte vor der Reha ursprünglich auch eine Reduktion der Arbeitszeit geplant, gewinnt im Rahmen der Reha aber an Vertrauen und hinreichend Abgrenzungsstrategien, ihr ursprüngliches Arbeitsarrangement beizubehalten *„genau wie vorher, obwohl ich eigentlich vorhatte vor der Reha [...] drei Tage zu gehen und die Nachtdienste runterzuwerfen“* (Reber I, Z. 512ff.). Ebenso setzen Frau Hoffmann und Frau Niemann auf Abgrenzungsstrategien, indem sie bewusst auf die Einhaltung ihrer Arbeitszeiten achten; bei Frau Carstens steht die Selbstsorge im Zuge der Veränderung der Arbeitsverhältnisse im Einräumen nötiger Pausen, um sich aus belastenden Situationen zurückzuziehen. Frau Knoll plant nicht die Anpassung der Verhältnisse, sondern die Anpassungen ihrer Kognitionen, um an einem sich verändernden Arbeitsplatz verbleiben zu können. Im ersten Interview sagt sie, dass sie sich selbst ändern muss, weil sie an den Dingen nichts ändern kann.

Frau Rooke, Frau Knoll und Frau Christ gelingt weder die Veränderung der Verhältnisse am Arbeitsplatz noch ihres arbeitsbezogenen Verhaltens und sind damit bei der Rückkehr in Arbeit einem ähnlich oder gleichbleibendem Verlaufskurvenpotential ausgesetzt. Frau Christ sieht allein ihre Teilnahme an einer Reha als einen positiven RTW-Effekt. Bei ihrer Rückkehr an den alten Arbeitsplatz kommt sie zurück in belastende Arbeitsverhältnisse, die noch darin gesteigert werden, dass ihre Kollegen sich ihr gegenüber anders verhalten; Frau Christ distanziiert sich zusätzlich vom Sozialraum Arbeit *„als ob ich die Sache jetzt umso **mehr** von außen betrachte“* (Christ I, Z. 1102f.). Die Abgrenzung wird beibehalten und auch wenn die gesuchte Bestätigung in der Arbeit nicht realisiert werden kann und geplante Veränderungen – eine Selbstständigkeit als Masseurin wird angestrebt aber wieder verworfen *„erst mal gesagt so okay ich hab jetzt ne schöne Wel- ((lacht)) Wellnessmassage-Liege stehen, und äh es ist mir aber erst mal wieder alles vergangen“* (Christ III, 919ff.) – nicht umgesetzt werden, ist der RTW unter Vorbehalt als positiv zu bewerten; dennoch muss gelten: das zugrundeliegende Lebensproblem ist nicht gelöst oder bewältigt. Frau Rooke kommt von der Arbeit in die Reha und anschließend sofort zurück in die Arbeit *„danach ging’s dann gleich am nächsten Tag weiter, quasi von null auf hundert [...] achtzig“* (Rooke I, Z. 27-30). Bei ihrer Rückkehr erfährt sie tendenziell Unterstützung bei der Besserung ihrer Arbeitsbedingungen. Weil sie das Empfinden

Ergebnisdarstellung

hat, dass die Arbeit von niemandem außer ihr erledigt werden können „*ich muss das äh, Personalverwaltungssystem, auf ´m Laufenden halten sozusagen (.) [...] ähm und (1) da arbeitet man jemanden nicht nur so von jetzt auf gleich ein*“ (Rooke I, Z. 44-47), kann sie keine Verantwortung abgeben. Im Dritten Interview schildert sie schließlich, dass sie im Anschluss an die Reha eine Arbeitsverdichtung bemerkt hat „*kaum aus der Reha zurück (1) ähm Aufgaben aufgebracht bekommen hab also das hat sich immer mehr gesteigert sowohl quantitativ als auch äh qualitativ*“ (Rooke III, Z. 85ff.), mit der sie nicht mehr umgehen kann. Frau Rooke wird wegen somatischer Beschwerden krankgeschrieben und erkennt einen Zusammenhang mit den psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Ihr gelingt es nicht aus der Rehabilitation Konzepte und Strategien in den Arbeitsalltag zu überführen, die ihr helfen die Belastung zu reduzieren. Das generelle Verständnis durch ihren Vorgesetzten und ein neuer Kollege können die Verdichtung der Arbeit nicht verhindern. Die erneute Krankschreibung führt dann zu konkreteren Plänen sowohl bei Frau Rooke wie auch ihrem Arbeitgeber. Zunächst erkennt sie, dass der Betrieb auch ohne sie weiter bestehen kann und ihr bisheriges Engagement nicht notwendig ist. Damit ist auch die latente Enttäuschung verbunden, dass ihr Stellenwert im Betrieb nicht so hoch ist wie angenommen. Darüber hinaus wird für die Rückkehr in den Betrieb eine StW angestrebt, die in ihrem Design bereits ausgearbeitet wird. Darüber hinaus plant sie in Teilzeit zu gehen und ihre Überstunden abzubauen. Zum Abschluss der Erhebung sind die Pläne noch nicht umgesetzt, da sich Frau Rooke noch in der Krankschreibung befindet.

Unsere betrieblichen Experten würden sich bei der Anpassung des Arbeitsplatzes eine stärkere Kooperation mit den Rehakliniken wünschen. Beispielsweise wäre es vorteilhaft, wenn die Betriebe bereits vor der Rückkehr der Rehabilitanden Informationen darüber bekommen würden, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeit hat und wie mit dieser umgegangen werden sollte. Diese wichtigen Informationen kommen bei den Arbeitgebern meist nicht an, da der Betroffene es oft nicht schafft, dies gut zu kommunizieren und zu formulieren. Darüber hinaus wäre generell eine häufigere Teilnahme an einer Rehabilitation der psychisch erkrankten Arbeitnehmer wünschenswert, weil die Personen, die an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben, im BEM-Programm „besser sagen können, was sie brauchen“, da sie besser über die eigene Erkrankung Bescheid wissen und besser artikulieren/kommunizieren können, welche Unterstützungsformate sie benötigen. Bei denjenigen ohne Rehabilitationserfahrung sei es schwierig, rauszufinden was diese benötigen. Bei den nötigen Anpassungen des Arbeitsplatzes an die verbliebene Leistungsfähigkeit bzw. Umbesetzung des

eingeschränkten Arbeitnehmers führe auch die betriebswirtschaftliche Perspektive letztlich zu Einschränkungen in den Handlungsmöglichkeiten des Unternehmens, da die Konstruktion neuer Arbeitsplätze nicht immer wirtschaftlich Sinn macht. Fälle von älteren Mitarbeitern, die keine oder niedrige Ausbildung haben und nicht mehr am ursprünglichen Arbeitsplatz arbeiten können, können nicht mehr – „wie früher noch“ – an anderen Einsatzstellen (Postamt, Hausmeister) für einfache Tätigkeiten eingesetzt werden. Grund hierfür sei die Digitalisierung und Outsourcing. Die Anpassung an den Arbeitsplatz würde sich zudem deutlich einfacher gestalten, wenn der Arbeitgeber mehr finanzielle Unterstützung erhalten würde. Hier fordert ein betrieblicher Akteur zudem von dem Integrationsamt, mehr Geld für Lohnkostenzuschüsse zu organisieren.

Stufenweise Wiedereingliederung

Für die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz mit verringerten bzw. verbliebenen Unsicherheiten in der Leistungs- und Belastungsfähigkeit ist die StW für einige unserer Teilnehmer ein hilfreiches Konzept. Wie uns das Beispiel Frau Wagner zeigt, kann die StW nicht nur eine sanfte Rückkehr in Arbeit gewährleisten, sondern auch einen Rahmen für eine schonende Gewöhnung an den familiären Alltag im Anschluss der Reha bereithalten; insbesondere bei einer psychischen Doppelbelastung aus Familie und Beruf wirkt die StW positiv.

Erfahrungen mit der Stufenweisen Wiedereingliederung

Frau Wagner beginnt nach einer vierwöchigen Rückkehrphase in die Familie eine StW an ihrem alten Arbeitsplatz. *„ich bin ja quasi praktisch aus der Reha rausgekommen mit der Option ich werd jetzt erst mal vier Wochen zu Hause sein äh noch mal um hier auch wieder anzukommen und dann äh wollte ich mit der Wiedereingliederung beginnen“* (Wagner I, Z. 8-11). Durch einen Unfall wird die StW unterbrochen: *„allerdings bin ich am z- dritten Tag meiner Wiedereingliederung mit dem Fahrrad gestürzt und hab mir dann [...] den Oberarm gebrochen (.) ((lacht)) das heißt ich musste dann unterbrechen weil ich ins Krankenhaus musste und äh das musste operiert werden und so (.) ähm (.) dann bin ich glaube ich, drei Wochen pra- noch n- zu Hause gewesen und hab dann ein Stück weit auch äh drauf gedrungen, dann wieder arbeiten zu können“* (Wagner I, Z. 15-22). Frau Wagner ist Leiterin einer Kindertagesstätte und eines Familienzentrums.

Im Übergang von Rehabilitation zur StW kommt es nicht nur zu Aushandlung der StW, sondern Frau Wagner spricht auch bei ihrer Vorgesetzten an, dass im Rahmen ihrer auf 32,5h angelegten Stelle die Leitung beider Institutionen nicht ohne erheblichen zeitlichen Mehraufwand zu leisten ist. Das Ziel von Frau Wagner bei der Rückkehr in Arbeit ist den Zustand andauernder Überlastung zu beenden. Die erste Phase der StW mit täglich drei Arbeitsstunden wird von ihr kreativ genutzt um das verpasste am Arbeitsplatz *aufzuholen* „so mit drei Stunden, da kann man nicht groß was, machen (.) da äh n- äh man ist ja kaum da und dann ist man wieder weg (.) und von daher hab ich diese Zeit eigentlich auch, wirklich genutzt um jetzt nicht, meine Büroarbeit zu machen sondern einfach in den Lernwerkstätten wieder mit den Kollegen zu sprechen und zu fragen wie es gelaufen ist und so was, weil ich war ja, im Grunde jetzt fast ein Jahr nicht da (.)und [...] das ist natürlich dann wenn da ein Jahr ne Leitung fehlt, da läuft ja einiges auf und äh von daher war das schon sehr gut ja“ (Wagner I, Z. 95-104). Für Frau Wagner ist die StW nicht nur eine Erprobung und Steigerung der Leistungsfähigkeit, sondern auch eine Rückkehr in den Sozialraum Arbeit. Mit der sukzessiven Steigerung der Arbeitszeit wird sie sicherer und ist froh darüber, dass die StW einen Abschluss findet, um unklare Verantwortlichkeiten am Arbeitsplatz zu klären „da ist ne kommissarische Leitung eingesetzt worden und dann gibt es natürlich auch Stress zwischen, zwischen, dem wie viel Verantwortung man dem abgibt und wie viel man dann selber wieder haben möchte (.) und äh (1) dem Stress wollte ich mich nicht mehr aussetzen, von daher hab ich gesagt nein also diese sechs Wochen reichen (.) [...] und jetzt bin ich wieder da und jetzt bi- hab ich auch die Verantwortung“ (Wagner I, Z. 109-115). Das Beispiel von Frau Wagner verdeutlicht die Einfachheit einer erfolgreichen StW. Im Vorfeld erlaubt ihr die relativ lange Übergangsphase bis zum RTW eine Rückkehr in Familie und Alltag. Sie nutzt im Anschluss die StW um die aus der Krankheitsbearbeitung abgeleiteten Erkenntnisse umzusetzen. Sie kann ihre Belastungsfähigkeit erfolgreich erproben. Zusätzlich schafft sie sich in einer von ihr organisierten anlassbezogenen Supervision und den von ihr beauftragten Wächtern im Privaten und in der Arbeit Instanzen, um Belastungen schnell zu identifizieren und diese zu bearbeiten.

Ergebnisdarstellung

Ähnlich wie bei Frau Wagner verläuft auch bei Frau Hoffmann die StW nicht ungestört; im Kontrast zu Frau Wagner setzt Frau Hoffmann nicht so viel Hoffnung in die StW; sie hat eher das Gefühl, ihr würde die StW sehr früh in der Reha ‚übergestülpt‘. Für sie ist in der zweiten Woche der Reha noch nicht absehbar, wie weit sie in ihrer Krankheitsbewältigung während des Klinikaufenthalts voranschreiten wird. Die StW erscheint ihr nicht für ihre Situation angemessen. Die Eingliederung muss im ersten Versuch nach kurzer Zeit aufgrund einer schweren Erkältung abgebrochen werden. Der zweite Anlauf misslingt erneut, weil die Einnahme von Antibiotika während der Erkältung in der Folge zu einem Schub des Morbus Crohn und zum Abbruch der zweiten StW führt. Ihr Arbeitgeber rät ihr daraufhin zum Antrag einer EM-Rente. Damit wird ihr auch verdeutlicht, dass die Rente eine bessere Option als Arbeitslosigkeit ist, die ihr bei weiterer Krankheit droht. Frau Hoffmann möchte aber arbeiten und beginnt eine dritte StW, mit der ihr die Rückkehr in ein geregeltes Arbeitsverhältnis am alten Arbeitsplatz gelingt. Bei Frau Dehr steht dem möglichen positiven Effekt der StW die fehlende Flexibilität der Maßnahme im Weg. Ihr wird der saisonale Aspekt ihrer Berufstätigkeit (Lehrerin) zum Verhängnis, weil die StW auf die Zeit der Ferien fällt und deshalb trägerseitig abgebrochen wird *„weil das eine Unterbrechung war die länger als sieben Tage war, also kann das nicht fortgeführt werden“ (Dehr I, Z. 966f.)*. Weiterhin stellt der Träger die Zahlung des Übergangsgeldes ein; der Krankenkasse gelingt es nicht, direkt anschließend Krankengeld zu zahlen. Enttäuscht von Rentenversicherung und Krankenkasse lehnt sie daraufhin eine Fortsetzung des StW durch die Krankenkasse ab und formuliert im Anschluss den Wunsch auf eine EM-Rente. Frau Dehr erlebt etwas, das auch von den befragten Psychotherapeuten in den Interviews betont wird. Eine undurchsichtige und unverständliche Bewilligungs- und Durchführungspraxis kann entmutigend oder auch traumatisch wirken. Darüber hinaus wird in den Interviews mit den Psychotherapeuten deutlich, dass diese das Instrument der StW als förderlich ansehen und kritisieren, dass es nicht allen Rehabilitanden, die dafür potentiell in Frage kommen, angeboten wird.

Frau Hoch wird während ihrer StW seitens ihres Arbeitgebers enttäuscht. Dieser setzt sie in der Zeit als Springerin und in einer Reihe von Filialen ein, die sehr weit von ihrem Wohnort entfernt sind und mit insbesondere bei reduzierter Arbeitszeit unsinnig erscheinenden Arbeitswegen verbunden sind. Dies ist mit Frustrationserfahrungen verbunden und entspricht

Ergebnisdarstellung

nicht dem Ziel, sie wieder an ihrem Arbeitsplatz zu integrieren. Ihr wird auch das innerbetrieblich etablierte BEM nicht angeboten. Sie muss sich einen sinnvollen Einsatz erstreiten „*Ich muss mir immer alles erkämpfen*“ (Hoch I). Darüber hinaus nutzt der Arbeitgeber die Möglichkeit Frau Hoch als kostenfreie Arbeitskraft zu beschäftigen und drängt auf eine Verlängerung der StW. Letztendlich ist diese Erfahrung dennoch hilfreich, da Frau Hoch aus der StW die Erkenntnis gewinnt, dass eine Beschäftigung in Teilzeit (30h) für sie besser handhabbar ist. Frau Gut kommt nach ihrem ersten psychischen Zusammenbruch im Vorfeld der Reha über das „*Hamburger Modell*“ (Gut I, Z. 522) zurück in Arbeit. Die Maßnahme verfehlt jedoch ihr Ziel, weil sie den RTW über das Hamburger Modell als Degradierung empfindet. Der bestehende Konflikt mit der Kollegin wird durch den Betrieb dadurch gelöst, dass Frau Gut nur noch einfache Arbeiten übertragen werden sollen „*das war natürlich für mich ´n Schlag in die Magen-grube*“ (Gut I, Z. 552f.). Die Maßnahme wird mit der Aufhebung des Arbeitsvertrages beendet. Generell steht mit der StW eine Maßnahme bereit, die die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz nach langen AU-Zeiten (z.B. im Anschluss einer Reha) fördern kann. Eine positive Wirkung ist der StW aber nicht nur inhärent, wenn allein arbeitsplatzbezogene Belastungen bestehen; die StW wirkt auch überaus förderlich auf den RTW bei einer Doppelbelastung in Familie und Arbeit, weil sie eine Übergangszeit schafft, in der sich die Rehabilitanden reorganisieren, testen und neue Strategien des Umgangs mit psychischen Belastungsfaktoren in Arbeit und Familie etablieren können. Wir haben es hier tendenziell mit einem schrittweisen Übergang aus dem Schonraum der Reha zu tun, der von einigen Teilnehmern auch für die Zeit nach der Reha gewünscht wird. Mit der StW gelingt es, den Schonraum im Nachgang der Reha zumindest teilweise über eine begrenzte Zeit zu erhalten und die Rehabilitanden Stück für Stück davon begleitend loszulösen; der besondere Vorteil liegt damit auch in einem unterstützten Überwinden verbliebener Unsicherheiten auf dem Weg der psychischen Stabilisierung. Wie an unseren oben geschilderten Fällen zu erkennen, stehen dem Gelingen einer StW vielerlei Hindernisse entgegen, die überwunden werden müssen. Zum einen zeigt sich die Praxis der StW als zu unflexibel. Bei Frau Dehr scheitert der positive Effekt der StW an der fehlenden Möglichkeit einer Anpassung der Maßnahme an die Zeitstruktur ihrer Berufstätigkeit. Ein betrieblicher Experte schildert in einem Interview, dass eine StW praktisch nur Anwendung bei der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz finden kann und für die Eingliederung in einen neuen Tätigkeitsbereich zu unflexibel sei. Zweitens muss bei der StW auch immer die Arbeitsorganisation mitgedacht und geprüft werden, inwiefern eine StW am entsprechenden Arbeitsplatz überhaupt

Ergebnisdarstellung

durchgeführt werden kann, da es sonst wie etwa bei Frau Hoch zu Frustrationserfahrungen kommt; ein Extrem wäre sicherlich eine StW bei einer Schichtarbeit im produzierenden Gewerbe, weil sich hier im Besonderen die Frage stellen würde, ob die gleiche oder eine ähnliche Arbeit überhaupt durchgeführt werden könnte und damit ein Wiederankommen nach langer Abwesenheit, in dem die Rehabilitanden erfahren und lernen, was in ihrer Abwesenheit passiert ist, wie das bspw. bei Frau Wagner möglich war, gewährleistet wäre. Drittens kann sich eine StW auch nur positiv auf einen RTW am alten Arbeitsplatz auswirken, wenn alle Beteiligten die StW begrüßen und positiv an ihr Mitwirken. Neben den Vorgesetzten steht hier auch der Kreis der Kollegen im Fokus. Die Empfehlung eines EM-Rentenanspruchs während der StW seitens des Arbeitgebers, wie bei Frau Hoffmann geschehen, schafft kein Vertrauen und bestärkt die Rehabilitanden nicht bei der Renormalisierung des Lebens im Anschluss der Reha. Schließlich sollten viertens auch die Zielgruppen für eine StW besser erkannt werden. Für alleinlebende Personen scheint aus unserer Sicht die StW weniger hilfreich, weil der Wiedereinstieg in Arbeit eine willkommene Abwechslung bietet (salutogenetisches Potenzial). Besonders geeignet erscheint uns eine StW bei Personen, die für ihre Rückkehr aus der Rehaklinik formulieren, einen begrenzten Schonraum für die Etablierung neuer Strategien der Stabilisierung ihres Arbeits-, Familien- und Freizeitens zu benötigen, wie es etwa bei Frau Reber zu sehen ist. Sie gehört zu denjenigen Teilnehmern, die wegen der fehlenden Flexibilität der StW sich nach der Reha eine sehr eigene Form der Wiedereingliederung in Eigenregie basteln. Sie war im Anschluss noch anderthalb Wochen krankgeschrieben und ging dann in ihren lang geplanten Jahresurlaub. Nach Ihrer Rückkehr gab es einen mit dem Arbeitgeber abgesprochenen StW-Prozess, der nicht durch die Rentenversicherung oder ihre Krankenkasse getragen, sondern durch die angehäuften Überstunden konstruiert wird. So konnte sie über vier Wochen mit reduziertem (keine Verantwortung, keine Dokumentation, kein Schichtdienst) sukzessive ihre Arbeitszeit erhöhen

*„er konnte mich weder früh noch also äh im=im Spätdienst noch im Nachtdienst und da, war ich wirklich zusätzlich und hatte auch ähm keine **Doku** zum Beispiel zu machen das ist och immer angenehm zu genießen [...] wenn man, diesen ganzen Schreimkrab ne machen muss ich war wirklich ene wie so ne Hilfskraft hab meine Schwesternarbeit gemacht aber musste nicht dokumentieren ich hatte praktisch [...] keine **Verantwortung** (.) [...] das hat mich sehr entlastet zum Einstieg war das gut und da ging's mir och sehr gut und, aber dann als der normale Arbeitsalltag kam mh ähm, hab ich ebent och stressige Tage gehabt“ (Reber I, Z. 492-504).*

Ergebnisdarstellung

Parallel dazu handelt sie in ihrer Familie die Alltagsorganisation neu aus und nimmt sich mehr Zeit für aus ihrer Sicht salutogenetische Freizeitgestaltungen, der sie im Kontrast zur Zeit vor der Reha nun auch allein nachgeht; die erlernte und etablierte Ablösung von einer Fokussierung auf eine ausschließlich gemeinsame Freizeit mit ihrem Partner hin zu einer Mischung aus individueller und kollektiver Freizeit untermauert letztlich ihre psychische Restabilisierung.

Aus unseren Experteninterviews können wir noch weitere Anregungen zur StW entnehmen. Grundsätzlich sehen die betrieblichen Akteure in der StW eine gute Maßnahme, die Rehabilitanden wieder an ihre Arbeit heranzuführen. Generell sollte bei der Wiedereingliederung aber über die StW hinaus gedacht werden, um zu vermeiden, dass es trotz Überzeugung von Leistungsfähigkeit durch eine banale Situation zu einem Rückfall kommt. Gute Vorgesetzte und Kollegen würden hier eingreifen, weil diese von einer Erkrankung wüssten. Abhilfe würden regelmäßige Feedbackgespräche schaffen, um die Situation im Blick zu behalten und eine Routine zu etablieren. Eine andere betriebliche Expertin plädiert für eine Arbeitserprobungsmaßnahme, die sich gleich an die Reha anschließt, in der der Betroffene auf den Arbeitsalltag vorbereitet wird. Dazu rät auch eine interviewte Vertreterin des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die sich zudem eine Abstimmung mit Vertretern der Rehakliniken wünscht: Sozialarbeiter in den Kliniken sollten in Zusammenarbeit mit betriebsärztlichem Dienst darauf vorbereiten, dass Rehabilitanden aufgrund von möglichen Gefährdungen für die eigene Person oder gegenüber Dritten (z.B. wenn jemand mit Strom arbeitet / im Handwerk etc.) mitunter nicht sofort in die Tätigkeit zurück können. Ein Schon- und Übergangsraum (z.B. Arbeitserprobung direkt im Anschluss der Reha) sollte als berufsbedingte Übergangsphase positiv gesehen werden, weil Motivation und verbesserte Strategien sonst verloren gingen.

RTW an einen neuen Arbeitsplatz

Die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz wird für viele Teilnehmer der beruflichen und der medizinischen Rehabilitation wegen verbliebener gesundheitlicher Einschränkung und der (noch) vorhandenen Unsicherheiten zur erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit und im familiären Alltag zu einer (biografischen) Herausforderung. Meist besteht der Wunsch, den Arbeitsplatz, den Arbeitgeber und/oder den Beruf zu wechseln, bereits im Vorfeld der Reha. Zugrundeliegende Motivationen finden sich zumeist in:

Ergebnisdarstellung

- arbeitsplatz- und berufsbezogenen Gründen (Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen am alten Arbeitsplatz, Mobbing, schlechtes Arbeitsklima, fehlende Wertschätzung, organisationale und strukturelle Veränderungen, wiederholtes Überlastungserleben, zu unflexible und ungünstige Arbeitszeiten, verlorene Identifikation mit dem Beruf etc.)
- gesundheitsbezogenen Gründen (zu stark gesunkene Leistungsfähigkeit, zu starke Belastung in der Arbeit, keine Abgrenzung in der Arbeit möglich etc.) und
- biografischen Gründen (stärkere Ausrichtung auf die Familie und/oder Freizeit, größerer Fokus auf Selbstsorge außerhalb von Erwerbsarbeit, biografische Neuorientierung [mit der neuen Arbeit das Leben neu gestalten] etc.).

Häufig sind es mehrere Aspekte, die unsere Teilnehmer dazu motivieren, sich eine neue Erwerbsarbeit im Anschluss der Reha zu suchen; einige Teilnehmer haben dafür eine Umschulung in Anspruch genommen. Der erfolgreiche RTW an einen neuen Arbeitsplatz wird bei Personen mit und ohne LTA gleichermaßen bedingt durch:

- Den berufsspezifischen regionalen Arbeitsmarkt,
- Die Identifikation mit dem neuen Beruf/Arbeitsplatz,
- Das Empfinden einer biografischen Passung der neuen Arbeit (Arbeitsplatz als Teil der biografischen Neujustierung),
- Die soziale Integration am neuen Arbeitsplatz,
- Zu hohe Ansprüche an die neue Tätigkeit (keine realistische Einschätzung der eigenen Einsatzfähigkeit),
- Die Idealisierung des vorherigen Beschäftigungsverhältnisses und
- Die Akzeptanz eines geringeren Einkommens bzw. ein geringeres Prestige oder von Tätigkeiten mit geringerem Anspruch.

Herr Mader ist während seiner medizinischen Reha arbeitslos und sondiert den Arbeitsmarkt nach neuen beruflichen Perspektiven; für Bewerbungsgespräche lässt er sich von der Reha freistellen. Im Anschluss bekommt er zeitnah einen neuen Arbeitsplatz, dieser wird auf gute

Ergebnisdarstellung

Arbeitsbedingungen („Betriebsklima“) abgeklopft. Er hat ein ähnliches Aufgabenfeld wie in seiner Arbeit zuvor und trägt ebenso wie beim vorherigen Arbeitgeber Verantwortung. Der neue Vorgesetzte ist kommunikativ, was Herrn Mader sehr entgegenkommt. Eine lange Pendelstrecke und finanzielle Einbußen werden zum Zeitpunkt des ersten Interviews zunächst gerne in Kauf genommen; im dritten Interview hingegen äußert er, dass er sich wegen des aufwendigen Pendelns nach einer neuen Arbeit näher an seinem Wohnort umschaue; wegen seiner hohen beruflichen Position ist der regionale Arbeitsmarkt sehr begrenzt. Frau Ganter findet nach der Reha auch eine neue Arbeitsstelle. Wegen ihrer verbliebenen Schulterschmerzen möchte sie eine Stundenreduktion; der Arbeitgeber lässt sich nicht darauf ein und der Arbeitsvertrag wird wieder aufgelöst. Wenig später findet sie einen neuen Arbeitsplatz in Teilzeit. Sie fühlt sich dort aber quantitativ und qualitativ unterfordert und trotz sehr gutem Feedback zu ihrer Arbeit ist das Verhältnis zu ihrem Vorgesetzten problematisch. Weil sie aber eine Abhängigkeit vom sozialen Sicherungssystem ablehnt, akzeptiert sie die Arbeit als Übergangslösung und sucht nebenbei und moderat zielstrebig nach neuen Stellen, auf die sie sich bei Passung bewirbt, auch in der Hoffnung zeitlich (in III 30h-Teilzeit) und qualitativ mehr gefordert zu werden. Frau Hanser hat sich ebenso mit einer Teilzeitarbeit arrangiert. Sie forciert aber parallel ihre berufliche Selbständigkeit, um sich so in ihrem früheren Arbeitsfeld weiter zu verwirklichen und sich darüber Freiheiten in der Arbeits(zeit)gestaltung zu erlauben „*diesen großen Druck möchte ich schon rausnehmen diesen Vertriebsdruck*“ (Hanser I, Z. 849f.). Frau Gut hat nach der Reha ebenso eine neue Arbeit gefunden. Sie empfindet aber keine biografische Passung des Berufs; auch das neue Arbeitsfeld ist gewöhnungsbedürftig

„ist aber leider ähm, (2) also erstens ist es ja ´n komplett anderes Berufsbild als das was ich gemacht habe ne (unverständlich) äh man, jahrelang im im Bereich der Dienstleistung irgendwo ist und auch so im Support ne wenn man immer, für jemanden da ist äh um den ebend halt ähm zu unterstützen, (1) dann ist diese Art äh, von Arbeit äh schon ´n bisschen, (1) äh also da da muss man sich erst mal dran gewöhnen also es ist jetzt so im öffentlichen Dienst ist es jetzt noch mal ein bisschen, anders ne“ (Gut I, Z. 1004-1011).

Trotz der fehlenden Identifikation mit der neuen Arbeit entwickelt sie aber im weiteren Verlauf eine Vorstellung vom weiteren Werdegang im neuen Unternehmen. Auffällig ist bei den medizinischen Rehabilitanden, dass das Thema psychische Belastungen und Beschwerden nach einem gelungenen RTW an einen neuen Arbeitsplatz kaum noch eine Rolle zu spielen scheinen; mit einer erfolgreichen Rückkehr in Arbeit scheint die Episode der psychischen Beschwerden abgeschlossen. Das bringt Frau Gut auf den Punkt „*also ich hab die Krankheit im*

Ergebnisdarstellung

Grunde genommen beendet weil ich 'n neuen Job gefunden hatte“ (Gut I, Z. 24f.). Dies mag auch damit einhergehen, dass diese Rehabilitanden ausschließlich arbeitsbezogene psychische Belastungen artikulieren. Ganz anders zeichnet sich das Bild bei unseren Teilnehmern aus der beruflichen Rehabilitation. Verbliebene Unsicherheiten in den psychischen Belastungen und Beschwerden stehen nicht bei allen, aber doch bei einigen Personen deutlich mehr im Vordergrund. Weiterhin sehen sie sich viel stärker auf einen bestimmten Beruf (dem Umschulungsberuf) und damit auch Tätigkeitsbereich begrenzt; ein betrieblicher Experte äußert hierzu, dass durch die Rehainstitutionen herausgegebenen falschen Berufsempfehlungen durch Kontakt und Kooperation mit den Betrieben hätten verhindert werden könnten. Frau Bär findet erst nach einer langen Suche einen neuen Arbeitsplatz im Umschulungsberuf. Sie beginnt sich zwar zeitig gegenüber anderen ähnlichen Berufen zu öffnen, wegen der vielen negativen Erfahrungen bei ihren Bewerbungsaktivitäten in ihrer Region beginnt sie aber allmählich zu resignieren. Neben ihrer fehlenden Berufserfahrung empfindet sie auch ihre Weiblichkeit als Nachteil: *„als Frau denke ich mal hab ich schon hier und da rausgehört dass sie lieber auch Männer nehmen wollen“ (Bär I, Z. 955f.).* Erst die Öffnung gegenüber anderen regionalen Arbeitsmärkten bringt schließlich einen Erfolg; wenn auch nur in Teilzeit und befristet, womit sie sich aber gut abfinden kann. Herrn Haubenschmied, Herrn Rembrandt und Herrn Dobert gelingt ein deutlich leichter Einstieg in den Umschulungsberuf. Herr Dobert und Herr Rembrandt sind aber dennoch unzufrieden. Beide fühlen sich im neuen Arbeitsumfeld nicht wohl; Herr Rembrandt fühlt sich unterfordert. Im dritten Interview berichtet er davon, dass er während der Arbeitszeit einer nebenberuflichen Tätigkeit nachgeht. Darüber hinaus ist die Behörde ein für ihn befremdlicher Ort. Frau Pieper ist mit der aufgenommenen Arbeit im Umschulungsberuf unzufrieden; für sie steht aber die fehlende Passung ihrer Tätigkeit im Vordergrund. Aus diesem Grund wechselt sie aus der Anstellung im Umschulungsberuf zurück an einen Arbeitsplatz in ihrem Ausbildungsberuf, der sowohl somatisch und psychisch belastend ist.

Der Schritt in eine neue Berufstätigkeit gelingt aber bei weitem nicht allen Rehabilitanden innerhalb des ersten halben Jahres nach der Reha, die sich eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz aus oben benannten Gründen nicht mehr vorstellen können. Unter unseren Interviewten sind es sechs Teilnehmer aus der medizinischen und fünf aus der beruflichen Rehabilitation. Innerhalb des Beobachtungszeitraums (bis 18 Monate nach der Reha) schaffen immerhin noch zwei interviewte Personen aus der medizinischen Reha (Frau Hanser und Frau Ganter) und

Ergebnisdarstellung

vier berufliche Rehabilitanden eine Erwerbsarbeit aufzunehmen (Frau Bär verliert aufgrund der Befristung den Arbeitsplatz zum Zeitpunkt III); ein Teilnehmer der medizinischen Rehabilitation bekommt eine Umschulung bewilligt (Herr Wrobel); eine Person geht in die EM-Rente und zwei Personen bleiben über den gesamten Untersuchungszeitraum arbeitsuchend.

Längerfristige Arbeitslosigkeit

Alle im Nachgang der Reha arbeitslosen Rehabilitanden haben bereits im Vorfeld mit ihrer vorherigen Erwerbsarbeit abgeschlossen. Die Verweigerung gegenüber einer Rückkehr an den alten Arbeitsplatz kann auch im Rahmen des Reha-Aufenthalts nicht abgewendet werden; eine Empfehlung auf eine Kündigung des bestehenden Arbeitsvertrags ist in unserem Sample ebenso nicht vertreten. Frau Ganter und Frau Hanser arbeiten beide zum Zeitpunkt des ersten Interviews nicht mehr bei ihren alten Arbeitgebern. In beiden Fällen kam es zu einer durch die Rehabilitanden initiierten Auflösung bzw. Kündigung des Arbeitsvertrags. Für beide kann gleichermaßen gelten: die Kündigung dient dem Zweck den nicht förderlichen Arbeitsbedingungen zu entfliehen. Frau Ganter ist im Gegensatz zu Frau Hanser davon überzeugt, dass das Berufsfeld „*das ist eigentlich gar nicht mehr das, was ich machen möchte, nicht, weil ich es nicht kann, aber ich bin so ein bisschen müde davon*“ (Ganter I, Z. 95ff.). Herr Läsig möchte nach einer organisationalen Veränderung an seinem Arbeitsplatz nicht mehr zurückkehren; ein möglicher RTW an einen neuen Arbeitsplatz wird also als ein Wandel hin zu einem gesünderen bzw. besseren Arbeiten verstanden. Empfehlungen der Arbeitsagentur sind für ihn grundsätzlich hilfreich „*insofern find ich ist deren **Auswahl** was so die Tätigkeiten angeht ((einatmen)) hm **passend**, [...] überraschend passend muss ich sagen (.) eh was ja ich hab gedacht die schießen da mehr mit Schrotflinten so ((lachen))*“ (Läsig I, Z. 1934-1938), gleiches gilt für ein zweiwöchiges Bewerbungstraining, welches auch für die Erprobung eines geregelten Alltags genutzt wird

*„auch **das** war mir mal wichtig eh zu sehen (1) wie ist=n das wenn du mal das hat drei nee zwei Wo- zweieinhalb Wochen gedauert, ((einatmen)) wenn du mal wieder zweieinhalb Wochen eh morgens eh um sechs **aufstehst**, damit du um acht irgendwo **bist** ((einatmen)) und dann bist du sechs Stunden eh mit was beschäftigt, gut da gibts eine Pause zwischendurch oder zwei, ((einatmen)) zweimal Zehn-Minuten-Pausen (.) eh keine Essenpause also einfach auch wieder so mal den den die tägliche **Praxis** auch zu trainieren“ (Läsig I, Z. 2013-2019).*

Ergebnisdarstellung

Den antizipierten Arbeitsplatzwechsel strebt Herr Läsig früh in seiner Krankheitsverlaufskurve an und passt ihn nachträglich durch reduzierte Ansprüche (Entlohnung [graduell] und Arbeitsweg) den Arbeitsmarktbedingungen an; dennoch gelingt ihm bis 18 Monate nach der Reha der RTW nicht, obwohl er sich mit seiner kaufmännischen Ausbildung auch gegenüber seinen ehemaligen Kollegen gut aufgestellt sieht „*weshalb viele von denen da nie drüber nachgedacht haben wegzugehen (.) weil die auch wenig anderes machen könnten so, [...] anders als ich der nun ne ne fand- fundierte Ausbildung hat*“ (Läsig III, Z. 1151-1154). An Herrn Läsig deutet sich an, dass ein Ergebnis einer früheren Studie zum RTW aus der beruflichen Rehabilitation tendenziell auch auf die medizinische Reha übertragen lässt. Im Vergleich zu etwa Herrn Dobert zeigt sich, dass alleinstehende Männer weit weniger schnell und auch in einem geringeren Maße zurück in Arbeit kommen als Männer mit familiärer Verantwortung. Während alleinstehende Männer wie Herr Läsig länger auf den passenden Arbeitsplatz warten, nimmt Herr Dobert eine ungewünschte Arbeit an, um seine Familie zu versorgen. Herr Läsig hat dafür die Möglichkeit, allmählich zu genesen und seine Leistungsfähigkeit zu testen und auszubauen; Herr Dobert ist nach wie vor gesundheitlich stark belastet; ein Rückfall ist zu befürchten; Medikamente abzusetzen, steht nicht zur Debatte. Frau Thiel wird während der Reha gekündigt; für sie bedeutet die Kündigung einen nicht selbst gewählten Ausstieg aus ungesunden Arbeitsbedingungen. Die Arbeitslosigkeit ist eine Situation, die ihr nicht zusagt. Sie hat Angst, in ihrem Alter keinen Arbeitsplatz mehr zu finden; aufgrund der akuten und nicht gesicherten Krankheitsbewältigung gibt es zum Zeitpunkt des ersten Interviews keine erkennbare praktische berufsbiographische Arbeit. Der Veränderungsimpuls setzt bei Frau Thiel aber bis zum dritten Interview ein; sie ist privat stabilisiert und wünscht sich einen baldigen Übergang in Arbeit. Zwar ist sie bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz im Rahmen ihrer vormaligen ‚Bürotätigkeit‘ breit aufgestellt, sie vermeidet es aber, sich auf Stellen zu bewerben, die von „*jun- gen, dynamischen Teams*“ (Thiel III) sprechen oder Belastungsfähigkeit betonen; sie sucht nach einem bewältigbaren, fordernden und befriedigenden Arbeitsplatz.

Die Teilnehmer aus der beruflichen Rehabilitation haben bei Ihrer Suche nach einer Arbeit im Umschulungsberuf meist schon seit vielen Jahren mit ihren vorherigen Tätigkeiten, Arbeitgebern und Berufen abgeschlossen; allein Frau Pieper kann – wie später illustriert wird – mit ihrem vorher erlernten und ausgeübten Beruf nicht abschließen. Im Gegensatz zu Frau Wieland und Frau Grothe arbeitet sie aber sechs Monate nach der Rehamassnahme zunächst im Umschulungsberuf. Frau Wieland und Frau Grothe gelingt dieser schnelle RTW nicht, weil sie

Ergebnisdarstellung

mit starken verbliebenen Unsicherheiten bezüglich ihrer psychischen Belastungsfähigkeit und einem geschlossenen berufsbezogenen regionalen Arbeitsmarkt zu kämpfen haben. Zusätzlich ist Frau Grothe durch eine Verletzung der Schulter eingeschränkt, die während der Erhebung weder befriedigend diagnostiziert noch behandelt wird. Frau Wieland zieht nach absolvierter beruflicher Rehabilitation zurück in ihre Heimat. Dort trifft sie auf einen verschlossenen Arbeitsmarkt im Umschulungsberuf; weil sie nicht mobil ist, beschränkt sie sich bei ihrer Suche nach Arbeit auf einen sehr eingeschränkten Radius um ihren Wohnort. Gleichzeitig schränkt sie sich bei der Suche nach Arbeit zusätzlich ein, weil sie sich nicht zutraut, in einer Firma mit vielen Angestellten zu arbeiten, vor allem nicht mit Frauen „*mir ist mal aufgefallen, ich hab eh mal eher mit **Frauen** Probleme in nem **Büro**, wenn **viele** Frauen in nem Büro sind*“ (Wieland I, Z. 979f.); diese Schwierigkeit wird auch von einem Experten der beruflichen Wiedereingliederung hervorgehoben. Gesundheitlich fühlt sich Frau Wieland noch nicht sehr stabil; die von Rückschlägen geprägte Suche nach Arbeit belastet sie psychisch ebenso, wie die Notwendigkeit, mit 37 Jahren wieder bei ihren Eltern zu leben. Allein ihr Haustier bereitet ihr Freude und hilft, einen starken Rückfall psychischer Beschwerden abzufedern. Im Laufe der Zeit bekommt sie zunehmend das Gefühl, sich weiter qualifizieren zu müssen, weil das in der Umschulung gelernte nicht ausreicht. So wünscht sie sich im dritten Interview eine Ausbildung zur Steuerfachangestellten; dies deckt sich mit der in der Umschulung festgestellten Affinität gegenüber Zahlen. Dabei betont sie, zu wenig über die Qualifizierungsmöglichkeiten zu wissen, die von ihrem Rentenversicherungsträger angeboten werden; ein Besuch bei ihrem Reha-Fachberater hilft ihr weiter.

Im Vergleich zwischen arbeitslosen medizinischen und beruflichen Rehabilitanden fällt auf, dass ihnen gleichermaßen qualifizierende (z.B. MS Office Kurse) und unterstützende (z.B. Bewerbungstraining) Angebote unterbreitet werden, um den RTW zu fördern. Im Kontrast zu den beruflichen Rehabilitanden sind die medizinischen Rehabilitanden aber auf Angebote der Bundesagentur für Arbeit und des Jobcenters begrenzt, obwohl sich beide Gruppen gleichermaßen identischen Hemmschwellen und Barrieren ausgesetzt sehen. Experten der beruflichen Wiedereingliederung von beruflichen Rehabilitanden betonen, dass eine möglichst zeitnahe Unterstützung von Rehabilitanden nach dem Ende der Reha überaus wichtig sein, weil die Betroffenen sonst teilweise keine lebendige Erinnerung mehr an die Arbeitswelt haben und eher bereit sind, sich mit einem Verbleib in der Arbeitslosigkeit zu arrangieren. Außerdem würden nur die, die sich melden, Unterstützung bekommen. Erstmal würden sich alle auf den

Ergebnisdarstellung

Staat verlassen und darauf warten, dass irgendeine Hilfe kommt, weshalb der frühzeitige Einsatz von Lotsen für alle wichtig sei. Wichtig sei auch, dass sich schon während der Umschulung nicht nur auf den Abschluss konzentriert werde, sondern auch auf die Arbeit danach. Des Weiteren müsse die Beratung schon in der Reha-Klinik konkreter werden (Kontaktaufnahme zum AG, Arbeitszeugnis holen, anfangen, Stellenanzeigen zu lesen etc.). Ein guter Lotse hätte dann die Aufgabe, die Stellenauswahl gering zu halten und gut auszuwählen. Wird Arbeit aufgenommen, muss gut auseinandergehalten werden, was Probleme macht und was überfordert. Viele Rehabilitanden seien auch blockiert durch die defizitorientierte Sichtweise, die in ärztlichen Stellungnahmen vorherrscht, in denen steht, welche Tätigkeiten sie nicht mehr ausführen dürfen, obwohl sie diese Tätigkeiten im alten Beruf ausgeführt haben. Sie wissen nicht, was sie überhaupt noch dürfen; es entsteht eine Diskrepanz zwischen einer Realität, die sie nicht kennen sowie einem Arbeitsmarkt, den sie nicht einschätzen können, und der Selbsteinschätzung über ihren körperlichen und psychischen Zustand. Diese Diskrepanz sehen wir in unserem Sample gleichermaßen für berufliche und medizinische Rehabilitanden, weshalb sich für uns die Frage stellt, warum nicht beiden Gruppen bei einer eher negativen RTW Perspektive nicht gleichermaßen eine Unterstützung zukommen kann.

Berufliche Selbständigkeit

Eine Alternative zur Rückkehr in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung oder zur Arbeitslosigkeit sehen einige unserer Teilnehmer in einer beruflichen Selbständigkeit. Dabei fokussieren sie eine schon seit vielen Jahren affine (neben- oder hauptberufliche) Tätigkeit wie Frau von Hellig bzw. Frau Hanser oder sie nehmen ihre eigenen (vergangenen) psychischen Beschwerden zum Anlass, sich auf der Basis ihrer eigenen Erfahrungen zu einem professionellen Experten zu stilisieren wie Frau Peters. Frau von Hellig hatte bereits in der Zeit ihrer regulären Berufstätigkeit vor der Reha eine nebenberufliche Tätigkeit als Fußpflegerin aufgenommen. Den Schritt in die berufliche Selbständigkeit wagt sie aber nicht, weil ihre reguläre Erwerbsarbeit für ein gutes Einkommen sorgt. Selbst die zunehmenden psychisch belastenden sozialen Konflikte mit ihrer Vorgesetzten lassen sie nicht von dem Vorhaben, bis zur Rente an ihrem Arbeitsplatz zu bleiben, abrücken. Über Jahre nehmen die Konflikte am Arbeitsplatz immer weiter zu; eine erste Abmahnung kann sie mit der Hilfe des Betriebsrats noch abwenden. Eine zweite Abmahnung folgt schnell und Frau von Hellig eröffnet ein juristisches Verfahren gegen die Abmahnung. Auf Anraten ihres Anwalts folgt sie während des Klageverfahrens den

Ergebnisdarstellung

Vorgaben ihres Arbeitgebers, geht in die Reha und lässt sich krankschreiben; zum Zeitpunkt des ersten Interviews wartet sie noch immer auf die Hauptverhandlung. Bis zum zweiten Interview konnte sie schließlich dieser psychisch stark belastenden Situation entkommen; ihr wurde die Übernahme einer Fußpflegepraxis angeboten; Frau von Hellig willigt ein und akzeptiert schließlich auch einen juristischen Vergleich mit ihrem ehemaligen Arbeitgeber. Sie fühlt sich von ihren psychischen Belastungen befreit und geht voller Energie in den Aufbau ihrer Selbständigkeit. Bis zum dritten Interview entwickelt sich ihre selbständige Tätigkeit positiv. Sie gewinnt wegen ihrer Spezialisierung auf Senioren immer mehr Stammkunden; ihre 5 Sterne-Bewertung bei Google und auf ihrer eigenen Homepage kommen ihr zugute. Trotz eines sehr hohen Arbeitspensums (zwischen 60-80h in der Woche von montags bis sonntags) und der Konflikte mit der Vermieterin ihrer Praxis bezüglich nicht eingehaltener Versprechen der Überleitung von Kunden, bietet die befriedigende und wertgeschätzte Arbeit für Frau von Hellig ein hohes salutogenisches Potential. Frau Peters spezialisiert sich in ihrer beruflichen Selbständigkeit auf die „Burnout Prophylaxe“; aus ihrer Sicht eine stichhaltige Schlussfolgerung aus ihrem eigenen Leidensweg

„ich denke mit meinem Weg in diese Selbständigkeit die ich jetzt mache als [...] Coach Trainer und Berater gerade für Stressmanagement und Burnout Prävention für Führungskräfte speziell (.) [...] ähm passt das glaub ich sehr gut zusammen weil ich einfach (1) sagen kann, wie es ist wenn man ganz unten ist, also wenn gar nichts mehr geht“ (Peters I, Z. 10-17),

der neue berufsbiografische Entwurf auf der Basis der eigenen Erfahrungen wird zur neuen Leitlinie ihrer Lebensplanung. Ihre eigenen Erfahrungen machen sie zur Expertin, weil sie (ähnlich eines Leidensgefährten in der Rehaklinik) die Problemlagen ihrer Klienten sehr gut nachvollziehen kann. Innerhalb ihrer selbständigen Tätigkeit stößt Frau Peters aber auch auf Blockaden. Sie will in ihrer Arbeit als Coach und Beraterin an den empfindlichen Stellen ansetzen und „dazu muss ich nicht der beste Freund sein“ (Peters I, Z. 124). Frau Peters wird dadurch bewusst, dass sie sich nur auf eine bestimmte Gruppe an Klienten konzentrieren kann und beginnt damit, ihre Klienten selektiv auszuwählen. Die Bearbeitung der eigenen Leidensgeschichte über den eigenen Expertenstatus gelingt ihr nur unter der Prämisse der Selektion; sie selbst wäre im Endeffekt ihr idealer Klient. Im Gegensatz zu Frau von Hellig ist Frau Peters zum Zeitpunkt des dritten Interviews noch auf eine abhängige Beschäftigung angewiesen. Frau Peters arbeitet nebenher in Teilzeit (91h/Monat) als Verkäuferin in einem Textilgeschäft. Weil die Filiale in ihrem Wohnort liegt, passt sich die Nebentätigkeit gut in das bestehende

Ergebnisdarstellung

Arrangement aus Selbständigkeit und Privatem ein. Dennoch fällt ihr die neue Arbeit sichtlich schwer. Es dauert sechs Wochen, bis sie sich eingewöhnt hat, der bestehende Verkaufsdruck bringt die Arbeitsplanung und –organisation durcheinander, Überstunden werden nicht abgegolten und weil sie in Fünf-Stunden-Schichten arbeitet, hat sie keinen Rechtsanspruch auf Pausen. Frau Peters gelingt es aber, sich kleine Oasen der Entspannung im Arbeitsalltag zu schaffen; der Verkaufstresen bietet ihr eine Rückzugsmöglichkeit. Ihre ambitionierten Pläne, die sie im ersten Interview äußert, konnte sie bis hierhin nicht so erfolgreich umsetzen.

Frau Hanser möchte sich nach ihrer gesundheitlichen Stabilisierung ebenfalls selbstständig machen und in einem ähnlichen Feld wie zuvor arbeiten. Zu diesem Zweck beginnt sie zum ersten Interview eine Weiterbildung, die ihr helfen soll sich erfolgreich in der Selbstständigkeit zu etablieren. Zum Zeitpunkt des Telefoninterviews hat Frau Hanser die Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen und arbeitet mit 20 Wochenstunden abhängig in einem Unternehmen und versucht ähnlich wie Frau Peter ihre freiberufliche Tätigkeit zu etablieren. Sie ist in dieser Hinsicht optimistisch, wobei sie immer noch durch ihre psychische Erkrankung belastet ist und nur medikamentös und zu ihrem Unbehagen nicht psychotherapeutisch behandelt wird. Da Frau Hanser für das dritte Interview nicht erreichbar war, können zum Erfolg ihrer Selbstständigkeit an dieser Stelle keine weiteren Aussagen getroffen werden.

EM-Rente nach der Rehabilitation

Im Nachgang der beruflichen Rehabilitation hat keiner unserer Teilnehmer einen Antrag auf eine EM-Rente gestellt; im Anschluss der psychosomatischen Rehabilitation waren es immerhin fünf Personen; vier Anträge wurden im Beobachtungszeitraum bewilligt. Allen Antragstellern ist gemein, dass sie bereits im Vorfeld der Reha mit dem Gedanken an einen EM-Renten-antrag spielen und meist multiple psychische und somatische Beschwerden aufzuweisen haben. Allein Herr Laus ist weniger stark belastet, bekommt aber im Kontrast zu Frau Dehr eine Bewilligung seines Antrags auf EM-Rente. Selbst zum Zeitpunkt des dritten Interviews (18 Monate nach der Reha) wurde ihr nach Widerspruch und mit Unterstützung ihrer Therapeutin, ihres Haus- und Facharztes sowie seitens eines Sozialverbandes die EM-Rente (noch) nicht bewilligt; ihre private Berufsunfähigkeitsversicherung zahlt bereits seit dem ersten Monat nach der Reha. Zum Zeitpunkt des dritten Interviews ist sie bereits von der Krankenkasse ausgesteuert und in der Zuständigkeit des Jobcenters; für Frau Dehr ein stark belastender Umstand. Herr Precht hingegen bekommt seine EM-Rente nach dem Widerspruch bewilligt. Aus

Ergebnisdarstellung

welchen Gründen in diesem Fall dem Antrag auf EM-Rente nach Reha, Ablehnung und Widerspruch zugestimmt wurde und bei Frau Dehr nicht, ist selbst nach ausgiebigem Studium des Datenmaterials nicht eindeutig nachzuvollziehen. Im Gegensatz dazu wird mit Frau Fliege in der Reha-Klinik über den EM-Renten-Antrag verhandelt; die als ursächlich angesehene neuronale Leistungsminderung wird dabei nicht berücksichtigt. Die Unterstützung der Klinik ist ihr aber sicher und sie erhält die Empfehlung, von den ihr zur Verfügung stehenden F-Diagnosen, die der Persönlichkeitsstörung (alt. Angst- bzw. affektive Störung) in der Begründung der EM-Rente zu verwenden; die EM-Rente wird durch die Klinik befürwortet und der Rentenversicherung mitgeteilt *„nach zwei Wochen wussten sie schon dass äh der Rentenantrag durch die Klinik befürwortet wird“ (Fliege I, Z. 272f.)*. Herr Laus hingegen erkämpft sich in der Klinik die Entlassung als arbeitsunfähig; für ihn eine Grundlage für einen erfolgreichen Antrag auf eine EM-Rente (siehe auch 6.2.5). Für Herrn Laus ist die rückwirkend bewilligte EM-Rente das Ende der Erwerbsbiographie. Er plant den Übergang in die Altersrente und möchte diesen strategisch gestalten. Ihm geht es nicht darum, nicht mehr arbeiten zu wollen. Es sind die Bedingungen der Arbeitssuche, insbesondere im Anschluss an seine LTA in einem pflegerischen Beruf, die primär belastend sind und ihm den Anstoß gegeben haben, nach gangbaren Alternativen zu suchen. Die psychosomatische Reha ist ein Schritt auf dem Weg aus dem Arbeitsleben *„Ich kannte den Grundsatz Reha vor Rente, Ziel war die Rente eh, also musst ich da, irgendwie durch [...]“ (Laus III)*, den Herr Laus absolvieren will und aus seiner Sicht auch muss. Als Mittel zum Zweck nutzt er seine Depression, die ihm während seiner langwierigen und psychisch stark belastenden Suche nach Arbeit diagnostiziert wurde: *„Ich hatt ,ne Diagnose 2010, die hieß Burnout. Und ich wusste wie ich da hingekommen bin, zu dem Burnout. Und so ähnlich war meine Gefühlswelt, auch zu dem Zeitpunkt der Depression. Was ich so als solches bezeichnet habe“ (Laus III)*. Das Ausscheiden aus dem ersten Arbeitsmarkt ist für ihn mit der bewilligten EM-Rente besiegelt; Nebenbeschäftigungen oder ein RTW in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis schließt er aus.

Die EM-Rente ist aber nicht immer zwingend der Abschluss berufsbiographischer Überlegungen; dies geht sowohl aus unseren Teilnehmer- als auch Experteninterviews hervor. Frau Rath sieht die befristete EM-Rente als eine zweijährige (Zwischen-)Phase; es fehlt ihr aber an konkreten Optionen (ambulante Psychotherapie), die Krankheit zu bewältigen bzw. sich zu stabilisieren *„innerlich möchte ich aber andersrum hat er [Arzt] mir aber auch wieder zu verstehen gegeben“ (Rath I, Z. 1753f.)*, dass ein RTW nicht ernsthaft in Erwägung zu ziehen ist. Herr

Ergebnisdarstellung

Precht hadert nicht mit dem Ende seiner beruflichen Laufbahn. Er setzt sich neue, eher private Ziele. Er möchte sein Studium der Philosophie, das berufsbiographisch keine Wirkung entfalten konnte, und naturwissenschaftliche Fragestellungen verknüpfen. Gleichfalls kann er sich aber auch eine Rückkehr in Erwerbsarbeit vorstellen, wenn mit entsprechender Hilfe zukünftig eine „angemessene Tätigkeit“ (Precht III) zur Verfügung stehen sollte; er möchte „nicht, nicht arbeiten“ (Precht III). Für Frau Fliege bedeutet die Rente kein absolutes Ende des Arbeitslebens, sie plant im Weiteren, den zweijährigen Bewilligungszeitraum zu nutzen und an der weiteren Verbesserung ihres Gesundheitszustandes bzw. ihrer Leistungsfähigkeit zu arbeiten

„also ich für mich ist diese Rente das sehen viele nicht ähm ein, soziales äh ein soziales Netz um wieder stabiler zu werden für mich wieder ins Arbeitsleben langsam zurück zu finden mit dieser 450 Euro Geschichte, und am Ball zu bleiben also ich äh möchte wieder arbeiten“ (Fliege I, Z. 378-381).

Dazu möchte sie weiterhin in geringem Umfang (450€) arbeiten, was ihr auch nach Anlaufschwierigkeiten gelingt, wie sich im dritten Interview zeigt. Frau Fliege hat nach der Reha eine geringfügige Beschäftigung gefunden, die sie wenig später wegen Uneinigkeiten bezüglich des Zuschnitts von Aufgaben und Arbeitszeiten wieder aufgibt. In einem zweiten Versuch, einen Nebenjob auszuüben, befindet sie sich während des dritten Interviews. Sie arbeitet in einem Integrationsbetrieb, in dem sie ihren Profil entsprechend und mit Rücksicht auf ihre neurologischen und psychosomatischen Diagnosen regelmäßig und strukturiert arbeiten kann „mir steht ja eigentlich keine Pausenzeit zu und da haben die gesagt naja wir sind Integrativ Be- äh Firma und ähm, wenn Sie an Ihre Grenzen kommen mit Ihrer Behinderung dann unterstützen wir Sie natürlich“ (Fliege III, Z. 399-402). Dies entspricht der Vorstellung, langsam die eigene Leistungsfähigkeit wieder zu steigern. Für sie war es problematisch einen solchen Arbeitsplatz zu finden, weil sie hochqualifiziert ist und in leitender Funktion beschäftigt war. EM-Rente und Minijob helfen sowohl bei der Genesung, der Neuorientierung und Selbsterprobung:

„die Arbeit ist für meine Gesundheit sehr sehr wichtig (.) [...] und wenn es nur drei oder vier Stunden am Tag sind ne und das hab ich mir schon ausgerechnet oder auch schon angefragt in der Personalabteilung wieviel würde ich kriegen wenn ich 20 Stunden die Woche arbeite“ (Fliege III, Z. 783-787).

Dennoch rechnet sie nicht mit einer vollständigen Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit, sondern plant ein zufriedenstellendes Plateau zu erreichen: „nein [das Ziel ist] nicht gesund zu werden das erste Ziel ist (2) ähm so leistungsfähig zu sein dass ich zufrieden bin“ (Fliege III,

Ergebnisdarstellung

1276f.). Frau Fliege findet damit ähnlich wie Herr Precht einen kreativen und biographisch aktiven Umgang mit der EM-Rente, verfolgt aber gänzlich andere Ziele.

6.2.6.1 Verbleib in Arbeit (Stay at work - SAW)

Die meisten unserer Teilnehmer kommen nach der Reha an ihren alten Arbeitsplatz zurück und verbleiben auch dort. Der SAW verläuft aus der Sicht der Rehabilitanden selbstevident und ungestört. Zumeist nehmen die Teilnehmer individuelle Verhaltensstrategien mit zurück an ihren Arbeitsplatz, wie z.B. Frau Niede. An ihren Arbeitsbedingungen und –verhältnissen ändert sich im Grunde nichts, mit einer neuen Haltung gegenüber ihrer Erwerbsarbeit (Abgrenzung) und mit neuen individuellen Strategien (Singen, Summen und positives Denken/ Visualisieren) versucht sie bewusst, negative Emotionen zu vermeiden. Am Beispiel von Frau Niede ist auch zu erkennen, dass eine zuvor gelungene aktive Auseinandersetzung mit den psychischen Beschwerden (z.B. aktive Krankheitsarbeit in der Reha) damit einen wirksamen Effekt auf einen dauerhaften Verbleib in Arbeit trotz potentieller psychischer Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt hat. Vor allem im Kontrast zu Frau Rooke und Herrn Rembrandt wird dies deutlich. Herrn Rembrandt etwa gelingt beim RTW und SAW kein offener Umgang mit den Beschwerden, die er darüber hinaus auch noch nicht als Teil seines Lebens akzeptiert hat. Dadurch werden die psychischen Einschränkungen wieder zu einem enormen Belastungsfaktor und zum Wegbereiter des „Exit from work“ (Bartel, 2018a). Gleiches ist auch bei Frau Rooke zu erkennen. Sie kehrt an ihren alten Arbeitsplatz zurück und behält ihre Arbeitsaufgaben im vollen Umfang bei, obwohl eine Reduzierung der Arbeitsaufgaben geplant war. In der Folge erleidet sie einen schweren gesundheitlichen Rückfall; am Ende des Beobachtungszeitraums erklärt sie im Nachgespräch, sich eigentlich eine EM-Rente zu wünschen. Bei Frau Rooke und Herrn Rembrandt wäre ggf. eine begleitende Nachbetreuung am Arbeitsplatz hilfreich, die über eine Weiterführung einer Therapie (wie z.B. IRENA) hinausgehen müsste, um einen Ausstieg aus der Arbeitswelt zu vermeiden.

Veränderungen am Arbeitsplatz

Einigen Teilnehmern gelingt es, Anpassungen am Arbeitsplatz vorzunehmen, um psychischen Belastungssituationen zu vermeiden und somit einen SAW zu fördern. Frau Carstens etwa hat eine Angststörung, die ihr immer dann Probleme bereitet, wenn sie mit zu vielen Personen in einem Raum ist bzw. wenn zu viele Personen durcheinanderreden „*merk ich auch auf **Arbeit** (.) wenn da jetzt (2) ja, zu **viele** um mich drum rum sind oder ((einatmen)) es: reden mich viele*

Ergebnisdarstellung

an, oder so was dann merk ich schon wie ich immer schlucken muss“ (Carstens I, Z. 110ff.). Bei der Rückkehr an ihren alten Arbeitsplatz nach der psychosomatischen Reha (kombinierte Tätigkeit im Bereich Sicherheitsdienst und Empfang) hat sie eine praktikable Lösung am Arbeitsplatz gefunden, mit den noch vorhandenen Beschwerden umzugehen. Sie hat schlichtweg mit ihren Kollegen eine variable Neuaufteilung der Arbeitsaufgaben (die an bestimmte Orte gebunden sind) vereinbart. So kann sie sich kleine Auszeiten nehmen, indem sie die Rundgänge (Security-Aufgabe) für ihre Kollegen erledigt und diese im Gegenzug (häufig dankbar) am Empfang die Aufgaben in dieser Zeit übernehmen. Ihre Arbeit in Schichten kann sie dadurch nicht verändern; damit hat sie aber gesundheitlich auch keine Probleme; in unserem gesamten Sample zeigt sich, dass Schichtarbeit kein so starker psychischer Belastungsfaktor ist, wie zuvor vermutet.

Alle weiteren vorgefundenen Änderungsstrategien bezüglich der Arbeitsverhältnisse zur Förderung des SAW finden sich bei unseren Teilnehmern in der Reduktion oder Anpassung der Arbeitszeiten. Frau Lippert verhandelt geschickt und erreicht eine Reduktion der Arbeitszeit auf 38 Stunden bei gleichbleibendem Gehalt. Frau Hoch geht in Teilzeit (30 Wochenstunden); die Umsetzung war langwierig und konflikthaft (siehe oben). Letztendlich ist die Lösung aber sehr gut, weil mit der durch die Teilzeit eingeführten Flexibilisierung (Springerin) ein Wechsel des Arbeitsumfeldes einhergeht, der den Konflikt am Arbeitsplatz löst. Frau Haltern und Frau Röder reduzieren ebenfalls auf eine Teilzeitbeschäftigung. Für sie bietet eine Teilzeitbeschäftigung ein langsames Herantasten an die Arbeitsaufgaben und die psychische Belastung durch die Arbeitswelt. Gleichzeitig steht aber auch die Frage im Raum, ob sie sich eine weitere Reduktion der Arbeitszeit finanziell leisten können. Frau Röder, die noch durch die Trauerarbeit des Todes ihres Mannes wegen belastet ist und in Teilzeit arbeitet, sieht keine Möglichkeit ihre Arbeitszeit zu reduzieren, betont aber im dritten Interview *„Ich wäre froh einen Tag zuhause bleiben zu können“* (Röder III). Ähnlich geht es Frau Haltern, die ihre Arbeitszeit mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz reduziert und sich aus gesundheitlichen Gründen eine weitere Reduktion wünscht *„die 30 Stunden ä:hm bin froh dass ich 30 Stunden also habe aber ich könnte noch, mehr vom Körperlichen vom Seelischen her (...) nur finanziell kann ich das nicht“* (Haltern I, Z. 143ff.). Für Frau Klein ist dies kein Problem, da sie mit ihrer Arbeit über ein sehr gutes Einkommen verfügt. Für sie ist es aber ebenso wichtig, die Arbeitszeit zu reduzieren, um sich mehr Freizeit zur Regeneration zu verschaffen. Im BEM-Gespräch schildert sie, dass ihr Wochenende kaum ausreicht, um sich zu erholen, weil die Probleme der Vorwoche bis weit in

Ergebnisdarstellung

den Sonntag aufgearbeitet werden müssen. Den Vorschlag des BEM-Beauftragten an Montagen erst ab 10 Uhr zu arbeiten, nimmt sie gern an. Gleichzeitig übernimmt sie Aufgaben als Springerin in sehr unterschiedlichen Arbeitsfeldern (Produktion und Büro). Diese Lösung wirkt auf die Kollegen irritierend, weil nicht erklärbar, führt aber nicht zu Konflikten. Der Spagat zwischen den Arbeitsaufgaben ist belastend, eine vollständige Rückkehr ins Büro ist aber absehbar und Frau Klein ist davon überzeugt, dass sie im Rahmen des andauernden BEM bis zur Rente an ihrem Arbeitsplatz verbleiben kann.

Insgesamt gibt es scheinbar große Barrieren, das Thema Anpassung des Arbeitsplatzes an psychische Beschwerden in der Praxis anzugehen. Möglicherweise gibt es bei psychischen Belastungsfaktoren auch keine einfache Lösung, die als Folie genutzt werden kann, wie es etwa bei Muskel-Skelett-Erkrankungen in Form von höhenverstellbaren Tischen vorzufinden ist. Vielmehr sind es hauptsächlich „soziale“ und immer individuelle Problemlagen, deren Veränderung am Arbeitsplatz mit den Kollegen, Vorgesetzten etc. ausgehandelt werden müssen; auch in einem Experteninterview wird von einem BEM-Beauftragten die fortwährende Kommunikation zwischen allen Beteiligten über die Veränderungswünsche und die praktische Realisierbarkeit im Betrieb betont. Allein die Reduktion oder Anpassung der Arbeitszeit scheint eine praktikable Lösung zu sein, den in der Literatur häufig beschworenen „Stress“ zu lindern. Dies könnte auch daran gebunden sein, dass mit dieser Anpassung weder Arbeitsabläufe neu gedacht noch die Kollegen in die Umgestaltung einbezogen werden müssen, sondern ausschließlich eine Aushandlung zwischen den einzelnen Arbeitnehmern und dem Arbeitgeber vollzogen wird und zwischen ihnen eine Lösung gefunden werden muss, die in die bestehenden Arbeitsroutinen integrationsfähig und damit praktikabel ist. Andere Anpassungsstrategien sind an die Akzeptanz und die Bereitschaft des gesamten Kollegiums zur Veränderung gebunden; dies ist bei unseren Teilnehmern nur bei Frau Carstens zu beobachten. Grundsätzlich sind Anpassungen am Arbeitsplatz möglich, die es Menschen mit psychischen Problemen erleichtern, dauerhaft am Arbeitsleben teilzuhaben. Die Anpassungen tragen dazu bei, dass die Krankheit besser unter Kontrolle gebracht wird. Das Thema soziale Probleme und Arbeitsplatzprobleme scheint sich nicht zu widersprechen; gleichwohl entstehen daraus besondere Herausforderungen an mögliche Anpassungen. Soziale Konflikte mit Kollegen, Vorgesetzten etc. sind sicher schwieriger zu lösen, als die Probleme von Frau Carstens. Dennoch müssen auch dafür Lösungen gefunden werden, die abseits einer schlichten „Umbesetzung“ und „neuer Arbeitsplatz“ funktionieren; einer Strategie die aktuell im Zweifel noch immer die präferierte ist. Erfolgreich

Ergebnisdarstellung

sind insbesondere solche Lösungen, die auf die betriebliche Kultur, die sozialen Geflechte und arbeitsorganisatorische Flexibilität als Ressourcen setzen.

Innerbetrieblicher Wechsel

Ein innerbetrieblicher Wechsel ist für die Teilnehmer mit deutlich mehr Unwägbarkeiten verbunden, als erwartet. Frau Niede kommt mit einer für sie positiven Option auf einen innerbetrieblichen Stellenwechsel zurück in Arbeit. Ihre Rückkehr an den alten Arbeitsplatz wird damit zu einem (geplanten) RTW auf Zeit und die Rückkehr in belastende Arbeitsbedingungen ist für sie damit (temporär) akzeptabel. Obschon sie ihr Aufgabenfeld schätzt, ist der Konflikt mit ihrer Vorgesetzten nicht zu lösen. Da sie innerbetrieblich gut vernetzt ist, bekommt sie Versprechungen an einem neuen (noch zu schaffenden) Arbeitsplatz in einem anderen Arbeitsfeld unterzukommen. Während des dritten Interviews ein Jahr später arbeitet Frau Niede nach wie vor an ihrem alten Arbeitsplatz; Frau Niede stellt sich die Frage, ob das ihr gemachten Angebot eine realistische Chance auf Verwirklichung und ihren SAW hat, dennoch glaubt sie so oder so: „*Es wird was kommen*“ (Niede III). Ein betrieblicher Experte schildert, warum eine Versetzung aus Arbeitgebersicht teilweise nötig ist, die von den Betroffenen meist negativ bewertet wird. Psychische Erkrankungen betreffend schildert er zwei unterschiedliche Varianten: Entweder kommen Betroffene aufgrund der psychischen Erkrankung nicht mit den Kollegen zurecht; hier kommt es meist zu einer Versetzung innerhalb des Unternehmens. Oder Kollegen von psychisch erkrankten Personen nehmen das Angebot des BEM in Anspruch, da der Umgang und die Arbeit mit psychisch Erkrankten besonders belastend ist und keine wirkliche Zusammenarbeit mehr möglich ist; eine innerbetriebliche Versetzung ist dann vonnöten, damit das Klima am Arbeitsplatz auch für Mitarbeiter aufrechterhalten werden kann. Weiterhin kommt es zu einer innerbetrieblichen Versetzung, weil die Möglichkeit der Wiedereingliederung am alten Arbeitsplatz nicht immer gegeben ist. Es entstehen einerseits freie Arbeitsplätze, die nicht schnell besetzt werden und andererseits entstehe der Zwang aus Einschränkungen heraus plötzlich neue Arbeitsplätze zu schaffen. Auch ein Teilzeitwunsch der Betroffenen hängt von der jeweiligen Führungskraft ab. Sofern es möglich ist, problemlos und ohne Einschränkungen für die bestehenden Arbeitsteams neue, passende Arbeitsplätze für die Betroffenen zu schaffen, erleichtert dies den Wiedereingliederungsprozess.

Frau Schlegel demonstriert kontrastiv, wie eine Umsetzung an einen neuen Arbeitsplatz gelingen kann. In der alten Abteilung fühlt sich wenig unterstützt; sie bekommt nicht hinreichend

Ergebnisdarstellung

Input von ihrer Vorgesetzten; bekommt kein Lob, wenn überhaupt wird nur Kritik zurückgemeldet, was Frau Schlegel wiederum als persönliche Kritik annimmt. Bis zum dritten Interview hat sich in ihrem Arbeitsverhältnis zwischenzeitlich vieles zum Positiven gewandelt. Frau Schlegel hat nach dem Wechsel der Abteilungen inzwischen ein sehr gutes Verhältnis zu ihren Kollegen und Vorgesetzten; mit der Abteilungsleiterin ist sie gut befreundet. Vorteilhaft hat sich auch der offene Umgang mit den psychischen Beschwerden ausgewirkt; auf ihre Einschränkungen wird Rücksicht genommen, ohne dass sie sich dabei randseitig fühlt. In der vorhergehenden Abteilung hilft sie ab und an aus. Diese ist derzeit unterbesetzt; die Angestellten schaffen es kaum, alle Arbeitsaufgaben fristgerecht zu erfüllen. Zu stark möchte sich Frau Schlegel aber nicht einbinden lassen, da sie befürchtet, sonst wieder in die vorhergehende Abteilung versetzt zu werden; dies möchte sie verhindern. Positiv nimmt sie aus diesen Einsätzen aber die Erfahrung mit, dass sie als Kollegin und Mitarbeiterin und in ihren Arbeitsergebnissen geschätzt wird.

Arbeitgeberwechsel /Arbeit verloren – Absolventen des BFW

Den Arbeitgeber gewechselt oder verloren haben nur drei berufliche Rehabilitandinnen im Beobachtungszeitraum. Wobei der Verlust des Arbeitsplatzes für Frau Bär wenig überraschend ist, da sie als Elternzeitvertretung nur befristet angestellt wird. Frau Pieper nimmt zunächst befristet auf ein Jahr eine Arbeit in ihrem Umschulungsberuf auf; bereits zum ersten Interview ist sie sich unschlüssig, ob sie dortbleiben möchte. Im Team verspürt sie Spannungen, die Eintönigkeit im Büro und im regulären Arbeitsrhythmus missfallen ihr und sie fühlt sich als Außenseiterin. Viel lieber würde sie wieder als Krankenschwester in Schichten arbeiten; sie liebt die Abwechslung, den Patientenkontakt und die Flexibilität. Da sie wegen ihrer somatischen Beschwerden den Beruf aber nicht mehr ausüben darf, könnte sie sich auch in einer beratenden Tätigkeit, etwa beim MdK, wiederfinden. Einen konkreten beruflichen Plan hat sie aber noch nicht. Wichtig wäre ihr eine abwechslungsreiche Tätigkeit, im Ideal in Teilzeit, eine gute finanzielle Absicherung, um ihr Haus weiter halten und möglichst wieder reisen zu können, eine Arbeit, bei der sie Anerkennung und eine für sie sinnvolle Aufgabe bekommt. Bereits zum zweiten Interview hat Frau Pieper den Arbeitsplatz gewechselt und ist nun wieder als Krankenschwester in Teilzeit (28-30h) tätig. Sie ist „kein Büromensch“ (Pieper II) und der

Ergebnisdarstellung

Wechsel des Arbeitsplatzes wird als salutogene Entscheidung verstanden. Die Rückenschmerzen erlebt sie sowohl im Büro als auch im Krankenhaus. Kontrastiv zu ihren vorherigen Kunden kann sie aber die Patienten anleiten und auf diese situativ reagieren.

Kurz nach dem Ende der Umschulung tritt Frau Michaelis eine Arbeit in ihrem Praktikumsbetrieb an. Nach einem Wechsel des Vorgesetzten ist sie jedoch nicht mehr zufrieden und fühlt sich von der neuen Chefin und einer Kollegin gemobbt. Sie sagt, ihre Kollegen würden dies anders sehen, weil sie schon länger dort arbeiten, betont jedoch auch, dass sie durch ihre Depression Dinge anders sieht und wahrnimmt. Sie sei deutlich sensibler für Menschen und für den Job zu menschlich. Frau Michaelis leidet unter schlaflosen Nächten und Alpträumen, nimmt aber keine Schlafmittel. Zum zweiten Interviewtermin ist Frau Michaelis bereits gekündigt worden; aus der Sicht eines interviewten BEM-Beauftragten ein teilweise nötiger Schritt, wenn die Betroffenen zu stark belastet wären und damit das Betriebsklima gefährden würden. Frau Michaelis beklagt, dass sie bezüglich der Kündigung kein persönliches Gespräch hatte, sondern sie lediglich eine E-Mail erhielt. Im dritten Interview erklärt sie, dass sie nach dem zweiten Interview im Rahmen ihrer erneuten Arbeitslosigkeit in ein tiefes Loch rutschte, auf das sie jedoch nicht weiter eingeht: „ist so an mir vorbeigegangen“ (Michaelis III). Nach mehreren erfolglosen Bewerbungsversuchen (Feuerwehr, Bahn, KfZ-Zulassungsstelle) findet sie über eBay-Kleinanzeigen aber eine neue Arbeit in der Buchhaltung bei einem Gartenbaubetrieb. Dort ist sie jedoch nicht zufrieden, da die reine Buchhaltung nie „ihr Ding“ war und der Arbeitsplatz aus ihrer Sicht nicht leidensgerecht ist, weil sie einen sehr unbequemen Bürostuhl hat, der ihr extreme Rückenschmerzen bereitet.

Exit from Work

Frau Carstens geht kurz vor dem dritten Interview in den geplanten Vorruhestand. Alternativ wurde ihr lediglich ein Arbeitsplatz in einer Niederlassung in einem für sie zu weit entfernten Ort angeboten. Als Ersatz für die Erwerbsarbeit engagiert sie sich nun stärker ehrenamtlich. Der zunehmende Pflegeaufwand der eigenen und der Schwiegereltern hemmen zusätzlich den Gedanken an die Wiederaufnahme einer Erwerbsarbeit. Herr Puhl ist zum zweiten Interview in die Altersrente gewechselt. Er sieht sich aber nicht in der Lage, eine Biographie zu imaginieren oder zu gestalten, die nicht auf Arbeit fokussiert ist. Er hat 30-40 Jahre für den Job gelebt und es fehlt die Perspektive für ein Leben nach der Arbeit. In der Rente ist er auch nach einem zwischenzeitlichen Herzinfarkt noch in geringem vertraglichen Umfang bei seinem

Ergebnisdarstellung

alten Arbeitgeber beschäftigt, der ihn aber in einem bereits vereinbarten Gespräch auf die Übernahme eines neuen Projektes drängen will, so seine Vermutung. Im dritten Interview belasten ihn die kurz bevorstehenden Gespräche sehr stark; er mutmaßt entweder seine Teilzeitbeschäftigung aufgeben oder beide Tätigkeiten übernehmen zu müssen. Sollte er seine Teilzeitbeschäftigung verlieren, besteht das Risiko einer verstärkten Depression mit Suizidpotential; sollte er beide Tätigkeiten übernehmen, wird er einer sehr hohen Belastung ausgesetzt sein; das Risiko eines wiederholten Herzinfarktes steigt damit immens.

6.2.7 Nachsorge

6.2.7.1 Weiterführende therapeutische Betreuung

Seitens unserer Teilnehmer wird kaum ein zusätzlicher psychotherapeutischer Bedarf im Anschluss der Reha artikuliert. Allein Frau Rath, Frau Dehr und Frau Christ vermissen eine vertiefende ambulante Psychotherapie. Frau Dehr fühlt sich psychisch sehr stark belastet; aus ihrer Sicht ist sie zu depressiv, um die Energie für die Suche nach einem neuen Therapeuten aufzubringen. Frau Christ hat ihre Psychotherapie abgebrochen. Sie ist aber nach wie vor vulnerabel und hätte einer weiterführenden Betreuung bedurft. Ausschlaggebend für den Abbruch war die Eifersucht ihres Partners. Sie hätte gern die Therapie weitergeführt und auch ein „Wutseminar“ (Christ II) besucht, um ihre Lebens- und Alltagsprobleme mit anderen Betroffenen und mit Therapeuten zu diskutieren. Dass nur wenige unserer Teilnehmer psychotherapeutisch unterversorgt sind, scheint zunächst in einem Widerspruch zu den bestehenden Strukturdefiziten insbesondere im ländlichen Raum zu stehen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018), die auch von unseren Teilnehmern bemerkt werden „aber wie gesagt wieder zweieinhalb Jahre Wartezeit“ (Dehr I, Z. 1165). Die Schwierigkeiten, bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten in Behandlung zu kommen, zeigen sich jedoch nur bei der Erstaufnahme der Therapie. Unsere Teilnehmer haben diese Etappe meist bereits im Vorfeld der Reha absolviert und befinden sich seit dem meist in einer stabilen therapeutischen Betreuung. Frau Hoffmann nimmt sich weit vor der Reha eine privat finanzierte Therapeutin und befindet sich in der Auseinandersetzung um die Erstattung mit der Krankenkasse. Die Therapie ist zwar kostenintensiv und für sie finanziell belastend, doch wird sie als graduell hilfreich angesehen und hat sich bis zum dritten Interview verstetigt. Frau Hoffmann hat ebenso wie Frau Ganter Angst vor dem Ende der Therapie und der Gefahr einer damit einhergehenden Destabilisierung ihres Gesundheitszustands wegen des daran gebundenen Endes des antizipierten Schonraums. Frau Ganter

Ergebnisdarstellung

ist wie Frau Hoffmann sehr therapieerfahren und nimmt regelmäßige Termine auch noch bis zum dritten Interview wahr. Für sie ist es beruhigend, dass ihre Therapeutin eine begleitende Fortführung (zwei Termine pro Quartal) plant. Daneben hat Frau Ganter in der Zwischenzeit versucht, die Medikation auszuschleichen und obschon der Versuch erfolgsversprechend schien, kommt es zu einem schwerwiegenden Rückfall, in deren Folge sie die Medikation wieder aufnimmt. Ähnlich scheint auch bei Frau Thiel die Psychotherapie als langfristige Begleitung einen positiven Effekt zu haben. Frau Thiel ist zum dritten Interview weiterhin in ambulanter Therapie. Sie wird seitens ihres Psychologen darin bestärkt, die Therapie fortzuführen und die Medikation erst bei einer Stabilisierung mit einem gelungenen RTW auszuschleichen. Anhand von Frau Hoffmann, Frau Thiel, Herrn Wrobel und Frau Ganter wird aber auch deutlich, wie stark sie sich in der Abhängigkeit von der therapeutischen Begleitung befinden. Sie wünschen sich eine Weiterführung der ambulanten Psychotherapie *„ich muss das so langsam ausschleichen lassen und ich hab schon ´n bisschen Angst davor, dass dann einfach ´n Gesprächspartner fehlt der ganz wichtig für mich in meinem Leben geworden ist“* (Wrobel III, Z. 502-505). Sie sehen das Urteil des Therapeuten aber als entscheidend für eine Umsetzung. Gleiches zeigt sich auch für die Medikation, die von denjenigen Patienten, die sich auf die Einnahme einlassen, als notwendige Stütze gesehen werden. Hier zeigen sich noch deutliche Vulnerabilitäten und Unsicherheiten bezüglich der verbliebenen psychischen Beschwerden; die weiterführende psychotherapeutische Betreuung wird von den Teilnehmern selbst dann als stabilisierend empfunden, wenn die Rehabilitanden weitestgehend austherapiert sind und innerhalb der Therapie hauptsächlich Lebens- und Alltagsprobleme angesprochen werden. Dieser Aspekt zeigt sich noch deutlicher bei den Teilnehmern, die ihre Therapie auch 18 Monate nach der Reha weiter fortführen, sie aber nicht mehr als unbedingt nötig für die Renormalisierung ihres Lebens nach der psychischen Krise sehen; die Teilnehmer im Kontext der Verlaufskurve also im Stadium der praktischen Bearbeitung und damit nach Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit und der innerfamiliären Rolle begleitet werden.

Therapeutische Begleitung bei der Renormalisierung

Frau Reber ist gelungen ihre psychischen Belastungen zu überwinden bzw. zu reduzieren. Im Anschluss an die psychosomatische Rehabilitation findet sie einen Platz bei einem ambulanten Psychotherapeuten und nutzt das IRENA-Angebot. Die Rehabilitation ist für Frau Reber ein Schlüsselmoment, weil sie hier erkennt, dass ihr Tinnitus seine Ursache in ihrer Depression hat. Die Reha-Klinik ist Ort der Krankheitsakzeptanz. Mit dieser Einsicht nutzt sie die anschließenden therapeutischen Angebote sowohl kurativ, wie auch rehabilitativ.

Dabei betont sie insbesondere den Nutzen von IRENA *„es hat mir dort so gut ähm gefallen und auch so viel gegeben (1) weil mich das och hat immer wie so Hausaufgaben immer so am Ball sein lassen dann och immer [...] so gewisse Dinge och noch, ähm (1) im Auge zu behalten, wo ich immer Sorge hatte wenn ich jetzt dort ne mehr hingehge dann verlier ich das wieder und es ist alles wie früher“ (Reber III, Z. 474-480)*. Die Funktion von IRENA ist im Fall von Frau Reber Verstetigung und Aktualisierung der Krankheitsbewältigung und der (wiedergewonnenen) Alltagskompetenzen. Für Frau Reber ergeben sich daraus familiär und beruflich positive Effekte, die sie therapeutisch eingebettet verstetigen kann. Die Beziehungen in der Familie werden gestärkt (insb. Mutterrolle) und sie wird selektiver in der Auswahl von Freizeitaktivitäten (*„seit der Reha erste Mal eher unter dem Motto gelebt wirf von deinem Freizeitplaner weil de- der auch sehr belastet war ich gerne och überall dabei war [...] erste Mal runter so gut wie’s geht und äh nach ’m s- gesunden Maß zu gucken“ [Reber III, Z. 936-941]*) und reduziert den Anspruch an sich selbst aktiv sein zu müssen. Am Arbeitsplatz kann sie sich besser von überbordenden Arbeitsaufgaben abgrenzen. Die Belastung durch den Tinnitus kann sie ebenfalls begrenzen und versteht diesen nun als Hinweis auf ihre psychische Gesundheit. Sie erlebt sich selbstwirksam und selbstgestaltend.

Wie bei Frau Reber zeichnet sich auch bei Herrn Wrobel das subjektive Empfinden ab, inzwischen austherapiert zu sein. Er manifestiert dies an seinem Gefühl, die ambulante Therapie zunehmend als Verpflichtung wahrzunehmen, obschon er unsicher ist, wie es ohne Begleitung

Ergebnisdarstellung

weitergehen wird. Wie bei Herrn Wrobel zeichnet sich auch bei Frau Peters ein baldiges Ende der Therapie ab. Sie geht nur noch sehr selten zu ihrer Therapeutin; die ihr auch spiegelt, dass sie eine positive Entwicklung hinter sich hat. Ähnlich ist auch die Situation von Herrn Mader, der bereits im ersten Interview ein Ende der ambulanten Therapie anspricht und zu diesem Zeitpunkt alle drei Wochen einen Termin bei seinem Therapeuten hat. Im dritten Interview befindet er sich immer noch in der Therapie und hat nun alle acht Wochen eine Sitzung. Der Therapeut hat in seinem Fall eher die Qualität einer Lebensberatung gewonnen. Herr Mader betont, dass er keinen akuten psychischen Leidensdruck mehr verspürt.

Ein Großteil unserer Teilnehmer konnte die ambulante Psychotherapie bis zum dritten Interview 18 Monate nach der Rehabilitation beenden. Frau Hoch sieht ihre psychischen Beschwerden als überwunden an. Frau Carstens beendet die Therapie, weil sie sich mit ihrem Therapeuten nichts mehr zu sagen hat. Die Fortführung einer Therapie, in der nur noch Alltags- und Lebensprobleme diskutiert werden, schließt im Gegensatz zu Herrn Mader sie für sich damit aus. Ebenso sehen Herr Läsig, Frau Lippert und Frau Grothe keine weitere Notwendigkeit. Im Rahmen der Therapie und auch der Reha konnten sie hilfreiche Strategien der Selbstsorge adaptieren. Mit der gelungenen Überführung in den Alltag, ist eine Fortführung der Therapie nicht mehr nötig *„ich fahr da jede Woche hin und denke immer ach was erzählst du ihm denn heut wieder für n Scheiß“ (Läsig I, Z. 1775f.)*. Frau Rooke ist im Anschluss der Rehabilitation weiter stark psychisch belastet. Sie erlebt zum Zeitpunkt des erstens Interviews eine Enttäuschung, weil sie den Eindruck hat, dass sie durch ihre Therapeutin insbesondere in deren Berichten falsch eingeschätzt wird. In der Reha erfährt sie Bestätigung in ihrer Sicht. Im dritten Interview betont sie mit Blick auf die Therapie aber auch, dass es für sie schwierig war die Termine neben der Arbeit wahrzunehmen *„da hatte ich ja ne Therapie Psychotherapie und das war ein mega Stress ne entweder vor der Arbeit oder nach der Arbeit die Termine, äh dann wahrzunehmen“ (Rooke III, Z. 414ff.)*. Frau Lippert und Frau Grothe konzentrieren sich ausschließlich auf die therapeutische Behandlung ihrer chronischen somatischen Beschwerden. Die von uns interviewten Experten sehen in der psychotherapeutischen Nachbetreuung vor allem ein probates Mittel, krankheitsbezogene Rückfälle zu vermeiden. Die Gefahr bei Rückfällen bestünde darin, dass sich Betroffene krankschreiben lassen und die Hürde zum gelingenden SAW immer größer wird, weil es keiner erfahren soll. Um Rückfälle effektiv zu verhindern, sollten in den Psychotherapien Problemlösungsstrategien aufgegriffen werden, die im

Ergebnisdarstellung

Rahmen einer salutogenen Therapie Selbstfürsorge vermitteln. Weiterhin kann eine ambulante Psychotherapie dazu beitragen, dass Rehabilitanden sich begleitet damit auseinandersetzen, was sie sich beruflich noch zutrauen; wie eine Klinikexpertin beschreibt, hilft dies auch dabei, einen RTW über eine StW zu fördern. Sie habe schon häufiger Fälle erlebt, wo eine StW ohne psychotherapeutische Begleitung abgebrochen worden wäre. Eine Vertreterin des betrieblichen Gesundheitsmanagements berichtet uns, dass viele Rehabilitanden zu früh eine begleitende psychotherapeutische Unterstützung ablehnen würden, weil sie die „schlechten Zeiten“ hinter sich lassen wollen und heilfroh sind, wieder arbeiten zu können und deshalb nicht an der eigenen „vergangenen“ Thematik weiterarbeiten wollen. Dies führt teils zu Mechanismen der Selbstüberschätzung und Vermeidung. In diesem Zusammenhang plädieren Arbeitgeber auch aus wirtschaftlicher Sicht (Ausfälle, Präsentismus, Belastung von Kollegen/Teams) für die Inanspruchnahme von Hilfen auch nach einem halben Jahr.

Insgesamt sehen unsere Experten bei der ambulanten Nachsorge noch Verbesserungspotentiale; häufig wird hier ein Case-Management (sechs bis 12 Monate) angeregt, weil eine systematisierte individuelle Unterstützung im Nachgang der Reha häufig fehle. Im Rahmen eines solchen Case-Managements könnten Post-Rehaziele formuliert und gemeinsam erreicht werden oder auch berufsbezogene Maßnahmen (z.B. Arbeitserprobung zur Vorbereitung auf die Arbeit und um verbliebene Unsicherheiten und Ängste abzubauen) durchgeführt werden.

6.2.7.2 *PsyRENA und IRENA*

IRENA und PsyRENA sind von der Rentenversicherung finanzierte Nachsorgeprogramme, die im Rahmen von 25 Terminen, die innerhalb eines Jahres nach der Reha in Anspruch genommen werden müssen, der Verstetigung des Reha-Erfolgs dienen sollen; IRENA wird seitens der Rehakliniken angeboten und PsyRENA von niedergelassenen Therapeuten, womit eine Versorgungslücke in Regionen weit ab von Rehakliniken geschlossen werden soll. Das Angebot ist mit psychotherapeutischen Gruppentherapien, kontrollierten Übungs- und Trainingstherapien sowie Entspannungstraining (z.B. Chi Gong) vielfältig (*Kobelt, 2015*) und wird in dieser Weise auch von teilnehmenden Kliniken angeboten. Unsere Teilnehmer bevorzugen mehrheitlich das psychotherapeutische Gruppenangebot. Obschon manche Teilnehmer berichten, dass sie nicht wissen, dass es neben der Gruppentherapie weitere Angebote gibt.

Ergebnisdarstellung

Den Nutzen der Gruppentherapie im Rahmen von IRENA⁸⁸ wird von unseren Teilnehmern ganz unterschiedliche und sehr individuell bewertet. Frau Klein betont den positiven Effekt von IRENA bei der Überbrückung der Wartezeit auf die Einweisung in eine Tagesklinik, die ihr am Ende der Reha empfohlen wird. Die Gruppe gibt Halt und wird als hilfreich angesehen „*bei den anderen konnte ich schon manches so, ja erkennen oder mitnehmen oder rausziehen oder (1) und manche waren einfach nur nett das hat mir gut getan*“ (Klein I, Z. 143ff.). Frau Rooke hebt ebenso den positiven Effekt der Gruppe hervor „*mit dieser Nachsorge das ist schon sehr gut*“ (Rooke I, Z. 1722). Für Herrn Wrobel liegt das Positive in seinen Beobachtungen, dass andere Teilnehmer Fortschritte machen und diese verstetigen; das fördere sein Selbstbewusstsein

*„und denen zuzuhören und das Woche zu Woche zu beobachten wie es denen immer besser ging und wie die [...] auch das in der in der Reha Erlernte, also auf sich aufzupassen und, auf sich zu achten das **umsetzen** das hat mir unglaublich viel Kraft gegeben“* (Wrobel III, Z. 1240-1244).

Bei Frau Rooke kann IRENA nicht wesentlich zur Verstetigung des Reha-Erfolgs im Sinne der Transformation der Konzepte zur Bewältigung von Stress in den postrehabilitativen Alltag beitragen. Frau Linden und Frau Reber sowie eine von uns interviewte Therapeutin einer Klinik, die selbst Gruppentherapien im Rahmen des IRENA Programms durchführt, sehen IRENA eher als sekundäre Bereicherung der ambulanten Einzeltherapie. Frau Linden fehlt es an einer evaluierenden Haltung; lediglich die Möglichkeit, weiterhin in Gruppen zu arbeiten, wird positiv benannt und in Verbindungen mit der ambulanten Einzeltherapie als besonders hilfreich verstanden. Frau Reber hingegen nimmt IRENA sehr reflektiert in Anspruch und betont die positive Wirkung für die Verstetigung des Reha-Erfolgs im Alltag (siehe dazu den Kasten mit Frau Reber).

Unsere Experten heben den positiven Effekt ebenso kanonisch hervor. Die Gruppe bietet neben dem therapeutischen Aspekt den Rahmen (der Fortführung) des sozialen Austauschs und Abgleichs, der mit dazu beitragen kann zu verhindern, dass Patienten zu Hause nicht wieder einbrechen, wenn das nächste Hindernis kommt. Weiterhin sehen die Teilnehmer in den Gruppen, es gibt nicht nur „krank“ oder „gesund“ und es gibt noch andere Möglichkeiten wie das Hamburger-Modell. Die Gruppendynamik, bzw. Kohäsion einer IRENA-Gruppe kann sehr

⁸⁸ PsyRENA wird im Folgenden eingeschlossen, da unsere Teilnehmer nicht zwischen IRENA und PsyRENA unterscheiden.

Ergebnisdarstellung

unterschiedlich sein, eine vertrauensvolle, achtsame Atmosphäre wirkt auf alle TN sehr positiv. Voraussetzung für den positiven Effekt der IRENA-Gruppe sei aber das Vorhandensein einer Affinität zur Gruppentherapie. Verbesserungspotentiale sehen unsere Experten neben der zu erreichenden flächendeckenden Versorgung auch inhaltlich. Es sollte auch möglich sein, bei gutem Fortschritt, das Programm auf individuelle Weise zu erweitern oder Themengruppen zusammenzustellen, die auf die Bedürfnisse der Teilnehmer besser eingehen könnten. Hier wäre eine Art Seminarcharakter denkbar, der es den Teilnehmern erlaubt, aus einer Palette von Themen ein Angebot herauszusuchen, das den eigenen Interessen und Bedürfnissen entspricht und diese vertiefend behandelt. Wichtig an der IRENA-Gruppentherapie sei darüber hinaus die Kontinuität und Geschlossenheit der Gruppe, die zulässt, dass ein Vertrauensverhältnis entsteht. Fehlende Teilnahme bzw. die Hop-on-Hop-off-Mentalität einiger Teilnehmer erschweren das kontinuierliche Arbeiten. Dementsprechend ist es organisatorisch nahezu unmöglich, der von einzelnen Teilnehmern gewünschten stärkeren Flexibilität nachzukommen. Trotz des Versuchs, mit PsyRENA die intensiviertere Rehanachsorge für Menschen mit psychischen Belastungen flächendeckend anzubieten, finden sich auch in unserem Sample einige Teilnehmer, die für sich in ihrer Region keine Möglichkeit sehen. Frau Dehr äußert angesprochen auf die Nachsorge: „*das ist bei uns nicht*“ (Dehr III); sieht bedauernd in der Maßnahme aber eine große Chance für ihre gesundheitliche Restabilisierung „*ich denke mal das wäre ganz wichtig gewesen*“ (Dehr III). Herr Puhl sieht ebenso keine Möglichkeit für sich, im Anschluss der Reha an einem IRENA-Programm teilzunehmen; selbst für eine ambulante Psychotherapie sieht er wenige Chancen in seiner Region. Wenn Angebote lokal vorhanden sind, bedeutet dies nicht, dass diese auch zeitnah im Anschluss an die Reha wahrgenommen werden können „*da war ich dann och ´n bisschen enttäuscht dass das so lange gedauert hat*“ (Klein I, Z. 69f.). Andere Teilnehmer sehen die Hemmschwelle für eine Teilnahme an IRENA im Zeitmanagement. Herr Läsig weiß nicht, ob er zu den Terminen immer kommen könne

„IRENA selbst eh kam jetzt für mich eigentlich von Anfang nicht in Frage weil ((einatmen)) eh [...] ((schnalzen)) ich: A nich genau wusste zu der Zeit (1) Noch nich genau wusste wie lange ((einatmen)) eh bist du jetzt vielleicht überhaupt in der Lage da diese Termine wahrzunehmen?“ (Läsig I, Z. 550-555).

Ergebnisdarstellung

Frau Schlegel sieht IRENA nur sehr schwer mit der Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit und ihrer familiären Aufgaben vereinbar. Im Nachgang bedauert sie, sich nicht für IRENA angemeldet zu haben; ihr fehlen der Austausch mit anderen Mitrehabilitanden und die soziale Einbindung unter ‚Gleichgesinnten‘, die sie als hilfreich empfand

*„ich hatte gedacht da **dort** [in der Klinik als IRENA vorgestellt wurde], ach deine Psychologin reicht dir, du hast da diese Unterstützung die du **brauchst**, beziehungsweise arbeiten wir dran, ((einatmen)) eh andersherum fehlt mir jetzt doch schon dieses Feedback von der anderen (.) also ((einatmen)) diese: mit anderen Menschen (.) also mit [...] **selbst** die betroffen sind, nicht in gleicher Weise sondern ((einatmen)) vielleicht auch verschiedene Felder haben aber ((einatmen)) da hab ich **mir** draus gezogen für mich an Erfahrung: w- ja (.) das=das das würd ich mir wünschen (.) dass da noch mal (1) wieder reinkomme irgendwie in so ne Art Selbsthilfeprogramm“ (Schlegel I, Z. 710-718).*

Sie hätte sich gern auch nach der Reha noch für die Teilnahme an IRENA entscheiden wollen; wenn IRENA von Anfang an flexibler hätte gestaltet werden können, hätte sie sich schon während der Reha dafür entschieden. Nicht alle Rehabilitanden sehen die Möglichkeit, sich eigenständig für oder gegen eine Teilnahme an IRENA entscheiden zu können. Frau Hanser sieht ihre Teilnahme fremdbestimmt, weil „man hat mich da angemeldet“ (Hanser I, Z. 924). Ihre beiden Versuche, zeitlich verzögert einer bereits bestehenden Gruppe beizutreten, scheitern; wegen der geringen Eigenmotivation und ihrer Negativerfahrungen bewertet sie IRENA dementsprechend

„dann bin ich da zweimal hingegangen (1) und das ist halt (2) schwierig (.) das ist so ne Gruppe die sich schon untereinander kennen, (2) äh die auch schon ne Vorgeschichte haben weil sie jetzt schon weiß ich ´n paar Monate miteinander im Gespräch sind [...] ne ich komm da jetzt extern dazu ich kenn die Leute nicht ich kenn auch deren ihre Probleme nicht (.) die haben sich alle irgendwie so gefühlt auf mich gestürzt, wer bist du und was hast du? [...] (1) ((lacht)) wo ich dachte halt stopp (.) (1) mmh ja (.) am liebsten wär ich (1) weggelaufen und dann dacht ich nee du musst das jetzt erstmal (1) versuchen wenigstens (.) aber ich fühl mich da nicht wirklich wohl also das ist nicht das was mir wirklich, hilft“ (Hanser I, Z. 937-949).

Die mangelnde Verfügbarkeit von IRENA wird auch durch die befragten ambulanten Psychotherapeuten kritisiert. Diese sehen insbesondere die gruppentherapeutischen Angebote hilfreich. Sie kritisieren auch, dass nicht allen Rehabilitanden IRENA angeboten wird.

Womöglich treten verschiedene Ärzte, Therapeuten und Vertreter der Sozialberatung in den jeweiligen Rehaeinrichtungen ganz unterschiedlich mit IRENA an die Rehabilitanden heran.

Ergebnisdarstellung

Während unserer mehrfachen Hospitation in der IRENA-Präsentation des ZAR im Rahmen unserer Rekrutierung der Teilnehmer wurde die Freiwilligkeit und die individuelle Pflicht zu einer aktiven Entscheidung für oder gegen IRENA stets betont; retrospektiv aus unserer Sicht ein wichtiger Aspekt, damit IRENA von den Teilnehmern als positiv und nützlich empfunden werden kann. Dies sehen wir auch unabhängig davon, dass sich in unserer Analyse keine direkten positiven Auswirkungen von IRENA auf den RTW und SAW zeigen. Wie die Therapie der Rehaklinik selbst, hat auch die IRENA-Gruppe für die Teilnehmer wenig Berufsbezug, sondern wird vielmehr mit ausschließlich gesundheitlichen Aspekten in Verbindung gebracht; eine interviewte klinische Expertin fügt hinzu, dass die IRENA-Gruppen auch zu sehr auf Depressionen fokussiert wären. Den Grund sieht sie darin, dass die Angsthematik oft in ihren IRENA-Gruppen nicht vorkomme bzw. es eine hohe Hemmschwelle gäbe, Ängste anzusprechen. Indirekte positive Effekte zeigen sich aber dennoch auf den RTW, weil IRENA zur gesundheitlichen Stabilisierung (z.B. über die soziale Teilhabe an der Gruppe) beiträgt und damit die psychische Belastungsfähigkeit steigert, die wiederum einen positiven Einfluss auf die Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit hat.

Das IRENA-Konzept hat aber dennoch Verbesserungspotential. Wir sehen eine große Chance in der Erweiterung auf etwa familiäre Sozialarbeit, die im Rahmen von IRENA mit 25 Terminen durchgeführt werden und Personen wie Frau Christ dabei helfen könnte, die Alltagsarbeit zu reorganisieren und Konflikte mit dem Partner zu bewältigen. Personen wie Frau Christ schätzen die Wirksamkeit der Therapie eher als gering ein, weil sie sich weniger eine theoretische, als vielmehr eine praktische Hilfe erhoffen. Eine begleitende Sozialarbeit könnte ihr zwar auch nicht ihren ‚Zauberspruch‘ bereitstellen, doch aber aktiv und vor Ort an einer Abwendung der psychisch belastenden sozialen Konflikte mitwirken. Weiterhin könnte eine Sozialarbeit auch den RTW fördern. Hier sehen wir insbesondere Personen im Fokus, die wie Frau Thiel und Herr Lässig Schwierigkeiten bei der Suche nach einer neuen Arbeit haben. Ein Sozialarbeiter oder Jobcoach könnte die zur Verfügung stehenden 25 Termine nutzen, um sich z.B. nach den laufenden Bewerbungsaktivitäten zu erkundigen und beratend neue RTW-Perspektiven aufzeigen. Unsere interviewten Experten bestätigen das Fehlen einer solchen Unterstützung. Ein Vertreter einer Rehaklinik äußert: denkbar und auch wünschenswert wären Sozialarbeiter, die den Rehabilitanden Unterstützung auch in allgemeinen Lebenslagen und Fragen (Sozialtherapie) zukommen lassen können. Diese Nachbetreuung durch Sozialarbeiter könnte z.B. in das

Ergebnisdarstellung

Irena Programm eingebaut und darüber alternativ zu Pilates und Co. angeboten und abgerechnet werden. Die Sozialarbeiter müssten bei der Klinik angestellt sein, da die Nachbetreuung durch die Klinik positiv wäre. Kontakt und Hilfsangebote müssten dann aktiv von Klinikseite den (ehemaligen) Patienten angeboten werden. In einer teilnehmenden Klinik wurde bereits als Pilotprojekt eine solche Nachsorge angeboten. Es wurde gut angenommen, war aber sehr zeit- und dadurch auch kostenintensiv. Eine Vertreterin des betrieblichen Gesundheitsmanagements deutet an, dass auch die Arbeitgeber an einer psychosozialen Unterstützung Interesse haben und bereit wären, diese Betreuung zu finanzieren, da sie sich nicht von ihren Mitarbeitern trennen möchten, anders als die Mitarbeiter im Vorfeld befürchten.

6.2.7.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Von unseren Teilnehmern hat nur eine Person (Herr Wrobel) im Nachgang der medizinischen Reha eine Umschulung über LTA beantragt und bewilligt bekommen. Für uns stellt sich hier die Frage, warum nun gerade und ausschließlich er diesen Weg geht, obwohl auch einige weitere Teilnehmer gern einen Antrag auf LTA gestellt hätten bzw. es auf ihre Rückkehr in Arbeit hätte einen positiven Effekt haben können (etwa Frau Handle). Laut § 10 SGB VI werden LTA ebenso wie eine medizinische Reha zum Erhalt bzw. zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eingesetzt (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018a*). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung können dementsprechend auch bei positiver Erwerbsprognose einsetzen, wenn die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben noch nicht gemindert, aber schon erheblich gefährdet ist. In diesem Sinne kann man von einer „präventiven Orientierung der Rehabilitation sprechen“. Eine Empfehlung auf eine LTA kann damit auch zum Gegenstand des sozialmedizinischen Gutachtens im Entlassbericht und im Vorfeld bei der sozialtherapeutischen Beratung in der Klinik gemacht werden, selbst wenn eine positive Erwerbsprognose besteht. Diese theoretische Möglichkeit spiegelt sich *nicht* in unseren Ergebnissen wieder. Unsere klinischen Experten sehen hierfür scheinbar auch keine eigene Zuständigkeit. Sie erwarten vielmehr eine stärkere Einbindung der Refachberater und diesbezüglich 1. feste Ansprechpartner, 2. regelmäßige Treffen, 3. Mehr Präsenz in den Kliniken. Darüber hinaus ist die Beschleunigung der LTA-Leistungen entscheidend, denn lange Wartezeiten gefährden erfahrungsgemäß den Therapieerfolg; i.d.R. sind die Rehabilitanden dabei passiv; sie suchen keinerlei Alternativen oder andere Tätigkeiten für die Übergangszeit. Teilweise beginnen sie zu resignieren und richten sich in ALO ein. Unsere Studienteilnehmer fokussieren in

Ergebnisdarstellung

der nötigen Unterstützung hingegen die klinischen Akteure. Frau Handle entwickelt z.B. während der Reha die Idee, über LTA zurück in Arbeit zu kommen

*„die Hoffnung dass man (1) über die Rentenversicherung **vielleicht** eh noch nen ne aufstockende Ausbildung oder **irgendeinen** Ausweg bekommt irgendwas anderes (.) weil es für mich auf Dauer ist es einfach nichts“ (Handle I, Z. 532ff.).*

Diese wird ihr aber von der „Sozialtante“ (Handle I, Z. 567) in der Reha genommen. Der Wunsch nach einer Beratung über Alternativen zum bisherigen Beruf für die Rückkehr in Arbeit liegt bei Frau Ganter bereits während der Reha vor, wird aber nicht befriedigt. Erst weit später (mehr als sechs Monate nach der Reha) sucht sie sich in Eigenregie ein Coaching, um verspätet die gewünschte Beratung zu erhalten. Wie bei Frau Ganter und auch Frau Linden ist bei einigen Befragten bereits die Option, sich später anders orientieren zu können, hilfreich, sich von den potentiell belastenden Verhältnissen zu distanzieren bzw. abzugrenzen; hier besäße allein die theoretische Auseinandersetzung mit einer möglichen LTA das Potential, eine berufsbiografische Neuorientierung im Kontext der verbliebenen Beschwerden und perspektivisch geringerer beruflicher Belastungen anzustoßen.

Es gibt bei einigen Rehabilitanden aber auch im Nachgang der Reha Ideen, sich im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beruflich zu verändern. Hier stellt sich die Frage, wie der (verspätete) Veränderungsimpuls aufgegriffen und damit die berufliche Neuorientierung für einen RTW effektiv genutzt werden könnte. Das geschieht aber im Fall von Frau Haltern nicht und sie wird mit ihren Überlegungen allein gelassen *„aber hatte schon mir gedacht also alt werde ich in meinem Beruf nicht“* (Haltern I, Z. 1655). Eine LTA wäre beispielsweise auch für den RTW von Herrn Läsig förderlich. In Form einer Anpassungsqualifizierung (neueste Office Anwendungen) hätte er sein Qualifikationsspektrum als gelernter Bürokaufmann aktualisieren können. Darüber würden sich seine Arbeitsmarktchancen deutlich verbessern und vor allem wäre es vorteilhaft für einen erfolgsversprechenderen SAW, da er eine größere Chance auf eine ihm angemessen erscheinende Entlohnung und ggf. eine größere Auswahl bei möglichen Arbeitsplatzangeboten hätte; Herr Läsig betont aber angesprochen auf LTA im Interview, dass er von einem solchen Angebot nichts wisse. Experten der beruflichen Wiedereingliederung schildern ihre Erfahrungen folgendermaßen: Viele der Versicherten kommen mit einer Skepsis, da sie z.B. schon einmal eine Beratung hatten in Richtung Umschulung, die sie dann jedoch abgelehnt haben. Sobald die Versicherten sehen, dass sich Zeit genommen und versucht wird, individuell Lösungen zu finden und dabei an ihren Vorstellungen dran

Ergebnisdarstellung

bleibt, stellen sie einen Unterschied zum Rehafachberater oder einer Bratung in der Klinik fest. Dies ist für viele wohltuend, auch weil es sich hierbei um eine Einzel- und keine Gruppenmaßnahme handle. Da es sich bei diesem Angebot um eine freiwillige Entscheidung handelt, ist die Akzeptanz auch höher. Außerdem haben sie keine Sanktionen zu erwarten. Wichtig sei die Herstellung einer Beziehungsebene (ein fester Berater). Ein solches Angebot sei deshalb sinnvoll, weil psychisch Beeinträchtigte den Arbeitsplatz schneller wieder verlieren, weil der Anpassungsdruck größer ist.

Insgesamt scheint das Thema LTA in der psychosomatischen Reha etwas unterrepräsentiert bzw. zu zaghaft angesprochen oder empfohlen zu werden. Womöglich entsteht dieser Eindruck aber auch, weil die medizinische Reha trotz der Arbeitsorientierung noch zu sehr auf ausschließlich Gesundheitsthemen angelegt ist und gerade mit Bezug auf den RTW wenig mögliche Alternativen in den Blick nimmt. Eine Empfehlung auf LTA oder zumindest eine Diskussion von möglichen LTA Leistungen kann, wie oben bei Frau Linden und Frau Ganter beschrieben, allein über die Bereitstellung von Alternativen den subjektiven Druck arbeitsplatzbezogener psychischer Belastungen absenken und wie bei Herrn Läsig zu sehen, einen gelingenden RTW im Nachgang der Reha ermöglichen, wenn bei einer subjektiv ausgeschlossenen Rückkehr an den alten Arbeitsplatz die individuellen Versuche, einen neuen Arbeitsplatz zu finden, längerfristig scheitern.

6.2.7.4 Fehlende Nachsorgeangebote

Online-peer-Nachsorge

Das Internet ist ein breit genutztes und akzeptiertes kommunikatives Medium und bestimmt wesentlich das alltägliche Handeln. Es dient neben der medialen Freizeitgestaltung (Spiele, Videos, Audios, Freizeit-APPs) insbesondere der virtuellen Interaktion und der Beschaffung von Informationen. In einer repräsentativen Befragung gaben 2015 65% der Internetnutzer an, das Internet auch für Gesundheitsthemen zu nutzen (*Statista*, 2019f). Das bestätigt u.a. die Studie des „*Deutschen Instituts für Vertrauen und Sicherheit im Internet*“, in der sich auch Passagen zu den Gründen und Wirkungen der Internet-Nutzung zu Gesundheitsthemen finden (*DIVSI*, 2014). Auf chronische Krankheiten bezogen ist der persönliche Austausch bereits heute neben Information und Empowerment ein Hauptbedürfnis der Suche im Internet (*Baumann/Czerwinsky*, 2015). Dieses Alltagsverhalten für das Gesundheits- und Rehabilitationssystem nutzbar zu machen, erscheint daher als schlüssige Strategie, die von Seiten der

Ergebnisdarstellung

Kostenträger gezielte, gut aufbereitete und strategisch ausgerichtete Informations- und Kommunikationswege bereithält (Kirschning, 2004; Leimeister, 2005). Seitens der Rentenversicherungsträger wurden bereits einige Pilotprojekte der internetgestützten Nachsorge finanziert, die sich hauptsächlich auf eine flexibilisierte therapeutische Nachbetreuung (z.B. DE-Rena) beschränken. Aus unserer Sicht bietet sich das Internet aber geradezu an, um die Peer-Nachsorge zu stärken.

Die Mehrzahl unserer Rehabilitanden schätzt den Kontakt und den Austausch mit Teilnehmern, die gemeinsam mit ihnen eine medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahme absolviert haben (siehe auch 8.6). Ähnliche gesundheitliche Beschwerden, das Erleben vergleichbarer Hemmschwellen und Anpassungsnotwendigkeiten bei der Rückkehr in den Alltag und in Arbeit im Anschluss an die Rehabilitation schaffen kommunikative Anschlussfähigkeit. Diese kann zu einer Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs wesentlich beitragen. Zu der emotionalen Unterstützung und dem Gefühl, Teil einer „Schicksalsgemeinschaft“ zu sein, werden vor allem der Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Beratung von den Rehabilitanden als positiv erlebt.

Das starke Bedürfnis nach einem weiterführenden Kontakt zeigt, dass für die nach der Rehabilitation (meist) noch gesundheitlich beeinträchtigten Teilnehmer eine onlinebasierte niederschwellige Kontaktaufnahme bzw. die Fortführung bereits in der Klinik oder beruflicher Reha-Einrichtung geknüpfter Kontakte untereinander ermöglicht werden sollte (siehe Kapitel 9. Empfehlungen). Nach dem Prinzip einer „Peer“ Nachsorge können sich Versicherte im Anschluss an die Rehabilitation dort Informationen über unterschiedliche Themenbereiche einholen (Unterstützungsmöglichkeiten verschiedener Träger, Erfahrungen anderer Nutzer). Darüber hinaus können die Nutzer gezielt mit anderen ehemaligen Rehabilitanden in offenen Foren kommunizieren und sich in Chats (geschlossene Gruppe und persönliche Nachricht) über ihre Erfahrungen austauschen. Ein gegenseitiges „Voneinander lernen“, Unterstützung bei der Umstellung des Lebens aufgrund einer verbleibenden Gesundheitseinschränkung oder individuelle Hilfen sind damit ebenfalls ermöglicht.

Viele unserer Teilnehmer halten bereits jetzt den Kontakt längerfristig zueinander (siehe 8.4 Nutzen der Reha). In individuellen WhatsApp- oder Facebookgruppen tauschen sie sich aus und verabreden sich zu einem gemeinsamen Wiedersehen. Hierbei sehen wir aber zwei problematische Aspekte, die für eine separate Online-Peer-Nachsorge-Webseite sprechen. *Erstens* haben kostenlose öffentliche Angebote Datenschutzprobleme. Alle und auch vermeintlich

Ergebnisdarstellung

heikle Unterhaltungen werden von den Betreibern gespeichert und ausgewertet. Theoretisch besteht damit die Möglichkeit, dass für die ehemaligen Rehabilitanden nachteilige Informationen zu ihrer Krankenkasse oder zu ihren Arbeitgebern gelangen könnten. *Zweitens* gelingt es nicht allen Rehabilitanden, den Kontakt untereinander so lange nach der Rehabilitation aufrechtzuerhalten, wie sie es sich gern wünschen würden. In den Interviews zeigt sich, dass die Rehabilitanden mit einer guten Genesung den Austausch mit anderen ehemaligen Leidensgefährten nicht mehr benötigen oder wünschen; die noch stark belasteten Teilnehmer fühlen sich dadurch zunehmend isoliert. Weiterhin bemerken einige Teilnehmer erst im Nachgang der Reha ihren Bedarf des weiteren Austauschs mit anderen gleich oder ähnlich belasteten Menschen; hier müssen ebenso Zugangswege geschaffen werden, wie für die Personen, die noch Bedarf nach Kommunikation haben, aber sich wegen des Verlustes von Leidensgefährten zunehmend isoliert fühlen. Eine Onlineplattform kann für beide Gruppen gleichermaßen eine dritte Arena neben der Familie und den Kollegen am Arbeitsplatz bereitstellen, in denen sie Verständnis, Wertschätzung, soziale Einbindung und auch aktive soziale Unterstützung erfahren. Frau Schlegel betont die Bedeutung, welche die Unterstützung und das Verständnis eines Mitpatienten für sie hat

*„wir erklären uns gegenseitig wies uns geht (.) was wir grade machen? [...] (1) das Schöne ist allerdings dass dann nicht kommt ja dann musst du das und das machen, sondern (1) entweder man komm- man **muss** nicht drauf antworten (.) [...] das reicht schon sehr viel, ((einatmen)) oder aber Mensch, ich hab das auch gelesen, und ich seh das jetzt so und so (.) (1) das hilft ungemein (.) dass man sagt, oder hm=ne **Buchanregung** n Film, oder **irgendwas** anderes was einem so n bisschen helfen kann, ((einatmen)) sag ich Mensch ich hab da das was für dich (.) mir hat das geholfen vielleicht ist da auch was für **dich** dabei (.) [...] und ich so, oh ja genau (.) Mensch (.) das diese=diese Erfahrung dieser dieser Austausch, [...] wie man dann auch in der F-innerhalb der Familie damit umgeht, (1) ((schnalzen)) das hilft mir sehr ja“ (Schlegel I, Z. 738-753).*

Klinische Auffrischung

Für die Nachsorge hat Frau Schlegel auch noch eine weitere Empfehlung. Sie sieht in einem kürzeren Aufenthalt (zwei bis drei Wochen) in der Rehaklinik ein Jahr nach der ursprünglichen Reha das Potential, erlernte Strategien und Konzepte des kontrollierten Umgangs mit den psychischen Beschwerden und Belastungsfaktoren aufzufrischen. Besonders hilfreich schätzt sie die damit verbundene Auszeit aus den alltäglichen Belastungen für eine vertiefende Krankheitsarbeit ein. Neben der Verfestigung des Lerneffekts können auch zusätzliche bzw. korrigierende Anregungen aus den Therapien mitgenommen und im Abgleich zur Weiterentwicklung anderer Mitrehabilitanden vorbildhafte Orientierungsfolien entwickelt werden. Auf Herrn Puhl hätte eine derartige Auffrischung durchaus positive Effekte erzielen und gesundheitsfördernde Orientierungen außerhalb von Erwerbsarbeit mitgeben können.

Unterstützung beim RTW und SAW

Trotz großer Unterschiede zwischen beruflichen und medizinischen Rehabilitanden zeigt sich, dass sich beide Gruppen vor ähnlichen Herausforderungen und mit gleichförmigen Hemmnissen konfrontiert sehen, wenn sie sich im Anschluss der Reha auf die Suche nach einem neuen Arbeitsplatz begeben. Diesen Konstellationen gemein ist ebenso, dass die Entscheidung, nicht wieder an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren, bereits vor der (medizinischen oder beruflichen) Reha getroffen wird. Mit ihrer Rehamaßnahme assoziieren die Teilnehmer aus den psychosomatischen Kliniken aber ausschließlich ihre Krankheitsarbeit. Sie erwarten sich von den Rehakliniken eine Auszeit von den psychischen Belastungen, eine externalisierte Behandlung ihrer psychischen Beschwerden, eine Unterstützung bei der Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit oder bei der biografischen Neujustierung etc. (siehe auch 6.2.4.1). Die beruflichen Rehabilitanden gehen entgegengesetzt mit viel stärker berufsbezogenen Erwartungen in die Reha (letzte Chance, Renormalisierung, Neuanfang; siehe auch 6.2.4.2) Diese Unterschiede in den Erwartungen betreffen nicht nur die Reha selbst, sondern auch die Nachsorge. Im Vergleich der Rehabilitanden, die sich im Anschluss einen neuen Arbeitsplatz suchen (müssen), verdeutlicht sich dieser Unterschied: Medizinische Rehabilitanden wenden sich bei der Suche nach einer Arbeit hauptsächlich an das Arbeitsamt, nutzen Hilfsangebote außerhalb des Rehabilitationssystems und greifen auf Kontakte ihres informellen Netzwerks zurück; auch hier kann eine internetgestützte Peer-Nachsorge hilfreich wirken. Sie nehmen die Rentenversicherung i.d.R. nicht als relevanten Akteur in der beruflichen Neuorientierung wahr. Diese

Ergebnisdarstellung

Rolle wird auch trotz der beruflichen Orientierung der psychosomatischen Rehabilitation durch die Kliniken nicht vermittelt. Dies liegt unter anderem in der vornehmlichen Assoziation zwischen Reha und Krankheitsarbeit und den daraus entwickelten Erwartungen.

Die beruflichen Rehabilitanden hingegen assoziieren mit ihrer Reha einen Aufbau einer neuen Berufsbiografie bzw. die Restabilisierung und Weiterführung ihrer Berufstätigkeit. Daher wenden sie sich kontrastiv gezielt an ihre Reha-Einrichtung oder ihren Reha-Fachberater und formulieren explizit Unterstützungsbedarfe einer direkten Vermittlung in Arbeit (z.B. bei Problemen der Loslösung vom Schonraum). Gleichsam stehen ihnen im Gegensatz zu medizinischen Rehabilitanden auch Möglichkeiten zur Verfügung, etwa ein Jobcoach oder eine privatwirtschaftliche Vermittlungseinrichtung, die (vermutlich regional bedingt) nicht allen Rehabilitanden zur Verfügung stehen, die einen Bedarf artikulieren. Frau Bär etwa beklagt, keine Möglichkeit zu haben, einen Vermittlungsschein zu einer privaten Arbeitsvermittlung erhalten zu können, weil sie als ehemalige berufliche Rehabilitandin beim Arbeitsamt/Jobcenter einen Sonderstatus innehat und die Rentenversicherung ihr diesen zu ihrem Nachteil nicht gewähren kann *„es ist dann schon so ein Manko dass man diesen Vermittlungsgutschein nicht hat“* (Bär I, Z. 1389f.). Frau Michaelis beklagt auch im Interview, dass sie sich mehr Unterstützung vom BFW gewünscht hätte bei der Jobsuche.

Insgesamt zeigt sich bei beruflichen und medizinischen Rehabilitanden gleichermaßen ein Unterstützungsbedarf bei der Rückkehr in Arbeit, wenn sie nicht an ihren vorherigen Arbeitsplatz zurückkehren wollen oder können bzw. die beruflichen Rehabilitanden nicht direkt im Anschluss ihrer Reha einen passenden Arbeitsplatz im Umschulungsberuf finden. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation scheint es Ansätze der Unterstützung für den erfolgreichen RTW zu geben, die aber auch nicht jedem Absolventen einer Umschulung mit einem Hilfebedarf zur Verfügung stehen und medizinischen Rehabilitanden völlig verschlossen bleibt. Aus unserer Sicht zeigt sich hier eine Risikogruppe, die einer unterstützenden Begleitung bei der Rückkehr in Arbeit bedarf. Mögliche Angebote scheint es im Reha-System zu geben, nur werden sie bislang nicht allen Personen (insbesondere nicht den medizinischen Rehabilitanden) gewährt, selbst wenn diese Unterstützung nötig und aussichtsreich ist. Entscheidend ist daher nicht, dass zusätzliche Angebote bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz geschaffen werden, sondern dass die Rehabilitanden mit Unterstützungsbedarf nach der Reha früher bzw. überhaupt erkannt werden und ihnen dann gezielte vorhandene Hilfen angeboten werden.

Ergebnisdarstellung

Einige Rehabilitanden artikulieren einen weiterführenden (innerbetrieblichen) Unterstützungsbedarf bei der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz oder bei der Aufnahme einer neuen Arbeit. Die Betroffenen wünschen sich primär, dass sie bei den Unsicherheiten, die der RTW mit sich bringt, unterstützt werden. Die genannten Beispiele von Frau Hoch und Frau Wagner zeigen, dass der RTW durch gezielte Arbeitsplatzanpassungen oder Veränderungen im Arbeitsarrangement positive Effekte hervorrufen kann. Frau Wagner wird familiär durch ihren Mann gestützt und trifft mit ihren Wünschen auf eine wertschätzende und verständnisvolle Betriebskultur. Frau Hoch hingegen muss sich mit Hilfe des Betriebsrates und eines Rechtsanwalts die Veränderungen (Teilzeit und Arbeitsplatzflexibilisierung als Springerin) erkämpfen. Doch nicht alle Betroffenen haben das Glück wie Frau Wagner und die Stärke wie Frau Hoch, um in der Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber und Kollegen erfolgreiche und nachhaltige Veränderungsprozesse anzustoßen.

Das Beispiel von Frau Rooke, die zwar im ersten Interview aufzeigt, dass Veränderungen notwendig sind, aber im dritten Interview schon länger arbeitsunfähig ist, aufgrund der Tatsache, dass sie keine nachhaltigen Veränderungen an ihrer Arbeitsbelastung etablieren konnte, zeigt, dass hier noch Potentiale gibt, die nicht genutzt werden. Auffällig ist dabei, dass viele der Betroffenen nicht von Bemühungen im Sinne des Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) berichten. Das BEM ist ein von Gesetzgeber in SGB IX §167 Abs. 2 vorgesehene Instrument, das bei Arbeitsunfähigkeitszeiten von ab sechs Wochen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten verpflichtend durch die Arbeitgeber durchzuführen ist. Aufgrund der meist sehr langen AU-Zeiten der Teilnehmer erscheint es widersinnig, dass es lediglich im Fall von Frau Klein zu einem BEM kommt. Frau Hoch berichtet sogar davon, dass innerhalb des Betriebs ihr das etablierte BEM nicht angeboten wird. Das Beispiel zeigt, dass ein BEM auch bei psychischen Erkrankungen und im Anschluss an eine psychosomatische Rehabilitation erfolgreich sein kann. In unserem Sample finden sich aber wie erwähnt kaum institutionalisierte Angebote. Stattdessen finden sich vielmehr informelle Lösungen wie bei Frau Carstens, die mit ihren Kollegen die Verteilung der Arbeitsaufgaben neu aushandelt oder wie bei Frau Reber oder Frau Handle. Letztere macht Dienst nach Vorschrift, wodurch sich letztendlich zwar der Arbeitsaufwand reduzieren lässt, Zufriedenheit stellt sich damit nicht ein.

Im Übergang von der Reha-Klinik zurück in den Betrieb ist wie im vorhergehenden Kapitel bereits angesprochen insbesondere die StW ein Instrument, das durch die Kliniken empfohlen, durch die Rentenversicherung finanziert und von den Betrieben eher positiv aufgenommen

Ergebnisdarstellung

wird. Damit ist aber eher selten ein BEM-Prozess im Sinne des Gesetzgebers verbunden oder eine nachhaltige Betreuung. Diese kann im derzeitigen Zuschnitt durch die Kliniken nicht geleistet werden. Im Interview mit einer Sozialberaterin wurde deutlich, dass diese kaum Arbeitszeit hat, um mit den Betrieben ins Gespräch zu kommen. Eine längerfristige Begleitung, um die StW zu evaluieren oder einen BEM-Prozess zu etablieren, ist nicht möglich. Hier besteht noch erheblicher Nachholbedarf, denn die gesundheitlichen Einschränkungen und Bedenken der Rehabilitanden enden nicht an der Kliniktür. Trotz Verbesserungen nehmen sie diese mit an den Arbeitsplatz. Hier sehen sich die Betriebe, wie ein Unternehmer in einem Interview artikuliert, nicht in der Verantwortung und erwarten Leistungen durch die Rentenversicherung. Die Kliniken und die Rentenversicherung bieten über die meisten formelhafte StW hinaus keine Hilfen an. Die Frage, wie der Verbleib in Arbeit gesichert werden kann, bleibt dann eine Aufgabe, die von den Betroffenen meiste alleine zu lösen ist. Das gilt sowohl für diejenigen, die an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren, und diejenigen, die nach beruflicher oder medizinischer Rehabilitation einen neuen Arbeitsplatz finden.

Ergebnisdarstellung

6.2.8 Soziale Unterstützung, Einbindung und Verantwortung

6.2.8.1 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung erfahren unsere Teilnehmer als aktive und praktische Hilfestellung, aber auch in symbolischer Form. Die erhaltene soziale Unterstützung fördert:

- die Verstetigung von Strategien der Selbstsorge (z.B. positive Rückmeldungen auf ein aktives um Hilfe bitten),
- die Erweiterung von individuellen Handlungsspielräumen (z.B. durch gemeinsames Überwinden bis dahin bestehender Hemmschwellen),
- die finanzielle Sicherheit und damit auch die zurückgewonnene psychische Stabilität (z.B. durch innerfamiliäre Darlehen oder finanzielle Ausgleiche in der Familie während einer finanziell schwierigen Lage in der beruflichen Reha),
- eine unkomplizierte Rückkehr an den alten Arbeitsplatz (z.B. durch Unterstützung der Kollegen),
- das Finden eines neuen Arbeitsplatzes (z.B. über informelle Tipps und Informationen) und
- das Zusammengehörigkeitsgefühl und damit die Sicherheit über die soziale Einbindung.

Praktische Hilfestellungen erfahren unsere Teilnehmer in verschiedenen Arenen. So empfindet etwa Frau Klein das Entgegenkommen ihres BEM-Beauftragten bei der Rückkehr in Arbeit als eine enorme soziale Unterstützung beim Erhalt der psychischen Stabilität, weil die Anpassung der Arbeitszeiten an ihre Vorstellungen ihr eine gelingende work-life-balance verspricht und die Gleichzeitigkeit verschiedener Belastungen unterminiert. Innerhalb der Arbeitswelt zeigt sich eine aktive und direkte soziale Unterstützung aber auch in der Hilfe seitens des Vorgesetzten und der Kollegen bei der Einarbeitung an einem neuen Arbeitsplatz (z.B. Frau Lipfert) oder in einer Neugestaltung der Arbeitsorganisation bei der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz. Letzteres erfährt verschiedene Ausprägungen; bei Frau Carstens findet sich die soziale Unterstützung im neuen Arrangement der Arbeitsteilung. Weiterhin findet sich eine soziale Unterstützung am Arbeitsplatz in unterschiedlichen Versionen des Umgangs mit den psychischen Beschwerden. Während bei Frau Wagner der offene Umgang unter den Kollegen för-

Ergebnisdarstellung

derlich ist und zu einer direkten Unterstützung über die „Wächterfunktion“ der Kollegen erfahren wird, erklärt eine Expertin im Interview, dass die soziale Unterstützung auch im Rahmen der Verschleierung seitens der Kollegen entgegengebracht werden kann:

„Die neigen dann nicht unbedingt dazu von psychischen Problemen zu reden (.) also die reden dann (1) durchaus eher von den Schmerzen im Rücken, auch wenn die Schmerz- das Schmerz-erleben woanders herkommt [...] also dann macht der eben n bisschen langsamer, weil ers im Rücken hat“ (anonymer Experte, Z. 660-666).

Diese Einschätzung kommt dem Umstand sehr nahe, dass beispielsweise Frau Reber innerhalb der Arbeit ihre somatische Erkrankung als Zeichen ihrer Belastung versteht und diese eben über den Tinnitus anzeigt. Ähnlich nimmt auch Frau Röder die Aufrechterhaltung der gemeinsam geteilten Normalität als aktive soziale Unterstützung wahr. Sie kommt nach dem Suizid ihres Mannes in ein Umfeld zurück, das sich primär über den normalen Alltag definiert. Dieser ist verbunden mit den üblichen Belastungen (Zeitdruck, Verantwortung), bietet aber auch salutogenetische Potentiale, in dem sie ihren geliebten Hund mit an den Arbeitsplatz nehmen kann. In den Interviews mit Frau Röder wird deutlich, dass die Arbeit im Vollzug des Alltags für Frau Röder deutlich von der Fixierung auf ihr Trauma bzw. die Trauerarbeit abhebt.

Die oben zitierte anonyme Expertin aus dem betrieblichen Gesundheitsmanagement beschreibt mit Bezug auf ein Phasenmodell, wie sich die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz im Verlauf einer psychischen Erkrankung entwickeln kann: Zu Beginn merkt man, dass es einem Team-Mitglied nicht gut geht. Der nächste Schritt ist die Unterstützung des Betroffenen bis die Ermüdung darüber einsetzt und sich an den Vorgesetzten gewendet wird. In gut funktionierenden Teams wird der Kontakt zu dem erkrankten Kollegen gehalten und es werden meist ein oder zwei ins Vertrauen gezogen. In solchen Fällen werden sie auch bei der Rückkehr unterstützt, wobei sich die Unterstützung, auch wenn nötig gegen den Vorgesetzten richten kann, der rausgehalten wird. In weniger gut funktionierenden Teams kann es zu mobbingähnlichen Situationen kommen und der Betroffene wird unter Druck gesetzt. Wenn der Betroffene erst mal aufgrund der Reha nicht da ist, setzt Erleichterung ein. Wenn die Leistungsfähigkeit nach der Rückkehr noch nicht wiederhergestellt ist, tendieren manche Vorgesetzte darauf mit einer Schonhaltung dem Rückkehrer gegenüber, was bei den übrigen Team-Mitglieder Unbehagen auslöst („Zwei-Klassen-Gesellschaft“). Besonders problematisch stellt sich die Rückkehr dar, wenn zwischenzeitlich jemand als Vertretung eingestellt wurde, da dies zu

Ergebnisdarstellung

Verteilungskämpfen führen kann. Mitunter können auch Teams daran verzweifeln, wenn ein Erkrankter sich selbst für gesund hält.

Seitens informeller Kontakte (Freunde und Bekannte) beschränken sich soziale Unterstützungsangebote auch vornehmlich auf die Aufrechterhaltung von Normalität trotz der individuellen Abweichung von gesellschaftlichen Normalvorstellungen im Rahmen von akuten psychischen Beschwerden. Für Herrn Precht manifestiert sich dies etwa im Zuspruch von Freunden für sein Gelingen, in den EM-Rentenbezug zu kommen. Diese Zustimmung wird im ersten Interview von ihm berichtet, hier zeigt er sich auch als sozial aktiver EM-Rentner. Im letzten Interview hat sich diese Situation verschoben und er berichtet deutlich weniger von Aktivitäten im Freundeskreis und sozialer Einbindung. Frau Dehr erhält als einzige in unserem Sample soziale Unterstützung aus ihrem sozialen Netz, die über die Aufrechterhaltung der Normalität hinaus geht und eine direkte und aktive Unterstützung betrifft, z.B. als sie mit dem Tod ihres Partners konfrontiert wird:

„Als das hier passiert ist mit meinem Mann ist sofort eine von meinen Freundinnen [vorbei gekommen] und die hat extra dann eher Schluss gemacht [...] und hat mich dann wirklich nicht mehr (1) aus n Augen gelassen bis (1) bis sie meinen Mann dann geholt haben“ (Dehr I, Z. 1244-1250).

Weiterhin wird sie von einer Freundin auch bei Kontaktaufnahme zu einem Psychotherapeuten praktisch bezüglich ihrer Krankheitsarbeit unterstützt:

„Nach der Reha hat mir ne Freundin nachträglich zum Geburtstag eine Beratungsstunde geschenkt [...] und da bin ich jetzt auch (.) seitdem einmal im Monat, und das tut mir unheimlich gut auf jeden Fall“ (Dehr I, Z. 932-935).

Die Familie ist für viele Teilnehmer die zentrale Arena sozialer Unterstützung. Hier erfahren sie direkte und aktive Unterstützung, die wie bei Frau Schlegel zu sehen, teilweise auch eingefordert und erkämpft werden muss und der ihr primär zugeschriebenen Rolle als Mutter und Hausfrau widerspricht:

*„Aussagen wie okay, du hast da jetzt was, (2) aber das ist das musst du hinten anstellen (.) [...] du hast ne Tochter, du musst dich um die kümmern, egal wies dir geht, ((einatmen)) ehm (2) irgend- ja so wie ich vorhin auch schon sagte, ((einatmen)) **musstest** du funktionieren“ (Schlegel I, Z. 848-852).*

Ergebnisdarstellung

Innerhalb der Familie besteht im Kontrast zur Arbeitswelt und zu den informellen sozialen Kontakten aber auch die selbstevidente Erwartung an gegenseitige Unterstützungsleistungen, z.B. finanzieller Art. Innerhalb der Kernfamilie ist das gemeinsame Einkommen und nicht das individuelle Einkommen entscheidend, weshalb ein finanzieller Ausgleich z.B. während der beruflichen Reha nicht weiter hinterfragt wird. Hier besteht eher die Möglichkeit, dass selbstevidente und kulturell festgeschriebene Erwartungen an eine Partnerschaft enttäuscht werden können, wenn dieser finanzielle Ausgleich vom Partner nicht ohne weiteres mitgetragen wird. Zusätzliche finanzielle Unterstützungen seitens der Eltern werden von unseren Teilnehmern im geringeren Maße erwartet, helfen aber vielen beruflichen Rehabilitanden in den Zeiten eines geringen Einkommens oder im Anschluss an die Umschulung. Frau Kunze-Drost bekommt bspw. aus ihrem Familienkreis das Angebot, eine Selbstständigkeit finanziert zu bekommen: *„dass ich mich selbständig machen könnte als Makler, äh, der das finanzieren würde, äh. aus m Familienkreis, der mich auch da eigentlich- „Na. willst du nicht, willst du nicht“?“* (Kunze-Drost II, Z. 21ff.). Frau Hoch erfährt nach der Reduktion ihrer Arbeitszeit punktuell finanzielle Unterstützung durch ihre Mutter. Eine praktische Unterstützung in der Familie kann aber auch in ganz anderen Aufgaben gefunden werden, z.B. in der veränderten Alltagsorganisation während der Rehabilitation oder während psychisch stark belasteter Phasen. So berichtet Frau Peters über die Unterstützung durch ihren Partner während der Rehabilitation:

„also es war überhaupt kein Thema also ich muss auch dazu sagen es (2) war vorher auch keins also der hat mich auch sag ich jetzt mal als mein Job für mich schon und für unsere Beziehung eigentlich ungesund war hat er mich immer unterstützt“ (Peters I, Z. 1519-1522).

In der Familie erhalten die Rehabilitanden viel stärker als seitens informeller sozialer Beziehungen oder in der Arbeitswelt symbolische soziale Unterstützung, die in Zeiten starker psychischer Beschwerden entlastet und beim Überwinden akuter Belastungsphasen hilft. Vor allem zeigt sich hier das Verständnis für die psychische Krise und für die dadurch eingeschränkte Handlungsfähigkeit als ein entscheidender Faktor, der das Familienleben und den Zusammenhalt stabilisiert. Das entgegengebrachte Verständnis für die eigene Situation entlastet die Rehabilitanden und schafft darüber Spielräume für die Selbstsorge. Exemplarisch kann dieser Aspekt an Frau Carstens illustriert werden.

Management der Symptome in der Partnerschaft

Frau Carstens braucht in der Bearbeitung ihrer Erkrankung Freiräume. Dadurch ist auch die Beziehung zu ihrem Mann belastet „*aber das ist schon **belastend** für ihn*“ (Carstens I, Z. 101f.). Insbesondere dann, wenn Frau Carstens aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation ihren Mann abweist bzw. nicht um sich herum haben möchte „*an manchen Tagen ((einatmen)) ist, ich **merk** das auch selber (.) (2) also (1) ich, wenn ich früh aufstehe und wir sind zusammen, und es ist manchmal (1) ich will einfach nur meine Ruhe haben*“ (Carstens I, Z. 104ff.). Sie ist sich darüber bewusst, dass die Abweisung ihres Mannes weder hilfreich noch dauerhaft aufrecht zu erhalten ist „*ich **weiß** dass es verkehrt ist*“ (Carstens I, Z. 226). Dennoch ist die Beziehung nicht gescheitert, gerade weil ihr Mann Rücksicht auf ihre Wünsche nimmt und Verständnis zeigt „*ich (1) **kann** in der Hinsicht wahrscheinlich froh sein, dass mein Mann da das voll volles Verständnis hat*“ (Carstens I, Z. 219f.). Im dritten Interview, in dem Frau Carstens sich im Vorruhestand befindet, hat sich das Verhältnis zu ihrem Mann deutlich gebessert. Ihr Zeitmanagement richtet sich jetzt an ihm aus und die Freiräume, die sie immer noch benötigt, kann sie in der Zeit genießen in der ihr Mann arbeiten ist. Hilfreich ist auch, dass sie nun mehr gemeinsame Aktivitäten unternehmen können, da sie durch ihre Angststörung nicht mehr in der gleichen Weise behindert wird, wie vorher.

Ähnliches zeigt sich auch bei Herrn Laus; bei ihm spielt das zusätzliche Verständnis und die aktive Unterstützung der Kinder aber eine viel größere Rolle. Seine Tochter und sein Schwiegersohn begleiten ihn auf der Suche nach einem Arbeitsplatz und stärken ihm den Rücken. Seine Tochter ist examinierte Pflegekraft und dient insbesondere nach der Umschulung von Herrn Laus zum Pflegehelfer als kompetente und verständnisvolle Ansprechpartnerin, die seine Sorgen und Kritik teilt. Sie unterstützt ihn auch bei der Beantragung der EM-Rente „*da hat meine Tochter sagte ,**hey** (.) entspann dich (.) irgendwie kriegst du das vielleicht durch*“ (Laus I, Z. 803f.). Einzelne Rehabilitanden erleben entgegengesetzt eine eher ablehnende Haltung bezüglich der Diagnose bzw. Verständnislosigkeit in Familien und unter den Freunden. Herr Precht möchte seitens seiner Frau und seiner Kinder ganz bewusst keine Unterstützung

erfahren, weil er die Bearbeitung der psychischen und somatischen Beschwerden als individuelle Aufgabe betrachtet.

6.2.8.2 Soziale Einbindung

Familie

Die Familie steht für unsere Teilnehmer auch bezüglich sozialer Einbindung und Teilhabe an oberster Stelle. Frau Dehr z.B. möchte gern in die Nähe ihres Sohnes und seiner Partnerin ziehen und würde dafür ihren Wohnort verlassen, an dem sie über vielerlei informelle Kontakte verfügt, sich dort gut eingebunden fühlt und von denen sie in ihrem Alltag zahlreiche Unterstützungsangebote erhält, die sie auch in Anspruch nimmt. *„Ich hab jetzt auch gerade in der Zeit als mein Mann gestorben ist dann gemerkt dass ich wirklich tolle Freunde habe (.) (2) die mich (1) betreut haben begleitet haben“* (Dehr I, Z. 1222ff.). Die Idee des Umzugs wird wegen sozialer Verantwortung gegenüber ihrer Mutter aber aufgeschoben. Für sie sind die Mutter, ebenso wie für Frau Hoch, und der Sohn, ebenso wie bei Frau Carstens, entscheidende Bezugspersonen. In der Regel ist für unsere Teilnehmer aber die Partnerschaft der primäre Identifikationspunkt für die soziale Einbindung in der Kernfamilie; eine dauerhafte und stabile Partnerschaft ist Garant einer psychisch stabilisierenden sozialen Einbindung in der Familie. Innerhalb des Krankheitserlebens kann es aber zu Veränderungen in der Beziehung zum Partner kommen. Die psychischen Beschwerden unserer Teilnehmer können dabei die Partnerschaft stark belasten, die soziale Einbindung in der Partnerschaft kann aber auch zum Positiven gewendet werden. Bei Frau Peters etwa geht die Beziehung zum Partner aus dem kollektiven Krankheitserleben gestärkt heraus. Die soziale Unterstützung und der Zusammenhalt während der Reha festigen die Beziehung; während zuvor beide im individuellen Alltag verfangen sind, finden sie auf dem Weg der psychischen Stabilisierung wieder zusammen. Eine positive Veränderung innerhalb der Partnerschaft im Rahmen einer Krankheitsverlaufskurve ist aber auch an gelingende Aushandlungsprozesse gebunden. Das oben beschriebene Arrangement in der Partnerschaft von Frau Carstens ist nur tragfähig, weil ihr Partner die temporären Isolationsbestrebungen akzeptiert und sie im Gegenzug versucht, diese nach Möglichkeit einzugrenzen; dies betrifft auch gemeinsame Aktivitäten mit Freunden. Bei Frau Reber hingegen hat der Partner eine neue Erwerbsarbeit angetreten und das innerfamiliäre Arrangement muss unter den veränderten Belastungen neu ausgehandelt werden. Herr Reber wechselt in den Schuldienst und verwirklicht damit einen lang gehegten Wunsch. Frau Reber macht sich

Ergebnisdarstellung

Sorgen wegen des damit einhergehenden großen Engagements ihres Mannes, muss aber einen Weg finden, damit umzugehen: „*also er packt das schon ganz schön voll, wo ich dann wieder in Sorge bin*“ (Reber III, Z. 555f.). Frau Ganter pflegt in der Beziehung zu ihrem Mann im Vorfeld des psychischen Zusammenbruchs eine eher restriktive Wissenspolitik; sie nutzt in der Beziehung kaum salutogenetische Potentiale und vermeidet es, ihren Partner zu belasten. In frühen Phasen der psychosomatischen Belastungen, werden diese vor ihm geheim gehalten: „*damals, als das so schlimm gewesen ist hat er das gar nicht so sehr mitbekommen weil wir eine Fernbeziehung geführt haben*“ (Ganter I, Z. 412ff.). Dies verändert sich aber im Fortschreiten der Krankheitsverlaufskurve und die partnerschaftliche Beziehung wird durch die gemeinsame Wohnung zusätzlich gefördert. Dennoch strebt sie in der Beziehung nach Autonomie; insbesondere finanzieller Autonomie. Hilfe kann sie nur schlecht annehmen:

*„mein Mann legt mir dann **Geld** dahin und ich denk, ‚ne [...] das, das ich **will** das nicht‘ (.) und was mach ich dann? dann lass ich das liegen und dann bezahl ich mit meiner EC-Karte und überzieh mein **Konto** (.) und dann sagt der ‚bist du **verrückt**? jetzt **nimm** das‘ (.) nee ich sag ‚ich=ich **will** das nicht“ (Frau Ganter I, Z. 940ff.).*

Aufgrund der Anstellung in Teilzeit kann Frau Ganter auch 18 Monate nach der Reha den eigenen Autonomieanspruch in der Beziehung nicht erreichen, schafft sich aber beispielsweise durch den Stellplatz, den sie ihrem Ehemann finanziert, eigene Räume, um ihrem Partner einen Freude zu bereiten und sich finanziell einzubringen. Insgesamt scheint die Beziehung nach einer zwischenzeitlichen Krise gefestigt, auch wenn sie weiterhin darum bemüht ist, ihn mit ihrer Erkrankung nicht zu belasten.

Die Bestrebungen um Autonomie können aber auch viel stärker belasten und tendenziell die Partnerschaft gefährden. Nach der Therapie fordert und lebt Frau Handle wie Frau Schlegel Autonomie und Freiräume in der Beziehung „*also so mal n Wochenende Auszeit (.) die fordere ich mir jetzt arg ein*“ (Handle I, Z. 824f.). Der Wunsch nach Zeit außerhalb familiärer Verantwortung trägt die Autonomiebestrebungen von Frau Schlegel und steht in Verbindung mit dem Wunsch nach Anerkennung dieser seitens ihres Mannes. Dieser Konflikt ist auch zum dritten Interview nicht gelöst und es bestehen in der Beziehung zahlreiche Kristallisationspunkte, an denen sich der immanente Konflikt bindet. Frau Christ ist in ihrer Ehe unglücklich, bleibt aber weiterhin verheiratet. In ihrem dennoch bestehenden Autonomiebestreben zieht sich in ihren eigenen Wohnraum (Bungalow) zurück und schafft sich Freiräume im Familienleben. Sie fühlt sich in der Partnerschaft wie das Besitztum ihres Mannes: „*ist das ´n wirklich*

Ergebnisdarstellung

Liebe bei dir oder ist das ä:h ne Leibeigensche- -schaft“ (Christ III, Z. 202f.); deutlich wird die Fragilität der Beziehung auch dadurch, dass sie in ihren Wünschen und Zielen einen Traummann imaginiert und davon spricht *„den idealen Partner zu finden das ideale Leben zu führen“ (Christ III, Z. 1388f.).* Frau Niemann erlebt sich in einem andauernden Konflikt mit ihrem Partner. Das durch die Entscheidungen in der Beziehung geschaffene gemeinsame biographische Gebilde ist hinderlich bei der Selbstverwirklichung bzw. Aneignung. Die Partnerschaft ist aufgrund dessen durch Vorwürfe, Grenzziehungen und kurzfristige Kompromisse geprägt; latent ist immer der andere Schuld daran, dass man in einem teuren und unfertigen Haus lebt; der Einfluss der Erwerbsarbeit des anderen ist immer kritisch.

Die Veränderungen in der Partnerschaft innerhalb der Krankheitsverlaufskurve und die damit teilweise einhergehenden Autonomiebestrebungen können auch in einer Trennung und damit dem Verlust der primären sozialen Einbindung in der Kernfamilie münden. Ursächlich zeigen sich dafür zwei Aspekte bei unseren Teilnehmern, die in einer engen Verbindung zum gesetzten Veränderungsimpuls innerhalb des verlaufskurvenförmigen Krankheitserlebens stehen. *Erstens* wird durch das Bestreben nach Veränderung einer Person der geteilte Alltag und damit das bis dahin gemeinsam gelebte und als normal empfundene Leben in Frage gestellt. Insofern der Partner nicht bereit ist, die angestrebte Veränderung mitzutragen, steht eine potentielle Trennung im Raum. Frau Fliege hat sich im Zuge ihrer Erkrankungen von ihrem Partner getrennt: *„hab mich sehr verbogen (.) [...] ne und, das möcht ich nicht mehr“ (Fliege III, Z. 1400ff.).* Ähnliches kann ein Zerwürfnis, wie bei Frau Hoffmann zu sehen, auch zwischen Eltern und Kindern auftreten. Frau Hoffmann erlebt durch die im therapeutischen Prozess gestärkte Abgrenzungsfähigkeit einen Konflikt mit ihrem ältesten Sohne, in dessen Folge der Kontakt zwischen den beiden abbricht; ihr Mann hat weiterhin Kontakt mit dem Sohn: *„Das tut mir weh“ (Hoffmann III).* *Zweitens* trennen sich Paare während der Erkrankung, weil sie die (schon lange) nicht mehr funktionierende Partnerschaft (wegen zusätzlicher Belastungen) aufgeben. Frau Handle beendet die Beziehung zum Vater ihrer jüngsten Tochter und wendet sich einem neuen *„jungen Mann“ (Handle III-1, Z. 770)* zu, wobei der Status der Beziehung schwebend erscheint. Der Veränderungsimpuls wird hier zum Anlass genommen, sich nach einem neuen Partner umzuschauen. Die Trennung des Partners kann aber auch zu einem Veränderungsimpuls umformuliert werden, wie beispielsweise im Fall von Herrn Läsig, der, nach dem sich seine

Ergebnisdarstellung

langjährige Partnerin aufgrund der psychosomatischen Erkrankung von ihm trennt, einen Reflexionsprozess anstößt, der ihm bei der Bearbeitung der Erkrankung und der damit verbundenen Neuausrichtung hilft.

Informelle soziale Kontakte

Informelle aber dennoch bedeutsame soziale Kontakte betreffen hauptsächlich Freundschaften, die unsere Teilnehmer häufig schon seit ihrer Kindheit und Jugend pflegen. Diese sozialen Kontakte unterliegen regulären Schwankungen und werden auch von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen determiniert. In wirtschaftlich schlechten Regionen etwa müssen die Menschen sehr flexibel bleiben. Auf der Suche nach Arbeit verlassen viele ihre Heimat und ihr vertrautes Umfeld. Gleichzeitig setzen sie sich damit aus sozialen Kontexten frei und verlieren zunehmende den Kontakt zu alten und ihnen wichtigen Freundschaften; einher geht damit eine stärkere Fokussierung der Lebenswelten Arbeit und Familie und damit auch der Arenen mit dem stärksten Potential psychischer Belastungen (siehe auch Kapitel 4.3.4 und 6.2.3.2). Frau Ganter und ihr Mann konnten sich nach ihrem Umzug in eine weit entfernte Großstadt keinen Freundeskreis aufbauen und bleiben maximal nachbarschaftlich eingebunden „*das war's eigentlich schon*“ (Ganter III); diese Beziehungen wirken aber (noch) nicht wie Freundschaften, obschon Frau Ganter beiläufig erwähnt, dass sie bei einer Nachbarin Trauzeugin war. Frau Ganter und ihr Mann sind in hohem Maße auf ihre Beziehung bezogen. Sie nutzen die Wochenenden intensiv für gemeinsame Ausflüge und Unternehmungen. Frau Peters hat ihre Freundschaften schon weit vor ihren Zeiten starker psychischer Beschwerden verloren. Auffällig bei ihr ist, dass dies bei ihr (ohne Umzug) auch im Rahmen einer stärkeren Fokussierung der potentiell psychisch belastenden Arena Arbeit geschieht:

„zum Schluss waren es einfach meine Arbeitszeiten also wenn ich von, war meistens um sieben auf Arbeit dann, war nicht vor 20 Uhr zu Hause (.) also da hatte ich dann abends keine Lust mehr [...] und am Wochenende wollte ich halt ich sag jetzt mal da waren es also im Nachfeld (1) ich wollte meine Ruhe haben und wollte n- mit niemandem“ (Peters I, Z. 1567-1572).

Freundschaften und Bekanntschaften können aber auch während akuter psychischer Beschwerden aufgegeben werden oder verloren gehen und damit auch einen Umzug in eine andere Region auf der Suche nach Arbeit erleichtern, wie bei Frau Ganter zu sehen ist. Sie verliert während einer akuten psychischen Belastungsphase noch vor dem Umzug ihre informellen

Ergebnisdarstellung

sozialen Kontakte, weil sie seitens ihrer Freunde kein aus ihrer Sicht angemessenes Verständnis für ihre psychischen Beschwerden entgegengebracht bekommt und damit auch nicht offen mit ihren Beschwerden umgehen kann:

*„irgendwann hab ich mich eben halt **gedanklich** und auch ein Stück weit persönlich von den Leuten **verabschiedet** (.) dass ich dann gesagt hab also, dass, ich=ich weiß ich=ich hab **Probleme** ich=ich kann nicht so wie ich **möchte** (.) ähm (1) du müsstest mehr **Geduld**, mitbringen, weil ich daran arbeite und ich will das ja verbessern, ich **will** ja dass es mir besser geht (.) aber (1) da, da kam, von den meisten kam, nichts (.) und ähm, dann war die Freundschaft beendet“ (Ganter I, Z. 492-498).*

Der Verlust von Freundschaften und Bekanntschaften steht keineswegs zwangsläufig mit einem Umzug in Verbindung. Das Gefühl, dass Freunde und Bekannte sich nicht auf die eigene Situation einlassen können und kein Verständnis für die psychischen Beschwerden haben, geht jedoch immer mit dem Verlust informeller sozialer Kontakte in den Zeiten akuter psychischer Beschwerden einher. Die auf der Basis des fehlenden Verständnisses schleichende Distanzierung zwischen Rehabilitanden und deren Freunden und Bekannten im Prozess des verlaufskurvenförmigen Krankheitserlebens zeigt sich dabei in vielerlei Gestalt. Häufig sind es die Rehabilitanden selbst, die den Kontakt immer mehr scheuen und sich zurückziehen: *„ich hatte mich schon vorher, eh bevor ich mir dessen ganz bewusst war, ((einatmen)) eh n bisschen von den Freunden entfernt“ (Läsig I, Z. 911ff.)*. Teilweise sind es auch die Freunde und Bekannte, die wegen der psychischen Beschwerden der Betroffenen und ihren eigenen Unsicherheiten im Umgang mit psychisch stark belasteten Personen gemeinsame Aktivitäten vermeiden:

*„ich versteh das über kurz oder lang auch wenn du als Freund fünf sechs Mal da warst, eh der fragt dich dann ja und dass sich da mal was bessert, [...] das ist aber immer das gleiche, ((einatmen)) und dann vielleicht belastet das eh manche Freunde auch **selbst**, dass sie da nicht helfen können“ (Läsig I, Z. 924-928).*

Diese subjektiv berichtete Einseitigkeit des Kontaktabbruchs scheint aus unserer Sicht nicht notwendigerweise der Realität zu entsprechen, weil die Erzählungen häufig mit starken Emotionen verbunden sind. Eine zumindest temporäre Distanz zwischen psychisch stark belasteten Personen und deren informellen aber biografisch dennoch bedeutsamen sozialen Kontakten scheint im Prozess des verlaufskurvenförmigen Krankheitserlebens eine häufig auftretendes Phänomen zu sein, deren Grundlage in einer nur sehr schwierig herzustellenden gemeinsamen Alltagsrealität begründet scheint, weil die Personen mit psychischen Beschwerden sich

Ergebnisdarstellung

ihrer Handlungs- und Orientierungsmuster unsicher geworden sind und der Gemeinsamkeit damit die Selbstevidenz genommen ist. Mit den entstandenen Unsicherheiten in der Selbstsicht und auch der persönlichen Identität geht ebenso die Stabilität der nicht institutionalisierten kollektiven Identitäten verloren. In der Arena der Freunde und Bekannte spielt damit auch weniger ein mögliches Stigma eine Rolle, sondern vielmehr eine Unsicherheit darin, ob die kollektiven Identitäten womöglich mitverantwortlich für psychische Beschwerden sind oder sie eher lindern können. Frau Dehr und Frau Röder erleben aufgrund des für Außenstehende verständlichen Traumas, ob der jeweiligen Tode ihrer Männer, eine ungebrochene Unterstützung.

Auf dem Weg der gesundheitlichen Restabilisierung sind unsere Teilnehmer i.d.R. bestrebt, informelle soziale Kontakte zu reaktivieren oder neu aufzubauen. Ausschlaggebend ist hierfür der in der Verlaufskurve gesetzte Veränderungsimpuls. Die Teilnehmer schöpfen über die neue Selbstsicht wieder Handlungssicherheit und Souveränität; ihnen ist es damit wieder möglich, anderen Menschen auf Augenhöhe zu begegnen. Mit dem Wissen auf die positiven Effekte sozialer Einbindung und auch dem Bedürfnis nach sozialem Austausch sondieren sie ihr vorheriges informelles soziales Netz und nehmen selektiv wieder Kontakt auf. Dies fällt ihnen aber nicht immer leicht, weil sie einerseits Scham für ihre vorherige Distanzierung verspüren und andererseits auch unsicher über die Bereitschaft ihres Gegenübers zur Reaktivierung der Freundschaft sind. Frau Carstens plant Schritt für Schritt die Wiederaufnahme ihrer sozialen Teilhabe, die sie sich sehr wünscht. Zunächst möchte sie gern wieder mehr mit ihren engeren Freunden telefonieren. Sie ist sich noch unsicher, inwiefern sie stabil genug für ein Treffen ist. Wegen des entgegengebrachten Verständnisses plant sie auch schon ein kleines Fest mit ihren Freunden bei sich im Garten; hier hätte sie für sich Rückzugsmöglichkeiten, falls das gemeinsame Beisammensein doch psychisch belastend werden sollte. Der Wunsch nach Normalität und damit nach sozialer Einbindung ohne Beschwerden ist bei ihr sehr ausgeprägt: *„das sind so die Wünsche (.) das is:t wie gesagt, der Kontakt wieder (.) also nicht nur telefonisch, eben wirklich auch mal ((einatmen)) dass ich auch mal (1) zu jemandem wieder in die Wohnung kann“* (Carstens I, Z. 1699ff.). Ähnliches zeigt sich auch bei den beruflichen Rehabilitanden. Hier stehen aber weniger gesundheitliche Unsicherheiten im Vordergrund. Es ist vielmehr der Zeitfaktor, der wie etwa bei Frau Lippert eine Reaktivierung informeller sozialer Kontakte schwieriger macht. Was ihr hingegen Sicherheit verleiht, ist ihre Rückkehr in Arbeit. Mit

Ergebnisdarstellung

dem RTW gewinnt sich an Selbstbewusstsein und kann auch mit einer selbstsicheren Außenpräsentation den Kontakt zu früheren Freunden suchen:

„jetzt hab ich wieder angefangen Kontakt zu all den Leuten aufzunehmen und das ist kein Problem also jetzt äh bin ich auch unter der Woche u=unterwegs meine Wochenenden sind jetzt bis Ende September erst mal ausgefüllt (.) ((lacht))“ (Lippert I, Z. 441-444).

Herr Läsig verliert schnell seine Scham gegenüber seinen zwei besten Freunden als er erfährt, dass sie bereits vor ihm unter einem Burnout litten und noch immer leiden. In dieser Konstellation profitiert er sogar davon und kann sein eigenes Leiden besser verstehen.

Gelingt die Reaktivierung alter informeller sozialer Kontakte nicht, können auch andere Mitrehabilitanden zu neuen dauerhaften informellen sozialen Kontakten werden. Der Vorteil liegt für die Teilnehmer in dem Status der „Leidensgefährten“. Dieser sorgt dafür, dass sie keinerlei Stigma oder Unverständnis für die psychischen Beschwerden zu befürchten haben. Bereits während der Reha kompensieren „Schicksalsgemeinschaften“ verloren gegangene informelle soziale Kontakte; die „Klasse“ im BFW, die Reha-Gruppe oder die Gruppe der Tischnachbarn in der psychosomatischen Klinik werden für viele Teilnehmer eine soziale Unterstützungs- und Bezugsgruppe. Die dauerhafte Fortführung dieser Gruppen gelingt aber nur bedingt, weil nur wenige ihre alten informellen sozialen Kontakte nicht reaktivieren können und sich somit eine Fortführung der neuen Bezugsgruppe wünschen. Die gegenseitige Hilfe, das Verständnis füreinander und auch die gemeinsamen Treffen verlieren für die Meisten zunehmend an Relevanz; Personen denen eine Rückkehr in vorherige soziale Kontakte versperrt bleibt oder denen es nicht gelingt, außerhalb der sozialen Gruppe der Mitrehabilitanden neue informelle soziale Kontakte zu knüpfen, bleibt dann nur die ausschließliche soziale Einbindung in einem teilweise noch belastendem Familien- und/oder Berufsleben.

Generell ist die soziale Unterstützung und Einbindung sehr hilfreich bei der Re-Stabilisierung des Lebens. Die soziale Teilhabe über die Familie, hier insbesondere die Partner und Kinder, sowie Freunde, Kollegen, (Sport-)Vereine aber Personen mit ähnlichen psychischen Beschwerden (z.B. Mitrehabilitanden) sorgt für die Rückkehr von (Selbst-)Sicherheit und Normalität aber auch Freude im Leben. Soziale Teilhabe ist für die Rehabilitanden damit ähnlich der Berufstätigkeit ein wichtiger Faktor, sich selbst als wertvolles Mitglied der Gesellschaft einschätzen zu können. Im Prozess des verlaufskurvenförmigen Krankheitserlebens kommt es häufig zu Verunsicherungen in der sozialen Teilhabe; die Betroffenen lösen sich partiell von vermeintlich belastenden Beziehungen in der Arbeitswelt, in der Familie und im informellen sozialen

Ergebnisdarstellung

Netz. Im Zuge der gesundheitlichen Re-Stabilisierung bauen die Rehabilitanden gezielt und selektiv ihre soziale Teilhabe entsprechend ihres vom Veränderungsimpuls angestoßenen Wunschs nach Veränderung (z.B. im Rahmen eines biografischen Handlungsschemas) neu auf. Dabei bleibt meist die zentrale soziale Einbindung in der Familie bestehen; teilweise kommt es aber auch hier zu einer Trennung vom Partner, wenn diese Beziehung als belastend empfunden wird. Ähnliches zeigt sich auch in der Arbeitswelt und im Freundeskreis; hier allerdings mit weit weniger lebensverändernden Auswirkungen. Insgesamt gilt damit für alle Arenen der sozialen Teilhabe bei der Genesung psychischer Beschwerden, dass die Wiederaufnahme sozialer Beziehungen forciert wird, die zuvor nur belastet waren bzw. die nicht (mehr) als belastend empfunden werden.

Soziale Verantwortung

Die soziale Verantwortung hat meist salutogenetische Potentiale und ist an eine emotional positiv belegte Herausforderung gebunden. Als intrinsische Motivation z.B. innerhalb des Familienlebens hilft sie dabei, Aktivität im Alltag aufrechtzuerhalten und verhindert damit auch ein Einrichten in der Arbeitslosigkeit bei (zunächst) misslungenem RTW nach der Reha. Für viele Teilnehmer ist die soziale Verantwortung gegenüber den eigenen Kindern ein Stabilisator; häufig auch gebunden an eine gefühlte Vorbildfunktion. Frau Hanser beispielsweise hilft die Verantwortung gegenüber der Tochter, sich aus der psychischen Krise zu befreien, auch wenn die Aufgaben als Mutter nicht grundsätzlich helfen, die psychischen Beschwerden zu überwinden:

„das war dann ähm, meine Tochter die mich da dann wieder rausgerissen hat weil sie auch ähm, (1) mit ihrem Vater ne riesen Auseinandersetzung hatte und dann von ihrem Freund verlassen worden ist meine Tochter ist 18 und die selber dann schweren Kummer hatte und da war ich dann auf einmal als Mutter wieder gefordert (.) das hat mich dann so ´n bisschen wieder, rausgeholt aus, meinem eigenen Sumpf“ (Hanser I, Z. 37-42).

In ihrer Rolle als Mutter schafft sie es, einen geregelten Alltag zu etablieren, in dem die psychischen Beschwerden kein vordringliches Thema sind; dennoch wird auf sie Rücksicht genommen. Ihr Tochter zeigt Verständnis und *„nimmt Rücksicht oder äh (2) trägt´s mir nicht so nach wenn ich dann auch mal so drüber war wenn ich dann gleich so [...] aggressiv geworden bin ne und, ach ist schon gut“ (Hanser I, Z. 789-792).* Frau Röder empfindet Verantwortung gegenüber ihrer Tochter und ihrem Sohn (+ Enkel): *„weil ich weiß, dass ich weiterleben muss.*

Ergebnisdarstellung

Weil mein Kind mich braucht“ (Röder III). Dies ist zum Zeitpunkt des dritten Interviews (18 Monate nach der Reha) ihre einzig verbliebene Motivation, weiter zu leben; eine neue Partnerschaft ist für sie zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen und Freundschaften sowie Aktivitäten erlebt sie nicht als sinnstiftend. Neben den eigenen Kindern können auch eigene Haustiere im Fokus der sozialen Verantwortung stehen. Herr Läsig spricht von der Katze als Anlass, nicht in die stationäre Reha zu gehen, und Frau Rath spricht ihrem Hund zu, der Grund zu sein, weswegen sie sich nicht suizidiert:

„dann geh ich mit die Gassi dat ist auch mein Hund (.) also ich muss sagen äh dit hört sich jetzt äh dit ist mal so, ne Aussage aber dit ist leider so wenn ich die nicht gehabt hätte äh dann hätte ich mir schon bestimmt schon zweimal wär ich schon hier weg gewesen“ (Rath I, Z. 1586-1590).

Frau Gut hat auch einen Hund, der während ihrer Abwesenheit und der Verschlechterung des Gesundheitszustands ihres Partners durch die Nachbarn versorgt wird: *„dann haben hier unsere Nachbarn also die Nachbarn und die Nachbarn haben sich dann abwechselnd um unseren Hund gekümmert weil das war natürlich die, ich wollt schon abbrechen die Reha ne“ (Gut I, Z. 973ff.-975).*

Die soziale Verantwortung in der Arbeitswelt hingegen hat (zumindest in unserem Interviewsample) keine salutogenen, sondern ausschließlich pathogene Potentiale. Die Vorbildfunktion, die Herr Läsig etwa für sich als Abteilungsleiter gegenüber seinen Mitarbeitern sieht, belastet ihn nach dem Einzug einer neuen Unternehmenskultur im Zuge des Eigentümerwechsels sehr. Den Druck der Leistungsebene versucht er abzufedern und so seinen Mitarbeitern ein „Arbeiten wie zuvor“ zu ermöglichen. Diesem Druck hält er aber nicht Stand und kapituliert schließlich. Ähnlich ist auch die Entwicklung bei Frau Rooke, die sich im Verlauf ihrer Berufslaufbahn immer mehr Verantwortung aufbürdet. Innerhalb der Familie kann die soziale Verantwortung auch psychische Beschwerden verursachen. Einige unserer Teilnehmer sehen in den eigenen Kindern psychische Belastungsfaktoren. Hier stehen die psychischen Beschwerden der Kinder als Stressoren im Vordergrund. Das gilt bspw. im Fall von Frau Bär, deren jüngste Tochter an einer psychischen Krankheit leidet. Frau Bär macht sich Selbstvorwürfe und fragt sich, was sie falsch gemacht hat. Besonders schlimm ist für sie der Umstand, dass sie im Herbst und Winter immer mit dem Suizid der Tochter rechnet. Frau Handle muss in Folge der Reha die Depression der mittleren Tochter verarbeiten, die durch diese auch in ihre Abwesenheit wegen der Reha attribuiert wird:

Ergebnisdarstellung

*„aus diesem Reha Antritt ähm: eins meiner Kinder ebent, auch ´n Schaden davongetragen hat und das ist, ´n **erheblicher** (.) mit meinem mit meinem (unv.) so diese ganze Psychomacke die setzt sich eben leider fort“ (Handle III-2, Z.197-200).*

Bei Frau Schlegel hingegen wird die soziale Verantwortung gegenüber ihrem Kind zu einer Hemmschwelle, die in der Reha angestoßenen Bestrebungen zur Veränderung ihrer Lebenssituation umzusetzen. Sie schränkt sich damit auf einen psychisch belastenden Kampf mit ihrem Partner um die Modifikation der Alltagsorganisation ein. Bei anderen Teilnehmern besteht die gesundheitlich gefährdende soziale Verantwortung gegenüber den eigenen Eltern; auch hier stehen gesundheitliche Einschränkungen der Familienmitglieder im Vordergrund. Die nötige Pflege der erkrankten Eltern übernehmen Frau Carstens und Frau Bär selbst. Es ist weniger die aufzubringende Zeit für die Pflege, die belastet, als vielmehr die fehlende Wertschätzung für die Erfüllung dieser Aufgabe seitens der Gepflegten oder vorherrschende Konflikte: *„also die Versorgung meiner Mutter ist schon schwierig weil sie ist (1) eher schwieriger Charakter sag ich mal (.) [...] also es gibt viele Reibereien“ (Bär I, Z. 1505-1508).* Bei Frau Peters und Frau Rooke wirkt die soziale Verantwortung kontraproduktiv, weil sie ihre eigenen psychischen Beschwerden als Risiko sehen, die Familie und insbesondere die Partner zu belasten:

„für meinen, Mann ist es natürlich schon auch ne ziemliche Belastung so ne (.) [...] also der macht sich ja natürlich auch Sorgen und (2) versucht da auch mir vieles aus ´m Weg zu räumen oder so was oder mich gar nicht mit irgendwas äh zu belasten aber, mh gut er hat auch seinen Job und hat auch äh sein (1) seine, ähm (1) Belastungen und Anforderungen die an ihn ran getragen werden“ (Rooke I, Z. 1445-1452).

Frau Knoll hingegen sieht in ihrer Ehe für sich die Aufgabe ein gesichertes Einkommen zu garantieren und drängt in den RTW und in das gleiche Arbeitsplatzarrangement wie vor der psychosomatischen Rehabilitation. Ihr Mann ist zwar erfolgreich, aber selbstständig. Frau Knoll ist risikoavers und möchte trotz der guten Ausgangslage auf die festen Einnahmen nicht verzichten. Aus ihrem Verantwortungsgefühl bleibt sie an ihrem Arbeitsplatz, der von ihr in den Interviews als in hohem Maße belastend beschrieben wird. Erst als ihr Partner auf eine feste Anstellung wechselt, wird die Option selbst den Arbeitsplatz zu wechseln greifbarer.

7. Problematisierungen und offene Fragen

In der methodenkritischen und konzeptionellen Reflexion des Forschungsprozesses und des erhobenen Materials ergaben sich eine Vielzahl von Teilproblemen wie auch einige damit zusammenhängende und weiterführende Grundsatzfragen. Dabei zeigten sich, folgt man der Logik der Verlaufskurvenentwicklung, angefangen beim Zugang ins Versorgungssystem, über die Reha selbst, bis hin zur Wiedereingliederung in Arbeit, eine Reihe von Paradoxien wie auch offene Fragen auf verschiedenen Ebenen. Die Paradoxien werden entsprechend der folgenden Bereiche gegliedert dargestellt:

- der *Gesamtprozess der Rehabilitation*: von der Zuweisung durch die primär- und fachärztliche Versorgung (Verfahrenssteuerung) über die Maßnahmengestaltung in den Kliniken (therapeutische Interventionen) bis zur Rückkehr in Arbeit (Entlassungs- und Übergangsprozesse);
- die *Wege der Rehabilitanden* von den ersten Symptomen, über Krisen bis hin zu Intervention und Rehabilitation: Präsentismus, Verdrängung, Selbstheilungsversuche, Inanspruchnahme professioneller Hilfen (Hausarzt, Therapie, Reha);
- *subjektive Nutzungsansprüche* der Rehabilitation und *subjektive Aneignung* von Therapieempfehlungen.

Bezogen auf die oben angesprochenen Grundsatzfragen zeigt sich etwa die Kontroverse darum, ob es sich bei den Common Mental Disorders eher um „psychische Krankheiten“ oder mehr um Lebenskrisen und allgemeine Lebensprobleme (Sinnkrise etc.) handelt; unabhängig von der dominanten Zuordnung der geschilderten Beschwerden und Beeinträchtigungen zu *Krankheit* als der formalen Zugangsvoraussetzung zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind auch die von uns interviewten Studienteilnehmer mit Lebenskrisen und Lebensproblemen in hohem Maße behandlungs- und unterstützungsbedürftig – mit der Hilfskonstruktion der sogenannten Z-Diagnosen (vgl. auch Kapitel 3) gelangen sie deshalb auch Recht in das System. Dennoch stellt sich angesichts des sozialpolitischen Auftrags „Reha vor Rente“ die Frage nach einer konsequenten Zugangssteuerung unter dem Gesichtspunkt der

ICF-Orientierung, die von den Fähigkeiten und Beeinträchtigungen auf der einen und den Barrieren und fördernden Aspekten im Umfeld auf der anderen Seite den Behandlungsbedarf definiert. Damit wird auch die Frage nach dem systematischen Zusammenhangs von Diagnosestellung und Teilhabebeeinträchtigung berührt. Wie im Forschungsstand (vgl. Kapitel 2) bereits ausgeführt, geht eine therapeutische Symptomreduktion nicht in jedem Fall mit einem erfolgreichen RTW einher. In den folgenden Ausführungen werden die hier angedeuteten Problematisierungen, bezogen auf unsere empirischen Daten, detailliert und vertieft dargestellt.

7. 1 Zugang ins Versorgungssystem

Zeitpunkt der Inanspruchnahme

Unsere Daten zeigen häufig eine zu oder sehr späte und gleichfalls eine oft noch zu frühe Inanspruchnahme therapeutischer und rehabilitativer Angebote. Dies deckt sich zum Teil mit den Ergebnissen der vorhandenen Forschungsliteratur (*Köllner, 2016*).

Die Gründe für eine (zu) späte Inanspruchnahme sind vielfältig: auf Seiten der Patienten ein oft erst durch eine akute Krise erzwungenes Eingeständnis der eigenen (psychischen) Erkrankung und die Akzeptanz von professioneller Hilfe. In den meisten Fällen geben die Hausärzte der Betroffenen (primärärztliche Versorgung) den Anstoß für eine Reha.⁸⁹ Gleichwohl zeigt sich aber in der Primärversorgung eine große Spannweite mit Blick auf Empfehlungen für eine psychosomatische Reha. Hier spielen „Vorlieben“ und gute Erfahrungen der Ärzte mit dem Reha-System sowie die auf Seiten der Patienten vorhandene Eigenmotivation und Eigenaktivität eine wichtige Rolle.

Andererseits kommen auch Teilnehmer (zu) früh in eine psychosomatische Reha. Sie haben im Vorfeld keine psychotherapeutische Behandlung erfahren und sehen ihren Aufenthalt in einer Reha-Klinik eher als „Auszeit“, von der sie sich ein Herausnehmen aus psychisch belastenden Alltagssituationen in Arbeit und Familie erhoffen. In der Reha-Klinik werden sie dann erstmals mit dem Ausmaß ihrer Einschränkungen konfrontiert; häufig kommt es zu einer ersten Wahrnehmung der Symptome als (psychische) Krankheit. Während des Reha-Aufenthalts können zwar erste therapeutische Ziele gesetzt werden, ein rehabilitativer Erfolg im Sinne der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bleibt aber aus. (Zu) früh bedeutet aber nicht, diesen

⁸⁹ Siehe etwa: *Maier/Linden/Sartorius (1996), Muschalla u. a. (2013)*.

Patienten keine Reha zu ermöglichen. Vielmehr sollten die Rehakliniken darauf reagieren und sich auf die unterschiedlichen Bedarfe der Patienten einstellen. Hilfreich dafür ist das Konzept der Verlaufskurve (Kapitel 6.2.2 und 4.3.3), aus dem das Zusammenspiel von Zeitpunkt des Zugangs und Stand der Krankheitsbearbeitung hervorgeht. Wie unterschiedlich sich dies beim Zugang in die Kliniken darstellt verdeutlicht folgendes Zitat aus unseren Experteninterviews mit Chefärzten:

*„Und wir haben auf der anderen Seite zunehmend Leute, die aus den Psychiatrien kommen, wo schon dort die Reha gleich beantragt worden ist, die also noch hochakut aufschlagen. Es wird immer **heterogener** auch, wie schnell und wen wir bekommen. Das macht es nicht so leicht, es so zuzuweisen. Und auch, was stellen sich Patienten vor.“*

Im *Verfahrensablauf* selbst kommt es hingegen zum Teil zu langen Bearbeitungszeiten, bis hin zu gerichtlichen Auseinandersetzungen, wie folgendes Zitat mit einer Expertin zeigt:

*„Wir haben so eine Einführungsrunde und da frag ich auch mal die 50-60 Leute, die da sitzen, wie lange haben Sie gebraucht, um in die Reha zu kommen und noch nie war der „Range“ meiner Einschätzung nach so groß: **zwischen zwei Wochen (Akutfälle) bis hin zu einem Jahr** und länger mit Widerspruch und allem. Und danach geht's dann auch ein bisschen, wie lange musste ich denn drauf warten?“*

Es zeigt sich weiter, dass der geeignete Zeitpunkt für eine Intervention einen Einfluss auf den RTW haben kann. Dabei kann aber nicht grundsätzlich die Aussage getroffen werden, dass Personen mit einem Nutzungsanspruch einer „Auszeit“ an die Reha Schwierigkeiten beim RTW haben, weil sie „zu früh“ die Rehabilitation in Anspruch nehmen. Eine Auswirkung auf den RTW-Erfolg steht vielmehr in Abhängigkeit von einer durch den Lerneffekt während des Reha-Aufenthalts angestoßenen/gelungenen Änderung des Nutzungsanspruchs und damit einem Fortschreiten in der Auseinandersetzung mit der Krankheit in der Verlaufskurvendynamik. Dies kann exemplarisch an zwei Beispielen unseres Samples illustriert werden:

Herr Puhl begibt sich mit einer schweren depressiven Symptomatik in die Klinik. Die zuvor sehr hohe Arbeitsbelastung machte ihm sehr zu schaffen; er fühlte sich von seinen Vorgesetzten gemobbt. Von der Reha verspricht er sich eine Zeit der Erholung von den alltäglichen Belastungen im Berufsleben. Gleichermaßen erhofft er sich, gestärkt aus der Reha herauszugehen, um im Anschluss die belastenden Verhältnisse besser zu ertragen. Wegen seiner sehr hohen Fixierung auf die Arbeit als zentralen Lebenssinn gelingt es ihm in der Reha nicht, die Notwendigkeit der Änderung der Arbeitsverhältnisse und seines Verhaltens anzuerkennen. Nach der

Problematisierungen und offene Fragen

Reha kehrt Herr Puhl an seinen Arbeitsplatz zurück; therapeutische Nachbehandlungen lehnt er ab. Im dritten Interview berichtet er dann, dass er einen Herzinfarkt erlitten hat. Dies hält ihn aber nicht davon ab, sich beruflich weiterhin zu engagieren. Wegen des fehlenden Privatlebens möchte er auch nicht in Rente gehen.

Frau Michaelis hat es auch während ihrer beruflichen Rehabilitation nicht geschafft, eine Krankheitseinsicht zu entwickeln und sich aktiv mit ihren Belastungen auseinanderzusetzen. Nach der beruflichen Vollqualifikation in einem BFW kehrt sie hoch vulnerabel in die Arbeitswelt zurück; 12 Monate nach der Reha ist sie arbeitslos und klagt über schwere psychische Beschwerden. Ihr ist es im gesamten Reha-Prozess damit nicht gelungen, die Verlaufskurvenproblematik zu erkennen. Die Rehabilitation gilt für sie als Auszeit, in der sie sich erholen möchte und in der sie einen neuen Facharbeitertitel erwerben möchte, von dem sie sich eine Renormalisierung des Lebens verspricht. Allein der neue Beruf soll dazu beitragen, trotz der starken Beschwerden wieder arbeiten gehen zu können.

In unserem Sample finden sich einige Belege dafür, dass eine sehr späte Inanspruchnahme der Reha-Maßnahme sich negativ auf den RTW auswirken kann. Dies zeigt sich vor allem bei der Gruppe der Rehabilitanden, die die Reha als Baustein bei der biografischen Neujustierung nutzen. „Zu spät“ kommt die Maßnahme bei diesen Teilnehmern vor allem mit Blick auf den RTW, weniger mit Blick auf die gesundheitlichen Aspekte. Diese Rehabilitanden können die Angebote der Reha sehr gut für sich nutzen und neue gesundheitsfördernde Strategien adaptieren (z.B. Herr Läsig). Für einen RTW an den alten Arbeitsplatz versprechen sie sich in ihrem Stadium der Krankheitsverlaufskurve keinen Nutzen mehr. Dies liegt vor allem daran, dass sie bereits vor der Reha-Maßnahme eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz strikt ausschließen; die Suche nach einer neuen Arbeit oder die Aufnahme einer Selbstständigkeit wird in diesem Zusammenhang sogar als Genesungsstrategie definiert (z.B. Frau Peters), die auch in einer beruflich orientierten Rehabilitation nicht mehr umgekehrt werden kann.

Überwiegend „zu spät“ wird die Reha auch von unseren Teilnehmern in Anspruch genommen, die den Nutzungsanspruch „Reha zur Rente“ stellen. Dies widerspricht nicht dem Grundsatz „Reha vor Rente“. Ein manifester Wunsch nach einer Erwerbsminderungsrente kann aber auch mit einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme nicht mehr verändert werden, wenn:

- die Rehabilitanden unter multiplen psychischen und somatischen Belastungen leiden (z.B. Herr Precht),
- die Rehabilitanden eine brüchige und prekäre Berufsbiografie aufweisen, die von sozialen Abstiegsenerfahrungen und zunehmender sozialer Isolation begleitet wird und die therapeutische Behandlung der schweren langjährigen rezidivierende Depression viel zu spät erfolgt (z.B. Frau Rath) und
- die Erwerbsminderungsrente als Strategie gefasst wird, bei einem verschlossenen regionalen Arbeitsmarkt der belastenden und perspektivlosen Arbeitslosigkeit in Zuständigkeit des Jobcenters mit Diskriminierungserfahrungen entfliehen zu können (z.B. Herr Laus).

Bildungsstand und Zugang zur psychosomatischen Reha

Auffallend an unserer Stichprobe ist der relativ hohe Bildungsstand der Rehabilitanden. Sozialepidemiologisch zeigt sich aber, dass psychische Beeinträchtigungen eher in bildungsfernen Milieus stärker repräsentiert sind. Dies könnte darauf verweisen, dass der Zugang für letztere in das Versorgungssystem der Rehabilitation größere Barrieren aufweist. Hinzu kommt, dass die Akzeptanz und Veröffentlichungsbereitschaft einer psychischen Erkrankung mit der Höhe des Bildungsstandes wachsen. Damit geht häufig auch eine größere Informiertheit über Hilfemöglichkeiten und ein verbessertes Wissen über Krankheitsbilder und ihre Behandlung einher.

Für Rehabilitanden mit besonderen Lebenslagen (z. B. Versorgung von Kindern, Tieren, pflegebedürftige Angehörige) bietet die ambulante Reha eine Alternative zur stationären Reha. Laut Aussage eines Leiters einer ambulanten Reha-Einrichtung finden sich dort vermehrt „schwierige“ und sozial weniger „kompatible“ Patienten.

Offene und weiterführende Fragen

- *Wie können die Rehakliniken auf die unterschiedlichen Bedarfe der Patienten reagieren (Auszeit, Behandlung, Wiederherstellung, biografische Neujustierung)?*
- *Welche vorhandenen Konzepte (best practice) gibt es bereits in der Rehabilitation, die auf diese Pluralisierung der Patienten reagiert und flächendeckend eingesetzt werden kann?*
- *Welches Screeninginstrument eignet sich dafür, die Bedarfe der Patienten bereits vor der Aufnahme in die Klinik zu erkennen, um sie den entsprechenden Gruppen und Programmen zuordnen zu können?*
- *Wie kann der Zugang zur Reha für Personen mit niedrigerem Bildungsstand erleichtert werden?*

7.2 Die Rolle der Diagnose

Zugangsd Diagnose

Methodenkritisch ist zunächst anzuführen, dass F3 und F4 als Kategorien zu unspezifisch für einen detaillierten Vergleich untereinander sind. Da wir aber keine exakte Diagnose der Teilnehmer hatten, sondern lediglich die Zuordnung zu F3 oder F4 können an dieser Stelle nur hypothetische Unterschiede und besondere Auffälligkeiten festgehalten werden.

Die Diagnose einer psychischen/psychosomatischen Störung ist die Voraussetzung für die medizinische Zuweisung in das Versorgungssystem und damit für die Gewährung von Leistungen. Bei der Analyse unseres Materials verstärkte sich der Eindruck, dass eine psychische Diagnose aktuell der „schnellere und einfachere“ Weg in die Reha, verglichen mit einer somatischen Diagnose, darstellt.⁹⁰ Diese These wird dadurch erhärtet, da manche der von uns untersuchten Rehabilitanden starke körperliche Komorbiditäten aufweisen und ihre somatischen Erkrankungen für sich selbst oft als Hauptgrund für ihre medizinische Rehabilitation sehen.

Bei der Frage des Zugangs stehen zwei Perspektiven im Vordergrund:

⁹⁰ Dass die medizinische Reha auch eine Versorgungslücke füllt, kommt etwa in folgender Aussage eines Klinikarztes sinngemäß zum Ausdruck, wenn er sagt, dass es momentan den Anschein habe, „dass die Reha in die Versorgungslücke springt. Die Menschen bekommen draußen keine Therapeuten, sie bekommen keine Versorgung, d.h. sie beantragen eine Reha, um überhaupt eine therapeutische Behandlung zu bekommen. D.h. sie warten und sind ohne Betreuung.“

- Administrativ: gibt es Beeinträchtigungen mit den man schneller eine Reha bekommt?
- Inhaltlich: Wonach orientiert sich der aufnehmende Arzt, der die Patientenakte vor sich hat (fragt er evtl. nur nach depressiven Symptomen?)?

Durch unsere Experteninterviews wissen wir, dass in der Regel mehr als eine Diagnose vergeben wird, manche befragten Klinikärzte sprachen von bis zu 15 verschiedenen Diagnosen. Wie bereits erwähnt werden Diagnosen aus der F3-Gruppe öfter als erwartet vergeben. Handelt es sich dabei um eine Spezifik der F3-Gruppe? Aus den sozialepidemiologischen Daten ergibt sich im Gegenteil eine stärkere Häufung von F4-Diagnosen. Hier stellt sich die Frage, welche Krankheitsbilder als rehabilitationsbedürftig angesehen werden (vgl. u.a. zur leitliniengesteuerten Diagnostik: *Baumeister, 2016*; kritisch: *Handerer/Thom/Jacobi, 2018*). Auch spielen sicher ärztliche Erfahrungen mit unterschiedlichen Erkrankungen eine bedeutende Rolle. Zudem finden wir gehäuft F3 und F4 Diagnosen gemeinsam.⁹¹ Eine Depression überlagert oft, so einige der befragten Experten, eine Angsterkrankung, die aber wiederum primär für die Beeinträchtigung sein kann. Die „Rückfallraten“ bei Depressionen sind relativ hoch, wir haben hier viele „Wiederkehrer“ in das Reha-System.⁹²

Wechselnde Diagnosen

Aus den Interviews mit den Klinikärzten wissen wir, dass sehr häufig während der Reha ein Diagnosewechsel stattfindet. Die Patienten werden oft von Hausärzten mit einer *Erstdiagnose* zugewiesen, bei der sich im Verlauf der Behandlung aber herausstellt, dass die Erstdiagnose nicht die Hauptdiagnose ist. Dementsprechend werden die Rehabilitanden mit einer anderen Diagnose im sozialmedizinischen Entlassungsbericht nach den 5 Wochen entlassen.

Die Einweisungsdiagnose muss auch nicht zwangsläufig die Hauptdiagnose sein (unabhängig davon, ob sich Diagnosen im Reha-Verlauf verändern). Patienten können etwa als Hauptdiagnose eine generalisierte Angststörung haben, aber aufgrund einer sich chronifizierenden Depression in die Klinik eingewiesen worden sein.⁹³

⁹¹ Vgl. *Wittchen u. a. (2010)* und insgesamt Kapitel 2 des Berichts.

⁹² In unserer Stichprobe haben 44,2% der medizinischen Rehabilitanden bereits zuvor an einer medizinischen Reha teilgenommen.

⁹³ Die Patienten übernehmen dabei in der Regel die psychologischen und medizinischen Deutungsmuster. Wir haben es in den Interviews deshalb nie mit „reinen“ Patientenansichten zu tun, sondern mit „Hybrid“-

Problematisierungen und offene Fragen

Interessanterweise sehen wir anhand unseres empirischen Materials aber keine Unterschiede in der Behandlung. Das Gesamtprogramm scheint unspezifisch. Diese Einschätzung beruht auf den Informationen aus den Expertengesprächen hinsichtlich des Diagnosewechsels während der Reha (Eingangs- und Entlassungsdiagnose), sowie den Rückmeldungen seitens der Rehabilitanden, die keine Unterschiede wahrnehmen. Wenn es etwa spezielle Sucht- und PTBS-Kliniken gibt, warum gibt es keine speziellen F3- und F4-Kliniken? Grundsätzlich stellt sich hier die Frage, inwiefern die medizinische Diagnose die entscheidende Rolle beim Reha-Prozess spielt oder ob andere Faktoren bedeutsamer sind.

Auch beim RTW spielt die Unterscheidung F3 und F4 keine Rolle. Es stellt sich hier die Frage, was nun die Differenz ausmacht, wenn scheinbar alle Rehabilitanden die gleiche Behandlung durchlaufen.

Entlassungsdiagnose

Die Situation bei der Entlassung stellt sich, so das Ergebnis unserer Interviews, als ein konfliktreiches Feld dar, in dem viel Frustration von Seiten der Rehabilitanden entsteht.⁹⁴ Es existieren theoretisch vier mögliche Konstellationen am Ende der Reha in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und auf die Eingangsdiagnose:

Arbeitsfähig bei Beginn der Reha	Arbeitsunfähig bei Beginn der Reha
Arbeitsfähig entlassen	Arbeitsunfähig entlassen
Arbeitsunfähig entlassen	Arbeitsfähig entlassen

Tabelle 7: Arbeitsfähigkeitseinschätzung vor und nach der Reha (Quelle: Eigene Darstellung)

In der Konstellation „*Arbeitsfähig zugewiesen – arbeitsfähig entlassen*“ liegt das größte Konfliktpotenzial. Hier kommt es oft zu einer erlebten Diskrepanz zwischen der professionellen

Einsichten, d.h. mit einer Mischung aus den Interpretationsangeboten der professionellen Sichtweise wie verschiedenen Alltagstheorien über Krankheit und Gesundheit.

⁹⁴ Zur Frage der Struktur und des Inhaltes des Entlassungsberichtes, der in der Praxis sehr unterschiedlich aussieht vgl. Hütte/Muschalla (2019).

Problematisierungen und offene Fragen

Sicht und der Selbsteinschätzung bei der Entlassung: Der Rehabilitand fühlt sich nicht arbeitsfähig, wird aber als solcher entlassen. Einige Teilnehmer sehen sich auch auf Dauer als erwerbsunfähig und dementsprechend als EM-Rentenberechtigte.

Aus den Interviews ergibt sich eine auffällige Differenz bei der Entlassung zwischen subjektiv eingeschätzter Arbeitsunfähigkeit und sozialmedizinisch attestierter Arbeitsfähigkeit. Wichtig ist an dieser Stelle aber der Hinweis, dass der Wunsch, nicht direkt nach der Reha sofort wieder die Arbeit aufzunehmen, in der Regel *keine* generelle Ablehnung einer positiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bedeutet. Es geht hier vielmehr um eine Art „Schonzeit“ die viele Rehabilitanden als notwendig ansehen (dazu auch Kapitel 9 „Empfehlungen“).

Eine „Verschlechterung des Zustandes“ während der Reha sollte eigentlich nicht der Fall sein. Dennoch gibt es die Möglichkeit, dass, wer *arbeitsfähig zugewiesen, arbeitsunfähig aus* der Reha entlassen wird. Das kann durchaus positiv für den Betroffenen sein, auch wenn es aus Sicht der Einrichtung und der Rentenversicherung vielleicht als Misserfolg erscheint (etwa: erstmaliges Erkennen einer ernsthaften Einschränkung oder Erkrankung, Entwicklung eines Problembewusstseins für die eigene Krankheit).

Große Unterschiede ergaben sich auch bei der Frage des Einbezugs der eigenen Perspektive in den Entlassungsbericht. Viele Rehabilitanden hatten das Gefühl, keinerlei Einfluss darauf zu haben. Manche Rehabilitanden geben hingegen an, dass ihre eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit Eingang in den sozialmedizinischen Entlassungsbericht hatte.

Prinzipiell lässt sich konstatieren, dass insbesondere *Arbeitsfähigkeit mit eingeschränkter Gesundheit* schlecht von Seiten der Kliniken kommuniziert wird. Die Rehabilitanden verstehen in der Regel die Bedeutung nicht, fühlen sich bei Entlassung nicht arbeitsfähig und dementsprechend in ihren Einschränkungen missverstanden.

Komorbiditäten

19,0% der psychosomatischen Rehabilitanden in unserer Stichprobe haben sowohl eine F3 als auch eine F4 Diagnose. Fast drei Viertel (73,3%) leiden auch unter einer oder mehreren somatischen Beeinträchtigungen.

Auffällig ist bei der Krankheitsarbeit im Nachgang der psychosomatischen Rehabilitation bei unserer Teilnehmergruppe von Personen mit F3 und F4 Hauptdiagnosen, dass eine somatische Co-Morbidität teilweise gegenüber den psychischen Beschwerden als stärkere Belastung wahrgenommen wird und auch in der Krankheitsarbeit stärker angeeignet und akzeptiert

wird. Obwohl somatische und psychische Beschwerden in der Regel in einem komplexen Geflecht miteinander verwoben sind und sich oft nicht eindeutig voneinander trennen lassen, ist die Aneignung dauerhafter somatischer Leistungsminderungen im Selbstkonzept allgegenwärtig, während die mit der praktischen Bearbeitung ‚überwundene‘ F-Diagnose eher als Phase oder Episode verstanden wird, die in die biografische Vergangenheit geschoben wird. Teilnehmer, die eine Reha wegen einer psychischen Diagnose bewilligt bekommen, aber im Interview hauptsächlich von somatischen Krankheiten sprechen, verweisen einerseits darauf, dass psychische Probleme verdrängt oder tabuisiert werden, andererseits scheint aber den Rehabilitanden nicht klar zu sein, aus welchem Grund sie überhaupt eine Reha bewilligt bekommen haben. Hier stellt sich die Frage, wie sich die Reha-Erwartungen, gerade unter dem Gesichtspunkt einer somatischen Fokussierung, auf den Erfolg einer psychosomatischen Reha auswirken.

Wie oben bereits erwähnt, könnte die empirische Beobachtung einer Zentrierung auf ein somatisches Leiden auch mit der Frage der Bewilligungspraxis zusammenhängen: mit F3 bekommt man, so unser Eindruck, eine Reha schneller als mit einem somatischen Leiden, das nicht abschließend diagnostiziert wurde bzw. auch nicht abschließend diagnostiziert werden konnte (vom jeweiligen Facharzt). Teilweise werden die Versicherten von Facharzt zu Facharzt verwiesen auf der Suche nach der „richtigen“ Diagnose – eine psychische Ursache scheint dann oft der letzte Ausweg für einen erfolgreichen Reha-Antrag. Im Kontrast zu somatischen Beschwerden ist der Grad der psychischen Belastung aber schwieriger zu diagnostizieren und die daraus folgenden Maßnahmen abzuleiten.

Zusammenhang zwischen Diagnose und Behandlung in der Reha

Weder für uns noch für die Mehrzahl der Rehabilitanden ist ein Unterschied im Behandlungsschema zwischen F3 und F4 erkennbar. Wenn man von der Vorgabe eines individuellen Rehabilitationsplans ausgeht, vermuten wir, dass in den ärztlichen und psychotherapeutischen Einzelgesprächen auf die jeweilige Indikation spezifisch eingegangen wird, was aber in den Gruppengesprächen nicht sichtbar wird. Hier stellt sich erneut die bereits öfter angesprochene Frage nach der *Relevanz der medizinischen Diagnose für die Rehabilitation*.⁹⁵

⁹⁵ Auch wenn wir über die diagnosespezifische Medikation keine detaillierten Informationen erhoben haben, stimmen die spontan dazu von fast jedem Befragten getroffenen Aussagen zu den Psychopharmaka mit dem vorhandenen Kenntnisstand überein: die Mehrzahl der Rehabilitanden hat zu den Medikamen-

Die Zuordnung von Personen mit sog. besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) zu MBOR-Gruppen (siehe unten) wird nicht in jedem Fall von den Rehabilitanden als solche erkannt und dort, wo dies der Fall ist, zum Teil als unpassend wahrgenommen.

Vor dem Hintergrund des zentralen Rehabilitationsziels der Wiedereingliederung/Rückkehr in Arbeit stellt sich anders als etwa in der somatischen Rehabilitation die Frage der konkreten arbeitsplatzbezogenen Belastungserprobung. Während die individuelle Belastbarkeit bei noch verbleibenden körperlichen Beeinträchtigungen relativ nah am Arbeitsalltag simuliert werden kann (z. B. Treppensteigen, Heben, Tragen, Herzleistung etc.), ist dies bei psychischen Beeinträchtigungen wesentlich schwieriger (Umgang mit Stress, soziale Konfliktsituationen, Ängste); so stellt sich etwa bei Stressbewältigungsprogrammen die Frage der Übertragbarkeit in den Alltag und Beruf. Eine konsequente Anwendung der für psychische Beeinträchtigungen entwickelten ICF (*Linden/Muschalla/Baron u. a., 2018*) lässt sich in den mit uns kooperierenden Kliniken nicht durchgängig nachweisen. Mit Blick auf die Entwicklung von individuellen Rehabilitationsplänen und die Erstellung des sozialmedizinischen Entlassungsberichts könnten ICF-basierte Bedarfe besser mit den konkreten Arbeitsanforderungen abgeglichen werden.

Belastungserleben und Dauer

Bei einem Vergleich der F3 und F4 Diagnosen fällt auf, dass Personen mit Angststörungen (Spektrum F4) vielfach nicht nur zu einem späteren Zeitpunkt als diejenigen mit F3 Diagnosen in die Rehabilitation kommen, sondern in der Regel auch weniger Erfahrungen mit psychologischen/psychotherapeutischen Angeboten haben. Wir vermuten, dass dies u.a. damit zusammenhängt, dass erstens umschriebene Ängste individuell im Alltag und Beruf über einen längeren Zeitraum „handhabbar“ sind; so können kritische Situationen durch ein (eingeübtes) Vermeidungshandeln umgangen werden. Dies ist bei einer längeren depressiven Episode nur schwer möglich. Zweitens zeigen sich die Belastungen durch frühe Traumata oft durch körperliche Symptombildung überlagert oder dringen erst durch konkrete Situationen ins Bewusstsein.

ten einen instrumentellen Bezug, übernimmt (nur für diesen Bereich) das klassische medizinische Modell“, trachtet aber danach, die jeweilige Dosis möglichst bald wegen erfahrener oder gefürchteter Nebenwirkungen „auszuschleichen“; eine kleinere Gruppe steht der schulmedizinischen Psychopharmakabehandlung kritisch gegenüber, verzichtet darauf oder wählt „alternative“ Heilmittel. Im Hinblick auf eine medizinisch indizierte Zuweisung der Rehabilitanden zu einer diagnosespezifischen KTL-Leistung ergibt sich aus unseren Daten ein unklares Bild: in den Kliniken scheint sie unterschiedlich systematisch zu erfolgen.

Problematisierungen und offene Fragen

Menschen die in ihrem Alltag stärker belastet sind, müssen sich nicht zwangsläufig stärker belastet fühlen – gerade weil F4 meist eine lange Geschichte hat, kann die gefühlte Belastung geringer sein, weil die Betroffenen sich allmählich an die Belastung „gewöhnt“ und eingerichtet (Vermeidungshandeln) haben – von außen betrachtet scheinen F4 stärker in ihrem Alltag belastet zu sein, weil sie durch ihre Krankheit stärker und auch längerfristig nach der Reha eingeschränkt sind.

Krankheitsverläufe

In der Regel sind es bei unseren Teilnehmern langfristige sozialisationsbedingte Entwicklungen, Familienstrukturen und verfestigte Persönlichkeitsmuster, die die Wahrnehmungen und Handlungen im Alltag prägen. Die F4 Diagnosen scheinen insgesamt einheitlicher im Verlauf, während bei F3 starke Variationen vorliegen: von sehr lange bis hin zu kurzen depressiven Episoden. Eine Depression kann als abgestufte Ausprägung derselben einheitlichen Phänomenologie definiert werden. Häufige Einzeldiagnosen sind dabei F32 (depressive Episode) und F33 (rezidivierende depressive Störung), d.h. die latenten Krisen sind einmal stärker und dann wieder schwächer, variieren also in unterschiedlichen Ausprägungen und sind nicht immer „behandlungsbedürftig“.

Im Gegensatz zu F3 Diagnosen scheinen die Betroffenen mit Angsterkrankungen ihre Krankheit über einen langen Zeitraum hinweg gut kaschieren bzw. verstecken zu können. Die Krankheit wird von außen nicht wahrgenommen, da sie durch Alltagsroutinehandlungen und Vermeidungsstrategien überdeckt wird. Depressionen wirken sich nach unserer Erfahrung stärker auf die berufliche Leistungsfähigkeit aus, Personen mit F4 Diagnosen können offensichtlich ihre eingegrenzten „Ängste“ länger am Arbeitsplatz kompensieren.

In den Interviews verstärkt sich der Eindruck, dass F4 Diagnosen auch nach der Rehabilitation meist noch stark präsent sind, wohingegen F3 Erkrankungen in der Regel gut bearbeitet werden können. Bei F4 Diagnosen kann, so zumindest der Eindruck aus den Interviews, maximal ein Anstoß in Richtung Krankheitsbearbeitung gegeben werden.

Statistisch betrachtet sind Patienten mit F4 Diagnosen seltener in Behandlung vor der medizinischen Rehabilitation. Trotz des in der Regel langen Verlaufs der Krankheit vergeht folglich viel Zeit vor dem ersten Kontakt mit dem Gesundheitssystem.

Offene und weiterführende Fragen

- *Wie wirken sich die Reha-Erwartungen auf den Erfolg einer psychosomatischen Reha aus?*
- *Wie können Personen mit F4-Diagnosen in der Reha-Versorgung besser erreicht werden?*
- *Wie kann im Rehabilitationssystem der starre Fokus auf Diagnosen zugunsten einer höheren Patientenorientierung (stärkerer Einbezug lebensweltlicher Problemlagen) überwunden werden?*
- *Wie kann die sozialmedizinische Beurteilung im Entlassungsbericht und deren Bedeutung für das weitere (Arbeits-)Leben den Rehabilitanden besser vermittelt werden?*
- *Wie kann eine passgenauere Zuweisung zu speziellen MBOR-Programmen erfolgen, als es über die Kategorie BBPL möglich ist?*

7.3 BBPL und MBOR: Zuweisung und Erleben der Rehabilitanden

Im Anforderungsprofil zur Durchführung der *Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation* (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung werden *Besondere persönliche Problemlagen* (BBPL) wie folgt definiert:

„BBPL lassen sich (...) anhand der negativen (subjektiven) Erwerbsprognose, eines problematischen sozialmedizinischen Verlaufs oder einer aus sozialmedizinischer Sicht eventuell erforderlichen beruflichen Veränderung bestimmen. Arbeitsplatzprobleme können sowohl im funktionalen als auch im psychosozialen Bereich auftreten.“ (*Deutsche Rentenversicherung Bund*, 2015b).

Es zeigt sich aber in unserer Studie, dass BBPL keine verlässliche Kategorie ist, mit der Rehabilitanden in ihrer subjektiv im Vordergrund stehenden Problematik erfasst werden können. Zudem ist die Sichtweise hinsichtlich der Zuweisung BBPL unter den behandelnden Ärzten und Psychologen in den Kliniken nicht einheitlich. Bei Rehabilitanden, die über das Eingangsscreening der BBPL-Gruppe zugewiesen wurden, steht auch nicht immer eine berufliche Problematik im Zentrum. In unseren empirischen Daten zeigt sich, dass trotz der „formal korrekten“ BBPL Zuweisung für viele Rehabilitanden zunächst die Lösung biografischer und/oder familiärer Problemlagen ansteht. Unsere Daten zeigen also, dass einige der als BBPLer identifizierten

Rehabilitanden ihre Probleme nicht vorrangig in der Arbeit sehen, während andere, die im Screening nicht als BBPLer erfasst wurden, aber sehr wohl zentrale Probleme in der Arbeit haben (vgl. etwa Frau Knoll).⁹⁶

Darüber hinaus gaben arbeitslose Teilnehmer unserer Studie an, dass sie in der Gruppe der BBPLer in eine paradoxe und unbefriedigende Situation geraten, da die verhandelten Themen (z. B. Stressreduktion am Arbeitsplatz, Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen) für sie aktuell nicht relevant sind. Hier stellt sich insgesamt die Frage der Gewichtung des *Themas Arbeit* in der psychosomatischen Reha. Zu welchem Zeitpunkt und wo im therapeutischen Setting müssten Schwierigkeiten am Arbeitsplatz angesprochen werden?⁹⁷ Bezogen auf die Studienlage zeigt sich hier eine Paradoxie: einige Untersuchungen zeigen (vgl. Kap. 2.5.), dass eine klinische Behandlung mit arbeitsplatzbezogenen Angeboten kombiniert einer rein klinischen Behandlung überlegen sind, wenn man den RTW als Kriterium heranzieht. Dies spricht dafür arbeitsbezogene Elemente frühzeitig in die medizinische Rehabilitation einzubeziehen. Im Grundsatz entspricht die MBOR besonders in den Formen B und C diesen Erkenntnissen. Gleichwohl ist, wie oben gezeigt, ein Automatismus von BBPL Diagnose und MBOR Zuweisung, nicht in jedem Fall für die konkrete Bedarfslage des Rehabilitanden angemessen.

Köllner geht in der Psychosomatik bei Depressionen davon aus, dass etwa die Hälfte der Fälle den Kriterien von BBPL entsprechen: „Bei bis zu 50% aller Rehabilitanden mit depressiven Störungen liegen besondere berufliche Problemlagen vor, sodass MBOR der Stufe B oder C indiziert ist. Häufig sind vor allem folgende Problembereiche:

- motivationale Probleme (depressive Antriebsstörung, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen),
- interaktionelle Probleme, z. B. fehlende Abgrenzungsfähigkeit,
- kognitive Einschränkungen mit Auswirkung auf den Beruf und
- Folgen der Chronifizierung (z. B. Langzeitarbeitslosigkeit).

⁹⁶ Zum prinzipiellen Stellenwert der Arbeit in der medizinischen Rehabilitation vgl. *Wöhrmann* (2016).

⁹⁷ Aus Patientensicht siehe: *Heyduck/Glattacker/Meffert* (2011).

Diese Auflistung zeigt, dass MBOR in der Psychosomatik stärker als in der Orthopädie in den Reha- Prozess integriert ist. Ein bedeutender Teil der MBOR-Interventionen findet also in der hierauf fokussierten Einzel- oder Gruppenpsychotherapie statt.“ (Köllner, 2016).

Dieser Einschätzung stehen die Aussagen unserer Rehabilitanden teilweise entgegen: viele wissen bei Nachfrage nicht, ob sie während ihres Klinikaufenthalts überhaupt an einer MBOR Maßnahme teilgenommen haben oder nicht. Andere Teilnehmer hingegen fanden die Fokussierung auf das Thema Arbeit in den Gruppenangeboten als für sie nicht passend und hätten sich stattdessen vermehrt symptomspezifische Hinweise erwünscht. Auch hier zeigt sich eine Paradoxie: während viele Studien zeigen, dass eine reine Symptombehandlung keinen nennenswerten Einfluss auf den RTW (Nieuwenhuijsen u. a., 2008; Wege/Angerer, 2014) hat, steht die Erwartung vieler Rehabilitanden dem entgegen. Eine Auflösung dieses Paradoxons könnte darin bestehen, dass die Patienten zu Beginn ihres Klinikaufenthaltes transparent über Inhalte und Ziele der Angebote informiert werden und die Gelegenheit haben, ihre Sichtweise deutlich zu machen.

Ein weiteres Ergebnis unserer Studie liegt in der Sichtbarmachung eines strukturellen Widerspruchs zwischen den Vorgaben standardisierter Angebote mit dem Ziel eines Vergleichs der Effekte und den Forderungen nach einer Individualisierung der Rehabilitation.⁹⁸ In der psychosomatischen Praxis scheint, soweit wir dies durch Gespräche mit Experten und Rehabilitanden feststellen konnten, vor allem MBOR Stufe A (Sozialberatung und berufsbezogene Gruppen) umgesetzt zu werden, wobei unklar bleibt, inwieweit dies tatsächlich inhaltlich standardisiert abläuft. Wir vermuten an dieser Stelle, dass die Praktiker hier einen Kompromiss zwischen individuell artikulierten Bedarfen und KTL Vorgaben eingehen.⁹⁹

⁹⁸ Diese Individualisierung beruht zum einen auf dem fachlichen Konsens eines Case-Managements, zum anderen auf der rechtlichen Vorgabe personenzentrierter Rehabilitation (vgl. BTHG 2017, § 117).

⁹⁹ KTL = Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (vgl. *Deutsche Rentenversicherung Bund*, 2015b).

Offene und weiterführende Fragen

- *Wie kann MBOR (insbesondere Stufe B und C) in der psychosomatischen Rehabilitation wirksam umgesetzt werden?*
- *Wie spezifisch bzw. allgemein muss sich MBOR gestalten?*
- *Inwieweit können psychosomatische Rehakliniken MBOR so gestalten, den unterschiedlichen Bedarfen (Probleme der Arbeitslosigkeit, soziale Probleme in der Arbeit etc.) gerecht zu werden?*
- *Welche Konzepte können auf vornehmlich familiäre Problemlagen parallel zu MBOR reagieren und den RTW-Erfolg verbessern?*
- *Welche Wirksamkeit hätte eine höhere Transparenz von MBOR auf den Rehabilitationserfolg?*

7.4 Krankheit oder Lebenskrise?

Wie bereits in Kapitel 3.2. angedeutet zeigt sich bei den sog. *Common Mental Disorders* die in unserem Sample mit F3 und F4 im Mittelpunkt stehen, dass vielfach unklar ist, ob die darunter gefassten Symptome tatsächlich einen Krankheitswert im Sinne einer klinischen Diagnose haben. In der einschlägigen aktuellen Diskussion wird angenommen, dass es sich hier in vielen Fällen mehr um Probleme der Lebensbewältigung geht, die häufig mit Z-Diagnosen belegt werden:

„Die Z-Diagnosen bieten die Möglichkeit auf dem Kontinuum zwischen ‚Krankheit‘ und ‚gesunden Leidenszuständen‘ eine für Patienten bedeutsame klinische Situation zu beschreiben, ohne gleich eine medizinische ‚Überversorgung‘ zu induzieren und die Betroffenen durch eine Pathologisierung und ein ‚Labeling‘ zu schädigen. Diese Z-Kategorien spielen in der täglichen medizinischen Praxis jedoch nur eine eher untergeordnete Rolle. Es sollte ihnen deutlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.“ (Gensichen/Linden, 2013).

In der Empirie bestätigt sich diese Vermutung bei unseren Rehabilitanden bedingt. Wir finden in der Regel:

- Episodische Lebenskrisen (Beruf, Familie) ist nicht gleich psych. Krankheit,
- Chronische Überlastungssyndrome (Erschöpfung),
- Existenzielle Aspekte nicht gelungener Lebensentwürfe und
- Arbeitsweltbedingte „Kränkungen“ (Herabsetzung, Mobbing, Umstrukturierungen, Nicht-Anerkennung, Burnout, Anpassungsprobleme).

Das „Labeling“ erfolgt aber nicht ausschließlich über Z-Diagnosen, sondern häufig auch über F-Diagnosen.

Unabhängig davon stellt sich die grundlegende Frage, welche psychische Beeinträchtigungen und in welcher Ausprägung *klinisch* behandlungsbedürftig sind? Wenn man die Interviews der einzelnen Fälle aus der hier vorliegenden Studie detailliert betrachtet zeigen sich

- 1) eine komplexe Gemengelage biografisch aufgeschichteter Probleme und zum Teil in der Krise zutage getretener Traumata,
- 2) Beeinträchtigungen durch konkrete und immer wieder kehrende Symptome (Ängste, soziale Phobien, Niedergeschlagenheit, Erschöpfung etc.) in Alltag und Beruf und
- 3) akute Krisen die sich aus individuellen Lebenssituation heraus ergeben (Trennung, Kündigung, Schulden etc.).

Sieht man sich diese komplexen Konstellationen und die dadurch ausgelösten psychischen *und* körperlichen Belastungen (Stichwort: Komorbidität) an, dann scheint ein Hilfe- und Unterstützungsbedarf indiziert; das kann von psychologischer Beratung bis hin zu therapeutischer Intervention reichen ohne dass man deshalb notwendigerweise von einer Krankheit sprechen müsste, deren Diagnose allerdings Voraussetzung für den Zugang in das Versorgungssystem ist.

Paradoxerweise zeigt sich, dass trotz immer genauerer Diagnosen und verfeinerter Instrumente die konkrete Praxis in den Rehakliniken – wahrscheinlich als Reaktion auf die oben genannten Gründe – „unspezifische“ Angebote generiert. Dies könnte auch daran liegen, dass den Kliniken, bezogen auf spezifische Strategien für den RTW, personelle wie materielle Ressourcen fehlen. Hinzu kommt, dass unserer Beobachtung nach die eigentlich von den klinischen Symptomen „losgelöste“ ICF Diagnostik, bislang in den Kliniken zu wenig beziehungsweise unterschiedlich stark ausgeprägt praktiziert wird.

Offene und weiterführende Fragen

- *Wie können die Personen entsprechend ihrer Hilfebedarfe rechtzeitig erkannt werden und ihnen die passende Maßnahme bereitgestellt werden?*
- *Welche Wirksamkeit haben verschiedene Maßnahmen (ambulante Psychotherapie, Reha, Psychiatrie) bei unterschiedlichen Problemlagen (soziale Konflikte am Arbeitsplatz, familiäre Lebensprobleme etc.)?*
- *Welche Aufgabe könnten zukünftig Sozialarbeiter in der Rehabilitation spielen?*

8. Synopse der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Kernergebnisse unserer Studie noch einmal zusammengefasst, wobei Vergleichsgesichtspunkte zwischen beruflichen und medizinischen Rehabilitanden besonders akzentuiert werden.

8.1 Vergleiche der Problemlagen beruflicher und medizinischer Rehabilitanden

Auch wenn beide Vergleichsgruppen sich in der Diagnoseverteilung nicht unterscheiden (vgl. 6.1.1) und bezogen auf ihre biografischen Verlaufskurven und ihre lebenslagenbezogenen Konstellationen große Ähnlichkeiten aufweisen, zeigen sich doch einige gravierende Unterschiede:

- Nach sozialmedizinischen Kriterien sind die beruflichen Rehabilitanden mit einer psychosomatischen Diagnose in der Regel stärker belastet als die medizinischen. Dies gilt insbesondere für den Umfang der Beeinträchtigungen im Berufsleben (etwa längere AU-Zeiten, Arbeitslosigkeit vor der Reha) und die Anforderungen ihres letzten Arbeitsplatzes.
- Die beruflichen Rehabilitanden sind im Durchschnitt ca. 10 Jahre jünger als die medizinischen (arithmetisches Mittel: 41,7 zu 51,2 Jahre; zwei Drittel der medizinischen Rehabilitanden sind älter als 50 Jahre). Dies hat im Wesentlichen zwei Gründe: 1) jüngere Versicherte haben eine größere Chance auf eine Vollqualifizierungsmaßnahme als die Gruppe der über 50jährigen; 2) wie oben bereits genannt dürfte dies auch mit den stärkeren berufsspezifischen Beeinträchtigungen zusammenhängen.
- In der beruflichen Reha finden wir generell im Schnitt ca. zwei Drittel Männer. Im Unterschied zu anderen Indikationsgruppen sind bei den psychosomatischen Beeinträchtigungen überproportional (in unserer, allerdings kleinen Stichprobe 69%) Frauen vertreten. Letzteres entspricht in etwa den allgemeinen Verhältnissen in der psychosomatischen Reha.
- Die Gruppe der beruflichen Rehabilitanden ist bei ihren Berufs- und Bildungsabschlüssen wesentlich homogener (in der Regel duale Berufsausbildung, Haupt- und Real schulabschlüsse dominieren). Möglicherweise steht dies im Zusammenhang mit den Qualifizierungsangeboten der BFWs und der Freien Trägern (technische, verwaltungs- und kaufmännische Ausbildungsberufe).

Synopse der Ergebnisse

- Anders als in der medizinischen Rehabilitation haben die beruflichen Rehabilitanden sich ganz bewusst für einen beruflichen und oft damit verbunden lebensgeschichtlichen Neubeginn entschieden; dies kommt auch in der starken Qualifizierungsmotivation und den positiven Zukunftserwartungen zum Ausdruck. Die medizinischen Rehabilitanden arrangieren sich, trotz ihrer zu Beginn der Reha oftmals geäußerten Zweifel bezüglich der Rückkehr an den alten Arbeitsplatz, mit ihrer Situation. Während Veränderungswünsche für ihre Lebenssituation sehr ausgeprägt sind, gilt dies weniger für eine berufliche Neuorientierung. Im Vordergrund steht bei den medizinischen Rehabilitanden die Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung, ihren Ursachen und Folgen; sie sind zu diesem Zeitpunkt subjektiv stärker belastet, da die zeitlich nahe Krise noch direkter nachwirkt.
- Die hohe Rate von ca. 80% der Rückkehrer an den alten Arbeitsplatz in unserer Stichprobe kann als Beleg dafür gelten, dass nicht zuletzt aufgrund des fortgeschrittenen Berufsalters ein Verbleib am alten Arbeitsplatz den unabwägbaren Risiken eines Wechsels vorgezogen wird.
- Zwei Drittel der beruflichen Rehabilitanden in unserer Stichprobe waren bereits vorher in einer medizinischen Reha, in der die eigene Erkrankung im Mittelpunkt stand. Auch wenn nicht alle beruflichen Rehabilitanden davor eine medizinische Reha durchlaufen haben, hängt das Gelingen der Qualifizierungsmaßnahme wesentlich davon ab, dass die Krankheitsbearbeitung nicht mehr im Vordergrund steht; insofern befinden sich die beruflichen Rehabilitanden innerhalb unserer Verlaufskurve (vgl. Abb.22 sowie Kapitel 4.3.3 Kapitel 6.2.2.) an einem weiter fortgeschrittenen Entwicklungspunkt.

8.2 Ergebnisse zur medizinischen Rehabilitation

- In der Gesamtstichprobe (N=105) überwiegen F3 Diagnosen: 64,6% gegenüber F4 Diagnosen: 35,4%. Im Gegensatz dazu finden wir in den sozialepidemiologischen Daten gehäufte F4 Diagnosen (vgl. z.B. *Robert-Koch-Institut, 2012*). Diese Diskrepanz lässt sich u. E. darauf zurückführen, dass die Stichprobe der Inanspruchnehmer von Reha-Leistungen nicht mit der Grundgesamtheit der F3/F4 Diagnostizierten identisch ist. Der Zugang ins System der Reha hängt von der Zuweisungspraxis, hauptsächlich durch das primärärztliche System, ab. Ebenfalls nicht zu unterschätzen ist die Tatsache, dass F3

Synopse der Ergebnisse

und F4 Diagnosen häufig zusammen auftreten und es teilweise zufällig erscheint, welche als Hauptdiagnose fungiert. Es scheint, als ob „Depression“ der „schnellere und einfachere“ Weg in die Reha ist als etwa über eine körperliche Krankheitsdiagnose. Dafür scheint die hohe Rate somatischer Komorbiditäten ein bestätigender Hinweis zu sein. Eine Zusatzhypothese, die wir aus der Analyse der qualitativen Daten gewonnen haben, geht dahin, dass viele Störungen aus dem Diagnosebereich F4 eine „bessere“ Vereinbarkeit mit beruflichen Anforderungen ermöglichen, als dies bei F 3 Diagnosen (v.a. Depressionen) der Fall ist.

- *Zeiten der Beeinträchtigung vor Reha:* Fast die Hälfte (48,6%) der Rehabilitanden in der psychosomatischen Reha sieht sich durch die aktuelle Erkrankung stark beeinträchtigt; bei den beruflichen Rehabilitanden sind es lediglich 13%, da sie wie bereits oben erwähnt, in der Verlaufskurvendynamik eine Stabilisierung im Alltag und Beruf erreicht haben.
- Eine für präventive Maßnahmen innerhalb des Versorgungssystems herausfordernde Besonderheit bei psychischen Erkrankungen stellen ihr *langer Vorlauf* und ihre *Dauer* dar, in der es zu einer schleichenden Chronifizierung kommen kann. In unserer Stichprobe fühlen sich ca. 25% der F3- und 40% der F4-Diagnostizierten seit mehr als 5 Jahren durch ihre Erkrankung beeinträchtigt; ein Vermeidungsverhalten angstauslösender Situationen und ein Arrangement mit spezifischen Ängsten/Traumata scheint bei F4 Diagnosen über einen längeren Zeitraum zu gelingen; Depression erfasst in der Regel die ganze Persönlichkeit, beeinträchtigt insbesondere das Arbeits- und Leistungsvermögen und findet seinen Ausdruck in chronischer Erschöpfung und Motivationsverlust. Durch medikamentöse Behandlung und wiederholte AU-Zeiten kann die Spezifik der Symptome nach außen lange unerkannt bleiben. F3 scheint weiterhin im primärärztlichen System häufig als Verlegenheitsdiagnose für Burnout zu stehen, um den Patienten geeignete Hilfen (z.B. Reha) bereitstellen zu können.¹⁰⁰
- Auf der Basis der Aussagen der behandelnden Ärzte in den Kliniken ist ein Wechsel der Eingangsdiaagnose während der Reha nicht unüblich. Dieser Wechsel wird aus klinischer Sicht mit intensiven Gesprächen und dem längeren Beobachtungszeitraum begründet. Unsere Daten geben keinen Hinweis darauf, dass dieser Wechsel einen Einfluss auf die Reha selbst und den RTW hat.

¹⁰⁰ Ab dem 1. 1. 2022 wird in der kommenden ICD 11 Burnout als eigene Krankheitsdiagnose anerkannt.

Synopse der Ergebnisse

- Es finden sich in unserem Sample Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken. So haben 73,6% der Rehabilitanden der Heinrich-Heine Klinik eine F3 Diagnose, dagegen aber „nur“ 43,5% in der Brandenburg-Klinik. Aufgrund der uneinheitlichen Datenlage (Rückläufe) sind systematische Vergleiche hier aber kaum möglich. Hypothetisch könnte die Differenz an der Häufung bestimmter Berufsgruppen in einzelnen Kliniken liegen; so hat etwa die HH-Klinik überproportional viele Rehabilitanden aus den Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufen. Eine gewisse Rolle spielt hier sicher auch eine Mund zu Mund Empfehlung bei Rehabilitanden untereinander. Wichtiger sind wahrscheinlich interne Prioritäten der Kliniken, die auch in der zuweisenden Verwaltung bekannt sind. Gleichwohl relativieren sich die Unterschiede durch eine von uns/den Patienten nicht klar erkennbare Systematik in der indikationenspezifischen Zuweisung zu Angeboten (vgl. 7.1).
- *Komorbiditäten*: 19,0% der Rehabilitanden aus unserer Gesamtstichprobe hat sowohl eine F3 als auch eine F4 Diagnose. Fast drei Viertel, nämlich 73,3%, leiden unter einer oder mehreren somatischen Beeinträchtigungen. Vielfach sind weitere F Diagnosen (Sucht) sowie Z-Diagnosen nach Expertenaussagen vorhanden; eine klare indikations-spezifische Zuweisung erscheint deswegen nicht unbedingt zwingend. Wie unsere Ergebnisse zeigen, sollte bei der Zuweisung aber viel stärker das Stadium der Krankheitsverlaufskurve und die entsprechende Nutzungsansprüche (vgl. Kapitel 6.2.4): Auszeit, Behandlung, Wiederherstellung und Neujustierung) beachtet werden. In der qualitativen Analyse zeigte sich zudem, dass einige Rehabilitanden mit starken somatischen Beschwerden die Zuweisung zur Psychosomatik nicht nachvollziehen konnten, dies kann einerseits an einer medizinischen (Fehl-)Einschätzung liegen, andererseits in der subjektiven Weigerung (Verdrängung) eine psychische Beeinträchtigung für sich selbst zu akzeptieren, auch wenn gesellschaftlich dafür eine größere Offenheit vorhanden ist.
- In der internationalen Forschungsliteratur fallen F3 und F4 unter den weiteren Begriff „Common Mental Disorders“ (CMD); dort wird nicht streng nach Einzeldiagnosen unterschieden. Studienresultate sowie unsere eigenen Ergebnisse zeigen, dass der RTW-Erfolg oder Misserfolg nicht von einer CMD Diagnose abhängt (dies gilt nicht für andere schwere psychische Erkrankungen wie etwa Schizophrenie). Die konkrete ICD F Diagnose spielt auch in der Wahrnehmung der Rehabilitanden bei der Zuweisung zu einzelnen Maßnahmen in der Klinik nur eine geringe Rolle.

Synopse der Ergebnisse

- Bei der Entlassung bzw. dem sozialmedizinischen Entlassungsbericht kommt es häufig zu Diskrepanzen in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwischen Ärzten und Rehabilitanden. Das darin enthaltene Konfliktpotential könnte tendenziell die Bereitschaft direkt nach Ende der Rehabilitation in Arbeit zurückzukehren beeinflussen bzw. dazu führen, dass diese Rehabilitanden sich nach kurzer Zeit erneut krankschreiben lassen oder einen Antrag auf EM-Rente stellen.

8.3 Das Modell der Verlaufskurve als Heuristik

In unserer Studie wurde das von Corbin und Strauss (1988/2004) erarbeitete Modell der (Krankheits-)Verlaufskurve für unsere Untersuchungsfragen angepasst und weiterentwickelt. Zentral wurde es als heuristisches Element verwendet, um die konkreten empirischen Verläufe einzuordnen und aus den empirischen Verläufen und den biografischen Konstellationen (Alter, Geschlecht, Lebensphase, Lebenslage) geeignete Zeitpunkte für positive Beeinflussungschancen für Recovery und RTW zu identifizieren. Die mit der Verlaufsgestalt der *biografischen Gesamtformung* (Schütze, 1983) interagierende *Krankheitsverlaufskurve* umfasst die in Abbildung 14 dargestellten und in Kapitel 6.2.2 ausführlich dargestellten und hier kurz zusammengefassten Stadien und Wendepunkte:

- Wahrnehmung der ersten Symptome (z.B. Unsicherheit darüber, was sie bedeuten, wie ernst sie zu nehmen sind),
- subjektive Reaktionen (z.B. Ignorieren, Selbstbehandlung, Inanspruchnahme von Ärzten oder Psychotherapeuten, Präsentismus in der Arbeitswelt, Verschleierungsszenarien in der Familie),
- Zuspitzung von Krisen (sozialen Abstieg, zunehmende Arbeitsunfähigkeit, familiäre Brüche),
- Zusammenbruch (z.B. Krisenintervention, Klinikaufenthalte),

- Inanspruchnahme fachärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung, Antragstellung auf medizinische Rehabilitation und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
- Wiedereinstieg in Arbeit oder einen Exit from Work in Arbeitslosigkeit oder Erwerbsminderungsrente.

Die Krankheitsverlaufskurve beschreibt damit einen (Leidens-)Prozess, der mit einer subjektiv wahrgenommenen und sozialmedizinisch relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einher geht (vgl. zur theoretischen Herleitung Kapitel 4.3.3). Er findet sich gleichermaßen bei medizinischen und beruflichen Rehabilitanden und zeigt sich unabhängig von Alter, Geschlecht, Wohnort, Familienstand, Beruf, Bildungsstand usw. Darüber hinaus ist er nicht auf einzelne Erkrankungen beschränkt und damit zunächst von der ICD-10 Klassifizierung unabhängig.¹⁰¹ Vor diesem Hintergrund erweist sich die Verlaufskurve für die Rehabilitationspraxis relevant, nicht zuletzt auch weil sie Ressourcen und spezifische Unterstützungsbedarfe im Krankheitsverlauf sichtbar macht, um diese in die Bearbeitung der Verlaufskurvendynamik im Einklang mit der Krankheitsbewältigung zu integrieren. Vor allem aber hält die Verlaufskurve eine prozessorientierte Perspektive für die Rehabilitation bereit, die im Sinne der Arbeitslinien dabei hilft anzuzeigen, zu welchem Zeitpunkt welcher Unterstützungsbedarf hilfreich und wichtig ist (vgl. Klaus/Meschnig/von Kardorff 2018).

¹⁰¹ Die Krankheitsverlaufskurve selbst wird natürlich von der Verlaufsgestalt einiger Krankheiten, etwa bei bipolaren Störungen, bei abwärts gerichteten Krankheitsverläufen wie etwa bei Multipler Sklerose oder Parkinson oder von rezidivierenden Krankheitsereignissen geprägt. Die „Logik“ der Verlaufskurve ist davon aber nicht berührt. Weiterhin bedeutet ein zunehmend negativer Verlauf einer Erkrankung nicht zwangsläufig ein subjektiv zunehmend negatives Krankheitserleben, da Lernprozesse die Akzeptanz und auch den Umgang mit einer schweren oder tödlichen Krankheit im Verlauf erleichtern können und somit den abwärts gerichteten Trend der Verlaufskurve abfedern und auch umkehren können.

Synopse der Ergebnisse

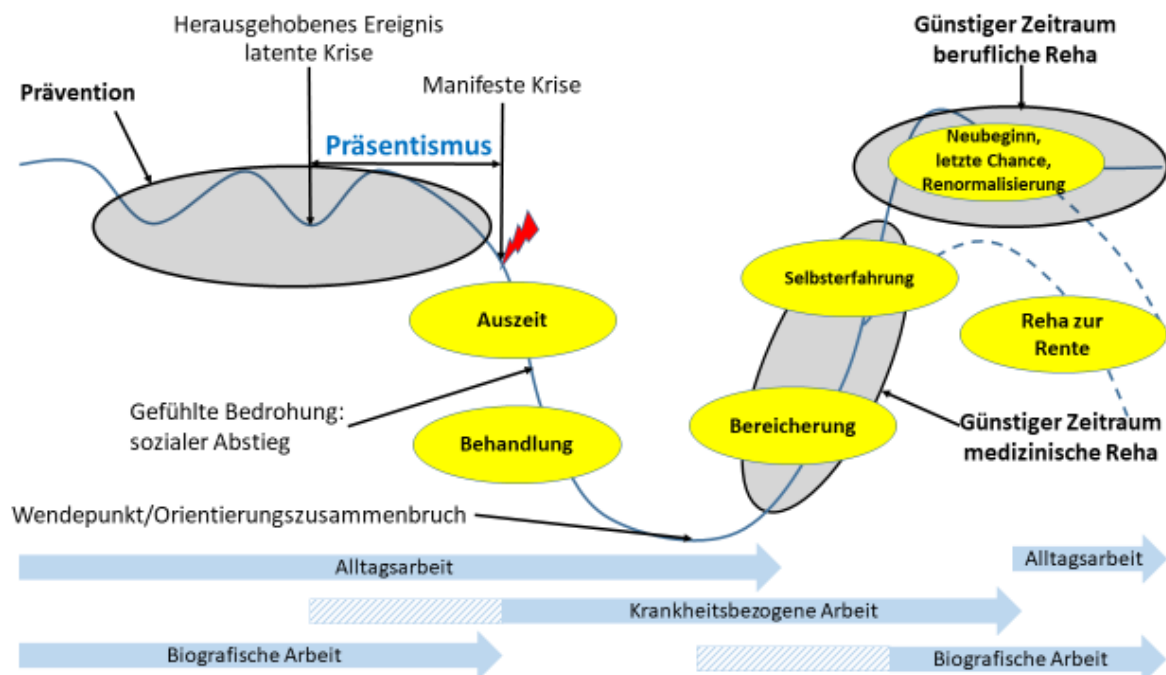


Abbildung 22: Verlaufskurve, Unterstützungsbedarf und Nutzungsansprüche der Reha im Kontext der Arbeitslinien (Quelle: Eigene Darstellung)

Illustriert werden kann dies an zwei Beispielen aus unserer Studie. Erstens weisen fast alle unserer Teilnehmer eine unterschiedliche lange und intensive Phase des Präsentismus auf; dies zeigt sich nicht nur in der Arbeitswelt, sondern in ähnlicher Weise auch im Familienleben (vgl. Kapitel 6.2.2). In der Phase des Präsentismus bauen Rehabilitanden häufig ein eigenes Instrumentarium auf, um das Einbrechen der Erkrankung in das Arbeitsleben zu verhindern oder zu verschleiern. Die Menschen sehen sich in dieser Zeit noch als ausreichend arbeitsfähig, sind aber bereits so stark belastet, dass ihre Beschwerden behandlungsbedürftig sind. Um den weiteren dramatischen Verlauf („Dominoeffekte“ nach Schütze 1996) zu unterbinden oder zumindest abzumildern, müssten die erkrankten Menschen spätestens in diesem Stadium des Erkrankens medizinisch bzw. psychologisch betreut werden. Hierfür ist es nötig, ein geeignetes Instrumentarium oder eine gezielte Maßnahme zu entwickeln oder bestehende Maßnahmen gezielt anzuwenden (z.B. Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb oder Unterstützung seitens der Betriebsärzte bzw. des betrieblichen Gesundheitsmanagements), um die betreffenden Menschen zu erkennen, damit ihnen entsprechende Hilfe zukommen kann. Dies ist auch insofern wichtig, weil die betreffenden Menschen sich in dieser Phase aus eigener Initiative noch keine Hilfe suchen.

Zweitens kann die Prozessperspektive der Verlaufskurve den Behandlungsverlauf in der Rehaklinik deutlich verbessern. Wie unsere Ergebnisse zeigen, lassen sich die unterschiedlichen Nutzungsformen unterschiedlichen Stadien der Verlaufskurve zuordnen (siehe Kapitel 6.2.2). Daraus ergeben sich für uns zweierlei für die Rehabilitationspraxis relevante Erkenntnisse:

- Die Kliniken können anhand der unterschiedlichen Nutzungsansprüche an die Reha im Einklang mit den entsprechenden Stadien des Krankheitsverlaufs sich auf die verschiedenen Bedarfe ihrer Patienten besser einstellen und den Rehabilitations- und Behandlungsverlauf gezielter planen.
- Die Kliniken können über das Erkennen der Nutzungserwartungen und -formen an die Reha und des dementsprechenden Stadiums der Verlaufskurvendynamik den neu aufgenommenen Rehabilitanden passgenauer geeignete Unterstützung zukommen lassen sowie ggf. den weiteren Behandlungs- und Rehabilitationsweg planen.

8.4 Nutzungserwartungen und -formen medizinischer und beruflicher Reha

Generell haben psychosomatische Reha-Kliniken das Ziel der weitgehenden Wiederherstellung psychischer Gesundheit sodass eine Rückkehr in Arbeit der Rehabilitanden nachhaltig möglich ist. Dafür halten die Kliniken sowohl allgemeine therapeutische, teils diagnosespezifische Konzepte als auch individuelle Angebote vor (wie etwa im KTL festgelegt). Dies schließt nicht aus, dass einzelne Kliniken Schwerpunkte setzen. Die konkreten Ziele und Inhalte der Rehabilitation werden meist zu Beginn der Maßnahme in Gruppenveranstaltungen kommuniziert. Das bedeutet aber nicht, dass der einzelne Rehabilitand sich dadurch schon mit seinen spezifischen Erwartungen und aktuellen Wünschen/Bedarfen angesprochen fühlt. Dabei handelt es sich nicht um eine fehlende Compliance, sondern um fehlende oder besser: nicht passfähige Informationen, die eine individuelle Aneignung und Nutzung des Angebots ermöglichen. In der qualitativen Analyse haben wir für die medizinische wie berufliche Rehabilitation charakteristische Nutzungserwartungen an die Reha gefunden. Diese geben Hinweise auf unterschiedliche Bedarfslagen, die mit der zeitlichen Phase korrespondieren, in der sich der jeweilige Rehabilitand befindet.

Einige der unten genannten Nutzungsformen scheinen auf den ersten Blick gegen die genuinen Zielstellungen der Reha gerichtet, erweisen sich aber im Nachhinein aus der aktuellen

persönlichen Lage heraus als intuitiv passende Strategie. Die aufgeführten Nutzungsformen beschreiben also *keine* „Typen“ oder Gruppen von Rehabilitanden, sondern phasenabhängige Erwartungen an Formen des professionellen Umgangs mit einer akuten Krise. Die Folgenden aufgeführten Nutzungsformen sind *nicht* nach der Häufigkeit ihres Auftretens geordnet sondern nach der *zeitlichen Reihenfolge* entsprechend der Verlaufskurvendynamik (Kapitel 4.3.3); die bei den Nutzungserwartungen des psychosomatischen Rehabilitation zuletzt genannte Form „Reha zur Rente“ ist in unserem (qualitativen) Sample nur ganz selten vertreten (drei Teilnehmer), wie auch internationale Studien (vgl. Kapitel 2) belegen.

Nutzungsansprüche der psychosomatischen Rehabilitation

- Auszeit:*** Psychosomatische Reha als „Kur“; unmittelbare Entlastung von Überforderung in Alltag und Beruf; Beschwerden werden (noch) nicht als Krankheit wahrgenommen und akzeptiert; häufig mit Bewusstwerdung der Krankheit während der Reha.
- (Akut-)Behandlung:*** Psychosomatische Reha als „Akutklinik“; bei diesem Nutzungsanspruch steht oft eine vorangegangene Krise oder ein psychischer Zusammenbruch im Vordergrund; in dieser Situation verhalten sich Rehabilitanden in der Reha weitgehend passiv und erwarten sich eine Verbesserung der Gesundheit über ganz konkrete therapeutische Hilfestellungen, Tipps, Verhaltensanweisungen, Medikamente usw.
- Wiederherstellung:*** Psychosomatische Reha als Wiederherstellungsklinik; aktive Suche nach neuen Bausteinen der Krankheitsarbeit und ggf. auch Veränderungen der Lebensführung (andere Prioritäten, verstärkte Achtsamkeit).
- Neujustierung:*** Psychosomatische Reha als ein Element der biografischen Neujustierung; aktive Biografiearbeit, z.B. neues Verständnis für den bisherigen Verlauf der eigenen Biografie, ggf. verbunden mit neuen Zielsetzungen privater wie beruflicher Natur.
- Reha zur Rente:*** Psychosomatische Reha als Legitimation und Bestätigung für einen EM-Rentenanspruch und als Anerkennung des eigenen Leidens.

Mit Blick auf unsere verlaufskurvenorientierte Betrachtungsweise erstaunt es nicht, dass die für einen neuen Beruf qualifizierende Bildungsmaßnahme anders genutzt wird als die psychosomatische Reha.

Nutzungsformen der beruflichen Reha

<i>Neubeginn:</i>	Berufliche Rehabilitation nicht nur als Notwendigkeit, sondern auch als Chance sich berufsbiographisch neu zu orientieren
<i>Letzte Chance:</i>	Berufliche Rehabilitation als Möglichkeit, im fortgeschrittenen Alter noch einen Berufsabschluss zu erreichen
<i>Re-Normalisierung:</i>	Berufliche Rehabilitation als Chance zur Rückkehr in geregelte Lebensverhältnisse; häufig kombiniert mit einem geringeren Anspruch an Erwerbsarbeit

Die Nutzungsformen bei der *beruflichen Rehabilitation* (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben) bestätigen die Ergebnisse, die wir bereits in unserem Vorläuferprojekt „Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem“ (Meschnig/Kardorff/Klaus, 2019) gewonnen hatten. Dabei handelt es sich aber *nicht* um „(Persönlichkeits-)Typen“, sondern um intersubjektive und damit generalisierbare retrospektive Bewertungen der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme. Diese Bewertungen lassen sich in die oben aufgeführte Typologie von Nutzungsformen einordnen; d.h. nicht Personenmerkmale bestimmen diese Zuordnung, sondern charakteristische Problemkonstellationen zu einem definierten Zeitpunkt a) der Befragung und b) des erinnerten Zeitstrahls auf der Krankheitsverlaufskurve. Im Hinblick auf die Erwartungen der Teilnehmer an die *medizinische (psychosomatische) Rehabilitation* unterscheiden sich die Nutzungserwartungen deutlich voneinander, wie oben dargestellt. Dabei ist es besonders interessant, dass in einer aktuellen, kurz vor dem Abschluss stehenden Studie (Stegmann R./Schulz/Schröder, 2019) ganz ähnliche Ergebnissen präsentiert werden: zwar sprechen sie nicht von Nutzungsansprüchen, sondern von Bewältigungsstrategien und unterscheiden hier zwischen vier Handlungsorientierungen: einer „offensiv erkenntnisorientierten“ (etwa mit der von uns gefundenen Nutzungsform „Wiederherstellung“ vergleichbar), einem „pragmatisch nutzenorientierten“ (etwa mit unserem Nutzungsform

Synopse der Ergebnisse

„Neujustierung“ vergleichbar), einem „defensiv erholungsorientierten“ (etwa mit unserem Nutzungsform „Auszeit“ vergleichbar, wenngleich wir dies auf Basis unserer Befragungen nicht als „defensiv“ interpretieren können) und einem „ohnmächtig orientierten“ Bewältigungsstil. Diese Nutzungsform taucht bei uns nicht auf, wenngleich es etwa bei denjenigen Rehabilitanden, die die Klinik als „Akutbehandlung“ nutzen, Personen gibt, die sich ihren Symptomen gegenüber ohnmächtig ausgeliefert fühlen, sich eher passiv verhalten und von der Behandlung in der Klinik eine Besserung im Sinne der Wiedergewinnung von Handlungsfähigkeit (Agency) versprechen. Die von uns identifizierte Nutzungsform „Reha zur Rente“ taucht bei Stegmann u.a. nicht auf und bildet auch bei uns nur eine kleine Gruppe (drei Teilnehmer). Die Häufigkeiten der bei uns vorgefundenen Nutzungsformen weichen von den Ergebnissen von Stegmann u.a. bezüglich ihrer Orientierungsstile voneinander ab. An dieser Stelle ergeben sich zwei weiterführenden Forschungsfragen: 1. würde eine Metaanalyse beider Studien die verschiedenen Ergebnisse zusammenführen können und 2. würde eine anschließende statistische Erhebung einen konkreten Zugriff auf die Präsenz der gefundenen Subgruppen erlauben.

Im Unterschied zu Stegman u.a. repräsentieren die von uns eruierten Nutzungsformen *keine Typen von Personengruppen*, sondern sind vor allem unter der Perspektive der im vorigen Abschnitt dargestellten Verlaufskurve verschiedene Erwartungen an die Reha, die von ganz unterschiedliche Befragte in sehr variablen Lebenssituationen formuliert werden. Eine Einheitlichkeit zeigt sich bei den entsprechenden Nutzungsansformen hingegen mit Blick auf den *Zeitpunkt des Zugangs* zur medizinischen Rehabilitation und der genau zu diesem Zeitpunkt erlebten subjektiven Bedarfslage: so wird eine Person, die nach unserer Verlaufskurvenperspektive „zu früh“ (noch ohne Bewusstsein dafür „krank“ zu sein) in die Rehabilitation kommt, mit der Hoffnung auf schnelle Regeneration die Angebote der Reha-Klinik eher als „Auszeit“ nutzen, um etwa nach lange durchgehaltenem Präsentismus und schwieriger beruflicher Situation im Betrieb vollkommen erschöpft sich aus den belastenden Verhältnissen heraus zu nehmen. Schließlich übersieht die sehr statische Kategorisierung bei Stegmann u.a., dass bei den Rehabilitanden im Laufe des fünf- bis sechswöchigen Aufenthalts auch ein Wechsel der Nutzungserwartung stattfinden kann (vgl. Kapitel 6.2.4). Derartige von uns aus dem Material erschlossene Transformationen zeigen sich etwa daran, dass ein Teil der Rehabilitanden mit der Erwartung an eine „Auszeit“ (Reha als „Kur“) in die Klinik kommt und sich dann im Verlauf der

Synopse der Ergebnisse

Interaktionen, Behandlungen und Lernprozesse eine andere Nutzungsform (z.B. Reha als Akutbehandlung oder Reha als Wiederherstellung) ergibt. Dieser Wechsel ist als Erfolg der Angebote in der Rehabilitationsklinik bzw. des Aufenthalts in der Klinik zu interpretieren, weil er ein Voranschreiten in der Verlaufskurvendynamik symbolisiert und damit auch einen Lernprozess bezüglich der eigenen Erkrankung widerspiegelt, der eine Akzeptanz krank zu sein, eine Be- und Aufarbeitung der Krise sowie eine Rückkehr biografischer Arbeit erlaubt. Eine Transformation von einer Auszeiterwartung hin zu einer Erwartung an eine Akutbehandlung wird von unseren Teilnehmern häufig so beschrieben, dass die Grundlage der Veränderung ihrer Nutzungserwartungen die Konfrontation mit anderen (häufig aus ihrer Sicht geringer belasteten) Mitrehabilitanden ist, auf deren Basis sie ihre eigenen Beschwerden erst ernst nehmen und als behandlungswürdig anerkennen. Einher geht mit dem Prozess der „Krankheitseinsicht“ eine Auseinandersetzung damit, warum man in die missliche Lage geraten ist.

8.5 Return to Work und Stay at Work

Das zentrale Untersuchungsziel unserer Studie richtete sich auf die fördernden bzw. hemmenden Faktoren für einen RTW psychisch beeinträchtigter Menschen nach der Rehabilitation.¹⁰² Wie sich in den bisher dargestellten Ergebnissen gezeigt hat, ist der RTW nur ein Übergang in einer in der Regel langen Verlaufskurve des Zusammenspiels von Krankheit und Biografie; das bedeutet, dass der RTW- und SAW-Prozess sich in einem größeren Kontext vollzieht und nicht von anderen Lebensbereichen wie etwa familiäre Situation, soziale Unterstützung und Einbindung, Wohnort, regionaler Arbeitsmarkt usw. losgelöst betrachtet werden kann. In der Betrachtung der für einige Rehabilitanden kritischen Übergangsphase von der Maßnahme zurück in Arbeit spielen auch die unmittelbaren Auswirkungen der Rehabilitationsmaßnahmen eine gewichtige Rolle. Während letztere bereits in vielen, vor allem quantitativen Studien differenziert untersucht wurden (vgl. Kap. 2), lassen sich deren Ergebnisse in einer Mikroperspektive oft nicht auf die konkreten Lebenssituationen der Rehabilitanden übertragen; hier kann die qualitative Herangehensweise charakteristische Merkmalskonstellationen aufzeigen sowie

¹⁰² Wie bereits im Forschungsstand erwähnt, gibt es in der internationalen Forschung bislang keinen Konsens darüber, „wie Ergebnisse von RTW zu messen oder zu evaluieren sind.“ *Weber/Peschkes/Boer* (2015b). Dies verwundert zunächst nicht, weil hier die unterschiedlichen Perspektiven und Kriterien der beteiligten kollektiven und individuellen Akteure nicht deckungsgleich sind. Aus *rehabilitationsökonomischer Sicht der Rentenversicherung* besteht der „Return on Investment“ zunächst in der Wiederaufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit (gemessen nach 6 Monate und nach 2 Jahren), in einem zweiten Schritt in der Kosten-Ertragsperspektive der geförderten Maßnahmenart (medizinische, berufliche Reha).

Synopse der Ergebnisse

zeitliche Phasen und Wendepunkte in der (berufs-, krankheitsspezifischen) Verlaufskurve identifizieren, die zu zielgenaueren Angeboten beitragen können.

Während wir zu Beginn unserer Studie noch von einem deutlichen Kontrast bei der Rückkehr in Arbeit, vor allem Rückkehr an den alten im Unterschied zu einer neuen Arbeitsstelle, ausgegangen waren, zeigte sich, dass sowohl zentrale Problemlagen als auch die Hemmschwellen bei medizinischen und beruflichen Rehabilitanden ähnlich gelagert sind.

Ähnliche Problemlagen psychosomatischer Rehabilitanden und „kleine Unterschiede“

Bei psychosomatischen Rehabilitanden stehen *soziale Konflikte*, Anerkennungs- und Bewertungskonflikte als auch *Gerechtigkeitskonflikte* wie Ungleichbehandlung am Arbeitsplatz, wie sie auch von unseren Interviewten berichtet werden, im Vordergrund:

„Bei mehr als der Hälfte der interviewten Rehabilitanden konnten Enttäuschungs- und Kränkungserfahrungen mit wichtigen Menschen, ein Mangel an Entspannung und Freizeit, subjektiv erfahrenes Unrecht sowie negative Erfahrungen mit Arbeitgebern und mit anderen sozialen Beziehungen als gravierende kontextuelle Belastungsbereiche identifiziert werden.“ (Bülau u. a., 2016).

Dennoch kehren die von uns untersuchten medizinischen Rehabilitanden in der Mehrzahl, etwa zu 80%, an ihren alten Arbeitsplatz zurück. Interessant ist hier aber, dass viele der Befragten sich *zum Zeitpunkt* der Maßnahme eine Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz *nicht* mehr vorstellen konnten. *Nach dem Ende* der Reha findet dann in unterschiedlicher Weise doch ein Arrangement mit den vorhandenen Bedingungen, dem nicht zu ändernden „Vorgegebenen“ statt, unabhängig von in manchen Fällen selbst initiierten Arbeitsplatzveränderungen (wie etwa Stundenreduktion etc.). Es scheint, als ob rationale Abwägungen (Arbeitsplatzsicherheit, kann ich mich durch neue Stelle wirklich verbessern?, beruflicher Neubeginn im Alter?) hier ausschlaggebend sind. In der Reha erlernte Strategien (wie z.B. *Abgrenzung*: „sich zurücknehmen“, „auch mal nein-sagen-können“; *Selbstsorge*: „auf sich schauen“) spielen ebenso eine wichtige Rolle für einen Verbleib und werden von den Rehabilitanden als solche auch explizit benannt. Dies spricht für eine produktive Aneignung des während der Reha Erlernten, wie z. B. Achtsamkeit. In einer Reihe von Fällen kommt es auch zu einer aktiven Anpassungsleistung im Sinne eines entweder selbst gesuchten oder auf eine Beratung hin gelungenen, der Persönlichkeit und/ oder den verbliebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen entsprechenden „Person-Environment-Fit“ (Linden/Muschalla/Noack u. a., 2018). An dieser

Synopse der Ergebnisse

Stelle kann auch ein Unterschied beim RTW zwischen F3 und F4 Diagnosen festgestellt werden. Bei F4 ist das individuelle Arrangement am Arbeitsplatz wichtig für einen erfolgreichen RTW. Bei F3 hingegen ist der RTW-Erfolg aufs engste mit dem Fortschritt in der Krankheitsverarbeitung verzahnt. Es scheint, dass der Arbeitsplatz bei Rehabilitanden mit F4 Diagnosen besser an die Beschwerden angepasst werden kann als dies bei F3 der Fall ist (etwa Reduzierung von Kundenkontakten bei sozialen Ängsten oder Möglichkeiten des Rückzugs aus belastenden Situationen).

Der RTW stellt sich sowohl für die Rehabilitanden aus der medizinischen (psychosomatischen) Rehabilitation wie auch für die aus der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme als eine von jedem Einzelnen zu bewältigende Herausforderung dar, mit verbliebenen und unberechenbaren Einschränkungen der eigenen Leistungsfähigkeit in Arbeit und Familie zurecht zu kommen. Gemeinsamkeiten zeigen sich auch bei den zentralen förderlichen Faktoren wie z.B. soziale Unterstützung und Einbindung, weitgehend abgeschlossene Krankheitsbearbeitung, angemessene Selbsteinschätzung, Gesundheits- und Zukunftserwartung.

Gleichwohl gibt es bemerkenswerte Unterschiede, die sich auf die jeweilige Position in der idealtypischen Verlaufskurve beziehen und damit eher auf zeitlich unterschiedlich gelagerte Unterstützungsbedarfe, das Lebensalter vor regulärem Renteneintritt und subjektive Lebensperspektiven verweisen.

- Der *geeignete Zeitpunkt* des Zugangs zu einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation ist für einen gelingenden RTW entscheidend. Dieser Zeitpunkt auf der Verlaufskurve lässt sich auf der Basis einer biografieorientierten Anamnese für jeden Rehabilitanden weitgehend ermitteln, wenn zusätzliche Kontextfaktoren berücksichtigt werden. Dann kann z.B. auch die Nutzung der medizinischen Reha als „Auszeit“ sinnvoll sein.
- Die beruflichen Rehabilitanden haben in der Regel bereits im Vorfeld eine medizinische Reha absolviert und die akuten psychischen Beschwerden weitestgehend überwunden. Deutliche Unterschiede zwischen beruflichen und medizinischen Rehabilitanden zeigen sich aufgrund der subjektiven Verarbeitungszeiten hinsichtlich der verbliebenen Leistungseinschränkungen. Eine berufliche Rehabilitation steht mehr im Kontext des Testens und der Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit, als es bei der medizinischen Reha der Fall ist, wo mehr die Leistungsfähigkeit und die Stabilisierung im Alltag im Vordergrund stehen.

Synopse der Ergebnisse

- Ein signifikanter Unterschied zwischen beruflichen und medizinischen Rehabilitanden offenbart sich in den konkreten Vorstellungen zu ihrem Arbeitsplatz und den Arbeitsbedingungen beim RTW. Der Arbeitsplatz spielt interessanterweise für Rehabilitanden nach einer psychosomatischen Rehabilitation eine geringere Rolle als beim RTW von Rehabilitanden aus einer Vollqualifikation. Berufliche Rehabilitanden achten sehr genau auf die Passung des Arbeitsplatzes zu ihren (noch bestehenden) gesundheitlichen Einschränkungen und Unsicherheiten. Sie suchen gezielt (meist im Umschulungsberuf) einen neuen Arbeitgeber und einen neuen Arbeitsplatz, wo sie für sich eine gute Perspektive auf eine dauerhafte Beschäftigung trotz bleibender gesundheitlicher Defizite (z.B. geringere Leistungsfähigkeit, Stressanfälligkeit) sehen. Rehabilitanden hingegen, die nach einer psychosomatischen Rehabilitation an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren, sehen kaum eigene Möglichkeiten für nötige Veränderungen der Verhältnisse; sie vertrauen auf die in der Reha erlernten Strategien zur Veränderung ihres Verhaltens. Dies mag auch damit im Zusammenhang stehen, dass die artikulierten Problemlagen am Arbeitsplatz praktisch alle mit Mobbing, Anerkennungs- und Wertschätzungsdefiziten, veränderten Arbeitsbedingungen bezüglich Organisation und Kommunikation oder auch die gefühlte Bevorzugung von Kollegen in Verbindung stehen. Diese Aspekte im Kontext der Veränderung der Verhältnisse umzugestalten, sehen die Rehabilitanden nicht als ihren Handlungsspielraum; weder im Sinne eigener Handlungsfähigkeit noch im Sinne einer unterstützenden Hilfestellung von Seiten der Kliniken, der Träger usw. Vermutlich steht dieser Aspekt im Zusammenhang damit, dass die Rehabilitanden Arbeit und Rehabilitation strikt voneinander trennen. Eher tendieren Rehabilitanden zu einem Wechsel des Arbeitgebers als etwas an den Verhältnissen ändern zu wollen bzw. aufgrund struktureller Bedingungen (fehlende Unterstützung von Kollegen, kein Betriebsrat etc.) es auch gar nicht können.
- Bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz kommt ebenso wie bei den beruflichen Rehabilitanden der berufsspezifische regionale Arbeitsmarkt als ein weiterer Wirkfaktor für den RTW-Erfolg zum Tragen.

Vergleich der Rückkehrperspektiven beim RTW

Der Mehrzahl der beruflichen und der medizinischen Rehabilitanden gelingt der RTW ohne größere Schwierigkeiten und unspektakulär:

- Bei den beruflichen Rehabilitanden wurden aufgrund der kleinen Stichprobe (N = 23) zusätzlich Daten aus unserer *Vorläuferstudie* (N=138) herangezogen; dabei handelt es sich aber nicht ausschließlich um psychosomatisch beeinträchtigte Rehabilitanden: sechs Monate nach der Reha befanden sich 59,4% in Arbeit; 18 Monate danach sind 76,6% in Arbeit, wenn auch nicht immer im Umschulungsberuf tätig (*Meschnig/Kardorff/Klaus, 2019*).
- Von den 33 interviewten *medizinischen* Rehabilitanden sind sechs Monate nach der Reha 24 Personen erwerbstätig; von diesen sind aber wiederum 20 an den alten Arbeitsplatz zurückgekehrt; zum zweiten Zeitpunkt, 18 Monate danach (n=28), sind noch 19 erwerbstätig, davon 14 am alten Arbeitsplatz.
- Auch wenn ca. 80% der Interviewten nach Abschluss der Rehabilitation wieder an den *alten Arbeitsplatz* zurückgegangen sind, konnten sich in unserer Befragung gegen Ende der Reha ca. 40% der medizinischen Rehabilitanden *nicht mehr vorstellen*, wieder dorthin zurückzukehren. Eine Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt direkt nach der Maßnahme konnten sich nur 36,2% der *medizinischen Rehabilitanden* vorstellen (leicht höher bei den F4 Diagnosen). Bei den beruflichen Rehabilitanden sind es dagegen 69,6%. Bei denjenigen, die sich das nicht vorstellen konnten überwiegen Unsicherheiten in Bezug auf die Angemessenheit der Ausbildung für den (regionalen) Arbeitsmarkt oder die eigenen Lebenssituation (etwa Leistungsfähigkeit, Krankheitsrückfälle). Diese Einschätzungen hängen direkt mit der jeweiligen Position in der Verlaufskurve zusammen.
- Unterschiedliche Wege und Formen des Wiedereinstiegs in Arbeit: Ein wichtiges Ergebnis unserer Vorläuferstudie zu beruflichen Rehabilitanden mit einer 2jährigen Vollqualifizierung lautete – und das gilt auch für die in der aktuellen Untersuchung beteiligten Personen: es gibt nicht *den* Wiedereinstieg, sondern verschiedene Formen der Rückkehr in Erwerbsarbeit. In der Regel gelingt der Mehrzahl (in unserer Vorläuferstudie nach 6 Monaten 76,6%) der beruflichen Rehabilitanden ein erfolgreicher RTW; davon sind 70,7% im Umschulungsberuf tätig. Zum Zeitpunkt t_2 (18 Monate nach der

Synopse der Ergebnisse

Maßnahme) sind dagegen nur noch 61,4% im Umschulungsberuf beschäftigt. Wir führen diese Verschiebung darauf zurück, dass die nicht erwerbstätigen Rehabilitanden mit zunehmender Dauer der Erwerbslosigkeit eher bereit sind, eine umschulungsfremde Tätigkeit anzunehmen. Für den RTW aus Sicht der Rentenversicherung bleibt dieses empirische Ergebnis ambivalent: einerseits sind diese Versicherten wieder sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Andererseits stellt sich die Frage, ob es dafür eine 2jährige Vollzeitmaßnahme gebraucht hat.

Förderliche und hemmende Faktoren für den RTW

- *Die Hauptdiagnose hat keinen feststellbaren Einfluss auf den RTW:* Unsere Ergebnisse bestätigen hier den bereits im Forschungsstand (vgl. Kapitel 2) dargestellten Befund, dass zumindest bei den Common Mental Disorders zu denen F3 und F4 Diagnosen gezählt werden, die Diagnose den RTW nicht vorhersagen können.
- Der *richtige Zeitpunkt* zum Zugang einer Reha-Maßnahme ist entscheidend für die Zielerreichung des RTW; so kann etwa eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme zu früh stattfinden, wenn die Krankheitsverarbeitung noch zu sehr im Vordergrund steht; eine medizinische Rehabilitation kommt zur Unzeit, wenn sich der Rehabilitand noch in der akuten Krisensituation befindet und mit ihren unmittelbaren Auswirkungen konfrontiert ist und daher für die in der medizinischen Rehabilitation angebotenen Konzepte noch nicht aufnahmefähig ist.
- *Soziale Einbindung, Unterstützung und Verantwortung.* Übereinstimmend mit dem Forschungsstand spielt die soziale Einbindung, insbesondere eine bestehende Partnerschaft eine entscheidende positive Rolle beim RTW. Hinzu kommt das Verantwortungsgefühl gegenüber dem Partner, Kindern und weiteren Familienangehörigen eine wichtige Quelle für die Motivation und die Stabilisierung beim RTW und beim SAW ist.
- *Subjektive Gesundheitserwartung:* sie spielt eine gewichtige, wenngleich auch ambivalente Rolle für den RTW und besonders für den SAW: einerseits stärkt sie die Konzentration auf das nächstgelegene Ziel (Rückkehr in Arbeit, neue Arbeitsstelle), andererseits kann dahinter auch eine selbstgefährdende Fehleinschätzung stehen, die dadurch motiviert ist, dass der Rehabilitand sich nicht länger als (chronisch) krank sieht und sich daher übernimmt und auch bei Arbeitgeber und Kollegen falsche Erwartungen weckt.

Synopse der Ergebnisse

Bei psychischen Erkrankungen kommt noch ein weiterer Aspekt hinzu: die auch von Experten ambivalent beurteilte Frage der individuellen Veröffentlichungsbereitschaft.

Ergebnisse zur nachhaltigen Beschäftigungssicherung nach der Reha (Stay at Work)

Als wichtige Faktoren für einen SAW können aufgrund unserer Daten folgende genannt werden:

- Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung: Spielräume zum Testen und Steigern des eigenen Leistungsvermögens;
- Möglichkeiten einer Anpassung des Arbeitsplatzes an die vorhandene Leistungsfähigkeit, ggf. in Absprache zwischen Arbeitgeber, Rehabilitanden und Reha-Fachberater/Job-Coach/ Integrationsfachdienst;
- Förderung der Akzeptanz und Unterstützungsangebote von Kollegen und Vorgesetzten; Rücksichtnahme des Betriebes auf die besonderen Belange psychisch vulnerabler Arbeitnehmer (z.B. versetzte Arbeitszeiten; Umsetzung am Arbeitsplatz; leidensgerechte Tätigkeiten).

Abschließend können wir mit unserer qualitativen Studie auch klinische Erfahrungen und die Ergebnisse anderer qualitativer Studien bestätigen, dass nicht zuletzt bei Beeinträchtigungen im psychosomatischen Formenkreis sogenannte „weiche“ Faktoren wie z. B. Einschätzung der Maßnahme als persönliche Bereicherung, Stärkung des Selbstbewusstseins, Eröffnung neuer Perspektiven, verbesserte gesundheitliche Selbstsorge, kreatives Arrangement und Versöhnung mit Leistungsbeeinträchtigung eine entscheidende Rolle beim Gelingen des beim RTW spielen und einen über den etwa ökonomisch definierten SROI (Social Return on Investment) Erfolg hinausgehenden bedeutsamen Zusatznutzen für die Rehabilitanden darstellen, etwa auch mit Blick auf das sog. „Rentenbegehren“.

8.6 Überleitung, Begleitung und Nachsorge:

In der aktuellen Diskussion zur Sicherung des Rehabilitationserfolges stehen Aspekte der Nachsorge für bestimmte Risikogruppen zunehmend im Fokus; dabei kommt dem Konzept des Case-Managements eine besondere Bedeutung zu; darüber hinaus werden die Berufsgruppe der Reha-Fachberater sowie Fachkräfte (Disability-Manager) externer Fachdienste (IFD, pebb2

Synopse der Ergebnisse

etc.) als Mittler zwischen Klinik und Betrieb in den Blick genommen. Ergänzend wurden Angebote des Firmenservice aufgebaut. Diese Konzentration auf den RTW und auf die Arbeitswelt unterschätzt mit Blick auf die Gruppe der psychosomatischen Rehabilitanden die besonderen zusätzlichen nachrehabilitativen Bedarfe für psychosoziale und psychotherapeutische Stabilisierung, Begleitung und Therapie.

Für die Gruppe der psychisch beeinträchtigten Rehabilitanden existiert mit PsyRENA bereits ein krankheitsbezogenes Modell. Ähnlich wie in der somatischen Rehabilitation (etwa IRENA, Herzsportgruppen, etc.) wird dort eine gezielte Nachsorge angeboten. Aufgrund der Aussagen derjenigen Rehabilitanden aus unserem Sample, die dieses Angebot wahrgenommen haben, kommen wir zu folgenden Einschätzungen:

PsyRENA

- wird *insgesamt positiv bewertet*, insbesondere zur Stabilisierung des Gesundheitszustands sowie der Verstetigung der in der Reha erlernten Strategien;
- wird häufig aber als *unflexibel* eingeschätzt;
- hat aus der Sicht der Teilnehmer *keine direkten Auswirkungen auf den RTW* und wird *allein* mit dem Thema Gesundheit assoziiert;
- ist nicht flächendeckend verfügbar; gerade in ländlichen Regionen sind Entfernung und lange Fahrtzeiten ein Hindernis zur Teilnahme;
- hat milieuspezifische und sozialisationsbedingte Hemmschwellen für eine Inanspruchnahme.

Psychotherapeutische Nachsorge und Versorgung

Für viele unserer Befragungsteilnehmer ist die Behandlung mit der medizinischen Rehabilitation nicht abgeschlossen, sei es weil sie vorher angefangene Psychotherapien fortsetzen oder erst in der Rehabilitation die Notwendigkeit weitergehender Hilfen und Therapien erkannt haben; häufig handelt es sich aber nicht allein um die Therapie von Krankheitssymptomen, sondern um konkrete Hilfen und Beratung bei der Bewältigung oft lange aufgeschichteter und komplexer Lebensprobleme. Hauptdefizite sind:

- ein schwieriger Zugang zu psychotherapeutischen Hilfen; lange Wartezeiten, geringe Therapeutendichte in ländlichen Regionen;

Synopse der Ergebnisse

- fehlende Angebote im Nachgang der Reha bei Problemen der Alltagsbewältigung und der Erarbeitung einer beruflichen Rückkehrperspektive.

Wie oben ausgeführt, gelingt es der Mehrzahl der Rehabilitanden sowohl aus der medizinischen als auch aus der beruflichen Rehabilitation der Übergang von der Maßnahme in die Arbeit unspektakulär und ohne größere Probleme; daher ist ein Übergangsmanagement und ggf. auch eine Einstiegsbegleitung nur für eine kleinere Gruppe von ca. 20 – 25% erforderlich. Der Hilfebedarf erstreckt sich dabei je nach Einzelfall von gelegentlicher Ermutigung und Telefonkontakten bis hin zu einer intensiven Berufswegeplanung, Einstiegbegleitung in Absprache mit dem Betrieb oder in der aufwändigen Suche nach alternativen im zweiten Arbeitsmarkt.

Auf der Basis unserer Ergebnisse werden wir im abschließenden Kapitel einige Empfehlungen zu den einzelnen Stationen im Verlauf der Versorgungskette präsentieren.

9. Empfehlungen

In den nachfolgenden Empfehlungen werden die Ergebnisse der Studie aufgenommen die für weitergehende Formen der Unterstützung aus unserer Sicht relevant erscheinen. Die Empfehlungen richten sich auf Probleme während und nach der Maßnahme:

- *beim Zugang zur psychosomatischen Reha;*
- *auf Probleme und Unklarheiten während der Maßnahme;*
- *auf mögliche Unterstützungsformen für Rehabilitanden nach der Maßnahme.*

In der Darstellung wird zunächst das Kernproblem benannt, danach folgen die konkreten Empfehlungen an, die sich die Begründungen anschließen.

9.1 Der Zugang in die Reha

Ein rechtzeitiger Zugang zur psychosomatischen Rehabilitation stellt sich als eine Herausforderung an das Reha-System dar, insbesondere im präventiven Bereich. Mit dem seit Kurzem existierenden Präventionsgesetz und dem Flexi-Rentengesetz ist der Handlungsspielraum für übergreifende Angebote im Vorfeld erweitert worden. Damit entsteht die Möglichkeit, auf die langfristige Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen bis hin zur akuten Krise und den damit häufig verbundenen Chronifizierungsprozessen zu reagieren. Es fehlen aber an dieser Stelle weitgehend Verknüpfungen von primärärztlichen Versorgungssystem und der Arbeitswelt, die zu einer frühzeitigen Inanspruchnahme von niedrighwelligen Beratungsangeboten über Psychotherapie bis hin zu Reha informieren und motivieren. Inzwischen gibt es aber einige Modellprojekte die z. B. psychosomatische Sprechstunden in Kooperation zwischen Unternehmen und Reha-Kliniken anbieten, an die sich Arbeitnehmer wenden können.¹⁰³ Darüber hinaus existiert schon länger der Firmenservice der DRV, der Betriebe bei der nachhaltigen Beschäftigungssicherung von Rehabilitanden unterstützt. In der Fläche sind diese Angebote bislang nicht ausreichend vorhanden.

Im Folgenden fokussieren wir uns auf die Situation des Zugangs in die psychosomatische Rehabilitation so wie sie sich in der Sicht der Versicherten retrospektiv darstellt und auf die daraus gewonnenen Schlussfolgerungen.

¹⁰³ Siehe *Vries u. a.* (2018), besonders Kapitel 10-13.

Empfehlungen

Kernproblem: Zeitpunkt des Zugangs

Wie bereits im Ergebnisteil des Öfteren erwähnt, spielt der „richtige“ Zeitpunkt beim Eingang in die Reha nicht nur für den RTW sondern auch für die Nutzung der Reha-Angebote in der Klinik sowie für den Erfolg bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung eine entscheidende Rolle. Hier gibt es sowohl ein „zu spät“ wie auch ein „zu früh.“ Dies bedeutet freilich nicht, dass diese Rehabilitanden in der Klinik „fehlplatziert“ wären, sondern verweist vielmehr auf unterschiedliche subjektive Behandlungsbedarfe, die sich aus der Position der Rehabilitanden in der Krankheitsverlaufskurve als auch aus ihrer biografischen Situation ergeben (vgl. Nutzungsansprüche, Kap. 8.3. und 6.2.4). Bei den „zu spät“ zugewiesenen Rehabilitanden zeigt sich häufig eine starke Chronifizierung, aus der sich Bedarfe ableiten, die eine langfristige Bearbeitung erfordern würden, die von der Reha angestoßen aber nicht vollständig abgedeckt werden können. Bei den „zu früh“ zugewiesenen Rehabilitanden fungiert die Reha-Einrichtung als eine Art „Auszeit“ oder „Akutklinik“; dieser damit verbundenen Erwartung kann die Klinik aber auch nur begrenzt entsprechen.

Viele psychosomatische Rehabilitanden haben, anders als zumindest im Idealfall die beruflichen Rehabilitanden, im Vorfeld des Aufenthalts in der psychosomatischen Reha-Klinik keine spezielle Beratung, die sie auf Möglichkeiten und Abläufe dort vorbereitet; dies beeinflusst die Reha-Erwartungen (Höder/Deck, 2014). In den Interviews zeigen sich einige Rehabilitanden über die Zuweisung zu einer psychosomatischen Reha überrascht, andere verbinden damit unrealistische Vorstellungen („Heilung“, „Therapie“, etc.). Wichtig wäre daher aus unserer Sicht eine genauere Analyse der Motivlagen der Rehabilitanden bei Eintritt in die Maßnahme und die Reha-Erwartungen im Vorfeld durch eine biografische Anamnese und personenzentrierte Gesprächsangebote zu klären. Dies hätte auch Folgen für die internen Behandlungsstrategien und die differentielle Zuweisung zu Angeboten in der Klinik.

Empfehlungen

Die Chancen und Grenzen der psychosomatischen Rehabilitation sollten bereits bei der Beantragung (Hausärzte, behandelnde Psychologen, ambulante Therapeuten) den Patienten gegenüber artikuliert werden. Spätestens mit der Bewilligung sollte auch durch den Kostenträger deutlich und verständlich artikuliert werden, was das Format psychosomatische Rehabilitation bedeutet.

Empfehlungen

Weiterhin sollten die Rehakliniken auf die von uns herausgearbeiteten und mit den Ergebnissen von Stegmann u.a. bestätigten Nutzungsansprüche reagieren, um die Begleitung und Unterstützung der Rehabilitanden auf ihrem Weg der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit passgenauer anbieten zu können. Hierin sehen wir ein großes Potential, dem Behandlungsbedarf der Rehabilitanden, die „zu früh“ oder „zu spät“ in die Reha kommen, gerecht zu werden und damit wesentlich mehr Rehabilitanden zielgerichtet beim RTW unterstützen zu können, selbst wenn das primäre Ziel der Rehabilitation in der ersten Auseinandersetzung mit der Krankheit besteht, weil darüber die Verlaufskurvendynamik aufgefangen werden und eine längere Zeit der Arbeitsunfähigkeit vermieden werden kann.

9.2 Während des Reha-Prozesses

Im Mittelpunkt unserer Studie stand die Frage, wie die einzelnen Behandlungselemente während des Reha-Aufenthalts von den Rehabilitanden als hilfreich, vor allem für einen erfolgreichen RTW, eingeschätzt werden und ob diese Elemente tatsächlich darauf hinwirken.

9.2.1 Medizinisch-berufliche Orientierung (MBOR)

Mit der Einführung von MBOR, zunächst in der orthopädischen Reha entwickelt, nun auch auf die psychosomatische Reha übertragen, ist das Ziel einer stärker auf den Beruf und die Rückkehr in Arbeit fokussierten Rehabilitationsstrategie verbunden. In den MBOR Gruppen soll den Rehabilitanden ein Forum zum gemeinsamen Austausch über arbeitsplatzbezogene Probleme und dafür geeignete Bewältigungsmuster gegeben werden. Die Zuweisung in die unterschiedlich intensiven Formen von MBOR Gruppen erfolgt im Grundsatz über die Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL). In unseren Ergebnissen zeigt sich:

Kernproblem

Die Zuordnung zu MBOR Maßnahmen über ein BBPL Screening in der Psychosomatik ist zu ungenau. Hier werden gleichermaßen Personen als BBPL eingestuft, die arbeitsplatzbezogene Problemlagen aufweisen oder die ihre psychische Belastung auf soziale Konflikte im Kollegenkreis oder seitens der Vorgesetzten zurückführen, wie Personen, deren psychische Beschwerden aus langen Arbeitslosigkeitszeiten in Kombination mit einem schwierigem Arbeitsmarkt stammen oder vornehmlich auf privaten und familiären Problemen der Lebensbewältigung

Empfehlungen

beruhen. Eine Aufnahme in ein (gleichartiges) MBOR Programm scheint hier keineswegs sinnvoll, auch weil das Risiko besteht, dass Rehabilitanden mit unterschiedlichen Problemlagen einer zu heterogenen Gruppe zugeordnet werden und in der Folge keine subjektive Passung zu den Themen der Gruppe gesehen werden.

In unserem Sample zeigt sich, dass Rehabilitanden, die ihre psychischen Beschwerden mehr in die Familie attribuieren nur wenig von MBOR profitieren. (*Stock Gissendanner/Köllner, 2015*) kommen zu ganz ähnlichen Ergebnissen und sehen die gleichen fehlenden Effekt bei der Gruppe an Rehabilitanden, die sich als Opfer der beruflichen Situation und bei sich selbst wenig Veränderungspotential sehen; hier kann das Reha-Ziel darin bestehen, Bewusstsein für Zusammenhänge und eigene Änderungspotentiale zu erarbeiten.

Empfehlung

Die Zuweisung zu MBOR-Maßnahmen sollte nicht allein über BBPL gesteuert werden. BBPL ist in der bisherigen Anwendung eine unzureichende Bestimmung der bei den Rehabilitanden tatsächlich vorliegenden Probleme in der Arbeitswelt. Eine einfache Adaption von MBOR aus der Orthopädie ist nicht tragfähig (siehe auch *Streibelt/Buschmann-Steinhage, 2011*) sowie *Köllner (2018)*, sondern muss auf die spezifischen Problemlagen der Rehabilitanden (soziale Konflikte, fehlende Wertschätzung, Arbeitslosigkeit, Überlastungen in Familie und Beruf etc.) fokussieren. Dies würde eine Neuzusammenstellung von Gruppen und speziellen Angeboten erfordern. Insgesamt ist ein eigenes MBOR Konzept für die Psychosomatik noch zu entwickeln. Aktuell ist MBOR zu sehr auf die Arbeitswelt ausgerichtet. Es bedarf u. E. eines ähnlichen Programms für Personen, die familiale Problemlagen haben, damit die belastende Arena bearbeitet werden kann und so die belastete Arena (Arbeit) verbessert wird. Damit wird auch die Verknüpfung und wechselseitige Beeinflussung zwischen Arbeits- und Lebenswelt adressiert (Work-Life-Balance).

9.2.2 Gruppenangebote

In den von uns untersuchten Reha-Kliniken werden unterschiedliche themenbezogene Gruppen angeboten, etwa Depressionsgruppen, Angstgruppen, Trauma-Gruppen, Stressbewältigungsgruppen etc., die in der Regel gut angenommen werden; viele dieser Angebote folgen bewährten standardisierten Formaten.

Empfehlungen

Kernproblem

Während der größte Teil der Rehabilitanden diese Gruppen als hilfreich erlebt, gibt es einen kleineren Anteil von Personen (ca. 20%) die generell Schwierigkeiten mit sozialen Situationen haben (mangelnde soziale Kompetenz), sich bereits seit längerem in Einzeltherapie befinden oder die aufgrund ihrer Symptome soziale Ängste entwickelt haben. Wegen der weitgehenden Standardisierung der psychosomatischen Rehabilitation mit Blick auf Gruppenangebote wird diesen Patienten, die den Gruppentherapien keine positive Wirkung zuschreiben, wenig oder gar nicht geholfen.

Empfehlung

Eine konsequente Umsetzung der im BTHG rechtlich vorgegebenen Personenzentrierung scheint aus unserer Sicht dringend nötig, um eine individuell passfähige Zuweisung etwa zu speziellen Gesprächsangeboten zu ermöglichen. Damit könnte auch verhindert werden, dass die oben genannte Gruppe sich zu wenig berücksichtigt fühlt, wenngleich aus psychologischer Sicht eine offene Auseinandersetzung mit anderen Betroffenen zu befürworten ist. Dies verweist auf entsprechende Motivationsarbeit.

9.2.3 Entlassungssituation

Kernproblem

Die Entlassungssituation enthält per se ein Konfliktpotenzial: am Ende der Reha steht ein sozialmedizinisches Entlassungsgutachten, das zugleich eine Prognose über die zukünftige Arbeitsfähigkeit darstellt, die von den Rehabilitanden vielfach als ungerechtfertigtes „Urteil“ erlebt wird. Abgesehen von der kleinen Gruppe die die Reha als Legitimation für eine EM-Rente sieht, handelt es sich hier überwiegend um Rehabilitanden, die sich zum Zeitpunkt der Entlassung, nicht aber grundsätzlich als arbeitsunfähig sehen. Eine weitere, zahlenmäßig kleine Gruppe wird als arbeitsunfähig entlassen, obwohl sie sich selbst als arbeitsfähig sieht.

Empfehlung

Die in diesem Kontext entstehenden Beurteilungs- und Wahrnehmungskonflikte sollten durch eine offene Kommunikation in der Reha-Klinik hinsichtlich der Begutachtungspraxis aufgegriffen werden, um verständlicher zu machen, wie z.B. die Arbeitsfähigkeit des Rehabilitanden

Empfehlungen

bei der Entlassung sozialmedizinisch beurteilt wird und was dies konkret für seine Rückkehr in die Arbeitswelt bedeutet.

9.3 Im Nachgang der Reha

Da wir die Rehabilitanden in unserer Studie über einen längeren Zeitraum (bis zu 18 Monate) begleitet haben, liegt der Schwerpunkt unserer Empfehlungen auf der Gestaltung des Übergangs in Arbeit und Alltag sowie auf der ggf. notwendigen Nachsorge und Stabilisierung des Reha-Erfolgs.

9.3.1 Schonraum im Anschluss an die Reha

Auch wenn Rehabilitanden während ihres Aufenthalts in der medizinischen wie auch in der beruflichen Rehabilitation mit einer Vielzahl von Anforderungen konfrontiert sind, bleibt die Rehabilitation dennoch ein Ort der die Rehabilitanden von den alltäglichen „Daily Hassles“ und den beruflichen Belastungen weitgehend abschirmt. Insofern ist der direkte Übergang aus diesem „Schonraum“ ein möglicher Stressfaktor.

Kernproblem

Bei vielen psychosomatischen Rehabilitanden werden während der Reha sensible Themen angesprochen, die auch im Nachgang der Reha belastend sein können. Zudem stellt der lange Aufenthalt in der Klinik selbst eine Unterbrechung von Alltagsroutinen dar; diese müssen bei der Rückkehr nicht nur wieder aufgenommen werden, sondern darüber hinaus müssen auch belastende Erfahrungen in der Reha im Alltag kommuniziert und integriert werden. Eine Umsetzung der in der Reha angestoßenen Veränderungsinitiativen kann bei einer direkten Rückkehr in Arbeit und Familie zu einem Überlastungserleben führen, das zu einem gesundheitsgefährdenden Arrangement führen kann.

Empfehlung

Entgegen der gesetzlichen Regelung, dass bei Feststellung der Arbeitsfähigkeit die Arbeit direkt nach Ende der Maßnahme wieder aufgenommen werden muss, plädieren wir dafür, im Nachgang der Reha bei Bedarf einen 14tägigen „Schonraum“ (AU) zu gewähren, um neue Routinen in der Familie auszuhandeln und in der Reha erlernte Strategien zu etablieren, bevor sie

Empfehlungen

im Anschluss wieder ihre Arbeit ggf. mit einer StW wieder aufnehmen. Dies sehen wir insbesondere als hilfreich für Rehabilitanden an, die sich in der Arbeit *und* in der Familie parallel belastet fühlen. Die Rehabilitanden können sich damit den Problemen in den einzelnen Arenen (Familie, Beruf) nacheinander stellen.

9.3.2 Stufenweise Wiedereingliederung (StW)

Generell steht mit der StW eine Maßnahme bereit, die die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz nach langen AU-Zeiten (z.B. im Anschluss einer Reha) fördern kann. Eine positive Wirkung ist der StW aber nicht nur inhärent, wenn allein arbeitsplatzbezogene Belastungen bestehen; die StW wirkt auch überaus förderlich auf den RTW bei einer Doppelbelastung in Familie und Arbeit, weil sie eine Übergangszeit schafft, in der sich die Rehabilitanden reorganisieren, testen und neue Strategien des Umgangs mit psychischen Belastungsfaktoren in Arbeit und Familie etablieren können.

Kernproblem

Mit der StW gelingt es den Schonraum im Nachgang der Reha zumindest teilweise über eine begrenzte Zeit zu erhalten und die Rehabilitanden Stück für Stück davon begleitend loszulösen; der besondere Vorteil liegt damit auch in einem unterstützten Überwinden verbliebener Unsicherheiten auf dem Weg der psychischen Stabilisierung. StW ist allerdings nicht für alle Rehabilitanden erforderlich, weshalb es differenzierter Zuweisungskriterien bedarf. Besonders geeignet erscheint uns die StW bei Personen, die bei ihrer Rückkehr aus der Rehaklinik einen begrenzten Schonraum für die Etablierung neuer Strategien der Stabilisierung ihres Arbeits-, Familien- und Freizeitlebens benötigen.

Grundsätzlich sehen auch betriebliche Akteure in der StW eine gute Maßnahme, die Rehabilitanden wieder an ihre Arbeit heranzuführen.

Empfehlung

Für einige der psychosomatischen Rehabilitanden, v.a. für diejenigen die ihre Leistungsfähigkeit noch nicht sicher einschätzen können, die zusätzliche Anpassungsprobleme in der Familie haben und noch mit den Nachwirkungen des Klinikaufenthaltes beschäftigt sind, kann die StW eine sinnvolle Möglichkeit zur nachhaltigen Beschäftigungssicherheit sein. Aus unserer Sicht sollte immer geprüft werden, ob sich eine StW anbietet. Eine StW muss aber auch passfähig

Empfehlungen

auf den Arbeitsplatz sein, was sich bei einigen unserer Teilnehmer als schwierig erwies. Eine Begleitung seitens einer Rehabilitationsfachkraft könnte sich positiv auf den RTW-Erfolg mit StW erweisen.

9.3.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Auch wenn die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben keine medizinische Rehabilitation zur Voraussetzung haben, eröffnet sie dennoch in vielen Fällen (in unserer Stichprobe der Vorgängerstudie zu den Verlaufskurven beruflicher Rehabilitanden hatten 65% der Teilnehmer mindestens eine med. Reha absolviert) den Zugang zu beruflichen Qualifizierung. Bei psychischen Erkrankungen stehen Qualifizierungsleistungen hinter Muskel- und Skeletterkrankungen an zweiter Stelle (*Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016*). Daraus verweist auf den erheblichen Bedarf an beruflichen Teilhabeleistungen für diese Gruppe.

Kernproblem

Das Thema LTA ist, zumindest mit Blick auf unsere Stichprobe, in der psychosomatischen Reha unterrepräsentiert bzw. wird es zu zaghaft angesprochen und damit wenig empfohlen. Dies kann aber auch damit zusammenhängen, dass die Rehabilitation in den psychosomatischen Kliniken zentral auf Gesundheitsthemen fokussiert ist und die MBOR häufig auf die Rückkehr in den (alten) Beruf zielt. Gerade mit Bezug auf den RTW geraten, so unsere Ergebnisse, mögliche Alternativen (LTA-Leistungen, alternative Beschäftigungsmöglichkeiten) selten in den Blick. Eine Empfehlung auf LTA oder zumindest eine Diskussion von möglichen LTA Leistungen kann allein über die Bereitstellung von Alternativen den subjektiven Druck arbeitsplatzbezogener psychischer Belastungen absenken, einen gelingenden RTW im Nachgang der Reha ermöglichen, wenn bei einer subjektiv ausgeschlossenen Rückkehr an den alten Arbeitsplatz die individuellen Versuche, einen neuen Arbeitsplatz zu finden, längerfristig scheitern.

Die von uns befragten klinischen Experten sehen sich bislang für die Empfehlung von LTA-Leistungen als nicht zuständig, auch weil ihnen oft das einschlägige Wissen fehlt. Sie erwarten vielmehr eine stärkere und frühzeitige Einbindung der Rehafachberater während des Klinikaufenthalts. Sie wünschen sich vor allem feste Ansprechpartner, regelmäßige Treffen und eine größere Präsenz der Reha-Fachberater in den Kliniken. Darüber hinaus erscheint auch die Beschleunigung der LTA-Anträge wünschenswert, denn lange Wartezeiten gefährden erfah-

Empfehlungen

rungsgemäß den Therapieerfolg. Unsere Erfahrungen aus den Interviews zeigen, dass die Rehabilitanden in der Übergangszeit sich oft passiv verhalten und von sich aus keine Alternativen oder andere Tätigkeiten suchen; bei einigen führt dies zu Resignation und einem Sich-Einrichten in Arbeitslosigkeit.

Empfehlungen zu LTA

Selbst wenn eine positive Erwerbsprognose im Entlassungsbericht besteht, sollte ggf. eine Empfehlung zu einer LTA gegeben werden. Auf jeden Fall sollten mögliche Perspektiven von LTA-Leistungen frühzeitig im Vorfeld der Entlassung bei der sozialtherapeutischen Beratung in der Klinik regelmäßig erwogen werden. Auch wenn sich die Rehabilitanden nicht sofort dafür entscheiden (können), wirkt der informative Anstoß im Anschluss an die medizinische Rehabilitation nach, besonders wenn sich die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz schwierig gestaltet.

9.3.4 Soziale Unterstützung im Alltag

Soziale Einbindung und soziale Unterstützung wird in allen Studien als ein wesentlicher positiver Faktor nicht allein beim RTW gesehen. Nicht nur für alleinlebende Personen (hier vor allem die Männer) besteht hier ein verstärkter Unterstützungsbedarf; auch bei sozial gut eingebundenen Personen fehlt es gelegentlich an externer Lösungskompetenz für allgemeine Probleme der Lebensbewältigung, von der Schuldnerberatung bis zur Berufswegeplanung.

Kernproblem

Neben den als krankheitswertig diagnostizierten Symptomen haben wir es in fast allen Fällen bei den von interviewten Rehabilitanden mit komplexen, gleichwohl alltäglichen Problemen der Lebensbewältigung zu tun, die aufgrund biografisch fehlender Bewältigungskompetenzen im Zusammenspiel mit der psychischen Vulnerabilität zu existenziellen Herausforderungen geworden sind. Hier besteht ein *akuter Handlungsbedarf*, der etwa mit sozialarbeiterischen Hilfen besser als mit langfristig wirkender Psychotherapie aufgegriffen werden könnte. Es fehlen trägerseitige Ansätze, bestehende Konzepte aus der sozialen Arbeit zur Unterstützung von Menschen mit verbliebenen psychischen Beschwerden für die Strukturierung ihres Alltags zu nutzen.

Empfehlungen

Empfehlung

- Rolle der Sozialarbeiter in den Reha-Einrichtungen stärken;
- Vermittlung an sozialpädagogische Angebote (Familienhilfe, Schuldnerberatung, Erziehungsberatung etc.);
- individuelle Unterstützung bei der Stabilisierung und Strukturierung des Alltags.

9.3.5 PsyRENA

PsyRENA zeigt durchweg einen positiven Effekt auf den RTW. Auch in der Beurteilung durch unsere Rehabilitanden wird das PsyRENA Programm überwiegend positiv gesehen. Es bietet für (*gruppen-*)*therapieaffine* Rehabilitanden eine niedrighschwellige Möglichkeit das in der Rehabilitation Erfahrene und Gelernte zu stabilisieren und zu vertiefen.

Kernprobleme

- Das PsyRENA-Programm wird außerhalb von Ballungszentren nur unzureichend angeboten, die Wege sind zu weit und die zeitliche Vereinbarkeit von Beruf, Familienleben und sozialen Verpflichtungen ist oft nicht möglich. Insgesamt wünschen sich die Rehabilitanden eine stärkere Flexibilität, auch zu den Inhalten, wie etwa die Erweiterung auf Familienprobleme, Work-Life-Balance etc.
- Aufgrund der Begrenzung auf 25 Therapiesitzungen ist allerdings der positive Aspekt eines über die Reha hinausführenden institutionalisierten Kontakts zwischen den Rehabilitanden limitiert.

Empfehlungen

- Stärkung des Berufs- und Alltagsbezugs in den PsyRENA-Gruppen; bis dato liegt der Fokus sehr stark auf dem Thema Krankheit;
- Erweiterung des Programms durch Berücksichtigung der individuellen Wünsche der Teilnehmer;

Empfehlungen

- Einrichtung von speziellen Themengruppen. Hier wäre eine Art Seminarcharakter denkbar, der es den Teilnehmern erlaubt, aus einer Palette von Themen ein Angebot herauszusuchen, das den eigenen Interessen und Bedürfnissen entspricht und diese vertiefend behandelt;
- Sicherstellung der Kontinuität und Geschlossenheit der Gruppe, die zulässt, dass ein Vertrauensverhältnis entsteht. Fehlende Teilnahme bzw. die Hop-on-Hop-off-Mentalität einiger Teilnehmer erschweren das kontinuierliche Arbeiten.

9.3.6 Klinische Auffrischung

Trotz der in der Regel fünf Wochen umfassenden stationären psychosomatischen Rehabilitation können viele Patienten aufgrund der oft erstmaligen intensiven und durch Ärzte und Psychologen angeleiteten Auseinandersetzung mit ihrer Problematik die vielfältigen in der Maßnahme erlernten Strategien nicht dauerhaft in ihren Alltag und am Arbeitsplatz umsetzen. Vor diesem Hintergrund geht es um die nachhaltige Stabilisierung der neu erlernten Verhaltensmuster. Hierfür gibt es bislang keine eher niedrigschwelligen Angebote; in einigen unserer Interviews wurde ausdrücklich der Wunsch nach einer Auffrischung von ein bis zwei Wochen ein Jahr nach Abschluss der Reha formuliert.

Empfehlung

Ein verkürzter Aufenthalt (ca. ein bis zwei Wochen) in der Reha-Klinik ein Jahr nach der ursprünglichen Reha hat das Potential, erlernte Strategien und Konzepte des kontrollierten Umgangs mit den psychischen Beschwerden und Belastungsfaktoren aufzufrischen. Besonders hilfreich könnte die damit verbundene Auszeit sein, die eine vertiefende Krankheitsarbeit jenseits der alltäglichen und beruflichen Verpflichtungen mit sich bringt. Neben der Verfestigung des Lerneffekts könnten auch zusätzliche bzw. korrigierende Anregungen (z.B. Anpassung an neue Gegebenheiten) aus den Therapien mitgenommen und im Abgleich zur Weiterentwicklung anderer Mitrehabilitanden vorbildhafte Orientierungsfolien entwickelt. Alternativ zu einem stationären Aufenthalt wäre auch eine regionale Kontaktgruppe in einer ambulanten psychosomatischen Reha-Einrichtung in Erwägung zu ziehen.

Empfehlungen

Diese „Auffrischung“ sollte aber nur selektiv Anwendung finden, da der weit größte Teil der Rehabilitanden ein Jahr nach der RehaMaßnahme wieder Stabilität im familiären und beruflichen Alltag gewonnen hat und sich mit dem Thema Krankheit nicht mehr auseinandersetzen will und muss. Als Zielgruppe sehen wir hier insbesondere Rehabilitanden mit negativer sozialmedizinischer Prognose und prekärer sozialer Einbindung.

9.3.7 Internetbasierte Rehabilitationsnachsorge (InterNa-Reha)¹⁰⁴

Eine wichtige Erkenntnis aus den Interviews ist, dass viele Menschen mit psychischen Beschwerden nach einer psychosomatischen und auch nach einer beruflichen Rehabilitation untereinander den Kontakt weiter halten (wollen). Sie vernetzen sich in WhatsApp- und Facebook-Gruppen, stehen online im Einzelkontakt, verabreden sich regelmäßig zu Treffen (zu zweit bzw. in Gruppen) und/oder telefonieren miteinander. Der beibehaltene Kontakt, den die Rehabilitanden bereits während der Reha aufbauen und intensivieren, und der Austausch über das gegenseitige Befinden oder die weitere Entwicklung wirkt als emotionale Stütze. Ebenso wirkt der Gedankenaustausch und die gegenseitige Beratung positiv auf die Stabilisierung der Gesundheit und auch der Alltagsbewältigung. Dieser stabilisierende Faktor ist bereits während der Rehabilitation zu beobachten; viele Rehabilitanden sprechen von einer „Schicksalsgemeinschaft“ oder von „Leidensgefährten“ und sind der Meinung, dass nur andere ähnlich erkrankte Menschen die eigenen Probleme nachvollziehen und verstehen können.

Kernproblem

Es gibt aber auch einige Rehabilitanden, die es versäumt haben, die Kontakte aus der Reha in die Zeit danach zu überführen; mitunter haben sie es lediglich versäumt, Telefonnummern auszutauschen. Diese Rehabilitanden vermissen schmerzlich den Kontakt zu ihren „Leidensgefährten“ im Anschluss der Rehabilitation. Andere Rehabilitanden stoßen im Nachgang der Reha auf unerwartete Probleme, bei denen sie sich eine Beratung von „Gleichgesinnten“ wünschen würden, aber keinen Kontakt zu ihnen finden.

¹⁰⁴ Der in der Überschrift genannte Titel steht für ein derzeit von unserer Forschungsgruppe gefördertes Projekt von der DRV-Bund, in dessen erster Phase die Entwicklung und Akzeptanz einer Online-Plattform für ehemalige Rehabilitanden erprobt und evaluiert werden soll.

Empfehlungen

Empfehlung

Die Einbindung der beiden zuletzt genannten Gruppe von Rehabilitanden aber auch die Förderung des Austauschs der Rehabilitanden untereinander könnte über die Bereitstellung einer Onlineplattform für ehemalige Rehabilitanden erfolgen. Die Onlineplattform sollte sich unserer Ansicht nach folgendermaßen gestalten:

- Zugang für alle Rehabilitanden (Psychosomatik, Orthopädie, BFW etc.);
- Der Zugang sollte möglichst kostenlos und niedrigschwellig sein;
- Es sollte offene Foren für unterschiedliche Themen (die die Rehabilitanden auch selbst gründen können) zum freien Gedankenaustausch zwischen den Registrierten geben;
- Geschlossene Foren sollten die Rückgewinnung des Kontakts zu ehemaligen Mitrehabilitanden aus der Klinik bzw. aus dem BFW fördern und einen dementsprechend persönlicheren Gedankenaustausch ermöglichen;
- Trägerübergreifendes Informationsmaterial über mögliche Angebote bezüglich Therapie, Unterstützung bei der Alltagsbewältigung sowie Hilfen am Arbeitsplatz oder bei der Suche nach Arbeit sollten in einem gesonderten Informationsteil für Rehabilitanden zur Verfügung stehen;
- Schlussendlich könnte dieser Informationsteil auch um Informationen für Arbeitgeber und Selbständige ergänzt werden.
- Das Angebot ist browserbasiert sowie als App verfügbar.

9.3.8 Stärkung träger- und einrichtungsübergreifenden Case-Managements

Alle der bisher ausgesprochenen Empfehlungen haben eine personenzentrierte Sichtweise und eine individualisierende Unterstützungsstrategie zur Voraussetzung. Dies kann am besten durch die allgemeinen Prinzipien des Case-Managements gewährleistet werden. Dies lässt sich mit Blick auf die Unterstützung beim RTW zeigen.

Kernprobleme

In den aktuellen Diskussionen über das in der Sozialarbeit schon seit langem bewährte und vielfach weiterentwickelte Case-Management (Wendt, 2001)² und seine für die Belange der

Empfehlungen

Sozialen Arbeit in der Rehabilitation schon früh vorgeschlagene Anpassung (*Mühlum/Gödecker-Geenen, 2003*) befindet sich gegenwärtig ein auf das gesamte Rehabilitationsgeschehen zugeschnittenes Fallmanagement (*Kaluscha, 2018*) in der Entwicklung. Dabei ist aus unserer Sicht zu unterscheiden zwischen einem auf Seiten der Verwaltung gesteuerten Management der Fälle (*Managed Care, (Wiechmann, 2003)*¹⁰⁵, etwa von der primärärztlichen Versorgung in das Reha-System, und einer im Sinne des Bundesteilhabegesetzes vorgesehenen personenzentrierten Fallgestaltung (*Case-Management*) auf der anderen Seite, bei der der Rehabilitand von einem Case- oder Disability-Manager oder von einem Refachberater etwa beim Prozess der Rückkehr ins Arbeitsleben in seinem konkreten Hilfebedarf „aus einer Hand“ unterstützt wird, etwa bei Konflikten mit Kollegen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz, bei Aushandlungsprozessen mit dem Arbeitgeber über kürzere Arbeitszeiten, die Einrichtung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes oder bei der Suche nach einem geeigneten Angebote zu einer begleitenden Psychotherapie, usw. Beide Aspekte – *Managed Cases* und *Case-Management* – gehören eng zusammen. Während ersteres sowohl Prozesse der rechtzeitigen Zuweisung aus dem primärärztlichen oder dem betriebsärztlichen System in (die Beratung zu) medizinische(n) oder LTA-Leistungen und eine verbesserte Koordination und Verzahnung der Leistungen kostenträgerübergreifend zum Gegenstand hat, zielt das Case Management auf eine einrichtungsübergreifende personenzentrierte also fallbezogene Unterstützung und Koordination der Leistungen für die Rehabilitanden unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts der Rehabilitanden und des Datenschutzes.

Eine Verzahnung beider Aspekte ist bislang aus unserer Sicht nicht klar erkennbar; beim Case-Management tauchen Aspekte der Zuständigkeit (bis wohin und wie lange ist etwa ein Refachberater für einen Rehabilitanden zuständig?) an den institutionellen Grenzen ebenso auf wie die Frage nach der Kostenübernahme. In praxisbezogener Hinsicht existieren bereits eine Reihe von Konzepten und Erfahrungen (vgl. *Keck/Gödecker-Geenen/Mennemann, 2014*) sowie an einem biografischen Fallmanagement orientierte Lehrmaterialien anhand empirisch gewonnener sogenannter „Fallvignetten“.

¹⁰⁵ Hier sollte man im Kontext der Rehabilitation besser von „Managed Cases“ als von Manged Care sprechen.

Empfehlungen

Empfehlungen

Bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz sehen sich berufliche wie auch medizinische Rehabilitanden mit ähnlichen Hemmschwellen und Problemen konfrontiert. Neben weiter bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen stellen spezifische und zu bewältigende Alltagsaufgaben große Hemmnisse in der Re-Stabilisierung des Lebens und des Arbeitsverhältnisses dar. Trotz aller Ähnlichkeiten stellt sich die Problembewältigung in jeder Fallkonstellation (Meschnig/Kardorff/Klaus, 2019) anders dar und benötigt eine individualisierte Lösungsstrategie, die entlang eines einheitlichen methodischen Vorgehens strukturiert wird. Dafür bietet sich das bewährte und für die Rehabilitation angepasste Konzept des Case Managements an, das durch Reha-Fachberater, Disability-Manager oder Sozial- und Rehabilitationspädagogen angeboten wird. Unter anderem werden die Rehabilitanden unterstützt bei *erstens* der Suche nach einem passenden (Schon-)Arbeitsplatz personenzentrierte Hilfeplanung nach BTHG, *zweitens* Beratung zu LTA Möglichkeiten und ggf. Förderung bei beruflicher Selbständigkeit und *drittens* Kurzzeitmaßnahmen wie etwa Selbsterprobung oder Anpassungsqualifizierung. Zusammenfassen lassen sich die Empfehlungen wie folgt:

- Entwicklung eines kostenträgerübergreifenden Konzepts der Managed Cases;
- Weiterentwicklung des Fallmanagements zu einem einrichtungsübergreifenden und bedarfsgerechten Angebots zunächst für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben;
- Ausbau und weitere Spezifizierung des Case-Managements für die medizinische Rehabilitation wie auch für LTA-Leistungen.

Literaturverzeichnis

- Ahrbeck, Bernd/Willmann, Marc* (Hrsg.) (2010): Pädagogik bei Verhaltensstörungen: Ein Handbuch, Stuttgart: Kohlhammer.
- Akasha-Böhme, Farideh/Böhme, Gernot* (2005): Mit Krankheit leben: Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen, München: Beck.
- Albani, C. u. a.* (2019): Sektorengrenzen schneller überwinden - Behandlungspfade in der Psychosomatik weiterentwickeln, in: *Deutsche Rentenversicherung Bund* (Hrsg.), 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2019, S. 372–375.
- Alonso, J./Angermeyer, M. C./Lépine, J. P.* (2004): The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe, in: *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (2004), S. 5–7, <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00325.x#>.
- Alsdorf, Nora u. a.* (Hrsg.) (2017): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung, Bielefeld: transcript-Verlag.
- Amlinger-Chatterjee, M.* (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Atypische Arbeitszeiten, Dortmund/Berlin/Dresden.
- Andersen, Malene Friis/Nielsen, Karina M./Brinkmann, Svend* (2012): Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders, in: *Scandinavian journal of work, environment & health* 38 (2012), S. 93–104, <https://doi.org/10.5271/sjweh.3257#>.
- Anema, J. R. u. a.* (2006): Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner, in: *Journal of occupational rehabilitation* 16, S. 41–52, <https://doi.org/10.1007/s10926-005-9001-4#>.
- Angerer, Peter u. a.* (Hrsg.) (2014): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin ; [Thema Jahrestagung DGAUM 2013, Heidelberg u. a.: ecomed MEDIZIN.
- Angermeyer, Matthias C.* (2004): Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft (Stigmatization of mentally ill patients by the society, ger), in: *Psychiatrische Praxis* 31 Suppl 2, S. 246-250.

- Angermeyer, Matthias C. u. a.* (2017): Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys, in: *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 16, S. 50–61, <https://doi.org/10.1002/wps.20383#>.
- Anselm, Sigrun* (1997): Identifizierung und Selbstbehauptung: Überlegungen zu einer aktuellen Dimension des Anerkennungskonflikts, in: *Heiner Keupp/Renate Höfer* (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute: Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung*, 1997, ?-?
- Antonovsky, Aaron* (1997): *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Tübingen: dgvt Verlag.
- Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen* (Hrsg.) (1973): *Alltagswissen, Interaktion und Gesellschaftliche Wirklichkeit*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Armbruster, Jürgen u. a.* (Hrsg.) (2015): *40 Jahre Psychiatrie-Enquete: Blick zurück nach vorn*, Köln: Psychiatrie Verlag.
- Badura, Bernhard* (2006): Strategie- und Konzeptwechsel in der betrieblichen Gesundheitspolitik, in: *Wilhelm Kirch/Bernhard Badura* (Hrsg.), *Prävention: Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses*, 2006, S. 23–40.
- Balint, E. M. u. a.* (2018): Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb. Ein Zukunftsmodell?, in: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 31 (2018), S. 38–47.
- Baltes, Paul B.* (1990): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze, in: *Psychologische Rundschau* 41 (1990), S. 1–24.
- Bandura, Albert* (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*, New York, NY: Freeman, 1997
- Bartel, Susanne* (2018a): *Arbeit - Gesundheit - Biographie: Gesundheitsbedingte Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben*, Bielefeld: transcript.
- (2018b): *Exit from Work*. Dissertation an Humboldt Universität zu Berlin.
- Bauer, Joachim* (2013): *Arbeit –Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht*, München: Blessing Verlag.
- Baumann, E./Czerwinsky, F.* (2015): Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen, in: *Jan Böcken/Bernard Braun/Rüdiger Meierjürgen* (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2015: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen ; Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK*.

- Baumeister, Harald* (2016): Diagnostik und Indikationsstellung bei psychischen Belastungen und Störungen, in: *Jürgen Bengel/Oskar Mittag* (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Ein Lehr- und Praxishandbuch*, 2016, S. 39–50.
- Beck, D. u. a.* (2012): Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland, in: *Præv Gesundheitsf* 7 (2012), S. 115–119, <https://doi.org/10.1007/s11553-011-0326-x#>.
- Belin, Alice u. a.* (2016): Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes, Luxemburg, <https://osha.europa.eu/de/tools-and-publications/publications/summary-research-review-rehabilitation-and-return-work> (Zugriff 2019-06-05).
- Bengel, Jürgen/Jerusalem, Matthias* (Hrsg.) (2009): *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*, Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, Jürgen/Koch, Uwe* (Hrsg.) (2000): *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung ; mit 32 Tabellen*, Berlin: Springer.
- Bengel, Jürgen/Mittag, Oskar* (Hrsg.) (2016): *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Ein Lehr- und Praxishandbuch*, Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard* (2001): *Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert ; eine Expertise*, Köln: BZgA.
- Berger, Peter Ludwig/Luckmann, Thomas* (1969): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie*, Frankfurt a. M: Fischer.
- Bethge, M. u. a.* (2010): Berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation: Eine clusterrandomisierte Studie (Return to work following work-related orthopaedic rehabilitation: a cluster randomized trial, ger), in: *Die Rehabilitation* 49 (2010), S. 2–12, <https://doi.org/10.1055/s-0029-1246143#>.
- Bethge, M./Thren, K./Müller-Fahrnow, W.* (2007): Arbeitsbezogene Einstellungen und subjektive Erwerbsprognose bei Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen, in: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 77 (2007), S. 155–160.
- Blank, Lindsay u. a.* (2008): A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health, in: *Journal of occupational rehabilitation* 18 (2008), S. 27–34, <https://doi.org/10.1007/s10926-008-9121-8#>.

- Blonk, Roland W. B. u. a.* (2006): Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed, in: *Work & Stress* 20 (2006), S. 129–144, <https://doi.org/10.1080/02678370600856615#>.
- Blumer, Herbert* (1969): *Symbolic interactionism: Perspective and method*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- (1973): Der Methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus, in: *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen* (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und Gesellschaftliche Wirklichkeit*, 1973, S. 80–101, https://doi.org/10.1007/978-3-663-14511-0_4#.
- Böcken, Jan/Braun, Bernard/Landmann, Juliane* (Hrsg.) (2010): *Gesundheitsmonitor 2009: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*, Guetersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Böcken, Jan/Braun, Bernard/Meierjürgen, Rüdiger* (Hrsg.) (2015): *Gesundheitsmonitor 2015: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen ; Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, s.l.*: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Boehm, Andreas* (1994): Grounded Theory - wie aus Texten Modelle und Theorien gemacht werden, in: *Andreas Boehm* (Hrsg.), *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge*, 1994, S. 121–140.
- (Hrsg.) (1994): *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge*, Konstanz: Univ.-Verl. Konstanz.
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang* (Hrsg.) (2002): *Das Experteninterview*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brouwers, S. u.a.* (2009): Predicting Return to Work in Employees Sick-Listed Due to Minor Mental Disorders, in: *Journal of occupational rehabilitation* 19 (2009), S. 323–332.
- Buchen, Sylvia/Helfferich, Cornelia/Maier, Maja S.* (Hrsg.) (2004): *Gender methodologisch: Empirische Forschung in der Informationsgesellschaft vor neuen Herausforderungen*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Buchholz, Ines* (2015): *Subjektive Sichtweisen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation*, Dissertation, Greifswald.
- Bülau, Ida u. a.* (2016): Evaluation von Kontextfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation, in: *Die Rehabilitation* 55 (2016), S. 381–387.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012): *Arbeiten an der Leistungsgrenze*, Berlin, http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/246648/publicationFile/31879/psychische_komorbiditaet.pdf (Zugriff 2019-05-29).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2018): *Multimorbidität in der medizinischen Rehabilitation*, Frankfurt a. M., https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitsmaterialien/downloads/Brosch%C3%BCre_Multimorbidit%C3%A4t_2018.pdf (Zugriff 2019-06-12).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*, Bonn, https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf;jsessionid=DC481EBECAB2CA46328B1FDA91A75844?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff 2019-04-12).

– (Hrsg.) (2015): *Grünbuch - Arbeiten 4.0: Arbeit weiter denken*, Berlin, https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/gruenbuch-arbeiten-vier-null.pdf%3F__blob%3DpublicationFile (Zugriff 2019-06-12).

– (2016): *Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*, Bonn, http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (Zugriff 2019-04-12).

– (Hrsg.) (2017): *Weißbuch - Arbeiten 4.0: Arbeit weiter denken*, https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a883-weissbuch.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 2019-06-12).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2016): *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014: Unfallverhütungsbericht Arbeit*, 2. Aufl., Dortmund/Berlin/Dresden, https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2014.pdf?__blob=publicationFile&v=14 (Zugriff 2019-04-12).

Bundespsychotherapeutenkammer (2017): *Arbeitsunfähigkeitstage - die häufigsten Erkrankungen von 2000 bis 2016: Daten der AOK, BARMER-GEK, BKK, DAK, TK; eigene Berechnungen der BPTK, 2017.*, https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180102_pm_bptk_au-tage_von_2000_bis_2016.pdf.

- (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeitenj 2018, Berlin, https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf (Zugriff 2019-06-05).
- Bury, Michael* (2009): Chronische Krankheit als biographischer Bruch, in: *Doris Schaeffer* (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*, 2009, S. 75–90.
- Buschmann-Steinhage, Rolf/Haaf, Hans-Günter/Koch, Uwe* (Hrsg.) (März 2015): 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung vom 16. bis 18. März 2015 in Augsburg: Psychische Störungen - Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation : Tagungsband, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, März 2015.
- Carstensens, Tanja* (2015): Neue Anforderungen und Belastungen durch digitale und mobile Technologien, in: *WSI-Mitteilungen* 68 (2015), S. 187–193.
- Chan, Fong/Berven, Norman L./Thomas, Kenneth R.* (Hrsg.) (2004): *Counseling theories and techniques for rehabilitation and mental health professionals*, New York: Springer.
- Charmaz, Kathy* (1991): *Good days, bad days: The self in chronic illness and time*, New Brunswick, NJ: Rutgers Univ. Press.
- (2006): *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*, London: Sage Publications Ltd.
- Cina, R./Lindenmeyer, J.* (2017): *Konzept der salus klinik Lindow: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik*.
- Clarke, Adele E.* (2012): *Situationsanalyse: Grounded Theory nach dem Postmodern Turn*, Wiesbaden: Springer VS.
- Cloerkes, Günther* (Hrsg.) (2003): *Wie man behindert wird: Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen*, Heidelberg: Winter.
- Corbière, M./Negrini, A./Dewa, C. S.* (2013): *Mental health problems and mental disorders: Linked determinants to work participation and work functioning*, in: *Loisel, P. & Anema, J. R.* (Hrsg.), *Handbook of work disability: Prevention and management*, 2013, S. 267–289.
- Corbin, Juliet M./Hildenbrand, Bruno/Schaeffer, Doris* (2009): *Das Trajektkonzept*, in: *Doris Schaeffer* (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*, 2009, S. 55–74.
- Corbin, Juliet M./Strauss, Anselm L.* (2004): *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*, 2. Aufl., Bern u. a.: Huber.

- Cornelius, L. R. u. a.* (2011): Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review, in: *Journal of occupational rehabilitation* 21 (2011), S. 259–274, <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9261-5#>.
- Cowls, Jocelyn/Galloway, Edith* (2009): Understanding how traumatic re-enactment impacts the workplace: assisting clients' successful return to work, in: *Work* (Reading, Mass.) 33 (2009), S. 401–411, <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0889#>.
- DAK Forschung* (2013): DAK-Gesundheitsreport 2013.
- (2015): DAK-Gesundheitsreport 2015.
- Deck, Ruth* (1999): Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation: Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg, Zugl.: Marburg, Univ., Diss, Lage: Jacobs.
- (2011): Reha-Erwartungen bei unterschiedlichen Indikationen: Ausprägungen, Zusammenhänge mit reha-relevanten Parametern und Reha-Erfolg, Lübeck, 2011, https://psychologie-aktuell.info/reha/wp-content/uploads/downloads/2011/09/deck_rehaerwartungen.pdf (Zugriff 2019-06-12).
- Deniz, Nevin/Noyan, Aral/Ertosun, Öznur Gülen* (2015): Linking Person-job Fit to Job Stress: The Mediating Effect of Perceived Person-organization Fit, in: *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 207 (2015), S. 369–376, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.10.107#>.
- Denzin, Norman K.* (Hrsg.) (1978): *Studies in symbolic interaction: An annual compilation of research*, Greenwich, Conn.: Jai Press.
- (Hrsg.) (1984): *Studies in symbolic interaction: An annual compilation of research*, Greenwich, Conn.: Jai Press.
- (1989): *Interpretive interactionism*, 2. Aufl., Newbury Park, Cal.: Sage Publ.
- Detka, Carsten* (Hrsg.) (2016): *Qualitative Gesundheitsforschung: Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis*, Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation* (2017): Anforderungen an den Gesundheitscheck ab 45, <https://www.degemed.de/wp-content/uploads/2017/07/Positionspapier-Gesundheitscheck-mit-45-Langfassung.pdf>.

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (Hrsg.) (2018a): Dossier: Psychische Erkrankungen in: Deutschland: Schwerpunkt Versorgung, Berlin, https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf (Zugriff 2019-04-10).
- (2018b): Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung: Eine Publikation der DGPPN, Berlin (Zugriff 2019-04-10).
- (2019): Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie, 2019, https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/933a83524dd5459f46f2d2885ff57a0b69264cef/Factsheet_Psychiatrie.pdf (Zugriff 2019-05-29).
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung* (2014): Psychische Belastung und Beanspruchung bei der Arbeit: Grundverständnis und Handlungsrahmen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/fachbereiche_dguv/fb-gib/psyche/pospapier.pdf (Zugriff 2019-06-12).
- Deutsche Rentenversicherung Bund* (Hrsg.) (2014a): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, Berlin, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf (Zugriff 2019-04-04).
- (2014b): Psychische Komorbidität: Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation, Berlin, http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/246648/publicationFile/31879/psychische_komorbiditaet.pdf (Zugriff 2019-05-29).
- (Hrsg.) (2014c): Reha-Bericht Update 2014: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Berlin, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2014.pdf?__blob=publicationFile&v=2DRV (Zugriff 2019-06-12).

Literaturverzeichnis

- (2015a): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht: Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015; http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/215334/publicationFile/2078/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.pdf (Zugriff 2019-05-29).
 - (2015b): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation: Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: DRV-Bund.
 - (2016): DRV- Update: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Berlin, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2016.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Zugriff 2018-06-12).
 - (2018a): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), Berlin.
 - (Hrsg.) (2018b): Reha-Bericht 2018: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Berlin, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2018.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff 2019-04-04).
 - (Hrsg.) (2018c): Rentenversicherung in Zeitreihen, 24. Aufl., Berlin, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238700/publicationFile/62588/03_rv_in_zeitreihen.pdf (Zugriff 2019-04-12).
 - (Hrsg.) (2019): 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Berlin: DRV-Bund, 2019
 - (Hrsg.) (12.06.2019): Projekt „MBOR Kooperationen“, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_reha/01_grundlagen/modellprojekte/mbor_node.html.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation* (2015): Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem: Dringende Handlungsfelder für Politik und Rehabilitationsträger (Use of the ICF in the German rehab system: imperative fields of action for policy and rehab carriers, ger), in: *Die Rehabilitation* 54 (2015), S. 60–61, <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398518#>.
- Dewa, Carolyn S. u. a.* (2002): Depression-related short-term disability in an employed population, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 44 (2002), S. 628–633.
- DGB* (o.J.): DGB-Index Gute Arbeit, <https://index-gute-arbeit.dgb.de/dgb-index-gute-arbeit>.

- DGUV* (2014): Psychische Belastung und Beanspruchung bei der Arbeit: Grundverständnis und Handlungsrahmen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/fachbereiche_dguv/fb-gib/psyche/pospapier.pdf (Zugriff 2019-05-22).
- Diebig, M./Müller, A./Angerer, P.* (2017): Psychische Belastungen in der Industrie 4.0: Eine selektive Literaturübersicht zu (neuartigen) Belastungsbereichen¹, in: *ASU* 52 (2017), S. 832–839, https://www.asu-arbeitsmedizin.com/gentner.dll/0832-0839-ASU-1711_NzkwMzI4.PDF?.
- DIVSI* (2014): DIVSI-Studie zu Bereichen und Formen der Beteiligung im Internet. Ein Überblick über den Stand der Forschung, Hamburg, <https://www.divsi.de/wp-content/uploads/2014/04/DIVSI-Studie-zu-Bereichen-und-Formen-der-Beteiligung-im-Internet.pdf> (Zugriff 2019-06-05).
- Dragano, N.* (2007): Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frühberentung.: Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht., Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Dreitzel, Hans Peter* (1968): Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens, Stuttgart: Enke.
- Durkheim, Émile* (1970): Die Regeln der soziologischen Methode, 3. Aufl., Neuwied: Luchterhand.
- Egger, Josef W.* (2015): Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin: Ein biopsychosoziales Modell, Wiesbaden: Springer.
- Ehrenberg, Alain* (2004): Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart, Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Eierdanz, A.* (2011): Betriebliche Eingliederung von an Depression erkrankten Beschäftigten: Mit der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V und § 28 SGB IX, Masterarbeit, München: GRIN Verlag.
- Engel, George L.* (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, in: *Science* 196 (1977), S. 129–136.
- Erikson, Erik H.* (1966): Identität und Lebenszyklus, 12. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Falkai, Peter u. a.* (Hrsg.) (2015): Diagnostische Kriterien DSM-5®, Göttingen: Hogrefe.
- Faltermaier, Toni* (2003): Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit, in: *Matthias Jerusalem/Hannelore Weber* (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung : Diagnostik und Prävention*, 2003, S. 57–77.

- (2009): Gesundheit: körperliche, psychische und soziale Dimensionen., in: *Jürgen Bengel/Matthias Jerusalem* (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*, 2009, S. 46–60.
- Faltermaier, Toni/Bengel, Jürgen* (2000): Subjektive Konzepte und Vorstellungen von Gesundheit, in: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 8 (2000), S. 133–136, <https://doi.org/10.1026//0943-8149.8.4.133#>.
- Felkendorff, Kai* (2003): Ausweitung der Behinderungszone: Neuere Behinderungsbegriffe und ihre Folgen, in: *Günther Cloerkes* (Hrsg.), *Wie man behindert wird: Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen*, 2003, S. 25–52.
- Filipp, Sigrun-Heide/Aymanns, Peter* (1997): Subjektive Krankheitstheorien, in: *Ralf Schwarzer* (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch*, 1997, S. 3–21.
- Fischer-Rosenthal, Wolfram/Rosenthal, Gabriele* (1997): Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation, in: *Ronald Hitzler/Anne Honer* (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik: Eine Einführung*, 1997, S. 133–164.
- Flick, Uwe* (Hrsg.) (1991): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*, Heidelberg: Asanger.
- (1998a): Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit: Überblick und Einleitung, in: *Uwe Flick* (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund?: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, 1998, S. 7–30.
- (Hrsg.) (1998b): *Wann fühlen wir uns gesund?: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, Weinheim/München: Juventa-Verlag.
- (Hrsg.) (2000): *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- (2011): *Triangulation: Eine Einführung*, 3. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag.
- (2018): *Doing grounded theory*, 2. Aufl., Los Angeles u. a.: SAGE.
- Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines* (Hrsg.) (2015): *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, 11. Aufl., Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Forgas, Joseph P./Baumeister, Roy F./Tice, Dianne M.* (Hrsg.) (2009): *Psychology of self-regulation: Cognitive, affective, and motivational processes ; [Sydney Symposium of Social Psychology series, Volume 11, New York: Psychology Press.*

Literaturverzeichnis

- Frances, Allen* (2013): *Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*, Köln: DuMont.
- Freitag, Martin* (2015): *Implementierung der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ in der psychosomatischen Rehabilitation und Suchtrehabilitation: Lösungsansätze und Barrieren*, Dissertation, Hamburg-Eppendorf.
- Freudenberger, Herbert J.* (1974): *Staff Burn-Out*, in: *Journal of Social Issues* 30 (1974), S. 159–165, <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x#>.
- Friebertshäuser, Barbara/Prenzel, Annedore* (Hrsg.) (1997): *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Weinheim: Juventa-Verlag.
- Fuchs, Thomas/Iwer, Lukas/Micali, Stefano* (Hrsg.) (2018): *Das überforderte Subjekt: Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*, Berlin: Suhrkamp.
- (Hrsg.) (2018): *Das überforderte Subjekt: Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*, Berlin: Suhrkamp.
- Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie* (2017): *Psychische Arbeitsbelastung und Gesundheit*, Berlin.
- Gensichen, Jochen/Linden, Michael* (2013): *Psychische Gesundheit: Gesundes Leiden – die „Z-Diagnosen“*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (2013), A70-A72, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/134109/Psychische-Gesundheit-Gesundes-Leiden-die-Z-Diagnosen>.
- Gerhardt, Uta* (1986): *Patientenkarrieren: E. medizinsoziolog. Studie*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- (1999): *Herz und Handlungsrationalität: Biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung ; eine idealtypenanalytische Studie*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (12.06.2019): *Lebenszeit-Prävalenz, Lebenszeit-Prävalenzen*, http://www.gbe-bund.de/glossar/Lebenszeit_Praevalenz.html
- Glaser, Barney/Strauss, Anselm L.* (1967): *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Somerset: Taylor and Francis.
- (1968): *Time for Dying*, Chicago: Aldine de Gruyter.
- (1974): *Interaktion mit Sterbenden (Awareness of Dying): Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige*, Göttingen: Vandenhoeck.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L.* (1998): *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*, Bern: Huber.

- Goffman, Erving* (1959): The Moral Career of the Mental Patient, in: *Psychiatry* 22 (1959), S. 123–142, <https://doi.org/10.1080/00332747.1959.11023166#>.
- (1962): On cooling the mark out: Some aspects of adaption to failure., in: *A. M. Rose* (Hrsg.), *Human Behavior and Social Processes*, 1962, S. 482–505.
- (1963): *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- (1975): *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gühne, Uta/Becker, Thomas/Riedel-Heller, Steffi G.* (2016): Arbeit und Beschäftigung schwer psychisch erkrankter Menschen in Deutschland, in: *Soziale Psychiatrie* (2016).
- Hägerbäumer, M.* (2011): Ursachen und Folgen des Arbeitens trotz Krankheit – Implikationen des Präsentismus für das betriebliche Fehlzeiten- und Gesundheitsmanagement, Dissertation, Osnabrück.
- Han, Byung-Chul* (2010): *Müdigkeitsgesellschaft*, 3. Aufl., Berlin: Matthes & Seitz.
- Handerer, Josua/Thom, Julia/Jacobi, Frank* (2018): Die vermeintliche Zunahme der Depression auf dem Prüfstand: Epistemologische Prämissen, epidemiologische Daten, transdisziplinäre Implikationen, in: *Thomas Fuchs/Lukas Iwer/Stefano Micali* (Hrsg.), *Das überforderte Subjekt: Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*, 2018, S. 159–209.
- Hapke, U. u. a.* (2013): Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) (Chronic stress among adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1), ger), in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (2013), S. 749–754, <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1690-9#>.
- Härter, Martin/Baumeister, Harald/Bengel, Jürgen* (2007): *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen: Mit 17 Tabellen*, Heidelberg: Springer.
- Hasselhorn, H. M.* (2019): Wechsel von Tätigkeit, Arbeitgeber und Beruf bei den Babyboommern – Ergebnisse der lidA-Studie. Vortrag auf der Abschlusstagung von TErrA - Tätigkeitswechsel zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit am 07.03.2019, Wuppertal.
- Hees, Hiske L. u. a.* (2012): Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective, in: *PloS one* 7 (2012), e39947, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039947#>.

- Heinz, Walter R.* (1995): Arbeit, Beruf und Lebenslauf: Eine Einführung in die berufliche Sozialisation, Weinheim/München: Juventa-Verlag.
- Heinz, Walter R./Huinink, Johannes/Weymann, Ansgar* (Hrsg.) (2009): The life course reader: Individuals and societies across time, Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Henderson, Max u. a.* (2012): A lifecourse approach to long-term sickness absence--a cohort study, in: PloS one 7 (2012), e36645, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036645#>
- Henderson, Max u. a.* (2011): Work and common psychiatric disorders, in: Journal of the Royal Society of Medicine 104 (2011), S. 198–207, <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100231#>.
- Hennemann, S. u. a.* (2019): Digitaler Stress und psychische Gesundheit bei Personen mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko: eine querschnittliche Kohortenstudie im sozialmedizinischen Panel (GSPE-III), in: *Deutsche Rentenversicherung Bund* (Hrsg.), 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium.
- Hermanns, Harry* (2000): Interviewen als Tätigkeit, in: *Uwe Flick* (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, 2000, S. 360–369.
- Heyduck, K./Glattacker, M./Meffert, C.* (2011): Rehabilitation aus Patientensicht: Eine qualitative Analyse der subjektiven Behandlungskonzepte von Patienten in der stationären orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation (Rehabilitation from the patient perspective: a qualitative analysis of the treatment beliefs of patients in inpatient orthopedic and psychosomatic rehabilitation, ger), in: *Die Rehabilitation* 50 (2011), S. 232–243, <https://doi.org/10.1055/s-0030-1268000#>.
- Hildenbrand, Bruno* (2009): Die „Bewältigung“ chronischer Krankheit in der Familie, in: *Doris Schaeffer* (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*, 2009, S. 133–155.
- Hillborg, Helene/Svensson, Tommy/Danermark, Berth* (2010): Towards a working life? Experiences in a rehabilitation process for people with psychiatric disabilities, in: *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 17 (2010), S. 149–161, <https://doi.org/10.3109/11038120902906303#>.
- Hitzler, Ronald/Honer, Anne* (Hrsg.) (1997): *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik: Eine Einführung*, Wiesbaden/S.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hochschild, Arlie Russell* (2006): *Keine Zeit: Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur Arbeit wartet*, 2. Aufl., Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

- Höder, Jürgen/Deck, Ruth* (2014): Vorbereitung auf die Reha: Was wissen die Rehabilitanden über die Rehabilitation?: Kenntnisstand, Zugangswege und Optimierungsstrategien, http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_hoeder.pdf (Zugriff 2019-05-29).
- Hoffmann, Reiner/Bogedan, Claudia* (2015): Arbeit der Zukunft: Möglichkeiten nutzen - Grenzen setzen, Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Holmgren, Kristina/Ivanoff, Synneve Dahlin* (2004): Women on sickness absence—views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study, in: *Disability and rehabilitation* 26 (2004), S. 213–222, <https://doi.org/10.1080/09638280310001644898#>
- Honer, Anne* (2011): Kleine Leiblichkeiten: Erkundungen in Lebenswelten, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hopf, Christel* (1978): Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung / Pseudo-exploration – Thoughts on the techniques of qualitative interviews in social research, in: *Zeitschrift für Soziologie* 7 (1978), <https://doi.org/10.1515/zfsoz-1978-0201#>.
- Hormel, Ulrike/Scherr, Albert* (Hrsg.) (2010): Diskriminierung: Grundlagen und Forschungsergebnisse, Wiesbaden: Springer VS Verl. für Sozialwiss.
- Hoyer, Jürgen* (2000): Optimismus und Gesundheit: Überblick, Kritik und Forschungsperspektiven, in: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 8 (2000), S. 111–122, <https://doi.org/10.1026//0943-8149.8.3.111#>.
- Hünefeld, L.* (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Atypische Beschäftigung, Dortmund/Berlin/Dresden.
- Hütte, R./Muschalla, B.* (2019): Psychische Komorbidität? - Dokumentation psychopathologischer Befunde, Anamnese sowie Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Entlassungsbericht aus der somatischen Rehabilitation, in: *Deutsche Rentenversicherung Bund* (Hrsg.), 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2019, S. 114–116.
- ICD-10* (o.J.): Affektive Störungen F30-F39, <http://www.icd-code.de/icd/code/F34.-.html> (Zugriff 2019-06-07).
- Jacobi, F.* (2009): Nehmen psychische Störungen zu?, in: *Report Psychologie* 34 (2009), S. 16–28.

Literaturverzeichnis

- Jacobi, F. u. a.* (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung : Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) (Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH), ger), in: *Der Nervenarzt* 85 (2014), S. 77–87, <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y#>.
- Jacobi, F./Linden, M.* (2018): Macht die moderne Arbeitswelt psychisch krank - oder kommen psychisch Kranke in der modernen Arbeitswelt nicht mehr mit?, in: *ASU* 53 (2018), S. 530–536.
- Jerusalem, Matthias/Weber, Hannelore* (Hrsg.) (2003): *Psychologische Gesundheitsförderung : Diagnostik und Prävention*, Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Joiko, Karin/Schmauder, Martin/Wolff, Gertrud* (2010): *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen - Gestalten*, 5. Aufl., Dortmund-Dorstfeld.
- Jorm, A. F.* (2000): Mental Health Literacy: Public knowledge about mental disorders, in: *Br J Psychiatry* 177 (2000), S. 396–401, <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396#>.
- Kaluscha, K./Krischak, G.* (2019): Berufliche (Re-)Integration nach psychosomatischer Rehabilitation: Welchen Einfluss haben Rehabilitandenmerkmale bzw. die Rehabilitationseinrichtung?, in: *Deutsche Rentenversicherung Bund* (Hrsg.), 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2019, S. 195–197.
- Kaluscha, Rainer* (2018): Konzept zum Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe der Deutschen Rentenversicherung, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/reha_wissenschaften/abschlussberichte/ab_fallmanagement_konzept.pdf?__blob=publication-file&v=4.
- Kardorff, Ernst von* (2000): Qualitative Forschung in der Rehabilitation, in: *Jürgen Bengel/Uwe Koch* (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung ; mit 32 Tabellen*, 2000, S. 409–428.
- (2010a): Soziologie, in: *Bernd Ahrbeck/Marc Willmann* (Hrsg.), *Pädagogik bei Verhaltensstörungen: Ein Handbuch*, 2010, S. 86–94.
- (2010b): Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen, in: *Ulrike Hormel/Albert Scherr* (Hrsg.), *Diskriminierung: Grundlagen und Forschungsergebnisse*, 2010, S. 279–306.

- (2015): Was ist aus dem gesellschaftspolitischen Projekt der Psychiatrie geworden?, in: *Jürgen Armbruster/Anja Dieterich/Daphne Hahn/Katharina Ratzke* (Hrsg.), 40 Jahre Psychiatrie-Enquete: Blick zurück nach vorn, 2015, S. 148–165.
 - (2017): Diskriminierung von seelisch Beeinträchtigten., in: *Albert Scherr/Aladin el Mafaalani/Emine Gökçen Yüksel* (Hrsg.), Handbuch Diskriminierung, 2017, S. 564-592.
 - (2018): Illness narratives in the workplace, in: *Gabriele Lucius-Hoene/Christine Holmberg/Thorsten Meyer* (Hrsg.), Illness Narratives in Practice, 2018, S. 115–127.
- Kardorff, Ernst von u. a.* (2018): Ergebnisbericht zum Forschungsvorhaben: Neue Allianzen für „Gute Arbeit“ mit bedingter Gesundheit – Nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure, Berlin, https://www.boeckler.de/pdf_fof/100793.pdf (Zugriff 2019-04-08).
- Kardorff, Ernst von/Meschnig, Alexander/Klaus, Sebastian* (2016): Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem.: Eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen, Berlin: k.A.
- (2019): Biografische Verläufe psychisch kranker Menschen nach beruflicher Rehabilitation: Zur qualitativen Analyse von Fallkonstellationen, in: *Silvia Krumm/Reinhold Kilian/Heiko Löwenstein* (Hrsg.), Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie: Eine Einführung in Methoden und Praxis, 2019, S. 114–137.
- Kardorff, Ernst von/Ohlbrecht, Heike* (2015): Erwerbsarbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel, in: *Joachim Storck/Irmgard Plößl* (Hrsg.), Handbuch Arbeit: Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben, 2015, S. 73–86.
- Kardorff, Ernst von/Ohlbrecht, Heike/Schmidt, Susen* (2013): Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen: Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin, https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise_Zugang_zum_Arbeitsmarkt.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 2019-05-29).
- Keck, Thomas/Gödecker-Geenen, Norbert/Mennemann, Hugo* (2014): Case Management als Handlungsmethode im Kontext der Rehabilitation, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/03_zeitschriften/rv_aktuell/2014/heft_4_keck_goedecker_mennemann.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

Literaturverzeichnis

- Kelle, Udo* (1994): Empirisch begründete Theoriebildung: Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung, Weinheim: Dt. Studien-Verlag.
- Keupp, Heiner/Dill, Helga* (Hrsg.) (2014): Erschöpfende Arbeit: Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt, Bielefeld: transcript Verlag.
- Keupp, Heiner/Höfer, Renate* (Hrsg.) (1997): Identitätsarbeit heute: Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung, 2. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kirch, Wilhelm/Badura, Bernhard* (Hrsg.) (2006): Prävention: Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses, s.l.: Springer-Verlag.
- Kirschning, S.* (2004): Zur Entwicklung und Auswertung gender-sensitiver Online-Fragebögen ein Werkstattbericht aus der Gesundheitsforschung, in: *Sylvia Buchen/Cornelia Helfferich/Maja S. Maier* (Hrsg.), Gender methodologisch: Empirische Forschung in der Informationsgesellschaft vor neuen Herausforderungen, 2004, S. 335–350.
- Kiuppis, Florian* (2008): Zur Erweiterung der Klassifizierung gesundheitsbezogener Daten auf Behinderung: Fallstudie über die Konstruktion und "Institutionalisierung" von Paradigmenwechseln durch internationale Organisationen, Zugl.: Berlin, Humboldt-Univ., Diplomarbeit u.d.T.: Kiuppis, F.: Zur Rekonstruktion der Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse im Rahmen der Entwicklung der "Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Aachen: Shaker.
- Klaus, Sebastian/Meschnig, Alexander/Kardorff, Ernst von* (2017): Verlaufskurven der Wiedereingliederung beruflicher Rehabilitanden: (berufs-)biografische Ressourcen, Risikokonstellationen und externe Barrieren, in: *Berufliche Rehabilitation* (2017), S. 90–105.
- (2018a): Veränderungen der Unterstützungsbedarfe in den Verlaufskarrieren beruflicher Rehabilitanden – Biografische Prozesse in (Risiko-)Konstellationen und deren Auswirkungen auf den Return to Work sowie den Stay at Work Erfolg, in: *Die Rehabilitation* 32 (2018), S. 33–51.
- (2018b): Verlaufskarrieren und biografische Konstellationen beruflicher Rehabilitanden und deren Einflüsse auf Rückkehr und nachhaltigen Verbleib in Arbeit., in: *Die Rehabilitation* (2018), S. 165–174.
- Kleinman, Arthur* (1988): The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition, Cambridge: Basic Books.

Literaturverzeichnis

- Kliner, Karin u. a.* (Hrsg.) (2015): *Gesundheit in Regionen - Blickpunkt Psyche: BKK Gesundheitsatlas 2015*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Knieps, Franz/Pfaff, Holger* (Hrsg.) (2015): *Langzeiterkrankungen: Zahlen, Daten, Fakten*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- (Hrsg.) (2016): *Gesundheit und Arbeit: Zahlen, Daten, Fakten ; mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis*, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- (Hrsg.) (2018): *Arbeit und Gesundheit Generation 50+: Zahlen, Daten, Fakten*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kobelt, A.* (2015): *Nachsorge*, in: *Gerhard Schmid-Ott/Silke Wiegand-Greife/Claus Jacobi* (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement ; mit 65 Tabellen*, 2015, S. 380–406.
- Koch, U./Mehnert, A./Härter, M.* (2011): *Chronische körperliche Erkrankungen und psychische Komorbidität (Chronic somatic disorders and psychological comorbidity, ger)*, in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54 (2011), S. 1–3, <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1196-7#>.
- Kocyba, Hermann./Voswinkel, Stephan* (2007): *Krankheitsverleugnung: Das Janusgesicht sinkender Fehlzeiten*, in: *WSI-Mitteilungen* 60 (2007), S. 131–137.
- Kohli, Martin* (Hrsg.) (1984): *Biographie und soziale Wirklichkeit: Neue Beitr. u. Forschungsperspektiven*, Stuttgart: Metzler.
- Köllner, V.* (2016): *Rehabilitation bei depressiven Störungen (Rehabilitation in Affective Disorders, ger)*, in: *Die Rehabilitation* 55 (2016), S. 395–410, <https://doi.org/10.1055/s-0042-118307#..>
- Köllner, Volker* (2018): *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik-ein wichtiger Schritt in Richtung Return to Work Konzept und Entwicklung von MBOR.*, 2018, https://www.researchgate.net/publication/317645566_MBOR_in_der_Psychosomatik_-_ein_wichtiger_Schritt_in_Richtung_Return_to_Work (Zugriff 2019-06-05).
- Koopmans, Petra C. u. a.* (2010): *Recurrence of sickness absence due to common mental disorders*, in: *International Archives of Occupational and Environmental Health* 84 (2010), S. 193–201, <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0540-4#>.

- Köper, B. & Gerstenberg, S.* (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Arbeitsplatzunsicherheit (Job Insecurity) : Forschung Projekt F 2353, Dortmund.
- Korczak, Dieter/Huber, Beate/Kister, Christine* (2010): Differential diagnostic of the burnout syndrome, in: *GMS health technology assessment* 6 (2010), Doc09, <https://doi.org/10.3205/hta000087#>.
- Körner, Mirjam* (2019): Erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit im Reha-Team, in: *Deutsche Rentenversicherung Bund* (Hrsg.), 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2019, S. 24–25.
- Krämer, Lena/Bengel, Jürgen* (2016): Chronische körperliche Krankheit und Krankheitsbewältigung, in: *Jürgen Bengel/Oskar Mittag* (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Ein Lehr- und Praxishandbuch*, 2016, S. 26–36.
- Krüger, Heinz-Hermann/Marotzki, Winfried* (Hrsg.) (1996): *Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung*, 2. Aufl., Opladen: Leske + Budrich.
- Krumm, Silvia* (2019): Charakteristika qualitativer Forschung, in: *Silvia Krumm/Reinhold Kilian/Heiko Löwenstein* (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie: Eine Einführung in Methoden und Praxis*, 2019, S. 33–45.
- Krumm, Silvia/Kilian, Reinhold/Löwenstein, Heiko* (Hrsg.) (2019): *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie: Eine Einführung in Methoden und Praxis*, Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kury, Patrick* (2012): *Der überforderte Mensch: Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout*, Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Kutcher, Stan/Wei, Yifeng/Coniglio, Connie* (2016): Mental Health Literacy: Past, Present, and Future, in: *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 61 (2016), S. 154–158, <https://doi.org/10.1177/0706743715616609#>.
- Lagerveld, Susanne/Houtman, Irene* (2018): Return to Work after sick leave due to mental health problems, https://oshwiki.eu/wiki/Return_to_Work_after_sick_leave_due_to_mental_health_problems (Zugriff 2019-05-29).
- Lagerveld, Suzanne E. u. a.* (2012): Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study, in: *Journal of Occupational Health Psychology* 17 (2012), S. 220–234, <https://doi.org/10.1037/a0027049#>.
- Lämmert, Eberhard* (Hrsg.) (1982): *Erzählforschung: Ein Symposium*, Stuttgart: Metzler, 1982
- Lamnek, Siegfried* (1989): *Qualitative Sozialforschung*, München: Psychologie Verl. Union.

Literaturverzeichnis

- Lazarus, Richard S./Folkman, Susan* (1984): Stress, appraisal, and coping, New York, NY: Springer Publishing Company.
- Leimeister, Jan Marco* (2005): Virtuelle Communities für Patienten: Bedarfsgerechte Entwicklung, Einführung und Betrieb, Wiesbaden/s.l.: Deutscher Universitätsverlag.
- Linden, Michael/Baron, Stefanie* (2005): Das "Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen (The "Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P)". A short instrument for the assessment of disabilities in mental disorders, ger), in: *Die Rehabilitation* 44 (2005), S. 144–151, <https://doi.org/10.1055/s-2004-834786#>.
- Linden, Michael u. a.* (2015): Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen: Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP, Bern: Huber.
- Linden, Michael u. a.* (2017): Medizinische Rehabilitation unter einer Lifespan-Perspektive (Medical rehabilitation from a lifespan perspective, ger), in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (2017), S. 445–452, <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2520-2#>.
- Linden, Michael u. a.* (2018): Exploration mittels Mini-ICF-App, Berlin, [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/klassifikationen/miniICF.pdf?__blob=publicationFile&v=5] (Zugriff 2019-05-24).
- Linden, Michael u. a.* (2018): Treatment Changes in General Practice Patients With Chronic Mental Disorders Following a Psychiatric-Psychosomatic Consultation, in: *Health Services Research and Managerial Epidemiology* 5 (2018), 2333392818758523, <https://doi.org/10.1177/2333392818758523#>.
- Link, Jürgen* (1997): Versuch über den Normalismus: Wie Normalität produziert wird, Wiesbaden/Opladen: Westdt. Verlag.
- Lohaus, Daniela/Habermann, Wolfgang* (2018): Präsentismus: Krank Zur Arbeit - Ursachen, Folgen, Kosten und Maßnahmen, Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lohmann-Haislah, A.* (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 2016-11-24).

- Loisel, Patrick u. a.* (2005): Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence, in: *Journal of occupational rehabilitation* 15 (2005), S. 507–524, <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8031-2#>.
- Loisel, P. & Anema, J. R.* (Hrsg.) (2013): *Handbook of work disability: Prevention and management*, New York: Springer.
- Lucius-Hoene, G.* (2008): Krankheitserzählungen und die narrative Medizin (Illness narratives and narrative medicine, ger), in: *Die Rehabilitation* 47 (2008), S. 90–97, <https://doi.org/10.1055/s-2008-1042447#>.
- Lucius-Hoene, Gabriele/Holmberg, Christine/Meyer, Thorsten* (Hrsg.) (2018): *Illness Narratives in Practice*, Oxford: Oxford University Press Incorporated.
- Lukasczyk, Matthias/Vogel, Heiner* (2016): Diagnostik beruflicher Belastungen, in: *Jürgen Bengel/Oskar Mittag* (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Ein Lehr- und Praxishandbuch*, 2016, S. 51–60.
- MacEachen, Ellen u. a.* (2006): Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury, in: *Scand J Work Environ Health* 32 (2006), S. 257–269.
- Maier, Wolfgang/Linden, Michael/Sartorius, Norman* (1996): Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis: Ergebnisse und Schlußfolgerungen einer WHO-Studie, in: *Deutsches Ärzteblatt* 93 (1996), A-1202.
- Mannheim, Karl* (1928): Das Problem der Generationen, in: *Kölner Vierteljahrshefte für Soziologie* ; Jg 7, [1928.], H. 2/3 (1928).
- Märting, Stefanie/Zollmann, Pia* (2013): Erwerbsminderung – ein erhebliches Armutsrisiko Empirische Befunde zur sozioökonomischen Situation von Personen mit Erwerbsminderung, in: *Informationsdienst Soziale Indikatoren* 49 (2013), S. 1–5.
- Matthes, Joachim* (Hrsg.) (1981): *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive: Kolloquium am Sozialwiss. Forschungszentrum d. Univ. Erlangen-Nürnberg*, Nürnberg: Nürnberger Forschungsvereinigung.
- Mauz, Elvira/Müters, S./Jacobi, F.* (2009): Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich, in: *Der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit* 7 (2009), S. 6–13.
- McManus, Sally u. a.* (2016): *Mental Health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014*, Leeds: NHS Digital.

- Mead, George Herbert* (1968): Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mernyi, L./Hölzle, P./Hamann, J.* (2018): Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten, in: *Psychiatrische Praxis* 45 (2018), S. 197–205.
- Meschkatat, Bärbel/Stackelbeck, Martina/Langenhoff, Georg* (2005): Der Mobbing-Report: Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland, 6. Aufl., Bremerhaven. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Forschung Arbeitsschutz Fb 951, <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-89701-822-8>.
- Meschnig, Alexander/Kardorff, Ernst von/Klaus, Sebastian* (2019): Von der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme zurück in Arbeit. Eine Langzeitanalyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen (Return to Work from Vocational Retraining A Long-Term Analysis of Individual Trajectories: Biographical and Structural Conditions of Success and Failure, ger), in: *Die Rehabilitation* 58 (2019), S. 153–162, <https://doi.org/10.1055/s-0044-101814#>.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike* (1997): Das ExpertInneninterview - Wissenssoziologische Grundlagen und methodische Durchführung, in: *Barbara Friebertshäuser/Annedore Prengel* (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, 1997, S. 481–491.
- (2002): ExpertInneninterviews — vielfach erprobt, wenig bedacht, in: *Alexander Bogner/Beate Littig/Wolfgang Menz* (Hrsg.), *Das Experteninterview*, 2002, S. 71–93, https://doi.org/10.1007/978-3-322-93270-9_3#.
- Meyer, C. u. a.* (2000): Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse der TACOS-Studie, in: *Der Nervenarzt* 71 (2000), 535–54?
- Millward, L. J./Lutte, A./Purvis, R. G.* (2005): Depression and the perpetuation of an incapacitated identity as an inhibitor of return to work, in: *Journal of Psychis Mental Health Nursing* 12 (2005), S. 565–573.
- Modini, Matthew u. a.* (2016): The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review, in: *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 24 (2016), S. 331–336, <https://doi.org/10.1177/1039856215618523#>.

- Mühlum, Albert/Gödecker-Geenen, Norbert* (2003): Soziale Arbeit in der Rehabilitation, München: Reinhardt (UTB).
- Muschalla, B. u. a.* (2013): Rehabilitationsbedarf bei Hausarztpatienten mit psychischen Störungen (Medical rehabilitation by general practitioners in patients with chronic mental disorders, ger), in: *Die Rehabilitation* 52 (2013), S. 251–256, <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327587#>.
- Ndjaboué, Ruth/Brisson, Chantal/Vézina, Michel* (2012): Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies, in: *Occupational and environmental medicine* 69 (2012), S. 694–700, <https://doi.org/10.1136/oemed-2011-100595#>.
- Neckel, Sighard/Wagner, Greta* (Hrsg.) (2014): Leistung und Erschöpfung: Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft, 2. Aufl., Berlin: Suhrkamp.
- Nielsen, Maj Britt D. u. a.* (2012): Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems, in: *Disability and rehabilitation* 34 (2012), S. 1311–1316, <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.641664#>.
- Nielsen, Maj Britt D. u. a.* (2011): Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study, in: *European journal of public health* 21 (2011), S. 806–811, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq171#>.
- Nieuwenhuijsen, Karen u. a.* (2008): Interventions to improve occupational health in depressed people, in: *The Cochrane database of systematic reviews* (2008), CD006237, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub2#>.
- Nieuwenhuijsen, Karen u. a.* (2013): Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders, in: *Journal of occupational rehabilitation* 23 (2013), S. 290–299, <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9389-6#>.
- Nittel, Dieter* (2011): Die Aneignung von Krankheit: Bearbeitung lebensgeschichtlicher Krisen im Modus des Lernens, in: *Der pädagogische Blick* 4 (2011), S. 80–89.
- Noblit, George W./Hare, R. Dwight* (1988): *Meta-Ethnography: Synthesizing qualitative studies*, Newbury Park, Calif.: SAGE.
- Noordik, Erik u. a.* (2011): Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: a qualitative study, in: *Disability and rehabilitation* 33 (2011), S. 1625–1635, <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.541547#>.

- Nübling, Rüdiger u. a.* (2014): Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie, in: *Psychotherapeutenjournal* (2014), S. 389–397.
- Nübling, Rüdiger/Muthny, F. A./Bengel, Jürgen* (2006): Die Bedeutung von Reha-Motivation und Behandlungserwartung für die Praxis der medizinischen Rehabilitation, in: *Rüdiger Nübling/Fritz Muthny/Jürgen Bengel* (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*, 2006, S. 15–37.
- Nübling, Rüdiger/Muthny, Fritz/Bengel, Jürgen* (Hrsg.) (2006): *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*, Bern: Huber.
- OECD* (2018): Hohe Kosten durch psychische Erkrankungen in Europa, <https://www.oecd.org/berlin/presse/hohe-kosten-durch-psychische-erkrankungen-in-europa-22112018.htm>.
- Ohlbrecht, Heike* (2016): Die qualitative Analyse von Gesundheit und Krankheit, in: *Matthias Richter/Klaus Hurrelmann* (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, 2016, S. 71–87, https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_5#.
- Olson, Karin/Young, Richard A./Schultz, Izabela Z.* (2016): *Handbook of Qualitative Health Research for Evidence-Based Practice*, New York, NY: Springer New York.
- Pärli, Kurt/Naguib, Tarek* (2013): Schutz vor Benachteiligung aufgrund chronischer Krankheit: Unter besonderer Berücksichtigung des internationalen Rechts, des Unionsrechts, des AGG und des SGB IX sowie mit einem rechtsvergleichenden Seitenblick. Analyse und Empfehlungen, Berlin.
- Paul, Karsten/Moser, Klaus* (2009): Unemployment impairs mental health: Meta-analyses, in: *Journal of Vocational Behavior* 74 (2009), S. 264–282.
- Petermann, F./Koch, U.* (2009): Psychosomatische Rehabilitation: Quo vadis? (Psychosomatic rehabilitation: quo vadis?, ger), in: *Die Rehabilitation* 48 (2009), S. 257–262, <https://doi.org/10.1055/s-0029-1239550#>.
- Pittam, Gail u. a.* (2010): Employment advice in primary care: a realistic evaluation, in: *Health & social care in the community* 18 (2010), S. 598–606, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00929.x#>.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika* (2010): *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*, 3. Aufl., München: Oldenbourg.

- Reims, Nancy u. a.* (Januar 2018): Aufbau und Analyse des LTA-Rehaprozessdatenpanels: Eine Prozessdatenbasis zur Untersuchung beruflicher Rehabilitation in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit ; Modul 1 des Projekts "Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben", <http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publicationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb503-aufbau-und-analyse-des-lta-rehaprozessdatenpanels.html;jsessionid=BF9D5C4308D3B4018BDEF698B4836CC9>.
- Richter, Dirk/Berger, Klaus/Reker, Thomas* (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht (Are mental disorders on the increase? A systematic review, ger), in: *Psychiatrische Praxis* 35 (2008), S. 321–330, <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067570#>.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus* (Hrsg.) (2016): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Riemann, Gerhard* (1987): *Das Fremdwerden der eigenen Biographie: narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten*, München: Fink.
- (2019): *Das Fremdwerden der eigenen Biographie: Eine persönliche Bilanz nach drei Jahrzehnten*, in: *Silvia Krumm/Reinhold Kilian/Heiko Löwenstein* (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie: Eine Einführung in Methoden und Praxis*, 2019, S. 100–113.
- Rind, E. u. a.* (2018): *Rehabilitation und Return to Work*, in: *ASU* 54 (2018), S. 246–252.
- Robert-Koch-Institut* (Hrsg.) (2012): *Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA): Eine Studie des RKI*, <https://www.geda-studie.de/gesundheitsstudie.html> (Zugriff 2019-04-30).
- Robert-Koch-Institut* (Hrsg.) (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin.
- Rohmert, Walter* (1984): *Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept*, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaften* 4 (1984), S. 193–200.
- Romppel, Matthias/Grande, Gesine* (2016): *Gesundheitspsychologisch Diagnostik*, in: *Jürgen Bengel/Oskar Mittag* (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Ein Lehr- und Praxishandbuch*, 2016, S. 61–70.
- Rose, A. M.* (Hrsg.) (1962): *Human Behavior and Social Processes*, Boston: Mifflin.
- Rosenthal, Gabriele/Fischer-Rosenthal, Wolfram* (2015): *Analyse narrativ-biographischer Interviews*, in: *Uwe Flick/Ernst von Kardorff/Ines Steinke* (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, 2015, S. 456–467.

- Rothe, Isabel u. a.* (2017): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt, Dortmund.
- Rotter, Julian B.* (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, Washington: American Psychological Ass.
- Saint-Arnaud, Louise/Saint-Jean, Micheline/Damasse, Jean* (2006): Towards an Enhanced Understanding of Factors Involved in the Return-to-Work Process of Employees Absent due to Mental Health Problems, in: Canadian Journal of Community Mental Health 25 (2006), S. 303–315, <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2006-0027#>.
- Sanderson, Kristy/Andrews, Gavin* (2006): Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology, in: Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 51 (2006), S. 63–75, <https://doi.org/10.1177/070674370605100202#>.
- Schaeffer, Doris* (Hrsg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Bern: Huber.
- Schaeffer, Doris/Haslbeck, Jörg* (2016): Bewältigung chronischer Krankheit, in: *Matthias Richter/Klaus Hurrelmann* (Hrsg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, 2016, S. 243–256, https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_16#.
- Schäfers, Markus* (2016): Personenzentrierung im Bundesteilhabegesetz: Trägt die Reform eine personenzentrierte Handschrift?, https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D38-2016_Personenzentrierung_im_Bundesteilhabegesetz.pdf.
- Scheff, Thomas J.* (1973): Das Etikett "Geisteskrankheit": Soziale Interaktion und psychische Störung, Frankfurt am Main: S.Fischer.
- (2000): Shame and the Social Bond: A Sociological Theory, in: Sociological Theory 18 (2000), S. 84–99, <https://doi.org/10.1111/0735-2751.00089#>.
- Scherr, Albert/Mafaalani, Aladin el/Yüksel, Emine Gökçen* (Hrsg.) (2017): Handbuch Diskriminierung, Wiesbaden: Springer VS.
- Schimank, C.* (2015): Tagungsbericht „Update: MBOR in der Psychosomatik“: Fachtagung am 12. Februar 2015 in Berlin.
- Schlumbohm, A. u. a.* (2019):): Psychische Gesundheit und Erwerbsarbeit: Ergebnisse des Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen, in: *Deutsche Rentenversicherung Bund* (Hrsg.), 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2019, S. 88–90.

Literaturverzeichnis

- Schmid-Ott, Gerhard/Wiegand-Grefe, Silke/Jacobi, Claus* (Hrsg.) (2015): *Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* ; mit 65 Tabellen, 2. Aufl., Stuttgart: Schattauer.
- Schneider, S. u. a.* (2005): Schichtspezifische Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen, in: *Gesundheitswesen* 67 (2005), <https://doi.org/10.1055/s-2005-920623#>.
- Schröder, Lothar/Urban, Hans-Jürgen* (Hrsg.) (2012): *Gute Arbeit: Zeitbombe Arbeitsstress ; Befunde, Strategien, Regelungsbedarf*, 2012. Aufl., Frankfurt am Main: Bund-Verlag.
- Schröer, Norbert* (Hrsg.) (1994): *Interpretative Sozialforschung: Auf dem Wege zu einer hermeneutischen Wissenssoziologie*, Opladen: Westdt. Verlag.
- Schubert, Michael u. a.* (2013): *Menschen mit psychischen Störungen im SGB II: IAB Forschungsbericht*, Nürnberg.
- Schuntermann, Michael F.* (2009): *Einführung in die ICF: Grundkurs - Übungen - offene Fragen*, 3. Aufl., Heidelberg/München: ecomed MEDIZIN.
- (2018): *Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen*, 4. Aufl., Landsberg am Lech: ecomed MEDIZIN.
- Schütz, Alfred* (1971): *Gesammelte Aufsätze: 1. Das Problem der sozialen Wirklichkeit*, Dordrecht: Springer Netherlands.
- (1972): *Gesammelte Aufsätze: 2. Studien zur soziologischen Theorie*, Den Haag: Nijhoff.
- (1982): *Das Problem der Relevanz*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas* (1984): *Strukturen der Lebenswelt*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schütze, Fritz* (1981): *Prozeßstrukturen des Lebenslaufs*, in: *Joachim Matthes* (Hrsg.), *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive: Kolloquium am Sozialwiss. Forschungszentrum d. Univ. Erlangen-Nürnberg*.
- (1982): *Narrative Repräsentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit*, in: *Eberhard Lämmert* (Hrsg.), *Erzählforschung: Ein Symposium*, 1982, S. 568–590.
- (1983): *Biographieforschung und narratives Interview*, in: *Neue Praxis* 13 (1983), S. 283–293, <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/5314>.
- (1989): *Kollektive Verlaufskurve oder kollektiver Wandlungsprozess: Dimensionen des Vergleichs von Kriegserfahrungen amerikanischer und deutscher Soldaten im zweiten Weltkrieg*, in: *BIOS* 2 (1989), S. 31–111.

- (1996): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie, in: *Heinz-Hermann Krüger/Winfried Marotzki* (Hrsg.), *Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung*, 1996, S. 116–156.
- Schwarz, Betje/Wegewitz, Uta* (2018): Rückkehr in Arbeit nach psychischer Krankheit: Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke unter der Lupe, in: *ASUpraxis* 6 (2018), S. 368–371.
- Schwarzer, Ralf* (Hrsg.) (1997): *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch*, 2. Aufl., Göttingen u. a.: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Shaw, W. S./Kristman, V. L./Vézina, N.* (2013): The workdisabled patient, in: *Loisel, P. & Anema, J. R.* (Hrsg.), *Handbook of work disability: Prevention and management*, 2013, S. 163–183.
- Siegrist, Johannes* (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions, in: *Journal of Occupational Health Psychology* 1 (1996), S. 27–41, <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27#>.
- (2015): *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen: Forschungsevidenz und präventive Massnahmen*, München: Elsevier Urban & Fischer.
- (2018): Überforderung in der Arbeitswelt: Macht sie krank?, in: *Thomas Fuchs/Lukas Iwer/Stefano Micali* (Hrsg.), *Das überforderte Subjekt: Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*, 2018, S. 210–226.
- Soeffner, Hans-Georg* (2004): *Auslegung des Alltags - der Alltag der Auslegung: Zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik*, 2. Aufl., Konstanz: UVK-Verl.-Ges.
- Soeffner, Hans-Georg/Hitzler, Ronald* (1994): Hermeneutik als Haltung und Handlung: über methodisch kontrolliertes Verstehen, in: *Norbert Schröer* (Hrsg.), *Interpretative Sozialforschung: Auf dem Wege zu einer hermeneutischen Wissenssoziologie*, 1994, S. 28–54.
- Srivastava, Kalpana* (2011): Positive mental health and its relationship with resilience, in: *Industrial Psychiatry Journal* 20 (2011), S. 75–76, <https://doi.org/10.4103/0972-6748.102469#>.
- Stab, N./Jahn, S./Schulz-Dadaczynski, A.* (2016): *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Arbeitsintensität*, Dortmund/Berlin/Dresden.
- Stansfeld, S. A. u. a.* (2013): Occupations, work characteristics and common mental disorder, in: *Psychological medicine* 43 (2013), S. 961–973, <https://doi.org/10.1017/S0033291712001821#>.

- Stansfeld, Stephen/Candy, Bridget* (2006): Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review, in: *Scand J Work Environ Health* 32 (2006), S. 443–462, <https://doi.org/10.5271/sjweh.1050#>.
- Statista* (2019a): Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren 1997 bis 2018 (Indexdarstellung*), <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/256962/umfrage/au-faelle-aufgrund-psychischer-erkrankungen-in-deutschland-nach-geschlecht/> (Zugriff 2019-04-30).
- (2019b): Arbeitsunfähigkeitsvolumen aufgrund psychischer Erkrankungen nach Einzeldiagnose in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2012 (Indexdarstellung*), <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/254189/umfrage/au-volumen-aufgrund-psychischer-erkrankungen-nach-einzeldiagnose/> (Zugriff 2019-04-30).
- (2019c): Berufsgruppen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen nach Falldauer im Jahr 2017 (AU-Tage je Fall), <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/610303/umfrage/berufe-mit-den-meisten-au-faelen-aufgrund-von-berufe-mit-den-meisten-au-faelen-aufgrund-von-psychischen-erkrankungen-nach-falldauer/> (Zugriff 2019-06-12).
- (2019d): Falldauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen in Deutschland nach Diagnose und Geschlecht im Jahr 2017 (AU-Tage je Fall), <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/251326/umfrage/au-falldauer-aufgrund-psychischer-stoerungen-nach-diagnosegruppen-und-geschlecht/> (Zugriff 2019-04-30).
- (2019e): Verteilung der AU-Tage aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen (F00-F99) in Deutschland nach ausgewählten Diagnosegruppen im Jahr 2013, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/189551/umfrage/krankenhaustage-aufgrund-psychischer-stoerungen-nach-diagnoseuntergruppen/> (Zugriff 2019-06-12).
- (2019f): Welche Quellen nutzen Sie, um sich über Gesundheitsfragen zu informieren?, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/445171/umfrage/umfrage-zur-nutzung-des-internets-als-gesundheitsmedium/> (Zugriff 12.06.2019).
- (2019g): Wichtigste Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen in Deutschland nach Geschlecht im Jahr 2012 (AU-Tage je 100 VJ*), <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/254243/umfrage/wichtigste-einzeldiagnosen-bei-psychischen-erkrankungen-nach-geschlecht/> (Zugriff 2019-04-30).

Literaturverzeichnis

- Stegmann, Ralf/Schröder, Ute B.* (2018): *Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt*, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Stegmann R./Schulz, I./Schröder, U.B* (2019): *Return to Work nach psychischer Erkrankung. Mixed-Method-Follow-up Studie: Determinanten einer erfolgreichen Wiedereingliederung.: Ergebnisse der qualitativen Teilstudie.*, in: *Deutsche Rentenversicherung Bund* (Hrsg.), 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2019, S. 192–195.
- Steinke, M./Badura, B.* (2011): *Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung*, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Stock Gissendanner, Scott/Köllner, Volker* (2015): *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik*, in: *Gerhard Schmid-Ott/Silke Wiegand-Grefe/Claus Jacobi* (Hrsg.), *Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement ; mit 65 Tabellen*, 2015, S. 293–306.
- Stonequist, Everett V.* (1961): *The marginal man: A study in personality and culture conflict*, New York: Russell and Russell.
- Storck, Joachim/Plößl, Irmgard* (Hrsg.) (2015): *Handbuch Arbeit: Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben*, 3. Aufl., Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Strauss, Anselm L.* (1968): *Spiegel und Masken: Die Suche nach Identität*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- (1978): *A Social World Perspective*, in: *Norman K. Denzin* (Hrsg.), *Studies in symbolic interaction: An annual compilation of research*, 1978, S. 119–128.
- (1984): *Social Worlds and their Segmentation*, in: *Norman K. Denzin* (Hrsg.), *Studies in symbolic interaction: An annual compilation of research*, 1984, S. 123–129.
- (1994): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*, München: Fink.
- (2004): *Methodologische Grundlagen der Grounded Theory*, in: *Jörg Strübing/Bernt Schnettler* (Hrsg.), *Methodologie interpretativer Sozialforschung : klassische Grundlagentexte*, 2004, S. 427–452.
- Strauss, Anselm L./Corbin, Juliet M.* (1996): *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, Weinheim: Beltz.
- Strauss, Anselm L./Glaser, Barney* (1970): *Anguish: A Case History of A Dying Trajectory*, Mill Valley, CA: Sociology Press.

- Streibelt, Marco/Bethge, Matthias* (2014): Effects of intensified work-related multidisciplinary rehabilitation on occupational participation: a randomized-controlled trial in patients with chronic musculoskeletal disorders, in: *International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation* 37 (2014), S. 61–66, <https://doi.org/10.1097/MRR.000000000000031#>.
- Streibelt, Marco u. a.* (2018): Effectiveness of Graded Return to Work After Multimodal Rehabilitation in Patients with Mental Disorders: A Propensity Score Analysis, in: *Journal of occupational rehabilitation* 28 (2018), S. 180–189, <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9709-y#>.
- Streibelt, Marco/Buschmann-Steinhage, Rolf* (2011): Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung, in: *Die Rehabilitation* 50 (2011), S. 160–167.
- Streibelt, Marco/Müller-Fahrnow, W./Hansmeier, T.* (2006): Effekte berufsbezogener Behandlungselemente in der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherung, in: *Die Rehabilitation* 45 (2006), S. 161–171.
- Strübing, Jörg* (1997): Symbolischer Interaktionismus revisited, in: *Zeitschrift für Soziologie* 26 (1997), S. 163, <https://doi.org/10.1515/zfsoz-1997-0504#>.
- Strübing, Jörg/Schnettler, Bernt* (Hrsg.) (2004): *Methodologie interpretativer Sozialforschung : klassische Grundlagentexte*, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Techniker Krankenkasse* (Hrsg.) (2018): *TK-Gesundheitsreport 2018: Fit oder fertig? Erwerbsbiografien in Deutschland*, Hamburg, <https://www.tk.de/resource/blob/2035866/020269554b71a1686aefec7106ba5dc3/gesundheitsreport-2018-data.pdf> (Zugriff 2019-06-12).
- Theorell, Töres/Karasek, Robert A.* (1996): Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research, in: *Journal of Occupational Health Psychology* 1 (1996), S. 9–26, <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.9#>.
- Thom, Julia u. a.* (2017): 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland, in: *Journal of Health Monitoring* (2017), <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-057#>.

- Verdonk, Petra u. a.* (2008): Sickness absence as an interactive process: gendered experiences of young, highly educated women with mental health problems, in: *Patient education and counseling* 73 (2008), S. 300–306, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.003#>.
- Victor, Mattias/Lau, Bjørn/Ruud, Torleif* (2017): Predictors of return to work among patients in treatment for common mental disorders: a pre-post study, in: *BMC public health* 18 (2017), S. 27, <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4581-4#>.
- Vogel, Nicole u. a.* (2017): Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave, in: *The Cochrane database of systematic reviews* 3 (2017), CD011618, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011618.pub2#>.
- Vogt, Joachim/Badura, B./Hollmann, D.* (2010): Krank bei der Arbeit: Präsentismusphänomene, in: *Jan Böcken/Bernard Braun/Juliane Landmann* (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2009: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*, 2010, S. 179–202.
- Vries, Haitze de u. a.* (2018): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung.
- Waddell, G./Burton, A. K.* (2006): *Is Work good for Your Health and Well-Being?*, London: TSO, 2006.
- Wasilewski, Janice/Otto, Josephine/Linden, Michael* (2018): Zunahme der Selbstpflege statt der Widerstandsbereitschaft bei Belastungen: Haupt- oder Nebenwirkung in der medizinisch–beruflich orientierten psychosomatischen Rehabilitation? (Promoting Self-Care Instead of Resistance Orientation: Therapeutic or Side Effect in Regard to Work?, ger), in: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 68 (2018), S. 417–422, <https://doi.org/10.1055/s-0043-118656#>.
- Weber, A./Peschkes, L./Boer, W.E.L. de* (Hrsg.) (2015a): *Return to Work - Arbeit für alle: Grundlagen der beruflichen Reintegration*, Stuttgart: Genter.
- (2015b): *Return to Work (RTW) - Begriffsbestimmung und Hintergrund*, in: *A. Weber/L. Peschkes/W.E.L. de Boer* (Hrsg.), *Return to Work - Arbeit für alle: Grundlagen der beruflichen Reintegration*, 2015, S. 23–34.
- Weber, Max* (1922): *Wirtschaft und Gesellschaft*, 2. Aufl., Tübingen: Mohr.
- (2005): *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie ; zwei Teile in einem Band*, Frankfurt, M./Afoltern a.A.: Zweitausendeins; Buch 2000.

Literaturverzeichnis

- Wege, Natalia/Angerer, Peter* (2014): Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Arbeitsfähigkeit und Rückkehr zur Arbeit., in: *Peter Angerer/Jürgen Glaser/Stephan Letzel/Dennis Nowak/Harald Gündel/Peter Henningsen/Claas Lahmann* (Hrsg.), *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin* ; [Thema Jahrestagung DGAUM 2013, 2014, S. 213–219.
- (2015): Return to Work nach psychischen Erkrankungen, in: *A. Weber/L. Peschkes/W.E.L. de Boer* (Hrsg.), *Return to Work - Arbeit für alle: Grundlagen der beruflichen Reintegration*, 2015, S. 720–728
- Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno* (Hrsg.) (2006): *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände: Es geht hier um die Bedeutung des Themas "Resilienz", wie wir es für den internationalen Kongress "Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände im Frühjahr 2005 definiert haben*, Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Wendt, Wolf Rainer* (2001): *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung*, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Werner, Emmy E./Bierman, Jessie M./French, Fern E.* (1971): *The children of Kauai: A longitudinal study from the prenatal period to age ten*, Honolulu: University of Hawaii Press.
- White, Codi u. a.* (2019): *The Influence of Social Support and Social Integration Factors on Return to Work Outcomes for Individuals with Work-Related Injuries: A Systematic Review*, in: *Journal of occupational rehabilitation* (2019), <https://doi.org/10.1007/s10926-018-09826-x#>.
- Wiechmann, Michael* (2003): *Managed Care: Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen*, Wiesbaden/s.l.: Deutscher Universitätsverlag.
- Wittchen, Hans-Ulrich* (2011): *Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen.*, in: *Hans-Ulrich Wittchen/Jürgen Hoyer* (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 2011, S. 27–54.
- Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen* (Hrsg.) (2011): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg: Springer.

Literaturverzeichnis

- Wittchen, Hans-Ulrich/Jacobi, Frank* (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?: DEGS - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, <https://sozialephobie.info/wp-content/uploads/2015/05/Was-sind-die-h%C3%A4ufigsten-psychischen-St%C3%B6rungen-in-Deutschland.pdf> (Zugriff 2019-06-25).
- Wittchen, Hans-Ulrich u. a.* (2010): Depressive Erkrankungen, Berlin. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_pruef_verweise?p_fid=13165&sprache=D&p_ftyp=TXT&p_uid=gast&p_aid=83415060&p_hlp_nr=3&p_vtrau=4&p_pspkz=D&p_sspkz=&p_wsp=&p_sprachkz=D&p_lfd_nr=22&p_news=&p_window=&p_modus=2&p_th_id=&p_suchstring=schizophrenie&p_janein=J.
- Wöhrmann, Anne Marit* (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Work-Life-Balance.
- World Health Organization* (2003a): Adherence to long-term therapies: Evidence for action, Geneva.
- (2003b): The Mental Health Context: Mental Health Policy and Service Guidance Package.
- (2014): Constitution of the World Health Organization, Italien, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>.
- (Hrsg.) (2017): Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates, 2017, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> (Zugriff 2019-06-12).
- Worringen, Ulrike, Kleihans, Martin & Schmucker, Dieter* (2016): Psychologischer Bericht und Reha-Entlassungsbericht, in: *Jürgen Bengel/Oskar Mittag* (Hrsg.), Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Ein Lehr- und Praxishandbuch, 2016, S. 83–92.
- Zander, Janett/Lindow, Berthold* (März 2015): Psychische Erkrankungen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, in: *Rolf Buschmann-Steinhage/Hans-Günter Haaf/Uwe Koch* (Hrsg.), 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung vom 16. bis 18. März 2015 in Augsburg: Psychische Störungen - Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation : Tagungsband, März 2015, S. 74–76.
- Zwerenz, Rüdiger* (2005): Berufliche Belastungen und Therapiemotivation in der psychosomatischen Rehabilitation: Entwicklung eines Fragebogens, http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/termine/dateien/Zwerenz_RFB231105.pdf.

10. Anhang

Aus Gründen des ohnehin großen Umfangs des vorliegenden Berichtes verzichten wir an dieser Stelle auf die Aufnahme des detaillierten Datenschutzkonzepts. Es findet sich in den relevanten Passagen aber im Anschreiben und der Einwilligungserklärung.

10.1 Anschreiben an die Rehabilitanden medizinisch und beruflich

Informationsschreiben zum Forschungsprojekt

„Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit“

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir möchten Sie gerne für eine Mitwirkung an unserem Forschungsprojekt gewinnen. Folgend ein paar wichtige Informationen dazu.

Worum geht es in unserer Studie?

In der Studie interessieren wir uns für die *konkreten Wege* von Rehabilitanden bei der Rückkehr *in* Arbeit. Darüber hinaus möchten wir gerne über einen längeren Zeitraum (ca. 2 Jahre) Ihren Werdegang weiterverfolgen. Es geht uns vor allem um Ihre Erfahrungen im Arbeitsalltag und im privaten Leben. Anhand der individuellen Verläufe möchten wir mehr darüber erfahren, welche speziellen Unterstützungsangebote für Rehabilitanden hilfreich wären.

Wie läuft die Studie ab?

Am Beginn der Studie geben wir zusammen mit diesem Informationsschreiben und der Einverständniserklärung einen Fragebogen an die Rehabilitanden aus. Anschließend begleiten wir einige Rehabilitanden über einen Zeitraum von etwa 2 Jahren. Wir würden uns sehr freuen, wenn wir Sie für die Teilnahme an der Fragebogenerhebung sowie für die Teilnahme an den persönlichen Gesprächen gewinnen können. Hierfür bitten wir Sie, die Einverständniserklärung entsprechend Ihrer Teilnahme auszufüllen und zurückzusenden.

Außerdem interessiert uns, welche Diagnosegruppen (nicht die einzelnen Diagnosen) für die Gewährung Ihrer Rehabilitationsleistung maßgeblich waren. Daher ist vorgesehen, dass uns Ihre Diagnosegruppen von Mitarbeitern des Bildungsträgers bzw. der Rehabilitationseinrichtung übermittelt werden. Deshalb bitten wir Sie, im Rahmen Ihrer Einwilligungserklärung die Mitarbeiter des Bildungsträgers bzw. der Rehabilitationseinrichtung von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

Fragebogen:

Der beiliegende Fragebogen beinhaltet ein paar allgemeine Fragen zu Ihrer Person, zu Ihrer Reha-Maßnahme und Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand, zu Ihrer beruflichen Situation und zu Ihren Zukunftserwartungen.

Persönliches Gespräch:

Wir würden gerne mit ehemaligen Rehabilitanden in **persönlichen Gesprächen** über ihre Erfahrungen und ihre Situation nach einem halben Jahr, nach einem Jahr (kurze telefonische Nachfrage) und ca. 18 Monaten nach Abschluss der Maßnahme sprechen, um zu erfahren, wie es nach der Rehabilitation bei ihnen weitergegangen ist. Dazu benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Es wäre schön, wenn Sie bereit wären, an solchen Gesprächen teilzunehmen. Leider können voraussichtlich nicht alle Teilnehmer, die zugestimmt haben, persönlich befragt werden.

Anhang

Damit sich die Forscher und die Interviewpartner während der Gespräche voll und ganz auf das Gespräch konzentrieren können, wird das Interview von den Mitarbeitern der Forschungsgruppe mit Ihrem Einverständnis per Aufnahmegerät aufgezeichnet und verschriftlicht. Dabei erfolgt eine Anonymisierung der persönlichen Daten. Das bedeutet, es werden Namen, biografische Daten (Geburtsstage oder ähnliche konkrete personengebundene Angaben), Wohnort, Arbeitgeber, Schule etc. so verfremdet, dass keine Rückschlüsse auf die interviewte Person möglich sind. Falls Sie die Audioaufzeichnung nicht wünschen, kann alternativ eine schriftliche Protokollierung des Gesprächs vorgenommen werden. Auch hier werden Ihre notierten Aussagen zur Auswertung anonymisiert.

Wie erfolgt der Umgang mit den erhobenen Daten?

Den Belangen des Datenschutzes wird in unserer Untersuchung sorgfältig Rechnung getragen; insbesondere ist sichergestellt, dass aus Ihren Angaben keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können und damit Ihre Anonymität gewährleistet ist. Für die wissenschaftliche Auswertung spielt Ihr Name keine Rolle. Namen und Anschriften benötigen wir nur, um mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

Da wir jedoch zu unterschiedlichen Zeitpunkten verschiedene Daten von Ihnen erheben und diese in der Auswertung zusammenführen, benötigen wir eine Zuordnungsliste. In dieser Zuordnungsliste verwenden wir an Stelle Ihres Namens eine zufällige Forschungsnummer. Diese wird von der Forschergruppe vergeben und enthält keine Angaben wie Geburtsdatum und/oder Initialen. Somit werden Ihre Angaben verschlüsselt, so dass niemand außer den Forschern die Daten zu den konkreten Personen zuordnen kann. Wie es die Datenschutzgesetze fordern, werden die für die Auswertung vorgesehenen Daten ohne Personenbezug streng getrennt von den Namen aufbewahrt und ausgewertet (§ 40 BDSG¹⁰⁶). Alle Daten, die von Ihnen während der Studie erhoben werden, unterliegen der Schweigepflicht und werden entsprechend behandelt. Die Durchführung der Studie geschieht auf Grundlage der Bestimmungen des BDSG. Die Befragung dient allein wissenschaftlichen Zwecken.

Für den Verlauf der Studie werden die Zuordnungsliste und die erhobenen Forschungsdaten streng getrennt voneinander aufbewahrt. Die Forschungsdaten werden im Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin gespeichert und ausgewertet. Nach Projektabschluss (spätestens am 31.03.2019) werden alle Audiodateien, Zuordnungslisten und Einwilligungserklärungen, die einen Personenbezug ermöglichen, gelöscht.

Freiwilligkeit:

Ihre Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig. Sie können die Teilnahme an der Studie ohne Begründung jederzeit ablehnen. Weder aus der Teilnahme noch aus einer Ablehnung erwachsen Ihnen irgendwelche Nachteile.

Sie können jederzeit bis zum Ende des Projektes am 31.03.2019 auch nach bereits erteilter Einwilligung und ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden und die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ein Ausscheiden und der Wunsch nach Löschung Ihrer Daten bringen keine Nachteile mit sich.

Was erfährt mein Leistungsträger oder mein Bildungsträger bzw. meine Rehabilitationseinrichtung?

Das Vorhaben wird von der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg gefördert, die einen Zwischen- und Endbericht bekommen. Aus den Berichten der Studie können weder die

¹⁰⁶ BDSG = Bundesdatenschutzgesetz

Anhang

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg noch ein ggf. anderer Kostenträger der Maßnahme oder die Rehabilitationseinrichtung/der Bildungsträger, bei dem Sie an der Maßnahme teilnehmen, Rückschlüsse auf Ihre persönlichen Daten ziehen. Das gilt auch für Ihren Arbeitgeber oder etwa die Arbeitsagentur.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der **Telefonnummer 030-2093-92315 oder 92317** zur Verfügung (Mittwochs zwischen 10.00 – 16.00 Uhr).

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Forschungsteam der Humboldt-Universität zu Berlin
Prof. Dr. Ernst von Kardorff, Dr. Alexander Meschnig, Dr. Sebastian Klaus

Informationsschreiben zum Forschungsprojekt

„Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit“

Liebe Kursteilnehmerin, lieber Kursteilnehmer,
wir möchten Sie gerne für eine Mitwirkung an unserem Forschungsprojekt gewinnen. Folgend ein paar wichtige Informationen dazu.

Worum geht es in unserer Studie?

In der Studie interessieren wir uns für die *konkreten Wege* von Rehabilitanden bei der Rückkehr *in Arbeit*. Darüber hinaus möchten wir gerne über einen längeren Zeitraum (ca. 2 Jahre) Ihren Werdegang weiterverfolgen. Es geht uns vor allem um Ihre Erfahrungen im Arbeitsalltag und im privaten Leben. Anhand der individuellen Verläufe möchten wir mehr darüber erfahren, welche speziellen Unterstützungsangebote für Rehabilitanden hilfreich wären.

Wie läuft die Studie ab?

Am Beginn der Studie geben wir zusammen mit diesem Informationsschreiben und der Einverständniserklärung einen Fragebogen an die Rehabilitanden aus. Anschließend begleiten wir einige Rehabilitanden über einen Zeitraum von etwa 2 Jahren. Wir würden uns sehr freuen, wenn wir Sie für die Teilnahme an der Fragebogenerhebung sowie für die Teilnahme an den persönlichen Gesprächen gewinnen können. Hierfür bitten wir Sie, die Einverständniserklärung entsprechend Ihrer Teilnahme auszufüllen und zurückzusenden.

Außerdem interessiert uns, welche Diagnosegruppen (nicht die einzelnen Diagnosen) für die Gewährung Ihrer Rehabilitationsleistung maßgeblich waren. Daher ist vorgesehen, dass uns Ihre Diagnosegruppen von Mitarbeitern des Bildungsträgers bzw. der Rehabilitationseinrichtung übermittelt werden. Deshalb bitten wir Sie, im Rahmen Ihrer Einwilligungserklärung die Mitarbeiter des Bildungsträgers bzw. der Rehabilitationseinrichtung von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

Fragebogen:

Der beiliegende Fragebogen beinhaltet ein paar allgemeine Fragen zu Ihrer Person, zu Ihrer Reha-Maßnahme und Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand, zu Ihrer beruflichen Situation und zu Ihren Zukunftserwartungen.

Persönliches Gespräch:

Wir würden gerne mit ehemaligen Rehabilitanden in **persönlichen Gesprächen** über ihre Erfahrungen und ihre Situation nach einem halben Jahr, nach einem Jahr (kurze telefonische Nachfrage) und ca. 18 Monaten nach Abschluss der Maßnahme sprechen, um zu erfahren, wie es nach der Rehabilitation bei ihnen weitergegangen ist. Dazu benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Es wäre schön, wenn Sie bereit wären, an solchen Gesprächen teilzunehmen. Leider können voraussichtlich nicht alle Teilnehmer, die zugestimmt haben, persönlich befragt werden.

Damit sich die Forscher und die Interviewpartner während der Gespräche voll und ganz auf das Gespräch konzentrieren können, wird das Interview von den Mitarbeitern der Forschungsgruppe mit Ihrem Einverständnis per Aufnahmegerät aufgezeichnet und verschriftlicht. Dabei

erfolgt eine Anonymisierung der persönlichen Daten. Das bedeutet, es werden Namen, biografische Daten (Geburtstage oder ähnliche konkrete personengebundene Angaben), Wohnort, Arbeitgeber, Schule etc. so verfremdet, dass keine Rückschlüsse auf die interviewte Person möglich sind. Falls Sie die Audioaufzeichnung nicht wünschen, kann alternativ eine schriftliche Protokollierung des Gesprächs vorgenommen werden. Auch hier werden Ihre notierten Aussagen zur Auswertung anonymisiert.

Wie erfolgt der Umgang mit den erhobenen Daten?

Den Belangen des Datenschutzes wird in unserer Untersuchung sorgfältig Rechnung getragen; insbesondere ist sichergestellt, dass aus Ihren Angaben keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können und damit Ihre Anonymität gewährleistet ist. Für die wissenschaftliche Auswertung spielt Ihr Name keine Rolle. Namen und Anschriften benötigen wir nur, um mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

Da wir jedoch zu unterschiedlichen Zeitpunkten verschiedene Daten von Ihnen erheben und diese in der Auswertung zusammenführen, benötigen wir eine Zuordnungsliste. In dieser Zuordnungsliste verwenden wir an Stelle Ihres Namens eine zufällige Forschungsnummer. Diese wird von der Forschergruppe vergeben und enthält keine Angaben wie Geburtsdatum und/oder Initialen. Somit werden Ihre Angaben verschlüsselt, so dass niemand außer den Forschern die Daten zu den konkreten Personen zuordnen kann. Wie es die Datenschutzgesetze fordern, werden die für die Auswertung vorgesehenen Daten ohne Personenbezug streng getrennt von den Namen aufbewahrt und ausgewertet (§ 40 BDSG¹⁰⁷). Alle Daten, die von Ihnen während der Studie erhoben werden, unterliegen der Schweigepflicht und werden entsprechend behandelt. Die Durchführung der Studie geschieht auf Grundlage der Bestimmungen des BDSG. Die Befragung dient allein wissenschaftlichen Zwecken.

Für den Verlauf der Studie werden die Zuordnungsliste und die erhobenen Forschungsdaten streng getrennt voneinander aufbewahrt. Die Forschungsdaten werden im Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin gespeichert und ausgewertet. Nach Projektabschluss (spätestens am 31.03.2019) werden alle Audiodateien, Zuordnungslisten und Einwilligungserklärungen, die einen Personenbezug ermöglichen, gelöscht.

Freiwilligkeit:

Ihre Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig. Sie können die Teilnahme an der Studie ohne Begründung jederzeit ablehnen. Weder aus der Teilnahme noch aus einer Ablehnung erwachsen Ihnen irgendwelche Nachteile.

Sie können jederzeit bis zum Ende des Projektes am 31.03.2019 auch nach bereits erteilter Einwilligung und ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden und die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ein Ausscheiden und der Wunsch nach Löschung Ihrer Daten bringen keine Nachteile mit sich.

Was erfährt mein Leistungsträger oder mein Bildungsträger bzw. meine Rehabilitationseinrichtung?

Das Vorhaben wird von der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg gefördert, die einen Zwischen- und Endbericht bekommen. Aus den Berichten der Studie können weder die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg noch ein ggf. anderer Kostenträger der

¹⁰⁷ BDSG = Bundesdatenschutzgesetz

Anhang

Maßnahme oder die Rehabilitationseinrichtung/der Bildungsträger, bei dem Sie an der Maßnahme teilnehmen, Rückschlüsse auf Ihre persönlichen Daten ziehen. Das gilt auch für Ihren Arbeitgeber oder etwa die Arbeitsagentur.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der **Telefonnummer 030-2093-92315 oder 92317** zur Verfügung (Mittwochs zwischen 10.00 – 16.00 Uhr).

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Forschungsteam der Humboldt-Universität zu Berlin
Prof. Dr. Ernst von Kardorff, Dr. Alexander Meschnig, Dr. Sebastian Klaus

10.2 Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zum Forschungsprojekt

„Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit“

Einwilligung

(ein Exemplar für die Forschergruppe, ein Exemplar für den/die Teilnehmer/in)

Ich bin über Inhalt und Zweck des Forschungsvorhabens „Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit“, das in Verantwortung von Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin durchgeführt und ausgewertet wird, per Informationsschreiben aufgeklärt worden.

Mir wurde versichert, dass keine personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Adresse) oder sonstige Angaben, welche Rückschlüsse auf meine Person zulassen, an Dritte weitergegeben werden. Die im Zusammenhang mit der Untersuchung von mir erhobenen Daten werden gelöscht, sobald sie für die weitere wissenschaftliche Auswertung nicht mehr erforderlich sind oder ich es ausdrücklich wünsche. Die Untersuchung folgt allgemein den Richtlinien des jeweils gültigen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) §40.

Ich möchte das Forschungsvorhaben durch meine Beteiligung unterstützen und willige ein,
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- an der Fragebogenerhebung teilzunehmen.
- im Anschluss an die Rehabilitation für drei persönliche Gespräche nach 6, 12 (kurzes Telefonat) und 18 Monaten zur Verfügung zu stehen.
- dass durch Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik oder des Berufsförderungswerkes die der Bewilligung meiner Rehabilitationsleistung zugrundeliegenden Diagnosegruppen an die Forschergruppe übermittelt werden dürfen. Insofern entbinde ich die Mitarbeiter der Rehabilitationsklinik oder des Berufsförderungswerkes von ihrer Schweigepflicht.

10.3 Fragebogen medizinisch und beruflich

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN



Institut für Rehabilitationswissenschaften
Projektbüro Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff
Invalidenstraße 110, 10099 Berlin

Von der medizinischen Rehabilitation zurück in Arbeit - Fragebogen zu den Erwartungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Projektteam:

Prof. Dr. Ernst von Kardorff

Dr. Alexander Meschnig

Dr. Sebastian Klaus

Liebe Patientin, lieber Patient,

zu Beginn möchten wir uns ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie an unserer Studie teilnehmen. Die Ergebnisse sollen dazu dienen, die Gestaltung der medizinischen Rehabilitation und insbesondere der Unterstützungsangebote im Anschluss bei der Rückkehr in Arbeit weiter zu verbessern.

Wir möchten Sie im Folgenden um einige Angaben zu Ihrer *Person*, zu Ihrer *Rehabilitationsmaßnahme*, zu Ihrem *Berufsleben* und zu Ihrer *Gesundheit* bitten. Darüber hinaus interessieren wir uns für Ihre Erwartungen und Wünsche besonders mit Blick auf Ihre berufliche Zukunft und Ihre Rückkehr in Arbeit.

Entsprechend der Information zum Forschungsprojekt werden Ihre Antworten während der Auswertungsphase pseudonymisiert. Anschließend erfolgt eine Anonymisierung auf der Grundlage der Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes, so dass Dritte keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen können.

Die Beantwortung des Fragebogens wird ca. 20 Minuten in Anspruch nehmen.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und spontan. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Wir sind an Ihrer persönlichen Einschätzung interessiert.

Wenn Ihnen die Beantwortung einer Frage schwer fällt, entscheiden Sie sich bitte für die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Bitte machen Sie keine Kreuze zwischen den Kästchen oder handschriftliche Kommentare außerhalb der dafür vorgesehenen Felder.

Beispiel

18. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben?

ausgezeichnet gut schlecht sehr schlecht

Bei anderen Fragen tragen Sie Ihre Antwort handschriftlich auf die dafür vorgesehene Linie ein. Bitte achten Sie darauf, die Begrenzung der Felder nicht zu überschreiben.

Beispiel

5. Welches war Ihr erster Berufsabschluss/Studienabschluss? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

Maurer

Hier sind die Beispiele zu Ende.

Zunächst bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person.

1. Bitte geben Sie uns Ihr Alter und Geschlecht an.

Alter: Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

2. Wie ist Ihre aktuelle Lebenssituation?

- allein im Haushalt
 allein mit Kind/ern im Haushalt
 mit Partner im Haushalt
 mit Partner und Kind/ern im Haushalt
 bei meinen Eltern
 Sonstiges: _____

3. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Hauptschule/Volksschule
 Realschule/Mittlere Reife
 Polytechnische Oberschule (POS)
 Fachhochschulreife
 Abitur/EOS (allgemeine Hochschulreife)
 kein Schulabschluss

4. Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss/Studienabschluss?

- Lehre (berufliche Ausbildung)
 Fachschule (Meister-/Technikerschule; Berufs-/Fachakademie)
 Fachhochschule
 Universität/Hochschule
 keine abgeschlossene Berufsausbildung

5. Welches war Ihr erster Berufsabschluss/Studienabschluss? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre aktuelle Rehabilitationsmaßnahme.

6. Haben Sie vor dieser Rehabilitation bereits an anderen Reha-Maßnahmen teilgenommen?

- Nein
 Ja, medizinische Rehabilitation und zwar ____ mal.
 Ja, berufliche Rehabilitation und zwar ____ mal (z.B. berufliche Anpassung, Weiterqualifizierung).

7. Waren Sie vor dieser Rehabilitationsmaßnahme in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung?					
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, gelegentlich <input type="radio"/> ja, regelmäßig					
8. Von welchem Kostenträger wurde Ihnen diese Reha bewilligt?					
<input type="radio"/> Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg <input type="radio"/> Deutsche Rentenversicherung Bund <input type="radio"/> Sonstige (z.B. Krankenkasse, Berufsgenossenschaft)					
9. Wurde dieser Reha-Antrag gleich beim ersten Mal bewilligt?					
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, nach Widerspruch <input type="radio"/> ja					
10. Wie sind Sie in die Rehabilitationsmaßnahme gekommen?					
<input type="radio"/> auf Eigeninitiative <input type="radio"/> auf Empfehlung des Hausarztes <input type="radio"/> auf Empfehlung eines Facharztes oder Psychologen <input type="radio"/> auf Empfehlung des Betriebsarztes <input type="radio"/> im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements <input type="radio"/> auf Empfehlung eines Arbeitskollegen <input type="radio"/> auf Empfehlung des Reha-Fachberaters der Rentenversicherung <input type="radio"/> auf Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters <input type="radio"/> auf Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden					
11. Von meiner Rehabilitationsmaßnahme erwarte ich mir,					
	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft e- her zu	trifft genau zu	kann ich noch nicht beurteilen
...dass man hier endlich Zeit für mich haben wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass ich durch psychologische Betreuung entlastet werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass ich in der Arbeit wieder besser zurechtkomme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass ich mit den Menschen in meiner Umgebung wieder besser zurechtkomme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass ich wieder gesund werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass ich Neues lerne, um mit der Krankheit besser umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nun interessiert uns Ihr aktuelles gesundheitliches Befinden.

12. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben?

- ausgezeichnet gut schlecht sehr schlecht

13. Seit wann fühlen Sie sich durch Ihre aktuelle Erkrankung beeinträchtigt?

- seit weniger als 1 Jahr seit 1 bis 5 Jahren seit über 5 Jahren

14. Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre aktuelle Erkrankung im Alltag beeinträchtigt?

- nicht beeinträchtigt eher beeinträchtigt
 kaum beeinträchtigt stark beeinträchtigt

15. Leiden Sie unter weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen?

- Nein
 Ja und zwar unter:

16. Sind Sie bei Aktivitäten im Alltag durch Schmerzen beeinträchtigt?

- Nein Ja

17. Sind Sie bei beruflichen Tätigkeiten durch Schmerzen beeinträchtigt?

- Nein Ja

18. Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein?

- Nein Ja

19. Haben Sie im Verlauf Ihrer Erkrankung und mit Beginn der Reha schon einmal darüber nachgedacht ...

(Mehrfachnennung möglich)

- mehr für sich selbst zu sorgen den Arbeitsplatz zu wechseln
 Ihre Arbeitszeit zu reduzieren einen neuen Beruf zu erlernen
 eine Ihrer gesundheitlichen Situation besser entsprechende Tätigkeit im Betrieb auszuüben

Jetzt möchten wir gerne erfahren, welche Sorgen und Probleme Sie derzeit in Ihrem Alltag besonders belasten.

<p>20. Wie stark fühlen Sie sich durch alltägliche Aufgaben in Ihrer Familie beeinträchtigt?</p> <p><input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> kaum <input type="radio"/> eher <input type="radio"/> stark</p>
<p>21. Fühlen Sie sich durch familiäre Verpflichtungen belastet?</p> <p><input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> kaum <input type="radio"/> eher <input type="radio"/> stark</p>
<p>22. Wie stark fühlen Sie sich durch finanzielle Sorgen beeinträchtigt (z.B. Schulden)?</p> <p><input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> kaum <input type="radio"/> eher <input type="radio"/> stark</p>

Im Folgenden geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen und um soziale Unterstützung.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft genau zu
23. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis/Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie gehen Sie üblicherweise mit Problemen und Schwierigkeiten um?

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft e- her zu	trifft genau zu
27. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ich wünsche mir für mich mehr Selbstvertrauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen richten sich auf Ihre berufliche Situation vor der aktuellen Rehabilitationsmaßnahme.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auch dann, wenn Sie unmittelbar vor der aktuellen Rehabilitationsmaßnahme arbeitslos waren.

31. Waren Sie vor der Rehabilitationsmaßnahme:

- Vollzeit erwerbstätig (6 Stunden/Tag und mehr)
- Teilzeit erwerbstätig (3 bis unter 6 Stunden/Tag)
- Teilzeit erwerbstätig (1 bis unter 3 Stunden/Tag)
- In Ausbildung oder im Praktikum
- Hausfrau/Hausmann
- Arbeitslos: 0 bis 6 Monate 6 bis 12 Monate über 12 Monate

32. Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten vor der Rehabilitationsmaßnahme krankgeschrieben?

- gar nicht
- bis 3 Monate
- mehr als 3 Monate

33. Welchen Beruf üben Sie aus bzw. haben Sie *zuletzt* ausgeübt? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

Anhang

<p>34. Wie lange waren Sie an Ihrem letzten Arbeitsplatz beschäftigt?</p> <p><input type="radio"/> weniger als 1 Jahr <input type="radio"/> 1 bis 5 Jahre <input type="radio"/> 5 bis 10 Jahre <input type="radio"/> über 10 Jahre</p>
<p>35. Haben Sie Überstunden geleistet?</p> <p><input type="radio"/> keine <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig</p>
<p>36. Haben Sie regelmäßig am Wochenende oder in Schichten gearbeitet? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, Wochenendarbeit <input type="radio"/> Ja, Schichtarbeit</p>
<p>37. Haben Sie regelmäßig auf Montage gearbeitet?</p> <p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p>
<p>38. Wie lange brauchten Sie von Ihrem Wohnort zu Ihrem Arbeitsplatz?</p> <p><input type="radio"/> 0 bis 30 Minuten <input type="radio"/> 30 bis 60 Minuten <input type="radio"/> über 1 Stunde</p>

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihren derzeitigen oder letzten Arbeitsplatz.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft e- her zu	trifft genau zu
39. Die Bedingungen an meinem Arbeitsplatz machen mich krank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Wenn ich an meinen Arbeitsplatz denke, merke ich, wie sich alles in mir anspannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Ich leide darunter, dass man bei der Arbeit nie weiß, was als nächstes kommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Vor meinem inneren Auge kommen mir oft Erinnerungen hoch an schlimme Erlebnisse am Arbeitsplatz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Bei der Arbeit bleibt immer alles an mir hängen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Auch in meiner Freizeit bin ich mit meinen Gedanken ständig bei der Arbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang

45. Ich musste mich ein oder mehrere Male krank-schreiben lassen, weil ich die Probleme an meinem Arbeitsplatz nicht länger ertragen konnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Am Arbeitsplatz habe ich Probleme im Umgang mit Klienten (oder Schülern, Publikum etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Ich glaube, dass egal wie sehr man sich anstrengt, der Arbeitsplatz ständig gefährdet ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Manchmal habe ich die Vorstellung, meine gesundheitlichen Probleme führen dazu, dass ich meine Arbeit nicht zufriedenstellend ausführe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Ich fühle mich unsicher, wenn ich bei meiner Arbeit beobachtet werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Ich werde an meinem Arbeitsplatz absichtlich ausgegrenzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Der Stress an meinem Arbeitsplatz ist gesundheitsschädigend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Wenn man heute arbeitslos ist oder wird, dann findet man sowieso nie wieder einen Job!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. An meinem Arbeitsplatz bin ich aller Willkür und Ungerechtigkeit ausgeliefert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Ich befürchte, die Kollegen könnten mich wegen meiner gesundheitlichen Einschränkungen nicht für voll nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Arbeitslos zu sein bedeutet für mich, mein ganzes Ansehen zu verlieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hier geht es um Ihre Einstellung zur Arbeit im Allgemeinen.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft e- her zu	trifft genau zu
56. Ich arbeite mehr als ich sollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Was immer ich tue, es muss perfekt sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang

59. Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Ich hätte manchmal gerne mehr Zeit für meine Familie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Und nun interessiert uns, wie es Ihnen in der Arbeit geht.

61. Bei der Arbeit fällt es mir leicht, ...	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft genau zu
...mich zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mit anderen zusammen zu arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...andere anzuleiten oder zu führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Verantwortung zu übernehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mit Stress umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mit Kritik umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...meine Gefühle zu kontrollieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Zukunft im Zusammenhang mit Ihrem aktuellen Gesundheitszustand.

62. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft nach der Rehabilitation vor?
(Mehrfachnennungen möglich)

Ich werde ...

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> an meinen Arbeitsplatz zurückkehren. | <input type="radio"/> eine Rente beantragen. |
| <input type="radio"/> firmenintern den Arbeitsplatz wechseln. | <input type="radio"/> arbeitslos sein. |
| <input type="radio"/> mir einen anderen Arbeitgeber suchen. | <input type="radio"/> krankgeschrieben bleiben. |

63. Wann glauben Sie wieder arbeiten zu können?

- direkt nach der Maßnahme
 bis 3 Monate nach der Maßnahme
 bis 6 Monate nach der Maßnahme
 1 Jahr oder später nach der Maßnahme
 überhaupt nicht mehr
 kann ich noch nicht abschätzen

64. Ich freue mich schon auf die Rückkehr an meinen Arbeitsplatz:

- Nein Ja bin unsicher

65. Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters in Ihrem jetzigen Beruf tätig sein können?

- Nein Ja bin unsicher

66. Denken Sie, dass Sie bei der Rückkehr in die Berufstätigkeit eine weiterführende Unterstützung benötigen?

- Nein Ja bin unsicher

**67. Und wenn Sie abschließend einmal Ihre gesamte Situation berücksichtigen:
Wie zufrieden sind Sie derzeit allgemein mit Ihrem Leben?**

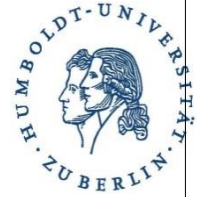
- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

68. Insgesamt blicke ich optimistisch in die Zukunft.

- trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten.

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN



Institut für Rehabilitationswissenschaften
Projektbüro Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff

Invalidenstraße 110, 10099 Berlin

Von der beruflichen Rehabilitation zurück in Arbeit - Fragebogen zu den Erwartungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Projektteam:

Prof. Dr. Ernst von Kardorff

Dr. Alexander Meschnig

Dr. Sebastian Klaus

Anhang

Liebe Kursteilnehmerin, lieber Kursteilnehmer,

zu Beginn möchten wir uns ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie an unserer Studie teilnehmen. Die Ergebnisse sollen dazu dienen, die Gestaltung der beruflichen Rehabilitation und insbesondere der Unterstützungsangebote im Anschluss bei der Rückkehr in Arbeit weiter zu verbessern.

Wir möchten Sie im Folgenden um einige Angaben zu Ihrer *Person*, zu Ihrer *Rehabilitationsmaßnahme*, zu Ihrem *Berufsleben* und zu Ihrer *Gesundheit* bitten. Darüber hinaus interessieren wir uns für Ihre Erwartungen und Wünsche besonders mit Blick auf Ihre berufliche Zukunft und Ihre Rückkehr in Arbeit.

Entsprechend der Information zum Forschungsprojekt werden Ihre Antworten während der Auswertungsphase pseudonymisiert. Anschließend erfolgt eine Anonymisierung auf der Grundlage der Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes, so dass Dritte keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen können.

Die Beantwortung des Fragebogens wird ca. 20 Minuten in Anspruch nehmen.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und spontan. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Wir sind an Ihrer persönlichen Einschätzung interessiert.

Wenn Ihnen die Beantwortung einer Frage schwer fällt, entscheiden Sie sich bitte für die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Bitte machen Sie keine Kreuze zwischen den Kästchen oder handschriftliche Kommentare außerhalb der dafür vorgesehenen Felder.

Beispiel

18. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben?

ausgezeichnet gut schlecht sehr schlecht

Bei anderen Fragen tragen Sie Ihre Antwort handschriftlich auf die dafür vorgesehene Linie ein. Bitte achten Sie darauf, die Begrenzung der Felder nicht zu überschreiben.

Beispiel

5. Welches war Ihr erster Berufsabschluss/Studienabschluss? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

Maurer

Hier sind die Beispiele zu Ende.

Zunächst bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person.

1. Bitte geben Sie uns Ihr Alter und Geschlecht an.

Alter: Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

2. Wie ist Ihre aktuelle Lebenssituation?

- allein im Haushalt mit Partner und Kind/ern im Haushalt
 allein mit Kind/ern im Haushalt bei meinen Eltern
 mit Partner im Haushalt Sonstiges: _____

3. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Hauptschule/Volksschule Fachhochschulreife
 Realschule/Mittlere Reife Abitur/EOS (allgemeine Hochschulreife)
 Polytechnische Oberschule (POS) kein Schulabschluss

4. Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss/Studienabschluss?

- Lehre (berufliche Ausbildung)
 Fachschule (Meister-/Technikerschule; Berufs-/Fachakademie)
 Fachhochschule
 Universität/Hochschule
 keine abgeschlossene Berufsausbildung

5. Welches war Ihr erster Berufsabschluss/Studienabschluss? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre aktuelle Rehabilitationsmaßnahme.

6. Haben Sie vor dieser Rehabilitation bereits an anderen Reha-Maßnahmen teilgenommen?

- Nein
 Ja, medizinische Rehabilitation und zwar ____ mal.
 Ja, berufliche Rehabilitation und zwar ____ mal (z.B. berufliche Anpassung, Weiterqualifizierung).

7. Waren Sie vor dieser Rehabilitationsmaßnahme in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung?					
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, gelegentlich <input type="radio"/> ja, regelmäßig					
8. Von welchem Kostenträger wurde Ihnen diese Reha bewilligt?					
<input type="radio"/> Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg <input type="radio"/> Deutsche Rentenversicherung Bund <input type="radio"/> Sonstige (z.B. Krankenkasse, Berufsgenossenschaft)					
9. Wurde dieser Reha-Antrag gleich beim ersten Mal bewilligt?					
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, nach Widerspruch <input type="radio"/> ja					
10. Wie sind Sie in die Rehabilitationsmaßnahme gekommen?					
<input type="radio"/> auf Eigeninitiative <input type="radio"/> auf Empfehlung des Hausarztes <input type="radio"/> auf Empfehlung eines Facharztes oder Psychologen <input type="radio"/> auf Empfehlung des Betriebsarztes <input type="radio"/> im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements <input type="radio"/> auf Empfehlung eines Arbeitskollegen <input type="radio"/> auf Empfehlung des Reha-Fachberaters der Rentenversicherung <input type="radio"/> auf Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters <input type="radio"/> auf Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden					
11. Von meiner Rehabilitationsmaßnahme hatte ich mir zuvor erwartet,					
	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft e- her zu	trifft genau zu	kann ich noch nicht beurteilen
...dass man hier endlich Zeit für mich haben wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass ich durch psychologische Betreuung entlastet werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass ich in der Arbeit wieder besser zurechtkomme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass ich mit den Menschen in meiner Umgebung wieder besser zurechtkomme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass ich wieder gesund werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass ich Neues lerne, um mit der Krankheit besser umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nun interessiert uns Ihr aktuelles gesundheitliches Befinden.

12. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben?

- ausgezeichnet gut schlecht sehr schlecht

13. Seit wann fühlen Sie sich durch Ihre aktuelle Erkrankung beeinträchtigt?

- seit weniger als 1 Jahr seit 1 bis 5 Jahren seit über 5 Jahren

14. Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre aktuelle Erkrankung im Alltag beeinträchtigt?

- nicht beeinträchtigt eher beeinträchtigt
 kaum beeinträchtigt stark beeinträchtigt

15. Leiden Sie unter weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen?

- Nein
 Ja und zwar unter:

16. Sind Sie bei Aktivitäten im Alltag durch Schmerzen beeinträchtigt?

- Nein Ja

17. Sind Sie bei beruflichen Tätigkeiten durch Schmerzen beeinträchtigt?

- Nein Ja

18. Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein?

- Nein Ja

19. Hatten Sie im Verlauf Ihrer Erkrankung häufiger darüber nachgedacht ...

(Mehrfachnennung möglich)

- mehr für sich selbst zu sorgen Ihre Arbeitszeit zu reduzieren
 mehr für Familie/Freunde Zeit zu haben den Arbeitgeber zu wechseln
 eine Ihrer gesundheitlichen Situation besser entsprechende Tätigkeit im Betrieb auszuüben

Jetzt möchten wir gerne erfahren, welche Sorgen und Probleme Sie derzeit in Ihrem Alltag besonders belasten.

<p>20. Wie stark fühlen Sie sich durch alltägliche Aufgaben in Ihrer Familie beeinträchtigt?</p> <p><input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> kaum <input type="radio"/> eher <input type="radio"/> stark</p>
<p>21. Fühlen Sie sich durch familiäre Verpflichtungen belastet?</p> <p><input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> kaum <input type="radio"/> eher <input type="radio"/> stark</p>
<p>22. Wie stark fühlen Sie sich durch finanzielle Sorgen beeinträchtigt (z.B. Schulden)?</p> <p><input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> kaum <input type="radio"/> eher <input type="radio"/> stark</p>

Im Folgenden geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen und um soziale Unterstützung.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft genau zu
23. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis/Clique), zu der ich mich zugehörig fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie gehen Sie üblicherweise mit Problemen und Schwierigkeiten um?

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft e- her zu	trifft genau zu
27. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ich wünsche mir für mich mehr Selbstvertrauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen richten sich auf Ihre berufliche Situation vor der aktuellen Rehabilitationsmaßnahme.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auch dann, wenn Sie unmittelbar vor der aktuellen Rehabilitationsmaßnahme arbeitslos waren.

31. Waren Sie vor der Rehabilitationsmaßnahme:

- Vollzeit erwerbstätig (6 Stunden/Tag und mehr)
- Teilzeit erwerbstätig (3 bis unter 6 Stunden/Tag)
- Teilzeit erwerbstätig (1 bis unter 3 Stunden/Tag)
- In Ausbildung oder im Praktikum
- Hausfrau/Hausmann
- Arbeitslos: 0 bis 6 Monate 6 bis 12 Monate über 12 Monate

32. Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten vor der Rehabilitationsmaßnahme krankgeschrieben?

- gar nicht
- bis 3 Monate
- mehr als 3 Monate

33. Welchen Beruf üben Sie aus bzw. haben Sie *zuletzt* ausgeübt? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

Anhang

<p>34. Wie lange waren Sie an Ihrem letzten Arbeitsplatz beschäftigt?</p> <p><input type="radio"/> weniger als 1 Jahr <input type="radio"/> 1 bis 5 Jahre <input type="radio"/> 5 bis 10 Jahre <input type="radio"/> über 10 Jahre</p>
<p>35. Haben Sie Überstunden geleistet?</p> <p><input type="radio"/> keine <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig</p>
<p>36. Haben Sie regelmäßig am Wochenende oder in Schichten gearbeitet? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, Wochenendarbeit <input type="radio"/> Ja, Schichtarbeit</p>
<p>37. Haben Sie regelmäßig auf Montage gearbeitet?</p> <p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p>
<p>38. Wie lange brauchten Sie von Ihrem Wohnort zu Ihrem Arbeitsplatz?</p> <p><input type="radio"/> 0 bis 30 Minuten <input type="radio"/> 30 bis 60 Minuten <input type="radio"/> über 1 Stunde</p>

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihren derzeitigen oder letzten Arbeitsplatz.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft e- her zu	trifft genau zu
39. Die Bedingungen an meinem Arbeitsplatz machen mich krank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Wenn ich an meinen Arbeitsplatz denke, merke ich, wie sich alles in mir anspannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Ich leide darunter, dass man bei der Arbeit nie weiß, was als nächstes kommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Vor meinem inneren Auge kommen mir oft Erinnerungen hoch an schlimme Erlebnisse am Arbeitsplatz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Bei der Arbeit bleibt immer alles an mir hängen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Auch in meiner Freizeit bin ich mit meinen Gedanken ständig bei der Arbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang

45. Ich musste mich ein oder mehrere Male krank-schreiben lassen, weil ich die Probleme an meinem Arbeitsplatz nicht länger ertragen konnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Am Arbeitsplatz habe ich Probleme im Umgang mit Klienten (oder Schülern, Publikum etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Ich glaube, dass egal wie sehr man sich anstrengt, der Arbeitsplatz ständig gefährdet ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Manchmal habe ich die Vorstellung, meine gesundheitlichen Probleme führen dazu, dass ich meine Arbeit nicht zufriedenstellend ausführe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Ich fühle mich unsicher, wenn ich bei meiner Arbeit beobachtet werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Ich werde an meinem Arbeitsplatz absichtlich ausgegrenzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Der Stress an meinem Arbeitsplatz ist gesundheitsschädigend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Wenn man heute arbeitslos ist oder wird, dann findet man sowieso nie wieder einen Job!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. An meinem Arbeitsplatz bin ich aller Willkür und Ungerechtigkeit ausgeliefert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Ich befürchte, die Kollegen könnten mich wegen meiner gesundheitlichen Einschränkungen nicht für voll nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Arbeitslos zu sein bedeutet für mich, mein ganzes Ansehen zu verlieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hier geht es um Ihre Einstellung zur Arbeit im Allgemeinen.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft e- her zu	trifft genau zu
56. Ich arbeite mehr als ich sollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Was immer ich tue, es muss perfekt sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang

59. Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Ich hätte manchmal gerne mehr Zeit für meine Familie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Und nun interessiert uns, wie es Ihnen in der Arbeit geht.

61. Bei der Arbeit fällt es mir leicht, ...	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft e- her zu	trifft genau zu
...mich zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mit anderen zusammen zu arbeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...andere anzuleiten oder zu führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Verantwortung zu übernehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mit Stress umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mit Kritik umzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...meine Gefühle zu kontrollieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Zukunft im Zusammenhang mit Ihrem aktuellen Gesundheitszustand.

62. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft nach der Rehabilitation vor?
(Mehrfachnennungen möglich)

Ich werde ...

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> an meinen Arbeitsplatz zurückkehren. | <input type="radio"/> eine Rente beantragen. |
| <input type="radio"/> in meinem neuen Beruf arbeiten. | <input type="radio"/> arbeitslos sein. |
| <input type="radio"/> einen völlig anderen Beruf ergreifen. | <input type="radio"/> krankgeschrieben bleiben. |

63. Wann glauben Sie wieder arbeiten zu können?

- direkt nach der Maßnahme
 bis 3 Monate nach der Maßnahme
 bis 6 Monate nach der Maßnahme
 1 Jahr oder später nach der Maßnahme
 überhaupt nicht mehr
 kann ich noch nicht abschätzen

64. Ich freue mich schon auf die Rückkehr an meinen Arbeitsplatz:

- Nein Ja bin unsicher

65. Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters in Ihrem jetzigen Beruf tätig sein können?

- Nein Ja bin unsicher

66. Denken Sie, dass Sie bei der Rückkehr in die Berufstätigkeit eine weiter führende Unterstützung benötigen?

- Nein Ja bin unsicher

**67. Und wenn Sie abschließend einmal Ihre gesamte Situation berücksichtigen:
Wie zufrieden sind Sie derzeit allgemein mit Ihrem Leben?**

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

68. Insgesamt blicke ich optimistisch in die Zukunft.

- trifft nicht zu trifft kaum zu trifft eher zu trifft genau zu

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten.