

Der Weg zurück zur Arbeit
Geschlechts- und statusspezifische Differenzen in der
Wirkung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen.

Dissertation zur Erlangung des
Doktorgrades (Dr. rer. soc.)

des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften
der Justus-Liebig-Universität Gießen

Vorgelegt von

Wolfgang L. Dern

aus Ehingen / Heufelden

2001

Inhaltsverzeichnis

A	EINLEITUNG	5
B	WISSENSCHAFTLICHE AUFGABENSTELLUNG.....	13
B.1.	Politische Zielstellung.....	13
B.2.	Die Rückkehr zur Arbeit - Elemente des Entscheidungsumfelds	17
	Aus den Forschungsergebnisse der Humanmedizin	17
	Aus den Forschungsergebnissen der Medizinischen – Soziologie.....	18
	Überlegungen für das weitere Vorgehen	40
	Aus den Forschungsergebnissen der Arbeitswissenschaft	41
C	METHODIK – EINSCHLIEßLICH MODELLE WIE DIE RÜCKKEHR FUNKTIONIERT	56
C.1.	Interviews.....	57
	Einzelauswertung	58
	Falltypisches und Idealtypisches	69
	Gegenstandsnahe Theoriebildung, Umriß der Vorgehensweise bei der Entwicklung einer Grounded Theory	74
C.2.	Heuristik	82
	Biographische Diagnostik - Fallbeispiele.....	85
	Idealtypen.....	110
	Eine gegenstandsnahe Theorie	129
C.3.	Modell - was steuert die Geschwindigkeit der Rückkehr zur Erwerbsarbeit	151
C.4.	Struktur des Modells.....	152
	Was steuert die Geschwindigkeit der Rückkehr zur Erwerbsarbeit	153
D	DIE BEOBACHTUNGSREIHEN DER STUDIE.....	155

D.1. Hypothesen.....	156
Die Hypothesen zu den Idealtypen	156
Die Hypothese zum soziogenetischen Modell	158
Die Hypothese zum Konstrukt der beruflichen Leistungsanforderung	160
Die Hypothese zum Konstrukt der Handlungsmöglichkeiten.....	161
Die Hypothese zum Konstrukt der rationalen Handlungsplanung	162
Die Hypothesen zum Modell des Erhalts der beruflichen Integration.....	164
Weitere Hypothesen	165
D.2. Struktur der Erhebung	168
Überlegungen zur Definition der Grundgesamtheit “stationäre medizinische Rehabilitanden”.....	168
Begründung de Auswahlkriterien	171
Datenerhebung und Fallzahlen	172
Repräsentativitätskriterien	174
D.3. Ergebnisse	177
Ergebnisse der Hypothesenprüfung	177
Methodische Ergebnisse	190
Anwendungspraktische Ergebnisse.....	194
E DIE STÖRUNG DER HANDLUNGSVOLLZÜGE, EINE THEORIEGELEITETE INTERPRETATION UND DEUTUNG DER STUDIENERGEBNISSE	199
F LITERATUR.....	208

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1, Prädiktoren.....	11
Abbildung 2, Formen des Tätigseins.....	43
Abbildung 3, Verfügbarkeit menschlicher Leistung.....	46
Abbildung 4, Ort und Zeitpunkt der Interviewerhebung.....	83
Abbildung 5, Rückkehr zur Arbeit nach 5 Monaten.....	110
Abbildung 6, Auswirkungen gesundheitlicher Einschränkungen - weiblich.....	136
Abbildung 7, Auswirkungen gesundheitlicher Einschränkungen - männlich	137
Abbildung 8, Zeit- und Ablaufplan der Studie.....	168
Abbildung 9, Alter der Teilnehmer an einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung im Jahre 1999.....	170
Abbildung 10, Diagnosegruppen der Teilnehmer an einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung im Jahre 1999.....	171
Abbildung 11, Fallzahlen der Datenerhebung 1999 und 2000.....	173
Abbildung 12, Ergebnisse der Hypothesenprüfung.....	185
Abbildung 13, Anwendungspraktische Ergebnisse	196

A Einleitung

Im Rahmen einer orthopädischen und neurologischen Universitätsklinik habe ich ein Jahrzehnt lang Erstgespräche zur beruflichen Neuorientierung mit Patienten geführt, bei denen die Ärzte in der Akutklinik oder in der Rehabilitationsklinik davon ausgingen, dass bei diesen Patienten nach Beendigung der Behandlung ein so großes Funktionsdefizit zurück bleibt, dass Schwierigkeiten bei der Rückkehr an ihren vormaligen Arbeitsplatz auftreten könnten. Die Gespräche verfolgten immer das Ziel, die Lebens- und Arbeitsumstände der Betroffenen zu erfassen, ihre persönliche Sicht der Leistungseinschränkung zu ermitteln und nach ihren Plänen für die Bewältigung der nächsten Zukunft zu fragen. Die Beratungen wurden protokolliert. Soweit sich aus den Gesprächen Anhaltspunkte ergaben, die darauf hinwiesen, dass der Betroffene zusätzliche Hilfen benötigt, um beruflich wieder integriert zu werden, wurden die hierfür zuständigen Träger der beruflichen Rehabilitation eingeschaltet und mit dem Protokoll über das bisher Besprochene informiert. Die Beratungen hatten demnach immer den Focus abzuklären, ob die Person ihre berufliche Reintegration alleine bewältigen kann oder ob sie auf Hilfen angewiesen sein wird.

Hierbei beachteten Gesprächsführung und Protokoll stets einen zwischen den Institutionen der beruflichen Rehabilitation konsensfähigen Argumentationsfaden. Die Beratungsgespräche orientierten sich an einem Leitfaden, der in der Bundesanstalt für Arbeit entwickelt wurde (Locker 1993 40ff). Diese Beratungsgespräche arbeiteten die folgenden Elemente ab:

- Anliegensklärung, Festlegung der Gesprächsziele
- Datenerhebung
- Gemeinsame Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten
- Entscheidung des Ratsuchenden herbeiführen
- Möglichkeiten der Realisierung aufzeigen.

Die im Rahmen dieses Beratungsmodells entwickelten Integrationsüberlegungen wurden im Moment der Beratung von den Klienten akzeptiert. Eine „Verlaufsbeobachtung“ (Wasilewski 1992) machte deutlich, dass die Zustimmung des Patienten zu den Ergebnissen der Beratung nicht von großer Dauer waren. Die Beratung berücksichtigte die Tatsache nur ungenügend, dass nahezu alle Klienten auf die Mitteilung, sie müssten nach Abschluss der Klinikbehandlung mit einem dauerhaften Leistungsdefizit leben, sehr verunsichert reagierten. Wenn sich aus

dieser Leistungsveränderung auch noch ergab, dass ihr Einsatz an ihrem vormaligen Arbeitsplatz fraglich erschien, dann wurden weit mehr Fragen im Leben des Patienten berührt, als von den Eckpunkten des Beratungsansatzes aufgegriffen wurden. Diese Situation führte offensichtlich dazu, dass die Patienten vorschnell dem ersten sich bietenden Lösungsvorschlag zustimmten. Der sehr mechanische Beratungsansatz mit seinen vier Eckpunkten

- es gibt jemanden, der Hilfe sucht,
- es gibt jemanden, der helfen will und
- der dazu in der Lage oder dafür ausgebildet ist
- und es gibt eine Situation, die es erlaubt, Hilfe zu geben und zu erhalten (Locker 1993, 40),

setzte dabei voraus, dass der zu Beratende die in der Kürze der Zeit gewonnenen Informationen aufnehmen, durchdenken und abwägen kann, dass er über die notwendigen Handlungskompetenzen verfügt, um die Überlegungen in alltagsrechte Handlungen zu übersetzen und dass er sich schließlich mit niemandem über sein tun abstimmen muss. Ein zentraler Gedanke des Konzepts, der Patient könne ohne Abstimmung mit anderen entscheiden, erwies sich als nicht zutreffend. Des Weiteren war die Annahme falsch, der Patient könne, ohne Trauer um das Verlorene und Ängstlichkeit vor dem Neuen, über sich verfügen. Es häuften sich die Fälle, in denen die Klienten ihre Betroffenheit angesichts der ihnen bevorstehenden lebensgeschichtlichen Neuorientierung sehr deutlich zeigten. Sie weinten, schluchzten und sprachen über die sehr persönlichen Folgen, die sich aus dieser Änderung für ihr weiteres Leben ergeben werden. Diese Darstellung ihrer Betroffenheit und ihrer Unsicherheit störte den Ablauf der Beratungsgespräche. Den Patienten wurde daraufhin die Möglichkeit eingeräumt, über ihre Vorstellungen zur beruflichen Zukunft zu sprechen. Die Bereitschaft den Patienten zuzuhören war ein Zugeständnis, mit dem die Beibehaltung des bisherigen Beratungskonzepts gesichert werden sollte. Ziel der Beratung war es weiterhin, in einer vorgegebenen Zeit zu einem Beratungsergebnis zu gelangen, das Bezug auf die formale Bildungs- und Berufsgeschichte des Klienten nimmt und das für Außenstehende als eine sinnvolle Weiterführung der bisherigen Berufsbiographie gelesen werden konnte.

Die Beratung, soviel wurde deutlich, richtete sich zwar vordergründig auf die Lösung eines beruflichen Problems, betraf aber darüber hinaus die Lebenswirklichkeit und Lebensplanung der Klienten an weit mehr Punkten, als das in dem eklektischen Beratungskonzept mitgedacht

war. Die Erzählungen mit denen die Patienten ihren Alltag darstellten eröffneten einen neuen Zugang zu dem, was Berufstätigkeit für sie bedeutet, zu der Art, wie sich berufliches Tätigsein und alltägliche Reputation, wie sich die Sinnfindung im Leben und die Teilnahme an Berufstätigkeit aufeinander beziehen. Die biographischen Erzählelemente waren zunächst als Ventil in die Beratung aufgenommen worden, um so die für zentral gehaltenen Beratungselemente abarbeiten zu können. Doch schon nach kurzer Zeit wurde deutlich, dass in der Biographie der Betroffenen die schädigenden Ereignisse und deren Auswirkungen eine gänzlich andere Bedeutung annahmen, als das nach dem sachlichen Beratungskonzept erwartbar war, nämlich eine höchst private.

Anregungen aus der Literatur (Hanses 1996, Dausien 1996, Vonderach 1996) und Kontakte zum IBL (Institut für Biographie- und Lebensweltforschung der Universität Bremen) führten in der Folge zur Umstellung der Beratungsgespräche. Die Patienten wurden jetzt angeregt, von ihren Vorstellungen zur Rückkehr in die Berufswelt, von ihrem Zukunftsentwurf zu sprechen. Diese Gespräche wurden auf Band aufgezeichnet, anschließend abgeschrieben und inhaltsanalytisch ausgewertet, um so zu Kategorien (Strauss 1996 : 43) zu gelangen, die zum einen für die Weitergabe innerhalb des Rehabilitationsprozesses geeignet erschienen, und die es zum anderen erlaubten, eine begründbare Voraussage zu den Anteilen der Person zu formulieren, mit denen im weiteren Rehabilitationsgeschehen gerechnet werden müsse (Dern 2000, Hanses 2000a).

Mit diesem Vorgehen gelang es zwar beachtlich richtige Vorhersagen zum weiteren Fortgang der Rehabilitation zu entwickeln (Dern 1999), die Kategorien jedoch, die für jeden Einzelfall entwickelt wurden, konnten von den Adressaten der Berichte nicht in ihrem Bedeutungsumfang erkannt werden. Die unter den Kategorien subsumierten biographischen Bewältigungsmuster waren durch das Aufbrechen der Stehgreiferzählungen zustande gekommen und in sich hoch aggregiert. Adressaten der Texte waren jedoch nach wie vor die Mitarbeiter in der beruflichen Rehabilitation, deren Beratungssozialisation entlang der beschriebenen Arbeitsamtspraxis erfolgt war. Diese Personen waren zwar davon angetan, dass es mit dieser Methode gelang biographische Elemente mit den Fakten zur Erkrankungstiefe der bisher durchlaufenen schulischen und beruflichen Ausbildung und den gesetzlichen Förderungsbedingungen zusammenzubinden. Gleichzeitig ergaben sich für die Leser eine Vielzahl an Fragen, die sich auf die Methode bezogen, mit der die Begriffe gebildet worden waren. Diese Fragen konnten telefonisch kaum, im persönlichen Gespräch jedoch manchmal so

weit geklärt werden, dass den Lesern Vertrauen in die Regelgeleitetheit, Präzision und Verifizierbarkeit vermittelt werden konnte.

Die im Rahmen eines Forschungsprojekts (Vonderach 1996) oder einer Dissertation (Hanses 1996) entwickelte Methode des systematischen Fremdverstehens von Biographien erwies sich als durchaus anwendungsrobust, jedoch sehr arbeitsaufwendig und nicht immer leicht vermittelbar. Gleichzeitig wurde sichtbar, dass es möglich sein könnte, die Überlegungen, die das weitere Handeln der Betroffenen bestimmten, so weit zu bündeln, dass mit arbeitszeitsparenden Verfahren vorhergesagt werden kann, ob der Betroffene ohne weitere Hilfen schnell an den Arbeitsplatz zurückkehren wird.

Meine Analyse vorhandener Konzepte und Messinstrumente zum Auffinden der Prädiktorvariablen stützt sich auf Beiträge aus folgenden Forschungsgebieten:

- Für die Messung psychosozialer Variablen auf die Forschungsergebnisse der medizinischen Soziologie, die sich auf die Gesundheitsindikatoren beziehen.
- Für die Bestimmung der Passung von
 - o Belastungen am Arbeitsplatz mit dem
 - o Fähigkeitsprofil des Patienten
 - o und der Erholungsbilanz in der arbeitsfreien Zeitauf die Ergebnisse der Arbeitswissenschaft.
- Für die Bestimmung der typischen lebensgeschichtlichen Ereignisverknüpfung, aus denen die Entscheidung für die weitere Planung des Lebensweges nach der Rehabilitationsbehandlung entsteht, auf neuere Studien zur Idealtypenanalyse und der Biographieforschung.

Die Vielfalt der bereits vorliegenden Assessmentverfahren zur Beurteilung des Gesundheitszustands (Biefang, Potthoff, Schliehe 1999) stellen quantitative oder standardisierte Methoden (Messinstrumente, Tests oder Skalen) dar, die vor allem der Beurteilung der Behandlungseffekte oder Outcomes auf einer möglichst objektiven und überprüfaren Basis dienen (a.a.O. S.15). Diese Verfahren ermöglichen das Messen der durch die Teilnahme an einer Rehabilitationsbehandlung erreichten Veränderung bestimmter klinischer Eckwerte, z.B. die Wiederherstellung freier Gelenkfunktion bei Patienten mit einer Erkrankung der Bewegungsorgane. Da das Ziel der von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung finanzierten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Erhalt

und/oder die Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten ist, damit eine Berentung vor dem Erreichen der Altersgrenze vermieden wird, sieht die Argumentation für die Durchführung leidensspezifischer medizinischer Behandlungen wie folgt aus: Die klinische Rehabilitationsbehandlung wendet sich der beim Patienten bestehenden Funktionsminderung zu und versucht diese zu lindern oder zumindest deren Fortschreiten zu verhindern. Als nächstes werden die Effekte der Behandlung und die zukünftige Berufstätigkeit mit einander verknüpft, was die Aussage nahe legt: der Erfolg der Behandlung führe zwangsläufig auch wieder zur Erwerbs- oder Berufstätigkeit (siehe Biefang 1986, Kapitel 3). Hierbei werden alle potentiellen Prädiktoren (Status, Arbeitsbedingungen, Persönlichkeit, Hilfen aus der Umwelt, Erholungsbilanz) ausgeblendet, die unabhängig von der Erkrankung das Verhalten des Patienten beeinflussen können.

Assessmentverfahren, die sich mit der beruflichen Integration oder Reintegration von Menschen mit Funktionsdefiziten beschäftigen, wie zum Beispiel das IMBA¹(Greve, Jochheim, Schian 1997) erfordert die Erhebung eines Fähigkeitsprofils des Arbeitnehmers und eines Anforderungsprofils des Arbeitsplatzes. Auf der Basis dieser Erhebungen kann dann diskutiert werden, unter welchen Bedingungen eine Rückkehr an diesen Arbeitsplatz möglich erscheint. Zum Zeitaufwand von jeweils 120 Minuten für die Erhebung des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils ist noch die Zeit für die Auswertung und die Diskussion der Ergebnisse zu berücksichtigen. Dies macht deutlich, dass dergleichen Verfahren nur Anwendung finden werden, wenn die Fähigkeiten des Arbeitnehmers gravierend und offensichtlich von den Anforderungen des Arbeitsplatzes abweichen. Eine vorausschauende, präventive Anwendung erscheint wegen des hohen Aufwands wenig wahrscheinlich.

Diese Arbeit geht davon aus, dass die Geschwindigkeit, mit der ein Teilnehmer nach einer Rehabilitationsbehandlung an seinen Arbeitsplatz zurück kehrt, nicht nur durch den Erfolg der klinischen Behandlung bestimmt wird, sondern auch durch Einflussfaktoren, die unabhängig von der Art der Erkrankung und deren Behandlung auf die Personen einwirken (siehe Schaubild „Prädiktoren“).

Folgende Fragestellungen behandelt die Arbeit

- (1) Welche Variablen werden in der Forschung zum Erfolg medizinischer Maßnahmen abgeprüft?

¹ IMBA= Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt

Welche Konzepte liegen der Entwicklung von Messinstrumenten in der Gesundheitsindikatorenforschung zugrunde?

Welche Rahmenbedingungen werden in der Belastungsforschung der Arbeitswissenschaft zur Erklärung der Erwerbsfähigkeit herangezogen?

- (2) Welche Möglichkeiten bietet die Biographieforschung zur Vorhersage des zukünftigen Lebensweges auf der Basis von erzählten Lebensgeschichten? In wie weit können die Ergebnisse der Idealtypenanalyse und der „Grounded Theory“ zur Bestimmung der Rückkehrgeschwindigkeit als Prädiktoren Verwendung finden?
- (3) Können die Ergebnisse der qualitativen Auswertung des Untersuchungsmaterials mittels eines Fragebogens an prospektiv erhobenen Daten überprüft werden?

Mit den ersten Fragestellungen (1) beschäftigt sich das Kapitel B. Es führt die Forschungsergebnisse der Medizin, der medizinischen Soziologie und der Arbeitswissenschaften zu den Prädiktoren für ein selbständiges Leben aus. Dabei sehen die Forschungsergebnisse der Humanmedizin die Prädiktoren im Umfeld der Symptomverkleinerung. Die Gesundheitsindikatorenforschung sieht die Gründe für den Erhalt der Erwerbsfähigkeit wie auch für den Erhalt der Gesundheit in den Rahmenbedingungen, unter denen der Patient lebt; diese werden sowohl als Indikatoren als auch als Prädiktoren diskutiert. Für die Arbeitswissenschaft kann die Erholungsbilanz des Arbeitnehmers als Kern einer dauerhaften Erwerbsfähigkeit ausgemacht werden.

Gegenstand von Kapitel C sind die Fragestellungen (2), die sich um die Auswertung der biographischen Interviews ranken. Hierbei zeigt sich zum einen die Möglichkeit, dem Lebensplan des Erzählers die zentralen Themen und die Prinzipien, nach denen die Handlungspläne organisiert sind, zu entnehmen und hierauf aufbauend die Ressourcen im Hinblick auf die Bewältigung der Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz einzuschätzen. Zum anderen können die Ergebnisse der Idealtypenanalyse bis zum Sättigungspunkt (Gerhard 1991) verdichtet werden, so dass der Idealtypus dessen, der nach der Klinik rasch zur Arbeit zurückkehrt, beschrieben werden kann. Mit den Auswertungsansätzen der „Grounded Theory“ gelingt es in einem dritten Analyseschritt die Handlungsmodelle der Patienten am Ende des Klinikaufenthaltes nachzuzeichnen. An dieser Stelle zeigt sich auch, dass das Verhalten von Männern und Frauen unterschiedliche Rückkehrmodelle erfordert.

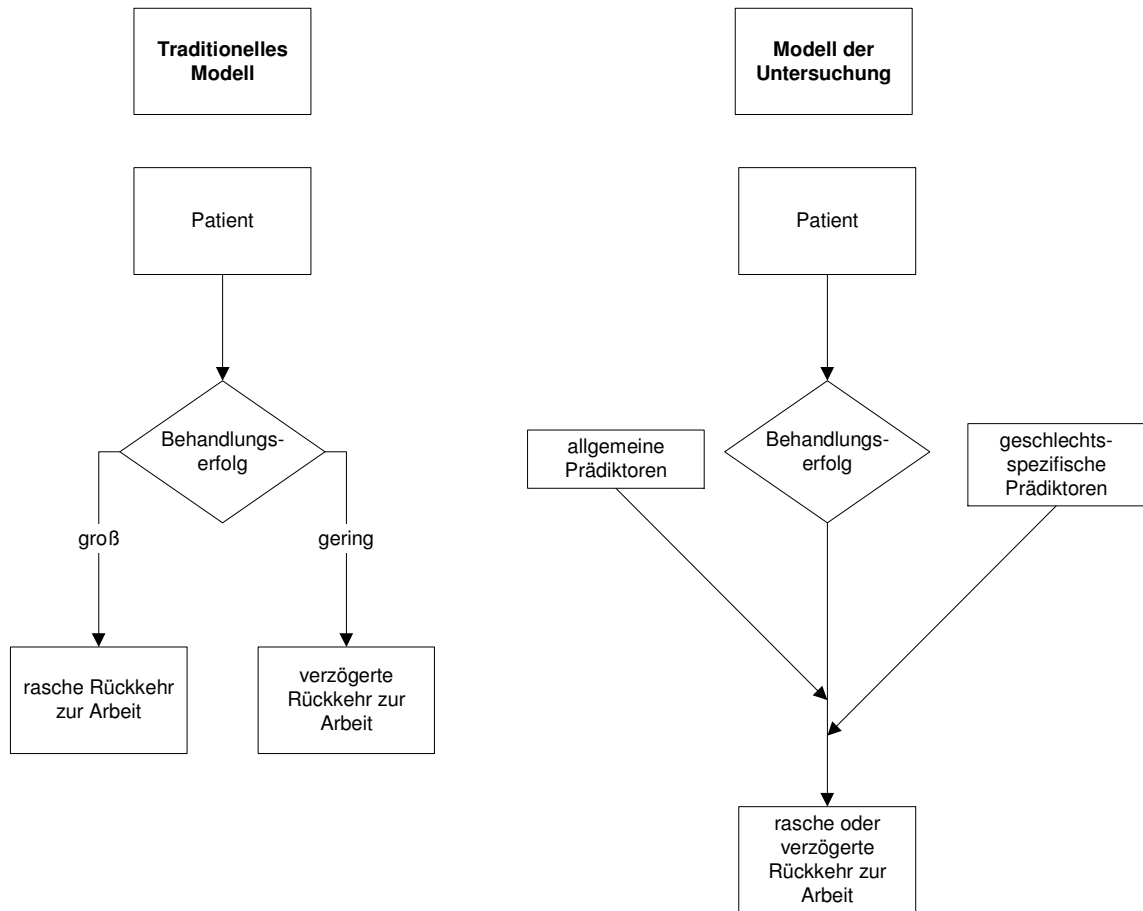


Abbildung 1, Prädiktoren

Mit der Fragestellung: Evaluation der theoretischen Einsichten (3) an prospektiv erhobenen Daten beschäftigt sich Kapitel D. Zunächst werden die Ergebnisse der qualitativen Auswertung in prüffähige Hypothesen übersetzt. Als nächstes wird ein hierauf abgestimmter Fragebogen erstellt. Mit dem Fragebogen wurden etwa 200 Patienten und ihre behandelnden Ärzte befragt. Die Hypothesenprüfung zeigte, dass neben den Behandlungsergebnissen, Fragen der Handlungsplanung und -entscheidung, soziale Unterstützung und Sorgen, respektive Angst hinsichtlich dem, was die Zukunft bringt, Einfluß auf die Rückkehrgeschwindigkeit nahmen. Mit multivariaten statistischen Verfahren können wenige Prädiktoren ermittelt werden, die bei der Vorhersage der Rückkehrgeschwindigkeit hilfreich sind. Hierbei wurden geschlechtsspezifisch unterschiedliche Prädiktorkombinationen gefunden. Im Kern verweisen die Ergebnisse darauf, dass die Rahmenbedingungen, an denen sich Handlungsplanung orientiert, und die individuelle Art, in der diese Bedingungen aufgenommen werden, die Rückkehrgeschwindigkeit bestimmen (siehe ICF 2001).

Wenn ein Gesundheitsproblem, das keine Krankheit sein muss, sondern auch das Ergebnis einer Verletzung (Unfall, Gewalteinwirkung, Krieg) oder ein angeborenes Leiden sein kann (Schuntermann o.J.) Auswirkungen auf die Teilhabe einer Person an den Aktivitäten in der Gemeinschaft hat, kommt es in der Folge zur Störungen der alltäglichen Lebensvollzüge. Der Lebenshintergrund der Person kann nunmehr stützend oder hemmend einwirken. Die Bausteine des Hemmenden oder Stützenden, mit dem die Barrieren, die der Betroffene zu überwinden hat, erhöht oder gesenkt werden, entsprechen den ermittelten Prädiktorkombinationen.

B Wissenschaftliche Aufgabenstellung

Die nachfolgende Arbeit wurde durch die Zuwendungen aus dem Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ ermöglicht. Der gemeinsam vom Verband der deutschen Rentenversicherungsträger (VDR) und dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) getragene Förderschwerpunkt ist aus Sicht des BMBF ein Teil des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung 2000“ und hat aus Sicht des VDR das Ziel zur Intensivierung der Rehabilitationsforschung beizutragen.

B.1. Politische Zielstellung

Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz / Förderschwerpunkt 1996 / Beantragung und Bewilligung des Projekts

Durch das im Jahre 1996 verabschiedete Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) wurden die Bedingungen, unter denen die Rentenversicherungsträger medizinische Heilmaßnahmen durchführen erheblich verändert. So wurden

- Vorruheständler, die bis zum Beginn ihrer Altersrente eine regelmäßige Zahlung erhalten, von den Heilmaßnahmen ausgeschlossen,
- die Dauer der stationären Rehabilitationsleistung auf 3 Wochen begrenzt
- die Wiederholung von Rehabilitationsmaßnahmen wurde von 3 auf 4 Jahre gestreckt
- kostengünstigere ambulante Rehabilitationsleistungen wurden den stationären gleichgestellt
- die täglichen Zuzahlungen des Versicherten zu seiner Maßnahme wurde mehr als verdoppelt
- der Arbeitgeber kann auf jeweils 5 Tage einer stationären medizinischen Rehabilitation 2 Urlaubstage anrechnen (Schaub, 1997)

um nur einige der Veränderungen zu erwähnen. Obwohl die Leistungen für medizinische und berufliche Rehabilitation nur 2,8% der Gesamtausgaben (=374,8 Mrd. DM) der Rentenversicherung darstellen, das waren 1996 10,4 Mrd. DM, konzentrierten sich die Einsparungsbemühungen auf diesen Bereich. Durch die oben dargestellten Einschränkungen sanken die Ausgaben von 1997 gegenüber 1996 um 27%(=2,8 Mrd. DM). Nahezu zeitgleich

wurde das Qualitätssicherungsprogramm für alle von der Rentenversicherung belegten Krankenhäuser eingeführt, um die Behandlungs- und Ergebnisqualität der Kliniken durch einen Leistungswettbewerb auf einem sehr hohen Niveau zu halten. Schließlich wurde 1996 vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) und der Rentenversicherung ein Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ ausgeschrieben. Die Ziele dieses Förderschwerpunkts definierte der stellvertretende Vorsitzende des VDR: „Zwei Ziele setzt sich dieses Förderprogramm: Erstens soll die dringend notwendige Infrastruktur und Rehabilitationsforschung vor allem an den Universitäten aufgebaut und gestärkt werden. Zweitens erwarten wir uns von den wissenschaftlichen Untersuchungen konkrete Erkenntnisse, wie wir die medizinische Rehabilitation wirksamer gestalten und wirtschaftlicher erbringen können – in Zeiten knappen Geldes ist das eine zentrale Frage.“(Schaub, 1997:11) Die Bedeutung eines Vorhersageinstrumentes für die zutreffende Einschätzung der Rückkehrgeschwindigkeit der Versicherten nach der Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu ihrem Arbeitsplatz wird bei der Betrachtung der Zugangswege zu einem vorgezogenen Rentenbeginn deutlich.

Alter der Rentner, Zugang zur Rente, Bedeutung der Rehabilitation für den Rentenantrag

Zum 31.12.1999 waren 24,07 % aller Rentenbezieher (=3 150 442 Personen) jünger als 65 Jahre (VDR-Statistik, Tabelle 102.10 G). Eine Längsschnittuntersuchung, die auf der Kompletterhebung aller Zugänge zur Frührente in einer norddeutschen Küstenstadt aufbaut (Voges, 1994), zeigte, dass die Bedeutung der Faktoren, die bei der Gewährung einer vorgezogenen Rente bedeutsam sind, einem erheblichen Wandel unterliegen. Die Rahmenbedingungen die zu einem frühen Rentenzugangsalter führen werden wie folgt beschrieben:

„Insgesamt wirkt die angespannte Arbeitsmarktlage als der überragende Einflussfaktor, der dazu geführt hat, dass sich Frühverrentung normalisiert und die gesetzliche Verrentungsgrenze von 65, bzw. 60 Jahren zum Ausnahmefall geworden ist. Institutionelle Regelungen [...] haben diesen Trend zwar verstärkt, aber nur in einem geringem Umfang ursächlich herbeigeführt. Wohl aber haben sie bewirkt [...], dass sich

- die Präferenzen und Erwartungen hinsichtlich des Zeitpunkts, wann man >>üblicherweise<< aus dem Erwerbsleben ausscheidet, verändert haben;

- die Ansprüche an die Arbeitsplatzgestaltung und die Bereitschaft, bei gesundheitsbelastenden und inhaltlich wenig befriedigenden Arbeitsbedingungen möglichst frühzeitig die Erwerbsphase zu beenden, gestiegen sind;

der Zeitpunkt im Lebensverlauf, von dem an jemand mit dem Etikett >>älterer Arbeitnehmer<< belegt und als potentieller Frührentner angesehen wird – und damit auch verminderte Rehabilitationsmöglichkeiten zugebilligt bekommt und, im Falle von Arbeitslosigkeit, auch schlechter auf dem Arbeitsmarkt vermittelbar ist – immer weiter nach vorn verlagert hat.“(Voges, 1994:43)

Durch eine jahrgangsweise Betrachtung kann Voges den Wandel der Gründe, die zur Bewilligung von Frührente führen, festmachen. Bei den Personen, die 1975 Rente erhalten haben, war das Alter das wichtigste Bestimmungsmoment. In diesem Kalenderjahr erhöhte sich das Rentenrisiko für die Gruppe der ältesten Versicherten, wenn sie aktuell nicht erwerbstätig waren. Bei den jüngeren Kohorten war die langfristige Arbeitsunfähigkeit besonders bedeutsam für den Rentenzugang (Voges1994:184f). Doch bereits im Jahr 1978 wird deutlich, die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme ist der größte Risikofaktor für die Rentengewährung. Für die Teilnehmer an einer Rehabilitation ist die nächstwichtigste Bestimmungsgröße die Erwerbstätigkeit und erst danach das Lebensalter.

Demnach werden während der Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nicht nur die Wege gebahnt, die wieder zurück ins Arbeitsleben führen, sondern auch die Weichen gestellt, die zu einer Frühverrentung führen. In der Studie von Voges stieg der Anteil der Personen, denen im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation eine Frührente gewährt wurde von 0,6% in 1975 auf 0,9% in 1978 (Voges 1994 :185ff). Bei 671291 abgeschlossenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Jahre 1999 (VDR Rehabilitationsstatistik 1999, Tabelle 001.00M) ergäbe das 4 bis 6 Tausend Frührentner.

Was ist fraglich? Wie kann Integration erhalten werden? Zielstellung der Gesetzesvorgabe „Rehabilitation vor Rente“

Die Anerkennung als Frührentner steht am Ende eines jahrelangen Prozesses, der in seiner letzten Phase durch den Rentenanspruch und die damit in Zusammenhang stehenden Überprüfungen gekennzeichnet ist und der als ein biographischer Prozess der Labilisierung der Erwerbstätigkeit beginnt. Fraglich ist, wie stabil oder labil ist das Erwerbsinteresse des Versicherten zum Zeitpunkt der Teilnahme an der medizinischen Rehabilitation, und kann zu diesem Zeitpunkt bereits abgesehen werden, ob die berufliche Integration der Rehabilitanden

soweit gefährdet ist, dass sich hieraus eine verzögerte Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz ergeben wird.

Könnten die Aspekte bestimmt werden, von denen die Rückkehrgeschwindigkeit der Versicherten nach der Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation bestimmt wird, dann könnten hierauf aufbauend auch Überlegungen angestellt werden, mit welchen Maßnahmen der Verbleib in der Beschäftigung bei den Personen stabilisiert werden kann, bei denen eine Labilisierung der Erwerbsneigung absehbar ist.

Zusammenfassend

Wenn es möglich ist, die Integrationsstörungen frühzeitig zu erkennen, dann ergeben sich:

- Ökonomische Vorteile für den Versicherungsträger durch einen verbesserten Eingliederungserhalt und damit geringere Rentenzahlungen.
- Vorteile für den Versicherten durch die Stabilisierung seiner bürgerlichen Existenz.
- Vorteile für die Rehabilitationseinrichtungen, weil die Beratungskapazität auf die Menschen konzentriert werden kann, die ohne fremde Hilfe nicht in der Lage sind die Rückkehr an ihren Arbeitsplatz so zu planen, dass sie die Besonderheiten ihrer Fähigkeitsstörung, die ihnen erreichbaren Kompensationsmöglichkeiten und die Belastungen des Arbeitsplatzes in einem vielgliedrigen Handlungsentwurf zusammen führen.

Auf diese Weise kommen die Ziele der Förderer und der Studie zusammen. Die Förderer erwarten von den wissenschaftlichen Untersuchungen konkrete Erkenntnisse, wie sie die medizinische Rehabilitation wirksamer gestaltet und wirtschaftlicher erbringen können(Schaub, 1997:11), die Studie sucht nach einer Möglichkeit, die berufliche Beratung in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation stärker auf den Einzelfall auszurichten und gleichzeitig arbeitsökonomisch zu gestalten.

B.2. Die Rückkehr zur Arbeit - Elemente des Entscheidungsumfelds

In diesem Abschnitt werden Forschungsergebnisse zusammengetragen, die sich mit der Frage beschäftigen: Was könnte auf die Handlungen der Patienten einwirken und ihre Handeln bezüglich einer schnellen, einer langsamen oder gar keiner Rückkehr zur Arbeit bestimmen.

Die Recherche richtete sich hierbei auf die

- Durchsicht der im Datenbanksystem Med-Line unter den Stichworten "Vocational Rehabilitation" AND "Predictor" auffindbaren Einträge.
- Durchsicht der Literatur der Medizinischen – Soziologie zu den Themen:
 - o Erkrankungsrisiko und Sozialstruktur,
 - o Soziogenetisches Paradigma,
 - o Krankenrolle.
- Durchsicht der arbeitswissenschaftlichen Literatur, soweit sie sich um Fragen der Belastungsanalytik bemüht.

Aus den Forschungsergebnisse der Humanmedizin

Die Auswertung des Datenbanksystems Med-Line unter den Stichworten "Vocational Rehabilitation" AND "Predictor" zeigte, dass die Autoren sich besonders mit einer Vorhersage der Beruflichen Wiedereingliederung nach neurologischen Schädigungen oder Psychiatrie-Karrieren beschäftigen (z.B.: Nozu 1995, Malec 1993, Rogers 1997, Beissner 1996, MacDonald 1996, Harvey 1996, Hoffmann 1997). Einen weiteren Schwerpunkt bilden die Fragen nach den Eingliederungsmöglichkeiten nach einer Schädigung der Bewegungsorgane (z.B.: Pell 1997, Straaton 1995, Ash 1995). Weitere Arbeiten kommen aus den Bereichen der Schmerzpatienten (Robbinns 1996), der Kardiologie (Petrie 1996) oder ethnologisch-medizinischen Fragesstellungen (Miller 1993). Einige Untersuchungen beschäftigen sich mit den Möglichkeiten, einen Erfolg der Rehabilitation im Hinblick auf die „Selbständigkeit“ der Patienten vorherzusagen (Talo 1993, Potthoff 1997, Thompson 1995). Was die Autoren unter erfolgreicher Beruflicher Rehabilitation verstehen, reicht von "selbständigem Leben nach der Klinikentlassung" über "regelmäßiges therapeutisch sinnvolles Arbeiten" bis zu "bezahlter Tätigkeit unter Wettbewerbsbedingungen". Unter einem Prädiktor werden in einigen Fällen Anzeichen verstanden, die auf das Vorliegen einer nachklinischen "Selbständigkeit" hindeuten (siehe hierzu: Crépeau 1993), etwas, was als anekdotisches Vorgehen zu kennzeichnen wäre; in

anderen Studien wird die Wahrscheinlichkeit der Beziehung zwischen dem Indikator und dem vorhergesagten Ereignis nicht näher bezeichnet.

Zusammenfassend

In allen Studien wurden die Art und Schwere der Erkrankung als unabhängige Variable und die sehr vielfältig verstandene „berufliche Eingliederung“ als Kriteriumsvariable aufgefasst. In keinem Fall wurden die Überlegungen des ICIDH (ICIDH-2 1999) berücksichtigt, der sein Augenmerk von den Einschränkungen (Disability) zu den Aktivitäten, Umweltfaktoren und den sich hieraus ergebenden Partizipationsmöglichkeiten verschoben hat. Die Aufmerksamkeit der Autoren gilt den klinischen Symptomen, der Symptomverkleinerung und den sich hieraus ergebenden Folgen für die Möglichkeit der Patienten, außerhalb einer versorgenden Institution zu leben. Die Ergebnisse dieser Studien kennen nur einen Grund, der den Grad der zukünftigen Selbständigkeit des Patienten bestimmt: das ärztlicherseits objektivierte Ausmaß der während und durch die Behandlung erreichten Minderung der als behandlungsbedürftig erkannten Symptome eines Organschadens.

Aus den Forschungsergebnissen der Medizinischen – Soziologie

Das Forschungsprojekt sucht nach einer Methode, mit der sich entscheiden lässt, ob bei einem Patienten nach der Entlassung aus der Klinik die Reintegration in die Arbeitswelt voraussichtlich gestört sein wird. Dies wirft die Frage auf: Kann das ärztlicherseits festgestellte Ausmaß der Genesung, die Rückkehrgeschwindigkeit bestimmen?

In der Person des professionell Heilkundigen und dem Patienten treffen unterschiedliche Erwartungen im Hinblick auf die mögliche Genesung aufeinander. Zu den professionell Heilkundigen gehören neben den Ärzten auch die nichtärztlichen Heilhilfsberufe wie Krankengymnast, Masseur, Diätassistent, Logopäde, Ergotherapeut, um nur die am häufigsten vertretenen Berufsgruppen zu nennen. Das Handeln der Ärzte und ihrer Mitarbeiter vollzieht sich entlang der Doktrin der spezifischen Ätiologie: jede Erkrankung hat eine spezifische Ursache. Ist diese Ursache erkannt, kann gegen das Auslösende vorgegangen werden (Curtius 1968). Der Ansatz zielt auf die biochemische oder biomechanische Ursache der Erkrankung.

Das Vorgehen des Patienten bei der Identifizierung einer Erkrankung unterscheidet sich von dem der Ärzte, ebenso wie Ärzte und Patienten in der Regel unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich der Behandlungsergebnisse hegen. Indem der Patient ein Symptom wahrnimmt und nach entsprechender Abklärung mit sich selbst zur Mitteilung der Auffälligkeiten an ihm wichtige Andere fortschreitet (Siegrist 1995: 204), bemüht er sich um eine Erklärung für die

Entstehung und Entwicklung seines Leids. Sobald er sich in ein professionelles Behandlungssystem begibt, beginnt er seine Erwartung zu ändern. Der Patient verschiebt seine Aufmerksamkeit von der alleinigen Wahrnehmung des abweichenden Gesamtzustandes zum Wunsch wieder gesund zu werden. Es stehen sich nunmehr mit den Personen Arzt und Patient zwei sehr unterschiedliche Auffassungen über das, was Behandlung leisten kann, gegenüber. Der Arzt hat seinen Anspruch darauf reduziert, die Ursache der vom Patienten beschriebenen Regelabweichung zu erkennen und zu behandeln. Der Patient wünscht aber die Herstellung von Gesundheit. Gesundheit hingegen existiert für den Arzt nur als Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit ist nach der allgemein akzeptierten Definition der WHO ein Zustand allgemeinen (körperlichen, geistigem, sozialem) Wohlbefindens und damit etwas anderes als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit wäre aber nach dieser Definition auch etwas, das mit persönlichen Einstellungen und Auffassungen in Zusammenhang steht, und es ist letztlich nicht vorstellbar, dass sich jemand ständig in diesem Zustand von vollständiger Gesundheit befindet.

Gesundheit und Krankheit stehen sich damit nicht mehr antagonistisch gegenüber, sondern es trifft das bei Hanses (1996: 120) zitierte Wort von Antonovsky: „Wir sind alle terminale Fälle, aber wir sind auch, solange noch ein bißchen Leben in uns ist, in gewissem Maße gesund.“ Gesundheit, so kann etwas zugespitzt formuliert werden, ist unser Kapital, das wir durch einen schonenden Umgang mit uns selbst lange bewahren können. Dieser Gedanke wird im Rahmen der Patientenschulung aufgegriffen. Der ‚Kranke‘ wird über den Umgang mit seinem Körper und besonders dem geschädigten Organ informiert. Mit der Aufklärung zum ‚richtigen‘ Umgang mit dem geschädigten Organ wird die naive Gewissheit des Betroffenen angegriffen, dass sich durch vorübergehende Schonung und ärztliche Behandlung jedes Organ wieder in den Zustand vor der Schädigung zurück verwandeln lasse. Der Sicherheit des Patienten, dass er wieder gesund (= Zustand vor der Erkrankung) werden könne, wird die professionelle Haltung der ihn Versorgenden gegenüber gestellt, dass sich der regelgerechte Zustand der Organe nur durch ‚richtige‘ Lebensweise erhalten lasse. Der ärztlich – medizinischen Forderung nach dem zukünftig richtigen Leben, das der Prävention vor erneuter Erkrankung dient, steht die Anforderung des Patienten gegenüber, der wissen möchte, wie er denn sein Leben mit dem richtig Leben verbinden könne. Hier zeigt sich die große Perspektivendifferenz (Siegrist 1995: 250) zwischen der Auffassung der Profis im Krankenhaus und den alltagspraktischen Fragen des Patienten zur Bewältigung seines Lebens im poststationären Bereich.

Zum Abschluss der Behandlung weiß der Patient, wie er sein Leben im Hinblick auf seine geschädigten Organe einrichten sollte. Die Aufgabe, dieses gesundheitsgerechte Handeln mit seinem bisherigen Berufs-, Familien-, Freizeitleben zu verbinden, bleibt dem Patienten vorbehalten. Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Aufgabe werden von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, diese betreffen zumindest:

- den Gesundheitszustand / das Leistungsvermögen des Patienten.
- die Leistungsanforderungen am Arbeitsplatz.
- die Dispositionsbefugnis am Arbeitsplatz.
- die Fähigkeit des Betroffenen, Handlungspläne für unübersichtliche Situationen zu entwerfen.
- das Ausmaß an Unterstützung, das der Patient zur Stabilisierung seiner Situation mobilisieren kann.

Wenn er sich ernsthaft entschließt, nach Möglichkeiten für eine Verbindung von ‚richtigem Leben‘ und Fortsetzung seines Alltagslebens zu suchen, dann wird sich auch die Frage stellen, zu welchem Preis eine Lösung dieses Problems zu haben ist. Gibt es für den Betroffenen keinen ihm bekannten und für ihn gangbaren Weg zur Lösung, dann wird die Suche Zeit erfordern und diese Suchzeit wird sich dann als verzögerte Rückkehr ins Berufsleben, als verlängerte Arbeitsunfähigkeit abbilden.

Zusammenfassend

Der medizinische Behandlungsansatz: Auffinden der Ursachen der Regelabweichung und Bekämpfung derselben, und die Wünsche des Patienten, durch die Behandlung wieder gesund zu werden, überlappen sich nur teilweise. Der Aufforderung der Spezialisten, durch ein ‚richtiges Leben‘ die eigene Gesundheit möglichst lange zu erhalten, steht die Frage der Patienten gegenüber, wie sich denn das ‚richtige Leben‘ mit den alltagspraktischen Anforderungen seines Lebens verbinden lasse. Die Möglichkeit, diese Frage in einen lebhaften Handlungsansatz zu überführen, wird entscheidenden Einfluss auf die weitere Erwerbsbiographie des Betroffenen haben. Die Geschwindigkeit, mit der ein Patient nach der medizinischen Rehabilitation an seinen Arbeitsplatz zurückkehrt, wird demnach auch beeinflusst vom/n

- Ausmaß der objektiven Genesung,
- Ausmaß der vom Patienten für wichtig gehaltenen Symptomverkleinerung,

- den Fähigkeiten des Patienten, mit den fortbestehenden Funktionsminderungen seine Alltagshandlungen fortzusetzen.

Die Bausteine des soziogenetischen Paradigmas

Die Frage von schneller Rückkehr oder verzögerter Rückkehr an den Arbeitsplatz kann also nicht allein auf die Frage von gesund oder krank reduziert werden. Die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit ist auch von den Umständen abhängig, unter denen der Betroffene lebt. Aus der Erforschung des Zusammenhangs von Krankheit und belastenden Lebensumständen oder umgekehrt von Gesundheit und stützend-schützenden Lebensumständen hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten ein soziogenetisches Paradigma entwickelt. Die Grundaussage dieses Forschungszweiges kann wie folgt zusammengefasst werden: „Soziale Faktoren sind eine wesentliche Determinante bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheiten.“(Waltz 1981: 41)

Die Grundlage der nachfolgenden Überlegungen stellt die Tatsache dar, dass es Rückwirkungen (= Abwärtseffekte) vom sozialen in das personale und biologische System ebenso gibt, wie sich bei dem Herausbilden höherer Integrationsebenen Emergenzen ergeben. Restriktionen des interindividuellen Lebens sind erforderlich, damit Menschen vergemeinschaftet miteinander leben können, damit also ein soziales System entstehen kann. Die Ordnung, oder die Restriktionen des sozialen Systems, wirkt nun wieder auf die in der Gemeinschaft Lebenden zurück. Die Rückwirkungen des sozialen Systems auf das psychische und organische System von Individuen sind gemeint, wenn von ‚sozialstrukturellen Konstellationen‘ gesprochen wird, die zu einer Verschärfung oder einer Verminderung des Leidens in der beruflichen Situation‘ führen können. Der Nutzen der Vergesellschaftung für den Einzelnen liegt in seiner Einbindung in ein soziales Netzwerk (Siegrist 1995: 116-127). Die Qualität der Bindungen innerhalb der Netzwerke schwankt zwischen bedeutsam und flüchtig. Der Ertrag aus dem Netzwerk ergibt sich aus der Qualität der Bindungen. Im besten Fall gewähren Netzwerke emotionalen Rückhalt durch Anerkennung, Information und materielle Unterstützung. Eine weitere wichtige Funktion sozialen Rückhalts sind all die Mitteilungen, die dem Individuum das Gefühl seiner personalen Konstanz geben, eine Unterstützung, die in Unterbrechungssituationen (länger dauernder Arbeitsunfähigkeit) und Statuspassagen (vom Beschäftigten zum Rentner, vom Gesunden zum chronisch Kranken) besonders bedeutsam sind. Siegrist (1995: 119) fasst die Ergebnisse der

bisherigen Forschung dahingehend zusammen, dass die Güte dieser Netzwerke sozialstrukturell ungleich verteilt ist. „Wiederum gilt, dass in unteren sozioökonomischen Statuslagen

- Netzwerke häufig kleiner, störanfälliger, weniger stabil und durch geringere Reziprozität gekennzeichnet sind;
- Soziale Ressourcen innerhalb der Netzwerke in geringem Maße ausgebildet sind (dies gilt mit Sicherheit für die instrumentellen Ressourcen wie verfügbare Zeit, Geld, etc.);
- Kompetenzen der Nutzung von Ressourcen durch Betroffene begrenzt sind (Initiativbereitschaft, Fähigkeit produktiver Nutzung dargebotener Informationen und Hilfen etc.)" (Siegrist 1995: 119)

Die wichtigsten Kosten der Vergesellschaftung (Siegrist 1995: 119 – 127) im Rahmen der Erwerbstätigkeit finden sich in der Überforderung zum Zwecke der Ausbeutung der Arbeitskraft. Diese Form leistungsorientierter Gewaltanwendung verbirgt sich meist hinter der Formel: geringe Entlohnung bei höchster Leistungsverausgabung und führt zum Gefühl der Benachteiligung. Dieses Gefühl ergibt sich häufig aus dem ungünstigen sozialen Vergleichsprozess: „Im Erwerbsleben bildet die Diskrepanz zwischen erbrachter Leistung und ihrer gesellschaftlichen Anerkennung in Form von Belohnung, bzw. Entlohnung den wichtigsten Auslöser von Gefühlen relativer Benachteiligung."(Siegrist 1995: 121) All diese Kosten der Vergesellschaftung führen zu einem Erleben von Angst, Verzweiflung, Schrecken, Ärger oder Kummer. Der Zusammenhang von psycho-physischer Befindlichkeit und den sozialstrukturell ungleich verteilten protektiven Lebensumständen kann nach Siegrist wie folgt zusammengefasst werden:

Eine wichtige Rolle für ein dauerhaft stabiles Selbstbewußtsein ist die erfüllte Erwartung, dass auf verausgabte Leistung eine angemessene Be- oder Entlohnung erfolgt. Der Zusammenhang zwischen Selbstbewusstsein, Leistung sowie Be- und Entlohnung ist interindividuell unterschiedlich. Je stärker die Relevanz ist, die individuell diesem Zusammenhang zugemessen wird, oder je intensiver die Diskrepanz zwischen abgelieferter Leistung und erhaltener Belohnung erlebt wird, um so gravierender sind die Auswirkungen.

Damit es überhaupt eine positive Beziehung zwischen Leistung und Anerkennung geben kann, muß die Person über einen sicheren (sozialen Ort) sozialen Status verfügen, denn nur so ist der Mensch in einen kontinuierlichen Austausch mit anderen Menschen einbezogen.

Bei verlblicher, dauerhafter Einbindung in die Erwerbstätigkeit an einem Arbeitsplatz, an dem mit vertrauten Arbeitsinhalten und bekannten Beziehungen zu den Arbeitskollegen und den Vorgesetzten gerechnet werden kann, sprechen wir von einem sicheren sozialen Ort. Ein äußerst unsicherer sozialer Ort ist im Gegensatz dazu die Arbeitslosigkeit. (Jahoda 1975) Auf Grund dieser Sicherheit kann eine Person sich dann auch ihres Platzes (Vorarbeiter, Gruppenleiter, Arbeiter .../ Familienvater / Vereinsmitglied) in der Gesellschaft sicher sein. Die Person hat dann einen sicheren Platz im sozialen Beziehungsgeflecht. In dieser Position werden von ihr (Rollen-) Ansprüche an andere gerichtet und von anderen an sie gerichtet werden.

Unter diesen Umständen erfahren Menschen, die über die Möglichkeit verfügen, anderen den Zugang zu knappen und wertvollen Ressourcen zu ermöglichen (z.B. beruflicher Aufstieg), leicht und immer erneut positive Rückmeldungen. Diese Gratifikationen sind gesundheitsfördernd, da sie die Eigenschaft haben, den Ablauf der endokrinen Funktionen zu harmonisieren.

Bei Personen, deren sozialer Status weniger günstig ist, sei es

- dass sie für ihre Leistung gering entlohnt werden,
- dass ihr Arbeitsplatz immer wieder bedroht ist,
- dass ihnen besonders hohe Leistungen abverlangt wurden, mit dem nicht erfüllten Versprechen, so ihren Status sichern oder in Zukunft einmal aufsteigen zu können,

werden dauerhafte Gratifikationskrisen ausgelöst. Diese führen zu Störungen der endokrinen Regulationsmuster, was dann zu exzessiven neurohumoralen Aktivierungszuständen fhrt, denen häufig Organstörungen folgen. (Siegrist 1996)

Die mit diesen idealtypischen Aktivierungen einhergehenden Gefühle von Verärgerung, Enttäuschung, Irritierung, Ohnmacht oder Hilflosigkeit müssen sich den Betroffenen nicht als Folge des Distresserlebens erschließen. Hierfür gibt es zum einen neuroanatomische Erklärungsansätze(Siegrist 1995: 179, Siegrist 1996: 103ff), zum anderen gibt es für diese Gefühle keine Repräsentanzen im Alltagsleben, kurz, sie werden von den Interaktionspartnern, mit denen sich der Betroffene austauscht und auf deren Aussagen er achtet, nicht verstärkt. Das führt dazu, dass nur ein allgemeines Unwohlsein wahrgenommen wird. Als letztes helfen die klassischen Abwehrmechanismen (= Verleugnen, Verdrängen, Verkehrung ins Gegenteil ...), um die Wahrnehmung der den Selbstwert verletzenden Gefühle von Ohnmacht und

Ausweglosigkeit zu verhindern (Anna Freud, 1978). „Pathogenetisch bedeutsamer sozioemotionaler Distress wird deshalb nie vollständig durch die subjektiven Äußerungen der Betroffenen durch ihre Gefühle und ihre wahrgenommenen Belastungen erfaßt.“(Siegrist 1995,180)

Die Gesundheitsgefährdung, die von diesen Erfahrungen ausgeht, steht offensichtlich mit den folgenden Grundparametern in Beziehung:

1. **Zeit**; wie lange wird die Person den schädigenden Einflüssen ausgesetzt?
2. **Qualität der evozierten Erfahrung**; hier kann zunächst einmal zwischen krankmachenden und gesunderhaltenden Einflüssen unterschieden werden. Pathogen sind Gefühle wie: Bedrohung, Verlust. Protektiv sind Gefühle wie: Unterstützung, Zuwendung .
3. **Intensität der evozierten Erfahrung**; Intensität der Erfahrung hängt eng mit den individuell unterschiedlichen Fähigkeiten der Bewältigung zusammen. Je geringer die Kontrollierbarkeit der Situation, um so größer ist das Gefühl der Bedrohung. Dabei steigt die Intensität der Erfahrung mit der Bedeutung, die den Gegenständen / Personen / Situationen vom Bedrohten zugemessen wird.

Die Intensität der beruflichen Verausgabung ist das Ergebnis des Wechselspiels zwischen der Beanspruchungsseite und der Verausgabungsbereitschaft des Betroffenen.(Siehe weiter unten: Ergebnisse der arbeitswissenschaftlichen Belastungsanalytik)

Diese Überlegungen wurden zu Modellvorstellungen verdichtet, die dann in Fallstudien überprüft werden konnten.

Mit dem **Anforderungs- Kontroll- Modell** konnte Karasek (1990) zeigen, dass die Kombination von hohen beruflichen Anforderungen und geringem beruflichen Entscheidungsspielraum zu hohem Distress führt. Kam für den Betroffenen noch soziale Isolation am Arbeitsplatz hinzu, dann erhöhte sich der Distress enorm.

Das Modell der **beruflichen Gratifikationskrisen** ergänzt das Anforderungs- Kontroll- Modell. So geht dieses Modell davon aus, dass sich die hohe Verausgabung am Arbeitsplatz aus den Anforderungen und Verpflichtungen und aus den übersteigerten beruflichen Kontrollbestrebungen des Beschäftigten zusammensetzt. Erst wenn diese Kombination mit einem als gering eingeschätzten Einkommen, geringer Anerkennung / Ausgrenzung und/oder niedriger Statuskontrolle in Zusammenhang steht, sind pathogene Reaktionen zu erwarten. Die

Richtigkeit dieser Überlegungen zeigte Siegrist (1996), der mit sozialepidemiologischen Prädiktorvariablen Herz-Kreislaufkrankungen (Kriteriumsvariablen) vorhersagen konnte.

Wirkungsmodelle des sozioemotionalen Rückhalts (social support)

Aus dem bisher Gesagten wurden verschiedene Forschungsansätze abgeleitet. Eine Annahme geht davon aus, dass allein das Vorliegen von sozialem Rückhalt zur Reduktion von Distress führt und darüber zu weniger Krankheit als in Vergleichsgruppen. Studien an italienischen und japanischen Immigrantengemeinden in den USA, die sich in ihrer Sozialordnung deutlich an ihren Herkunftsländern orientiert hatten, im Vergleich zu Gemeinden, die sich deutlich assimiliert hatten und die dadurch weit weniger sozialen Rückhalt aus ihrer Gemeinde genossen, zeigen eine deutlich niedrigere Herzerkrankungsrate bei den strukturkonservativen Gemeinden. (Wolf 1966, Marmot 1976)

Die Alameda – County – Studie weist darauf hin, dass bei Vorliegen von sozialen Risikosituationen die stressreduzierende Wirkung von sozialem Rückhalt zu wirken beginnt. (Waltz, 1981) Hier wurden in einer Längsschnittstudie untersucht, welchen Einfluss die soziale Einbindung in Ehe, Freundschaft, Kirchengemeinde und die Einbindung in informelle Gruppe auf die Sterblichkeit hat. Es zeigte sich, dass die Sterberate in Abhängigkeit vom Maß des Eingebundenseins schwankte. Die Sterblichkeit der am schwächsten eingebundenen Untersuchungsteilnehmer lag etwa dreimal höher als diejenige der Teilnehmer mit der stärksten sozialen Einbindung.

Die Studien von Waltz(1981), Schwarzer(1989) und Siegrist(1995) machen deutlich, dass die soziale Lage oder der Sozialgradient, der für diese ungleiche Verteilung der Erkrankungswahrscheinlichkeit Verantwortung trägt, sich wie folgt beschreiben lässt:

Die Effekte des sozialen Gradienten sind zwischen 40 und 60 Jahren besonders ausgeprägt.

Die berufliche Position ist offensichtlich ein geeigneter Indikator für die gemeinsam wirkenden Einflussfaktoren.

Diese Einflussfaktoren haben etwas mit einer relativen sozialen Ungleichheit zu tun. Zum Beispiel war in der Studie von Marmot (1994) die Sterblichkeit von Arbeitern gegenüber Top-Angestellten etwas drei mal so hoch.

Makrosoziologisch gesehen sind gewünschte Statuslagen (mit gesundheitsprotektiven Chancen) ein knappes Gut und ihre Verteilung erfolgt entsprechend den gesellschaftlichen Macht- und Einflussmöglichkeiten.

Die Chance einer Person, einen angestrebten Status zu erreichen und diesen dann zu verteidigen, ist eine Voraussetzung für das Wirksamwerden von gesundheitsprotektiven Wirkungen. Je weniger es gelingt, den beruflichen Status zu kontrollieren, um so anfälliger werden Personen für das Wirksamwerden von Distress. „In dieser Perspektive bildet das Konstrukt der beruflichen Statuskontrolle daher den gemeinsamen Nenner, der einerseits spezifischere Modelle der Distress – Wirkung zu integrieren vermag [...] andererseits jedoch eine Brücke zu den makrosozialen Prozessen vertikaler gesellschaftlicher Differenzierung schlägt.“(Siegrist 1995: 193)

Zusammenfassend

Der soziale Rückhalt hilft belastende Situationen ohne Erkrankung zu überstehen. Soziodemographische Merkmale haben in Belastungssituationen einen Einfluss auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit. Der berufliche Status ist ein guter Indikator der gesellschaftlichen Differenzierung.

Das Risiko zu erkranken respektive gesund zu bleiben kann demnach von folgenden Faktoren beeinflusst werden:

- dem soziale Status.
- dem soziale Rückhalt.
- dem Verhältnis zwischen verausgabter Leistung am Arbeitsplatz und empfangener Be- oder Entlohnung.

Die Krankenrolle und die chronische Erkrankung

Die Teilnehmer an rehabilitationsmedizinischen Behandlungen leiden an einer Krankheit sind aber deshalb nicht ständig krank. „Krankheit“ ist ein vorübergehender Zustand des Betroffenen. Durch ärztliche Behandlung soll der Erkrankte wieder „gesund“ werden. Kann durch die Behandlung der vormalige Zustand nicht wieder hergestellt werden, muss der Betroffene zukünftig mit der Krankheit leben; er ist nun chronisch krank, was aber nicht heißt, dass er arbeitsunfähig krank ist. Die im Rahmen der Fragestellung „was nimmt Einfluss auf den Patienten bei der Gestaltung seiner Rückkehr an den Arbeitsplatz“ wichtigste Differenz zwischen normal Genesenden und chronisch Kranken ist der Umstand, dass die ersteren ohne weiteres an ihren vormaligen sozialen Ort zurückkehren können, die chronisch Kranken hingegen ihren sozialen Ort neu gestalten müssen, da ihnen die Ausführung einiger Aufgaben nicht mehr oder nur noch eingeschränkt möglich ist.

Parsons (1959, Kapitel 10) stellt Krankheit und Leistungseinschränkung als abweichendes Verhalten vor und beschäftigt sich mit den sich hieraus ergebenden Besonderheiten für die Betroffenen. Auf der einen Seite geht er davon aus, dass Krankheit – auch wenn sie durch riskante Lebensweisen verursacht wird – als Schicksalsschlag anzusehen ist, für den der Betroffene nicht verantwortlich zu machen ist. Auf der anderen Seite definiert er Krankheit als Abweichung von der gesellschaftlichen Vorgabe der Leistungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit, weshalb die Gesellschaft auf diese „Normverletzung“ mit einem sozialen Kontrollsystem reagiert, sie hat eine Krankenrolle definiert. Doch zunächst ist zu fragen nach welchen Regeln vollzieht sich der Übergang vom ‚Gesunden‘ zum ‚Kranken‘?

Wie Parsons (1959: 436ff, Siegrist 1995: 203ff) darlegt erfolgt der Wechsel vom Lager der „Gesunden“ in das der „Kranken“ in mehreren Schritten. Die erste Stufe stellt die Symptomwahrnehmung dar. Der Betroffene erklärt die Symptome, die er an sich selbst wahrgenommen hat, als abweichend. Diese Interpretationen des Erfahrenen führen zur Informationssuche, zur Selbstmedikation oder auch zur Verleugnung als unbedeutend. Wenn die Abweichungen gravierend genug sind oder lange genug anhalten, wird er sich den Menschen mitteilen, mit denen er auch sonst solch vertrauliche Dinge bespricht. Wenn nun diese signifikanten Anderen die Symptome auch für schwerwiegend halten, werden sie den Betroffenen auffordern, sich in professionelle Behandlung zu begeben. Es ist auch denkbar, dass der Betroffene die Symptome der Erkrankung übersieht oder ignoriert und von den signifikanten Anderen auf sie aufmerksam gemacht und zur Behandlung aufgefordert wird. Die „Kunst“ des Arztes, der nun zur Behandlung aufgesucht wird, ist es, die Ansprüche des Patienten, die Ansprüche der Gesellschaft und die fachlich professionellen Ansprüche der Behandlung zu verbinden. Erst wenn der Experte die Symptome als „Krankheit“ evaluiert hat, tritt der Statuswechsel vom Gesunden zum Kranken ein. Da dieser Statuswechsel für gewöhnlich reversibel ist, wird ihm keine besondere Bedeutung beigemessen. Kommt es aber zu einer Chronifizierung der Erkrankung, in deren Folge Leistungseinschränkungen auftreten, die Auswirkungen auf die Berufstätigkeit haben, dann gewinnt der Statuswechsel größere Bedeutung und wird von den Betroffenen auch mit entsprechender ängstlicher Aufmerksamkeit begleitet.

Das Beunruhigende liegt in der Unumkehrbarkeit des Wechsels, der nicht freiwillig erfolgt und der eine Vielzahl von Auswirkungen auf anderen Gebieten hat, so z.b. beruflicher Status, persönliche Entfaltungsmöglichkeiten oder die Gesundheitserwartung.²

Die Bewältigung dieser Situation fällt leichter, wenn die Person in ein soziales Netzwerk eingebunden ist, das ihr trotz dieser verunsichernden Situation das Gefühl gibt, dass sie in ihrer Einzigartigkeit und in der Gesamtheit ihrer Lebensäußerungen als individuelle Person weiter leben wird. Erst auf solch einem Hintergrund dürfte es dem Betroffenen gelingen, die Lösungsstrategien (Coping), die in seinem Fall angemessen sind, zu entwickeln und durchzuhalten. Die Schwierigkeiten der Bewältigung einer dauerhaften Erkrankung zeichnen sich durch folgende Merkmale aus:

- Keine vorgegebenen Lösungsmöglichkeiten.
- Notwendigkeit der individuellen Bewertung, sowohl der Belastungsaspekte wie auch der Handlungsressourcen.
- Meist sind langwierige Aktivitäten erforderlich, deren Erfolg nicht selbstverständlich ist.
- Notwendigkeit der Neuschöpfung von Handlungsansätzen, um der Situation gerecht zu werden.

Zusammenfassend

Patienten, die sich zum ersten mal mit einer dauerhaften Einschränkung von vormals als selbstverständlich angesehenen Leistungsfähigkeiten konfrontiert sehen, müssen viele Aspekte ihres Alltagshandelns neu entwerfen. Wem diese Handlungsplanung schwer fällt oder misslingt, der wird entweder verzögert zur Arbeit zurückkehren oder diese bald wieder verlassen.

Krank sein heißt, abweichend sein

Abweichendes Verhalten wird für gewöhnlich im Rahmen von Gut und Schlecht oder von Krank und Gesund diskutiert, wobei die Trennlinie nicht immer ganz sicher gezogen werden kann. Mechanic (1978) führt aus, dass bei der Definition fremden Verhaltens zwei sich gegenseitig ausschließende Beurteilungsweisen benutzt werden. Zum einen, dass ein erwachsener Mensch sein Verhalten kontrollieren kann und daher auch dafür verantwortlich

²„Die durchschnittliche Anzahl erwarteter Lebensjahre, die in guter Gesundheit ... verbracht werden können.“, Siegrist 1995,45

ist. Zum anderen wird eine Vielzahl an Wissenschaften geschätzt, die sich nur mit dem beschäftigen, was dafür spricht, dass ein Mensch nicht weiß, was er tut – beispielsweise sei die Verhaltenswissenschaft erwähnt. Für gewöhnlich lösen wir das Problem so, dass wir sagen: der Mensch ist üblicherweise für sein Verhalten verantwortlich, es sei denn Da die Gemeinschaft für den Kranken sorgt (Lohnfortzahlung, Behandlung), ist sie daran interessiert, dass nur die „Kranken“ Leistungen erhalten, nicht aber die „Schlechten“. Da nun der Krankenstand unter den Erwerbstätigen Schwankungen unterliegt, die nicht nur durch biomedizinische Kennwerte aufgeklärt werden können, kommt immer wieder der Verdacht auf: Schwindler würden sich Leistungen erschleichen, die ihnen nicht zustehen. Im Rahmen der Überlegung: was bestimmt die Geschwindigkeit, mit der ein Patient nach der medizinischen Rehabilitation an seinen Arbeitsplatz zurückkehrt, wird für diejenigen, die verzögert zurückkehren, auch der Gedanke ventiliert, diese Menschen wollten sich einen ihnen nicht zustehenden Vorteil erswindeln. Aus diesem Grund lohnt ein Blick auf die Mechanismen, mit denen zwischen den „Kranken“ und den „Schlechten“ unterschieden werden kann.

Im Berufsleben spürbare Leistungseinschränkungen, ganz gleich woher sie rühren, gelten als Abweichung. Die normative Erwartung geht von einer ‚Normalleistungsfähigkeit‘ aus. Ein Wert, in dem zumindest Alter, Geschlecht, Nationalität und Berufsausbildung als Basiswerte verrechnet sind. Im Bezug auf die Leistungserwartungen wäre Normal immer das,

- was die Zeugen des Verhaltens als normal ansehen,
- was von den Arbeitgebern als Normalleistung definiert wird
- was der beobachtbar üblichen Leistungsfähigkeit entspricht.

Die Norm, von der Deviante abweichen, hat von jeder Betrachtungsweise etwas, je nachdem, wo und wann das Abweichende beobachtet wird. Normal sein heißt, sich innerhalb einer Norm zu bewegen, beim Verlassen der Norm drohen Sanktionen, auf den deviant Handelnden warten Einschränkungen.

Was wird nun aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht als abweichend angesehen: „... deviation becomes visible to people in the community when they recognize a person's inability or reluctance to respond in a particular expected way.“(Mechanic, 1985: 50) Wichtig ist hierbei der Rahmen, in dem diese Wahrnehmung stattfindet „The view taken of the deviant depends in large part on the frame of reference of the observer and the extent to which the deviant appears to be able or willing to control his responses.“(s.o.) Als nächstes schaut derjenige, der

das Abweichen von der Regel einschätzen soll, auf den Rahmen in dem das Handeln stattfindet:

- Er schaut, ob der abweichend Handelnde in der Lage ist, seine Handlungen selbst zu bestimmen.
- Er schaut nach der Motivation, die der abweichend Handelnde haben könnte und ob diese Motivation sein Handeln erklären kann.

Findet er Gründe, die das Handeln erklärlich machen, dann ist es wahrscheinlich, dass das Handeln in den Kategorien von richtig und falsch aufgenommen wird.

Findet er es schwierig oder nicht möglich, Gründe zu finden, die das abweichende Handeln erklärlich machen, dann ist es wahrscheinlich, dass das Handeln in den Kategorien von krank³ und gesund aufgenommen wird.

Bei psychiatrischen Symptomen ist es stets schwierig, die Unterscheidung zwischen krank/gesund und richtig/falsch zu treffen, da sie für gewöhnlich mit Regelverletzungen des sozial angemessenen Verhaltens einhergehen. Ähnliche Schwierigkeiten der Einschätzung ergeben sich auch bei Abhängigkeit von Suchtstoffen, oder auch bei sexuellen Verhaltensweisen wie Homosexualität.

Zusammenfassend

Das Bild der „Normalität“, von dem aus Abweichendes erkannt werden kann, ergibt sich aus einem Gemenge von Norm, Durchschnitt und Verständlichkeit des Handelns. Abhängig vom soziokulturellen Hintergrund des Handelnden ist eine Einschätzung der abweichenden Reaktionen entweder als gut / böse oder gesund / krank möglich.

Es entspricht der alltagsweltlichen Auffassung, dass einer, der aus seiner „Krankheit“ einen Vorteil zieht, als „nicht krank“ angesehen werden darf; nur wer die Folgen seiner „Krankheit“ leidend erfährt ist krank.

³ Die immer wieder in der Boulevardpresse ausführlich behandelten Fälle von wohlhabenden prominenten Mitgliedern der Gesellschaft, die beim Ladendiebstahl erwischt werden, illustriert den beschriebenen Zusammenhang. Man kann sich nicht erklären, wieso der / die wohlhabende Dieb/in Artikel im Wert von ein paar Mark stiehlt. Wer so etwas tut, kann nur krank sein, wäre die erste Reaktion, da die Person aber vielleicht dem Bundestag als Abgeordnete angehört, muss das um den Zusatz „vorübergehend“, „kurzzeitig“, „black out“ ergänzt werden, denn psychisch Kranke sind als Volksvertreter tabu.

Für chronisch Kranke ergibt sich hieraus die komplizierte Situation, objektiv eingeschränkt leistungsfähig zu sein, aus diesem Grunde „Vergünstigungen“ am Arbeitsplatz zu benötigen, und sich gleichzeitig nicht als akut krank in dem Sinne zu definieren, der durch die Krankenrolle bestimmt wird. Aus dieser Situation ergeben sich demnach Anforderungen an die Handlungsmodelle, mit denen der Betroffene in seine Alltagswelt zurückkehrt.

„Strategisches Verhalten“ – die Kommunikationskultur des Patienten

Es wurde bereits darauf verwiesen, dass das gesellschaftlich verbürgte Normalitätsmodell von einer gesunden, leistungsfähigen Person ausgeht, die in der Lage ist, ihre eigenen Angelegenheiten allein und ohne fremde Hilfe zu regeln. Es muss noch hinzugefügt werden, dass von dieser Person erwartet wird, dass sie gemeinschaftsorientiert handelt, also nicht von der Gemeinschaft verlangt, was sie auch billigerweise selber erledigen kann (Parsons 1959: 314). Am Beispiel der Berentung wird aber deutlich, dass die Gemeinschaft sehr vielen Älteren und Leistungsgeminderten keine entlohnte Arbeit zur Verfügung stellen kann (IAB Kurzbericht Nr.3 / 7.5.1999). Weil nun die Einlösung des normativen Anspruchs „Rehabilitation vor Rente“ (Rehabilitations - Angleichungsgesetz § 7, siehe auch Gernsberger 1977: 21f) oder allgemeiner „Arbeiten vor Rente“ nicht zur Integration in den Arbeitsmarkt führt, nimmt die Attraktion des Rentenbezugs zu. Mit der seit etwa drei Jahrzehnten zunächst zunehmenden und jetzt nicht mehr abnehmenden hohen Arbeitslosigkeit wurde bis in die letzten Jahre das Modell der Frühverrentung im Umfang ständig gesteigert (Voges 1994). Zunächst lastete der vorzeitige Ausstieg aus dem Erwerbsleben als ein Odium auf den Betroffenen. In dem Maße, wie die Arbeitslosigkeit hoch blieb, und im Rahmen der Umstrukturierung der Wirtschaft immer mehr ältere Arbeitnehmer entlassen wurden, wie der Übergang von der Arbeitslosigkeit in die Frührente immer breitere Anwendung fand, wie schließlich nach der Wiedervereinigung große Teile der ostdeutschen Arbeitnehmerschaft angesichts von Dauerarbeitslosigkeit den Rentenbezug anstrebten oder auch hierzu aufgefordert wurden, änderte sich die Situation für die Betroffenen.⁴ Für die von Arbeitslosigkeit Bedrohten ergab sich nunmehr die Alternative: Rente oder Arbeitslosigkeit. Bei dieser Alternative bietet der Rentenbezug die deutlich größere Statussicherheit. Der Rentenbezug eröffnet vielfältige Möglichkeiten der (selbst gewählten)

⁴ Nur jeder dritte Arbeitslose verlässt den Status „Arbeitslos“ wegen einer Arbeitsaufnahme. Bei den 55jährigen und älteren Arbeitslosen, bei denen eine gesundheitliche Einschränkung vorliegt verlässt nur jeder Fünfte wegen einer Arbeitsaufnahme den Bestand der Arbeitslosen (IAB Kurzbericht Nr.3 / 7.5.1999).

Zukunftsplanung, die (Dauer-) Arbeitslosigkeit hingegen konfrontiert täglich mit der eigenen Entbehrlichkeit für den Arbeitsmarkt.

Im Kontakt des Leistungsgeminderten mit Arzt, Arbeitgeber und Mitwelt zeigt sich exemplarisch, wie im Prozess des Aushandelns der Folgekosten/Folgeleistungen für den von Leistungseinschränkungen Betroffenen Überlegungen Bedeutung gewinnen, die mit der Funktionseinschränkung nichts zu tun haben. Je nach der Fähigkeit des Betroffenen, seine Interessen unter diesen ‚Rahmenbedingungen‘ vorzutragen, werden auch seine ‚Erträge‘ ausfallen.

Das Arzt – Patient Gespräch

Bevor das Gespräch Arzt – Patient die hier angesprochenen Aussagen zum sozialen Handlungsrahmen aufnimmt, ist es durch Eigentümlichkeiten definiert, die weitaus allgemeiner sind.

Das Eingeständnis, dass es

- bei chronischen Erkrankungen meist keine durchgreifend wirkungsvolle Therapieform gibt und man nur die Symptome lindern kann,
- selten möglich ist, die Störung auf die somatische Ebene zu begrenzen (sie umfasst, je länger sie anhält, zunehmend alle Lebensbereiche des Patienten),
- die Notwendigkeit gibt, die therapeutische Kooperation ein Leben lang fortzusetzen und so den Spannungsbogen zwischen dem Patienten (=Laien) und dem Arzt (=Experte) immer wieder neu interpretieren zu müssen,

gestaltet den Umgang mit diesen Patienten schwierig. Er steht damit quer zum Behandlungsmodell der Akutmedizin (Raspe 1983):

Erkennen der Erkrankung → spezifischer Eingriff → Heilung → Trennung vom Patienten.

Die sachliche Distanz zur Erkrankung des Patienten wird - je länger die Beziehung zwischen Arzt und Patient anhält - zunehmend verringert und wandelt sich in eine Beziehung zum Patienten und seiner sozialen Welt. Die Zurückhaltung der Ärzte, mit ihren Patienten die Krankheitsprognose und deren Auswirkung auf Arbeit und Familie zu besprechen, kann hier auf Dauer nicht mehr aufrecht erhalten werden. Die jetzt vom Arzt erwartete Erteilung von Rat und Gewährung von Hilfe machen einen Spagat erforderlich zwischen dem, was aus empathischem Wahrnehmen heraus sinnvoll ist, was aus medizinischer Erkenntnis zweckmäßig

erscheint und was von ihm als Rollenträger erwartet wird, der vermeidbare Kosten von der Gemeinschaft fernhalten soll.

Sobald das Pendel zu sehr in Richtung empathischen Verstehens ausschlägt und der Arzt in seiner Empfehlung medizinische Erkenntnisse zur Leistungsfähigkeit mit Überlegungen zum Arbeitsmarkt oder zur sozialen Situation verbindet und daraus leistungsbegründende Folgerungen zieht⁵, besteht die Gefahr, dass die nächsten Prüfinstanzen seine Aussage (Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Rentenarzt) zurückschneiden, was zu einer Verunsicherung von Arzt und Patient führt. Ein Verhalten, mit dem der Arzt seine Autorität nicht beschädigt und gegenüber dem Patienten nicht schwach erscheint, ist unter diesen Umständen auf Dauer nur sehr schwer aufrecht zu erhalten. Die Entscheidungsfindung des Patienten am Ende der stationären Behandlung kann demnach auch von (haus-) ärztlichen Aussagen beeinflusst sein, die quer stehen zu den Aussagen der Klinikärzte, was die Empfehlung zur Fortsetzung der Erwerbsarbeit betrifft.

Die Patient – Arzt Mitteilungen

Die Aussagen des Patienten gegenüber dem Arzt sind gekennzeichnet durch die Ungleichheit, die zwischen beiden besteht. Nur über den ärztlichen Experten hat der Patient Zugang zu den Hilfen, um seinen physischen Zustand zu verbessern (Therapie) und seine soziale Situation stabil zu halten (Bezug von Lohnersatzleistungen).

Es stehen sich also gegenüber (Raspe 1983):

Auf der Seite des Patienten	Auf der Seite des Arztes
Hinfälligkeit	Gesundheit
Hilflosigkeit	Fachliche Kompetenz
Existentielle Betroffenheit	Sachlichkeit und Routine
Dauer der Erkrankung	Der Augenblick der Hilfeleistung

Zusätzlich bestehen zwischen Arzt und Patient noch gravierende Unterschiede in der Fähigkeit der Symptomwahrnehmung. Im Rahmen der Befunderhebung sieht sich das Laiensystem des Patienten mit dem klinisch geschulten System des Arztes konfrontiert. Der Patient kommt mit einer ganzheitlichen Wahrnehmung seiner Störung, die aus einem Wechselspiel von

⁵ Die Rente wird empfohlen, weil der Patient schon so lange arbeitslos ist und angesichts seines Alters und seiner Ausbildung nur sehr geringe Chancen hat, noch einmal eingestellt zu werden.

Gesundheitsstörung und Auswirkung auf Berufstätigkeit gebildet ist. Er präsentiert seine Störung als Aufforderung zur Hilfe:

- zur Behandlung der Erkrankung,
- zur Gewährung von Schutz vor den die Erkrankung verschlimmernden Aspekten der Berufstätigkeit.

Der meist vorliegende große Statusunterschied zwischen Patient und Arzt, die unterschiedlichen sprachlichen Artikulationsmöglichkeiten und das auf der Seite des Arztes nur gering ausgeprägte Wissen um die beruflichen Belastungen am Arbeitsplatz des Patienten, wirken patientenseitig als Aufforderung, die Symptome so zu schildern, dass die sozial schützende Funktion des Arztkontaktes (Krankschreibung) auch erreicht, oder aber umgangen wird.

Die durch verschiedene Anliegen überlagerte Sicht des Symptoms seitens des Patienten kann seitens des Arztes rasch zu der Auffassung führen, der Patient übertreibe die Beschwerden. Was dann das Wahrnehmungsraster von der Schiene ‚krank – gesund‘ zu der von ‚gut – böse‘ verschiebt. Dieses Fehlverstehen kommt in der allgemein Praxis seltener vor als in der Fachklinik:

Der Allgemeinarzt ist geneigt die Beschwerden des Patienten anzunehmen und diesen für krank anzuerkennen, so lange er keinen definierten Grund hat, diese Entscheidung zu verwerfen. Die Gründe liegen darin, dass er seine Diagnose sehr stark auf das Gespräch mit dem Patienten stützt und nur wenig objektivierende Belege für seine Entscheidung herbei bringen kann. Er entscheidet sich für „krank“ als einer Aussage bei der er nichts falsch machen kann. Auf längere Sicht wird sich dann schon herausstellen, „wie krank“.

In der Fachklinik hingegen wird auf Grund der großen Dichte ähnlicher Erkrankungen und der daraus entstehenden hohen fachlichen Kompetenz so wie der geringeren Nähe zu den Lebensumständen des Patienten von den Ärzten häufig die Auffassung vertreten, „ sie allein als kompetente Fachleute wären in der Lage, die wahre Krankheit und die wahren Krankheitsfaktoren zu erkennen, während das Krankheitsbild der Patienten nur ein Symptombild sei, nur Spiegelung der durch eine Vielzahl von Faktoren gefilterten Krankheitszeichen des Patienten. Diese Einstellung der Mediziner könnte man nach dem von Balint geprägten Ausdruck als ihre „apostolische Funktion“ bezeichnen.“ (Ahrens 1979: 87-88) Aus dieser apostolischen Funktion heraus sind dann leichter Entscheidungen gegen die Krankheitsvermutung des Patienten möglich. Im Patienten bilden sich diese Entscheidungen als

pures Unverständnis des Arztes für seine Alltagswelt außerhalb der Klinik ab. An dieser Stelle kann es zu dem Versuch des Patienten kommen, durch überdeutliche Darstellung der Symptome seiner Erkrankung auf seine Notlage hinzuweisen. Soweit diese Vorgehensweise erkannt wird, erscheint sie dem Arzt als Aggravation, als Simulantentum, was ihn an seiner strikt organbezogenen Analyse eher festhalten als zweifeln lässt.

Zusammenfassend

Bei der Entwicklung eines alltagstauglichen Lebensmodells muss der von einer Leistungsminderung Betroffene sein Verhalten und seine Aussagen immer erneut an dem allgemein als richtig und selbstverständlich Erachteten ausrichten. Er muss in derselben Aussage seinen Arbeitswillen bekunden, auf seine Leistungseinschränkungen hinweisen und seinen Schmerz über die sozialpolitischen Folgen zum Ausdruck bringen, damit er sowohl den Ansprüchen der Beobachtenden genügt, als auch seine Interessen nicht aus dem Auge verliert. Übertreibt er, ganz gleich, ob aus Ungeschick oder wegen seines eigenen Vorteils, dann wird er sofort in die Gruppe der „Schlechten“ eingeordnet. Er setzt sich dem Verdacht aus, sich an der Gemeinschaft zu bereichern, sich unsolidarisch zu verhalten, was zum Verlust sozialer Unterstützung durch seine wichtigen Kommunikationspartner führen kann.

Je nach individuellen Fähigkeiten können diese Erfahrungen im besten Fall als Herausforderung, im weniger günstigen Fall als Verwirrung verstanden werden. Wo Herausforderung noch zur Mobilisierung der eigenen Kräfte führt, ist Verwirrung oft der Auslöser für ängstliches Abwarten in der Hoffnung, die Dinge regelten sich von selbst.

Das Gespräch Mitarbeiter – Arbeitgeber und vice versa

Kommt es wegen einer gesundheitsbedingten Leistungsminderung zu einem Gespräch zwischen dem Vertreter des Arbeitgebers und dem Erkrankten, dann können die folgenden Alternativen erwartet werden:

- Arbeitgeber erkundigt sich nach dem Leistungszustand seines Mitarbeiters und fragt, ab wann wieder Normalleistung gegeben sein wird. Arbeitgeber schlägt Umsetzung an einen Arbeitsplatz vor, der zu einer geringeren Beanspruchung führt. Arbeitgeber schlägt Trennung/Kündigung vor, da die Leistungsfähigkeit für die vorhandenen Arbeitsplätze nicht mehr ausreicht.
- Arbeitnehmer sucht das Gespräch mit dem Arbeitgeber, um sich nach einem Arbeitsplatz zu erkundigen, der ihn weniger beansprucht.

Arbeitnehmer sucht das Gespräch mit dem Arbeitgeber, um Möglichkeiten des Ausscheidens aus dem Unternehmen zu besprechen, sei es in Rente, sei es in Umschulung, sei es in Arbeitslosigkeit.

Die Gespräche zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die wegen einer beim Arbeitnehmer aufgetretenen Leistungsminderung geführt werden, entstehen aus dem Konflikt, den Ansprüchen des Arbeitsplatzes nicht mehr genügen zu können. Zur Evaluierung der beim Arbeitnehmer vorliegenden Leistungsminderung wird ein Arzt eingeschaltet, zur Evaluierung der innerbetrieblichen Umsetzungsmöglichkeiten wird ein Betriebsarzt herangezogen. Der sozialpolitische Konflikt zwischen den Wünschen des Arbeitnehmers nach einer Weiterbeschäftigung trotz Leistungseinschränkung und den Zwängen des Arbeitgebers, nur mit normal leistungsfähigen Mitarbeitern kostengünstig produzieren zu können, wird über ärztliche Experten ausgetragen. Die Spannung zwischen der Beurteilung der menschlichen Leistungsfähigkeit auf der einen Seite und der Beurteilung der betrieblichen Belange ist offenkundig.

Gespräch Betroffener – soziale Um- und Mitwelt

Im Kontakt mit seiner Um- und Mitwelt muss der Leistungsgeminderte jeden Zweifel an seiner Leistungseinschränkung ausräumen. Hierbei treten ähnliche Beurteilungsstrukturen auf, wie sie weiter oben im Zusammenhang von gesund – krank und gut – schlecht dargestellt wurden. Das heißt, der Betroffene muss, um Glaubwürdigkeit für seine Leistungseinschränkungen zu gewinnen, darauf achten, nicht den Anschein zu erwecken er benutze die „Erkrankung“, um sich ein gutes Leben zu Lasten der Allgemeinheit zu machen, was in der Regel soziale Ausgrenzung nach sich zieht.

Zusammenfassend

Die Entscheidung des Patienten für oder gegen eine Rückkehr zu seinem vormaligen Arbeitsplatz wird auch bestimmt von der Beschäftigungssicherheit zu angemessenen Konditionen, die er dort erwarten darf, respektive von der Höhe der Sozialleistungen, die er statt dessen erhalten könnte. Einfluss nehmen können auch Gespräche, die der Patient mit den Ärzten geführt hat, die ihn bereits seit langer Zeit behandeln, und in deren Empfehlungen die soziale Situation des Patienten eine bestimmenderes Gewicht hat, als das bei den Fachärzten der Klinik der Fall ist. In wie weit das Regelwerk der Schutzvorschriften, das dem Leistungsgeminderten eine Rückkehr an seinen Arbeitsplatz ermöglichen soll, die

Entscheidungen beeinflusst, wird durch die langjährig erlebte betriebliche Praxis bestimmt; in jedem Fall ist die Skepsis erheblich, ob man sich auf diese Regeln verlassen kann.

Handlungsmodelle im beruflich - sozialen Konfliktfeld

Der Patient mit bleibenden Funktionseinschränkungen (chronisch krank) sieht sich auf der einen Seite mit den Zwängen der zukünftigen beruflichen Anforderungen konfrontiert. Auf der anderen Seite stehen seine persönlichen Erwartungen und Neigungen, was die Gestaltung seines zukünftigen Lebens angeht.

Es ergeben sich für ihn folgende potentiellen Handlungsmöglichkeiten:

- Eventuell bestehende Spannungen zwischen den Leistungsanforderungen am Arbeitsplatz und dem gemindertem Leistungsvermögen verleugnen,
- den Wunsch nach einem leistungsgerechten Arbeitsplatz hinter der Sorge um den Erhalt des Arbeitsplatzes zurück stehen zu lassen – also gesundheitsschädigende Arbeit weiter ausführen,
- aktive Suche nach einem geeigneteren Arbeitsplatz,
- Aufgabe der Erwerbsarbeit.

Bei der Frage, wie zu entscheiden ist, dürften folgende Überlegungen von Bedeutung sein:

- Abwägen der materiellen Folgen von Weiterbeschäftigung, alternativer Beschäftigung oder Rente.
- Ausmaß, in dem den Betroffenen die Auswirkungen der Schädigungen bewusst werden, die sie ihrem Leib (Alheit 1999) durch das Fortsetzen einer inadäquaten Tätigkeit zufügen.
- Reaktionen der für ihn bedeutsamen anderen (Bezugsgruppen) auf die verschiedenen Handlungsalternativen.

Das Modell der Dissonanzreduktion: Für den Betroffenen führen sowohl Krankheit, aber besonders dauerhafte Erwerbsunfähigkeit zu finanziellen Einbußen. Auf der anderen Seite steht die Fortsetzung der Erwerbsarbeit trotz gesundheitlicher Einschränkungen, was für gewöhnlich erhebliches Leid und weitere gesundheitliche Einschränkungen nach sich zieht.

Die nachfolgenden Modelle sind zum einen geeignet, demjenigen, der unter Hintansetzung seiner Gesundheit eine schädigende Arbeit wieder aufnimmt, sein Verhalten plausibel erscheinen zu lassen, wie auch demjenigen, der sein Fernbleiben von der Arbeit so lange

ausdehnt, wie es die Rahmenbedingungen zulassen, eine Rechtfertigung seines Handelns zu liefern.

Im Rahmen der Dissonanzreduktion werden die bekannten Risiken minimiert durch

- Selektive Informationsbewertung (es wird nur der positive Aspekt betont: z.B. so kann ich weiterhin mein großes Auto fahren)
- Vergleich mit drastischeren Gefahren (z.B.: Wenn ich die Arbeit aufgebe, werde ich keine Freunde mehr haben, was ist das Leben dann noch wert?)
- Zurückweisen persönlicher Konsequenzen (z.B.: Mein Großvater hat trotz großer Schmerzen bis 90 auf dem Hof gearbeitet !)
- Kosten – Nutzen – Abwägung (z.B.: Wenn ich mit der Arbeit aufhöre, werde ich das Saufen anfangen, weil ich gar nicht weiß was ich tun soll!)

Das Modell der soziokulturellen Benachteiligung: Das Modell der soziokulturellen Benachteiligung (cultural lag) geht davon aus, dass gesundheitsrelevantes Verhalten nicht absichtsvoll und bewusst gelernt wird, sondern im Rahmen des ungesteuerten Alltagshandelns von relevanten Bezugspersonen verstärkt und kontrolliert wird. Die Bedeutung, die der Zukunft zugeschrieben wird, unterscheidet sich in Familien je nach soziokulturellem Standort. Hollingshead (1975) verdichtet die Beschreibung der untersten sozialen Position wie folgt:

- Jeder ist sich selbst der Nächste.(sozialdarwinistische Orientierung)
- Lebe heute und kümmere dich nicht um morgen (*Triebaufschub wird als sinnlos abgelehnt*)
- Sieh zu, dass du deinen Spaß hast (Die Freude am „Hier und Jetzt“ wird in den Vordergrund gestellt) (Hollingshead 1975: 74-87)

Hieraus entwickelt sich dann schnell eine Haltung, die präventivem Handeln und der Symptomaufmerksamkeit einen kleinen Stellenwert zumisst⁶. Unter diesen Bedingungen würde also eine Entscheidung nach tagesaktuellen Vorteilen nahe liegen.

⁶ Es konnte gezeigt werden, dass **fehlende Zukunftsorientierung** und **fehlendes präventives Bewusstsein** bei Angehörigen der Unterschicht erheblich weiter verbreitet war als in der Mittelschicht. (Kramer 1972)

„Schließlich liefern verschiedene Arbeiten Hinweise darauf, dass unter Bedingungen soziokultureller Benachteiligung eher ein instrumentelles Verhältnis zum Körper aufgebaut wird (Körper als ‚Maschine‘, die durch Gebrauch einem unbeeinflussbaren Verschleiß unterliegt).“ (Siegrist 1995, 166)

Das Modell des sozialen Vergleichsprozesses: Wenn eine als wichtig angesehene Bezugsgruppe das Aufgeben von gesundheitsschädigendem Verhalten positiv beurteilt, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Person aus der sozialen Verstärkung und aus dem erwarteten sozialen Vergleichsprozess Energien schöpft, die der Stabilisierung neuer Gewohnheiten zum Erfolg verhelfen. Natürlich gilt auch umgekehrt, wenn Arbeiten unter Schmerzen und bis zur Erschöpfung sozial honoriert wird, dann kann dieses Verhalten, obwohl es objektiv schädigend ist, fortgesetzt werden. Dieses Modell „betont das Zusammenspiel von Selbstbild, sozialem Bewertungsprozess und der Rolle sozialen Rückhalts bei der Durchsetzung von Handlungsabsichten.“(Siegrist 1995: 167) Handlungsabsichten bedürfen der Verstärkung, um gegen innere Widerstände durchgehalten werden zu können, und sie zielen häufig darauf ab, ein Selbstbild zu präsentieren, das von einer als wichtig angesehenen Bezugsgruppe positiv bewertet wird.

Zusammenfassend

Den mit dauerhaften Leistungseinschränkungen Konfrontierten stehen unterschiedliche Modelle zur Bewältigung der sich hieraus ergebenden Spannungen am Arbeitsplatz zur Verfügung. Erwähnt wurden

- das Modell der Dissonanzreduktion, den Konflikt klein reden,
- das Modell der soziokulturelle Benachteiligung, sich zur Lösung an kurzatmigen tagesaktuellen Ansätzen orientieren,
- das Modell der sozialen Vergleichsprozesse, sich zur Lösung am Verhalten bedeutsamer Bezugsgruppen orientieren.

Nur wer über einen langen Atem und eine erhebliche Unterstützung aus seinem sozialen Umfeld verfügt, wird die Statuspassage in die Erwerbslosigkeit zu einer dequalifizierten Tätigkeit mit geringerem Einkommen oder den Rentenbezug vermeiden können. Bei dieser Personengruppe dürfte von einer relativ raschen Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz auszugehen sein. Wenn diese Unterstützungen und/oder die Fähigkeit mehrgliedrige

Handlungsentwürfe zu erstellen nicht gegeben sind, dann bleibt neben und nach einer Verzögerung der Rückkehr nur die Fortsetzung der schädigenden Tätigkeit.

Überlegungen für das weitere Vorgehen

Verdichtet könnte die Bilanz der bisherigen Überlegungen so zusammengefasst werden:

- Je einfacher und je kräftezehrender die Berufstätigkeit ist, die eine Erwerbsperson ausführt, um so gravierender sind die Auswirkungen auch sehr geringer physischer Leistungseinschränkungen für sein weiteres berufliches Schicksal.
- Je differenzierter das psychische Inventar einer Arbeitsperson ist, um so mehr Ressourcen wird sie für die Überwindung einer bedrohlich – kritischen Lebenssituation mobilisieren können.
- Je zielstrebig und hartnäckiger eine Arbeitsperson auch unter stark verunsichernden Bedingungen an ihrem Ziel festhalten kann, um so wahrscheinlicher wird sie es erreichen.

Bei einem Blick auf die aufgelisteten Faktoren, die auf einen dauerhaft leistungseingeschränkten Menschen am Ende einer stationären medizinischen Behandlung einwirken, zeigt sich, dass der soziale Status in vielen Fällen bei der Bewältigung der Krankheit wie der Krankheitsfolgen eine bedeutsame Rolle spielt. Über den Status ist die Verteilung

- der kräftezehrenden und der physisch leichteren Tätigkeiten,
- der Berufstätigkeiten mit größerer oder kleinerer Handlungskompetenzen,
- der Bildungs- und Ausbildungsqualifikationen,
- der erfahrenen und erlebten Vorbilder für gelungene biographische Konstruktionen

miteinander verknüpft.

Für die Beantwortung der Leitfrage des Projekts: welche Prädiktoren könnten geeignet sein die Rückkehrgeschwindigkeit eines Patienten, nach dem Durchlaufen einer stationären rehabilitationsmedizinischen Behandlung vorherzusagen, ergeben sich hieraus verschiedene Folgeschritte:

1. Erhebung des sozialen Status, der Bildungs- Ausbildungsqualifikationen, der Handlungs- und Planungsbefähigung.
2. Erhebung der tatsächlichen Bedingungen am Arbeitsplatz.
3. Erhebung der Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers.

Aus den Forschungsergebnissen der Arbeitswissenschaft

Berufliche Leistungsanforderungen und gesundheitliche Einschränkung

In den bisher referierten Studien der medizinischen Soziologie wurde herausgestellt, dass sozialstrukturell ungünstige Umstände zu Arbeitstätigkeiten führen, die gesundheitlich schädigende Auswirkungen haben. Diese Auswirkungen können die Fortsetzung der Tätigkeit beeinträchtigen oder sogar unterbinden. Aus solchen Veränderungen ergeben sich berufsbiographische Einschnitte in das Erwerbsleben, die zumindest Veränderungen am Arbeitsplatz nach sich ziehen, meist aber einen Arbeitsplatzwechsel und häufig einen Wechsel des Arbeitgebers und/oder Arbeitslosigkeit bedeuten. Solche Veränderungen wurden in den dargestellten Stress-Modellen als gesundheitlich höchst gefährliche Passagen vorgestellt (Waltz 1981), die allein wegen ihrer neuroendokrinen Auswirkungen die Anfälligkeit für Krankheiten erhöhen und die Sterblichkeit heraufsetzen. Burn out, Mobbing und Stress sind längst alltägliche Vokabeln zur Beschreibung der Arbeitswelt geworden. Der Zusammenhang von Burn out, Mobbing und Stress mit Krankheitssymptomen ist eindeutig (Richter, Hacker 1998), was für eine Verwendung dieser Überlegungen im Rahmen dieser Untersuchung spräche. Burn out, Mobbing und Stress sind jedoch Konstrukte, die aus unterschiedlichen Wissensgebieten Erkenntnisse zusammenfassen, um die besonderen Folgeerscheinungen bestimmter Arbeitssituationen zu erklären. Selbst wenn man hintanstellt, dass die einzelnen Autoren ihre Aussagen jeweils noch in einen pädagogischen, industriereformerischen oder gewerkschaftlichen Rahmen stellen (um nur einige zu nennen), bleibt die Tatsache, dass diese Konstrukte sehr unhandlich in der konkreten Anwendung sind. In den jetzt diskutierten arbeitswissenschaftlichen Ansätzen ist die Basis beschrieben, auf die jedes der vorgenannten Konstrukte aufbaut, so dass diese Überlegungen Berücksichtigung finden, auch wenn sie im Einzelnen nicht mehr erwähnt werden. Durch eine Betrachtung der arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse zur Beschreibung der Anforderungen der Arbeitswelt soll versucht werden, die Basisparameter zu bezeichnen, mit denen sich im Groben der Anforderungsrahmen einer jeden Erwerbstätigkeit beschreiben lässt.

Die Arbeitswissenschaft umfasst eine ganze Reihe von Fachlichkeiten: das Arbeitsingenieurwesen, Arbeitstheorie, Arbeitsphilosophie, die Arbeitsphysiologie, die Arbeitsmedizin, um nur einige zu nennen. Im Rahmen unserer Betrachtung sollen die

Leistungsparameter der Arbeitspersonen den Ansprüchen der Arbeitsaufgaben gegenüber gestellt werden. Dies gelingt dem ingenieurwissenschaftlichen Ansatz der Arbeitswissenschaft auf eine besonders prägnante Weise. Auch wenn die nachfolgend referierten Ansätze bereits Ende der Siebzigerjahre entwickelt wurden, sind sie in ihren Basisüberlegungen noch heute korrekt. Dort, wo sie vom Fortgang der gesellschaftlichen Ereignisse überholt wurden, machen sie deutlich, wie sich die Leistungsansprüche seit dem Erscheinen dieser Publikationen fortentwickelt haben.

Jedoch die Grundaussage, dass die Basis einer jeden Erwerbstätigkeit die physische Leistungsfähigkeit hinsichtlich Ausdauer, Tempo, Erholungsfähigkeit bei Vorliegen von intakten Sinnesorganen⁷ darstellt, ist davon nicht betroffen.

Verdichtete Zusammenfassung des arbeitswissenschaftlichen Ansatzes

Das menschliche Leistungsangebot

Zum Selbstverständnis des ingenieurwissenschaftlichen Ansatzes der Arbeitswissenschaft gehört der Gedanke, dass sie die Wissenschaft ist, die dafür Sorge tragen will, dass die Anforderungen, die man im Rahmen der Berufstätigkeit an den Menschen stellt, so eingerichtet werden, dass sie der Mensch dauerhaft, ohne krank zu werden, ausführen kann (Hackstein 1977). Dabei geht es zunächst einmal um das Quantum der Arbeit, das ein Mensch verrichten kann, und innerhalb dieses Gedankens darum, dass jedwedes Tätigsein, also schon das Existieren, mit einer Verausgabung von Energie einhergeht, was die nachfolgende Übersicht verdeutlicht.

⁷ Es geht bei dieser Betrachtungsweise um die der Arbeitsperson zumutbare Belastung durch eine Arbeitsaufgabe. Wird die Arbeitsperson durch die Belastung der Arbeit zu sehr beansprucht, dann ermüdet die Person schneller oder sie erschöpft sich, wenn sie trotz Ermüdung weiter arbeitet. Die Gründe, weshalb die Belastbarkeit der Person für die Arbeitsaufgabe nicht ausreicht, können sehr vielfältig sein, finden aber im Rahmen dieser Analyse zunächst keine Berücksichtigung. Die Kompensationsmöglichkeiten im Falle von Behinderungen werden nicht erwähnt, sind aber aus naturwissenschaftlicher Sicht immer schon in dem Konzept enthalten, denn der Ausgleich der Belastbarkeit führt zur Passung von Belastung und Beanspruchbarkeit. (siehe Luczak, Rohmert, Landau 1992,83)

Existieren			
Untätig sein	Tätig Sein		
	Zweckfreies Tätigsein	Zweckgebundenes Tätigsein	
	Spiel Sport	Lernen	Arbeitendes Tätigsein

(nach: Rohmert, W.; Rutenfranz, J.; 1975: S.20-22)

Abbildung 2, Formen des Tätigseins

In einem stetig wachsenden Rahmen ist Sport heutzutage mit dem Verfolgen von Zielen verknüpft. Sport wird heute in einem zunehmenden Maße professionell und halbprofessionell ausgeübt. Sport, auch der von ‚Freizeitsportlern‘, ist heute eindeutig mit Leistung verknüpft. Insoweit ist es nicht mehr möglich, von Sport als einer zweckfreien Tätigkeit zu sprechen. Neben dem zweckgebundenen Tätigsein bleibt somit nur der Müßiggang als zweckfreie Tätigkeit übrig. Das Schaubild macht somit auch deutlich, wie sich in den 25 Jahren, seit dem Erscheinen der Veröffentlichung, der Bereich des zweckgebundenen Tätigseins ausgedehnt hat. Erholung, also Müßiggang und Untätig sein wird zur Marginalie.

Arbeitendes Tätigsein, das zunehmend den bewussten Teil der Tagesaktivitäten ausmacht, wird dann wie folgt charakterisiert: Die Arbeitsperson ist in der Arbeit bewusst und zielgerichtet, auf das Erreichen eines Ziels ausgerichtet, das vor Arbeitsbeginn feststeht.

Das Erreichen des Ziels hat Rückwirkungen auf die Persönlichkeit des Arbeitenden und das Ziel ergibt sich aus der Arbeitsaufgabe. (siehe hierzu S. 50). Im Hinblick auf die Inhalte fragen Rohmert und Rutenfranz: Welche Aktions- und Bewegungssequenzen verlangt die Arbeit, in welcher Zeit sind sie zu erledigen und wie oft? Bei der Ausführung dieser Arbeitsinhalte ergibt sich eine Betrachtungskette von der Ausführbarkeit → Erträglichkeit → Zumutbarkeit → Zufriedenheit. Da diese Begriffe die Welt der Arbeit als ein Mensch – Maschine – System auf verschiedenen hierarchischen Ebenen betrachten und ein Beobachtungsmodell liefern, das für verschiedene Anwendungen offen ist, sollen diese näher vorgestellt werden.

Ausführbarkeit: „Ausführbar ist eine Arbeit dann, wenn die Grenze der maximalen Leistungsfähigkeit des Individuums noch nicht überschritten ist.“ (Strasser 1982: 37)

Erträglichkeit: Erträglich ist eine Arbeit dann, wenn sie unterhalb der Dauerleistungsgrenze liegt. Die Dauerleistungsgrenze ergibt sich, wenn bei „der höchstmöglichen Intensität einer bestimmten Belastungsart noch keine zeitabhängigen Störungen in den Gleichgewichtszuständen des arbeitenden Menschen“ auftreten. Zur Bestimmung dieser Gleichgewichtszustände dienen die Basiswerte (Puls, Blutdruck, O₂-Aufnahme ...). Der Mensch wird hier als „chemo-dynamische Kraftmaschine“ aufgefasst. Die Erträglichkeitsgrenze (=Dauerleistungsgrenze) für einen Achtstundentag liegt also unterhalb der Ausführbarkeitsgrenze. (Strasser 1982: 38)

Zumutbarkeit (Beeinträchtigungsfreiheit): Die Zumutbarkeit bestimmt, wie sehr die Erträglichkeit an die Ausführbarkeit heranrückt. Dies kann durch eine hohe Motivation bewirkt werden, aber auch durch Doping, durch Neigung zum Workoholic oder Ähnliches (Strasser 1982: 39).

Im Gegensatz zu Ausführbarkeit und Erträglichkeit ist die Zumutbarkeit nicht naturwissenschaftlich exakt bestimmbar. Die Größe des Zumutbaren ist von den Umständen abhängig, sie ist im Krieg anders als im Frieden. Die Zumutbarkeit ist eine Norm, deren Ansprüche in dem Maße steigen, wie der Kampf um die (lukrativen) Arbeitsplätze härter wird. Die normative Definition der Arbeitswissenschaft: zumutbar sei eine Arbeit dann, wenn sie von einer Arbeitsperson ein ganzes (Berufs)Leben ausgeführt werden könne, ohne dass die Arbeitsperson daran erkrankt, gerät hier in Widerstreit mit den sich verschiebenden Normen des alltäglichen Arbeitslebens.

Zufriedenheit: Sie ergibt sich aus dem Verhältnis des Arbeitsvolumens, das jemandem zugemutet wird und seiner individuellen Erträglichkeitsgrenze. Hier geht man davon aus, dass einer zufrieden ist, wenn er das leistet, was er leisten kann. Da dieses Verhältnis aber Schwankungen unterworfen ist, einmal interindividuell durch die unterschiedliche Konstitution und Fähigkeiten der Menschen sowie intraindividuell durch endogene Schwankungen des Leistungsvermögens im Ablauf der Lebensjahre, so ist auch die Zufriedenheit mit einer bestimmten Arbeit zwischen den Menschen und für die selbe Person im Verlaufe ihres Lebens unterschiedlich. Ein Absenken der Anforderungen unter die Zumutbarkeit führt nicht unbedingt zur Zufriedenheit, es kann auch negative Folgen – wie Distress – nach sich ziehen (Strasser 1982: 40).

Der Ausdruck „Zufriedenheit“ ist an dieser Stelle sehr schillernd, umfasst er doch die resignative Arbeitszufriedenheit, die progressive Arbeitsunzufriedenheit, und dazwischen eine

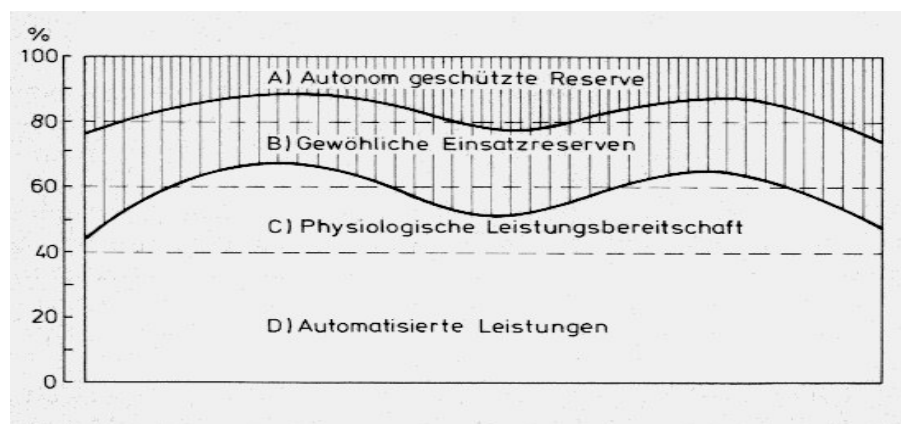
Vielzahl an Übergangsformen, so dass der Begriff schlecht gewählt erscheint. Der gegenwärtig verwendete Begriff der **Persönlichkeitsförderlichkeit** (Hacker 1998) ist umfassender und schließt die Zufriedenheit als persönlichkeitsförderliche Größe mit ein. Darüber hinaus gehören dazu aber auch intrinsische Motivation, Leistungsbereitschaft, die förderliche Gestaltung des Arbeitsumfeldes – damit überhaupt eine positive Einstellung zur Arbeit entstehen kann.

Die Grenzwerte, auf die sich diese Definitionen beziehen, lassen sich individuell durch physiologische Grenzwerte bestimmen. Im Rahmen dieser Betrachtung ist nur der Rahmen bedeutsam, von dem diese Überlegungen abgeleitet sind. Die einem Menschen mögliche physische Leistung konnte experimentell in vier Bereiche zerlegt werden.

Hierbei ist ein basaler Teil (automatisierte Leistung) für die Aufgaben reserviert, die der Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen dienen. Mit nur geringer Anstrengungsbereitschaft kann ein weiterer Basis-Leistungsbereich erschlossen werden, der dann für die Erledigung von Arbeitsaufgaben zur Verfügung steht. Wenn die Leistungsanforderungen über dieses Maß hinausgehen, kann vom Arbeitnehmer der Bereich der Leistungsbereitschaft erschlossen werden. Je nach dem Ausmaß des gezielten Wollens (Motivation) steht hier ein unterschiedlich großes Leistungsrepertoire zur Verfügung. Die jetzt noch verbleibende Restleistung ist für Extremsituationen reserviert und kann durch willentliche Prozesse nicht erschlossen werden.

Nach diesem Modell verfügt der Mensch über **Leistungsreserven**, die bei entsprechender **Leistungsdisposition** als **Leistungsbereitschaft** in Erscheinung treten.

Die Abbildung 1 vermittelt durch die Graphen einen idealtypischen Eindruck, der auch noch die Leistungsschwankungen im Tagesverlauf berücksichtigt.



(Abbildung 1 entnommen Hackstein 1977, S.9)

Abbildung 3, Verfügbarkeit menschlicher Leistung

Automatisierte Leistung	Dieser Teil der Leistung steht ohne besondere Mobilisierung seitens des Arbeitnehmers zur Verfügung
Physiol. Leistungsbereitschaft	Stellt den Bereich dar, der normalerweise von einem Arbeitnehmer zusätzlich zur Basisleistung mobilisiert wird
Gewöhnliche Einsatzreserven	Dieser Leistungsbereich kann vom Arbeitnehmer durch Motivation erschlossen werden. Die Obergrenze (das meint, ob er in der Lage ist 80% zu mobilisieren, oder nur 75% oder vielleicht auch 85%), also die Mobilisationsschwelle des Arbeitnehmers ist gleich der Erträglichkeitsgrenze.
Autonom geschützte Reserve	Dieser Bereich wird unter Normalbedingungen nicht geöffnet, er ist zugänglich über starke Affekte, aber auch über Doping

Zusammenfassend

Arbeiten ist nur ein Teil unserer täglichen Tätigkeiten. Arbeiten ist ein absichtsvolles, bewusstes und zielgerichtetes Vorgehen. Von den einer Arbeitsperson tatsächlich zur Verfügung stehenden Ressourcen wird nur ein Teilbereich beim Arbeiten mobilisiert. Die Zumutbarkeit einer Arbeit setzt immer die Zustimmung der Arbeitsperson voraus, sie schließt daher Faktoren wie Entlohnung, Arbeitsklima, Akzeptanz der Arbeitsinhalte mit ein. Persönlichkeitsförderlich sind die Arbeitsbedingungen dann, wenn die Arbeitsinhalte motivieren, die Leistungsbereitschaft fördern und wenn die Arbeitsumstände gesundheitlich zuträglich sind, um nur einige Bausteine zu nennen.

Arbeitsinhalte und ihre Anforderung

Die auf die Arbeitsperson zukommenden unterschiedlichen Belastungen beim Arbeiten lassen sich nach verschiedenen Kriterien voneinander trennen.

Strasser (1982,44) unterscheidet vier Betrachtungsmöglichkeiten:

- Physiologische Betrachtungsweise:
Kriterium der Abgrenzung ist die Einbeziehung von Organsystemen

- Materialistische Betrachtungsweise:
Abgrenzungskriterien wären die Körperlichkeit und die Geistigkeit der Arbeitsinhalte
- Philosophisch–historische Betrachtungsweise:
Abgrenzungskriterien wären die Art der Arbeitsobjekte, entweder konkret gegenständlich oder nur abstrakt erfassbar
- Ingenieurwissenschaftliche, naturwissenschaftlich–technische Betrachtungsweise:
Abgrenzungskriterien sind die Energie und Information als Leistungsbeitrag.

Beim **ingenieurwissenschaftlichen** Unterscheidungsansatz stellt die Verausgabung von Energie oder Information das Unterscheidungskriterium dar, demzufolge wird energetische Arbeit von informatorischer Arbeit gescheiden.

Die Ausführung einer jeden Arbeit geschieht entlang der nachfolgenden Schritte:

- Informationsaufnahme.
Hierzu braucht es das Sinnesorgan, um die entsprechende Wahrnehmung zu ermöglichen; aber auch die Verarbeitung der Information, die von dem Sinnesorgan aufgenommen wird, damit der Zustand erkannt werden kann, gehört hier her.
- Informationsverarbeitung:
Hier geht es um die Auswahl der richtigen Reaktion. Hierbei sind die Besonderheiten des Objekts, das manipuliert werden soll, zu berücksichtigen. Diese Kenntnisse müssen im Langzeitgedächtnis vorliegen oder aufgenommen und dort gespeichert werden. Für die Verknüpfung von Informationen wird das (Kurzzeit-) Gedächtnis benötigt.
- Informationsausgabe/Handlung:
Hierzu gehören Planung, Ausführung und anschließende Kontrolle der Handlung.

Die möglichen Arbeitsplätze werden nach der überwiegenden Beanspruchung der Organe der Arbeitpersonen, die diese ausführen, gegliedert (Rohmert 1975: 8)

- Erzeugen von Kräften
- Koordination von Motorik und Reaktion
- Umsetzen von Information in Reaktion
- Umsetzen von Eingangsinformation in Ausgangsinformation
- Erzeugen von Informationen.

Zusammenfassend

Zur Ausführung einer Arbeit gehören notwendig

- funktionsfähige Sinnesorgane zur Informationsaufnahme,
- ein funktionsfähiges Lang- und Kurzzeitgedächtnis, um die Informationsverarbeitung zu ermöglichen,
- intentionale Fähigkeiten (bei gleichzeitig ausreichender Aufmerksamkeit und Konzentration), um bewusst und zielgerichtet handeln zu können.

Diese Grundfähigkeiten werden ergänzt um die Koordination von Motorik und Reaktionen sowie das Erzeugen von Kräften.

Arbeit und Ermüdung

Dass Arbeiten mit Ermüdung einhergeht, scheint alltäglich. Unter arbeitswissenschaftlichen Gesichtspunkten ist es das aber nicht. Solange die in einer Zeiteinheit verausgabten Ressourcen nicht größer sind als jene, die der Arbeitsperson in derselben Zeiteinheit wieder zuwachsen, kann das Arbeiten ohne Ermüdung fortgesetzt werden. Als Beispiel wird immer wieder an die Funktion des Herzens oder der Lunge erinnert. Ermüdung kommt dadurch zustande, dass die Arbeitsperson mehr Ressourcen verausgabt als ihr gleichzeitig wieder zuwachsen. Unter der Bedingung regelmäßiger Erwerbsarbeit sollte die Ermüdung vom Schichtende des einen Tages bis zum Schichtbeginn des nächsten Tagen ausgeglichen werden, so dass dann ein weiterer Arbeitszyklus erledigt werden kann.

Ermüdung ist hierbei strikt von Übermüdung und Erschöpfung zu trennen. Letztere sind Folgen lang anhaltender Ermüdung und dauerhaft nicht ausgeglichene Ermüdungsreste. Es handelt sich hierbei um Erscheinungsformen, die physiologisch gesehen mit Kippschwingungen verbunden sind, die zum Zusammenbruch der Person führen können. Besonders bei sehr hoch motivierten Erwerbspersonen, die so stark in ihrer Arbeit verhaftet sind, dass sie die mit der Erschöpfung einhergehenden Rahmenmechanismen gar nicht mehr wahrnehmen, kann es dann aufgrund von Schlafmangel und nicht mehr gegebener Erholungsfähigkeit zur Dekompensation kommen. Diese Defizite sind nun innerhalb einer 24- Stunden-Periode nicht mehr ausgleichbar. In der Folge kommt es zu unterschiedlichen seelischen und organischen Erkrankungen. Diese reichen von alltäglichen Befindlichkeitsstörungen wie Kopfschmerz, Übelkeit und Müdigkeit über Schlafstörungen als Folge von Erschöpfung bis zu Störungen der Funktionen des Herzens oder Erkrankungen des Magens, um nur die Häufigsten zu nennen.

„Die Ermüdung tritt als Folgeerscheinung einer vorhergehenden Beanspruchung auf; sie bewirkt eine reversible Leistungs- und Funktionsminderung; sie beeinflusst das organische Zusammenspiel der Funktionen, sie geht einher mit abnehmender Arbeitsfreudigkeit und einem gesteigerten Anstrengungsgefühl, und sie kann schließlich zu einer Störung des Funktionsgefüges der Persönlichkeit führen.“ (Hackstein 1977: 102) Die Ermüdung ist ein Phänomen, mit dem die Menschen leben müssen. Aber die Frage, ob die Erwerbsperson in der Lage ist, sich ausreichend zu erholen, ist im Hinblick auf die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit von größerer Bedeutung als die Ermüdbarkeit. Die Erholungsfähigkeit richtet sich dabei sowohl auf die Erholung beim Arbeiten (durch das Ausnutzen auch kleiner und kleinster Pausen), als auch auf die Erholung nach dem Arbeitsende, während der aktiv gestalteten Freizeit, wie auch durch ausreichende Zeiten für Ruhe und Schlaf⁸. Die Unfähigkeit sich zu erholen führt zu einer Vielzahl von Erkrankungen, mit denen der Hausarzt konfrontiert wird. Da es noch keine objektivierenden Messmöglichkeiten für die Erholungsunfähigkeit gibt und der Hausarzt auch die Belastungen des Arbeitsplatzes nicht kennt, werden die Symptome nicht als negative Folgen der beruflichen Beanspruchung erkannt. Der Zusammenhang von hoher beruflicher Belastung und Arbeitsbedingungen, in denen die Erholungsfähigkeit nicht gewährleistet ist, bildet sich in den Krankenstandsstudien ab, die von (Betriebs-) Krankenkassen und Firmen immer wieder vorgelegt werden⁹. Der Zusammenhang von Ermüdung->Erschöpfung->Erholungsunfähigkeit->Erkrankung ist somit als Phänomen nachweisbar, bleibt jedoch bei der Behandlung des daran Erkrankten – für gewöhnlich – unbeachtet.

Bei fortgesetzter Belastung jenseits des Dauerleistungsgrenzwertes wird der Schädigungsgrenzwert erreicht. Eine Fortsetzung der Arbeit führt jetzt zu Funktionsminderungen, die durch einen einfachen zeitlichen Erholungsvorgang nicht mehr ausgeglichen werden können. Hier finden morphologisch strukturelle Veränderungen statt, die im Sinne ergonomischer Maßnahmen irreversibel sind. (Rohmert 1975) Die Antwort auf die Müdigkeit lautet Erholungspause (=Arbeitsunterbrechung), oder die Verausgabung von

⁸ In diesem Zusammenhang erhalten Fragen der Erwerbsbiographie, der persönlichen Lebensgestaltung und auch des >>Zeitgeistes<< eine besondere Bedeutung. (Siehe hierzu Plath 2000)

⁹ „Arbeit im Krankenhaus macht krank“ Pressemitteilung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse vom 14.12.2000. Auf das gehäufte Auftreten von psychiatrischen Diagnosen bei den in Krankenhäusern beschäftigten Pflegekräften weist die Ärzte-Zeitung unter dem Titel Krankpflegereport (18.12.00) hin. Auf eine unterschiedliche Krankenstandsquote in den Bundesländern weist die Pressemitteilung der DAK vom 23.6.99 hin.

Energien aus der „autonom geschützten Reserve“ mittels besonderer Anstrengungsbereitschaft, durch Einnahme von Drogen oder Androhung oder Ausüben von Gewalt, was dann – mehr oder minder rasch – zu irreversiblen Organveränderungen führt.

Zusammenfassend

Ermüdung weist darauf hin, dass mehr Energie verausgabt wurde, als der Arbeitsperson im gleichen Zeitraum wieder zuwächst. Durch angemessene Pausen wird die Ermüdung wieder ausgeglichen, soweit die Leistungserbringung nicht schon sehr nahe an die Ausführbarkeitsgrenze herangerückt ist. Müdigkeit kann nicht auf Dauer durch Willensanstrengung überwunden werden.

Ursachen und Auswirkungen von Leistungseinschränkungen

Von einer Leistungseinschränkung kann erst gesprochen werden, wenn die vorhandene Leistungsfähigkeit eines Menschen in Bezug gesetzt wird zu einer Anforderung, der er genügen soll. Es ist daher erforderlich, Inhalt und Bedeutung der Arbeitsaufgabe herauszuarbeiten.

Arbeitsaufgabe

Die Arbeitsaufgabe oder der Arbeitsauftrag gibt dem Menschen vor, was er in einem bestimmten arbeitsteiligen Prozess der Produktion zu erfüllen hat. Die Arbeitsaufgabe bezeichnet auch den Bereich der zu erfüllenden Ziele innerhalb eines arbeitsteiligen Gesamtprozesses. Die Arbeitsaufgabe hat sowohl eine konstituierende Funktion für künftige Tätigkeiten als auch eine Beschreibungsfunktion für real zu verrichtende Tätigkeiten. Sie hat diese zwei Funktionen insbesondere in der Phase der Projektierung zukünftiger Tätigkeiten. Wenn man weiß, welche Anforderungen und Tätigkeiten der Arbeitsauftrag umreißt, kann man auch schon auf die Tätigkeiten und Anforderungen schließen, die von den damit betrauten Erwerbspersonen erfüllt werden müssen. (Blaschke 1994)

Leistungsbefähigung, Leistungserfordernisse und die Leistungsvoraussetzungen der Beschäftigten sind im wesentlichen durch die zu erfüllende Arbeitsaufgabe und die damit umschriebenen Anforderungen vorgegeben. Je größer jetzt die Kongruenz zwischen den aus der Arbeitsaufgabe abgeleiteten Anforderungen und den Leistungsvoraussetzungen der Erwerbsperson ist, umso belastungsgünstiger kann der Betreffende arbeiten. Wenn die Anforderungen niedriger sind als die Leistungsvoraussetzungen des Beschäftigten, dann kommt es sehr häufig zu Monotonie und Sättigungszuständen, und wenn umgekehrt die Leistungsvoraussetzungen unzureichend sind für die zu erfüllenden Anforderungen, dann

kommt es zu sehr starken Belastungen/Beanspruchungen bis hin zu Stress. Also ist das Auftreten von Belastung, Beanspruchung, Stress ein Hinweis darauf dass die Relation: gestellte Anforderung und vorhandene Leistungsvoraussetzung im Ungleichgewicht ist.

Belastung – Beanspruchung – Stress sind sowohl eine Folgeerscheinung unzureichender Passung von Anforderungen und Fähigkeiten, als auch ein Indikator dafür, dass die von der Arbeitsaufgabe vorgegebene Belastung und die Fähigkeiten der Arbeitsperson nicht übereinstimmen. Es zeigt sich im Berufsalltag, dass Leute, die ihre Aufgaben mit hoher Sach- und Methodenkompetenz (= hohe Befähigung) auszuführen imstande sind, mehr zu leisten und zugleich weniger belastet zu seinscheinen als Leute, die nicht über diese Befähigung verfügen und die bereits bei wesentlich geringeren Anforderungen über eine sehr viel höhere Belastung klagen. Also haben wir mit dieser Belastungs- und Beanspruchungsbetrachtung sowohl folgenorientiert als auch indikationsorientiert tatsächlich einen theoretischen, methodischen und bewertungsseitigen Kern in der Hand.

Leistungseinschränkungen

Auf der Basis dieser Vorüberlegungen zur Arbeitsaufgabe bezieht die Arbeitswissenschaft in ihrem ingenieurtechnischen Ansatz die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Arbeitsperson in ihre Überlegungen ein. Die personenspezifischen Gründe, warum ein Mensch gerade so viel Energie verausgaben kann und nicht mehr, helfen bei der ingenieurtechnischen Analyse der Arbeitssituation nicht weiter. Diese arbeitswissenschaftliche Sicht auf die Arbeitsperson zielt auf die Bezeichnung der Erträglichkeitsgrenze, die selbstverständlich interindividuell unterschiedlich ist. Die Belastungsanalyse kümmert sich um die Analyse der Anforderungen, die von der Arbeitsaufgabe an den Menschen gestellt werden. Hierfür gibt es eine Vielzahl von sinnvollen Erhebungsinstrumenten. Die sich aus der **Belastung** für den Mensch ergebende **Beanspruchung** lässt sich hingegen nicht naturwissenschaftlich exakt erheben; hier bleibt immer ein unbestimmbarer Rest, der sich unter anderem aus der Zustimmung der Arbeitsperson zu den Inhalten und Umständen der Arbeit ergibt. Für die Systematik der Arbeitswissenschaft ist die individuelle Leistungseinschränkung daher ohne Bedeutung.

Leistungseinschränkungen und Arbeitsinhalt

Weiter oben wurden die Bausteine bestimmt, die für die Ausführung einer Arbeitnehmertätigkeit erforderlich sind. Es waren

- Sinnesorgane,

- Lang- und Kurzzeitgedächtnis,
- intentionale Fähigkeiten, Aufmerksamkeit und Konzentration
- Koordination der Motorik
- das Erzeugen von Kräften

Darüber hinaus sind noch folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- die Fähigkeit, die bezahlte Arbeitszeit bei durchschnittlichem Tempo und mit üblichen Pausen abzuarbeiten;
- die Fähigkeit, die bezahlte Arbeit nach einer üblichen Pause für einen weiteren Tag auszuführen.

Das Alltäglich-Selbstverständliche dieser Aussagen wird sofort bedeutsam, wenn diese mit konkreten Inhalten aufgefüllt werden:

Sind die Arbeitsinhalte einer Person wesentlich auf das Verausgaben von physischer Kraft angelegt und ist die physische Leistungsfähigkeit nach einer Erkrankung dauerhaft gemindert, dann ergeben sich rasch „schwerwiegende psychosoziale Transitionen wie Berufswechsel, frühzeitige Verrentung und Verlust des Arbeitsplatzes [...] Diese Mehrfachbelastung dürfte ein Grund dafür sein, dass sie [Menschen mit physisch belastenden Tätigkeiten, W.L.D.] im allgemeinen im Rehabilitationsprozeß schlechter abschneiden.“(Waltz 1981: 106) Bei einer Vielzahl von chronisch degenerativen Erkrankungen steht am Ende der Behandlung eine geringere physische Belastbarkeit, die bei einer Schreibtischtätigkeit meist eine deutlich geringere Auswirkung auf die Berufsfähigkeit hat als bei einer handwerklichen. Einschränkungen von Konzentration, Gedächtnis und Tempoleistung führen zunächst zu statusniedrigeren Beschäftigungen, jedoch können auch dadurch Einschränkungen dieser Parameter nur sehr bedingt kompensiert werden. Hier ist an unvollständige Tätigkeiten zu denken, die nicht den ganzen Arbeitsvollzug von der Planung über die Durchführung bis zur Endkontrolle enthalten (Plath 1997); ein Beispiel könnten stark repetitive Fließbandtätigkeiten sein.

Zusammenfassend

Vom Nachlassen des physischen Leistungsvermögens geht für Personen, die an ihrem Arbeitsplatz wesentlich auf die Verausgabung von Kraft angewiesen sind, ein erhebliches Arbeitsplatzrisiko aus. Gleiches gilt, wenn nach überwandener Erkrankung die Erholungszeit, die für das Durchhalten eines weiteren Arbeitstages erforderlich ist, länger währt als die

Stunden, die zwischen dem offiziellen Arbeitsende und dem Beginn der Arbeit des nächsten Tages liegen. Einschränkungen von Konzentration, Tempo und Gedächtnisleistungen werden, so weit sie nicht durch Verkürzung der Belastungszeiten (Teilzeitarbeit) und damit Verlängerung der Erholungszeiten kompensiert werden können, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur firmeninternen Umsetzung oder, wenn das nicht möglich ist, zur Entlassung führen.

Anmerkungen zur Arbeitspsychologie

Die Arbeitswissenschaftlichen Aussagen bedürfen einer arbeitspsychologischen Ergänzung, die den physischen Aspekten des ingenieurwissenschaftlichen Ansatzes die Seite der psychischen Steuerung hinzufügt. Im Folgenden beziehe ich mich auf Hackers „Allgemeine Arbeitspsychologie“(1998), die mit ihrem strikt materialistischen Vorgehensansatz, die von den referierten arbeitswissenschaftlichen Ansätzen vorgelegten Handlungsfaden optimal aufgreift. Für die Zwecke dieser Darstellung soll nur auf den zentralen Ausgangspunkt der Analyse bei Hacker eingegangen werden.

Die psychischen Anforderungen einer Arbeitnehmertätigkeit ergeben sich nach Hacker aus der Art der Aufgabe, die zu lösen ist, aus den Mitteln, die für die Lösung der Aufgabe dem Arbeitenden zur Verfügung stehen, und aus den individuellen Fähigkeiten des Arbeitnehmers. Hacker spricht von der „vierstelligen Relation“ eines Auftrags (51):

- an welchem Gegenstand,
- welche Veränderungen,
- unter welchen Bedingungen (mit welchen Mitteln auf welchen Wegen)
- von wem.

Aus der Bewältigung des Auftrags ergibt sich der Arbeitsprozess. Hieraus ergibt sich die Arbeitstätigkeit, die sich durch die folgenden psychologisch relevanten Eigenschaften auszeichnet:

- „Sie ist [eine] **bewusste, zielgerichtete** Tätigkeit;
- gerichtet auf die Verwirklichung eines Ziels als **vorweggenommenes Resultat**, das
- vor dem Handeln **ideell** gegeben war;
- sie wird **willensmäßig** auf das bewusste Ziel hin **reguliert**;

- bei der Herstellung des Produkts **formt** sich zugleich die **Persönlichkeit**; diese persönlichkeitsformende Wirkung ist nicht auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten beschränkt, sondern betrifft auch **Einstellungen**;
- Jede Arbeitstätigkeit, auch die innerhalb der gesellschaftlichen Arbeitsteilung isoliert ausgeübte, ist in ihren wesentlichen Merkmalen **gesellschaftlich** bestimmt. Sie ist stets bezogen auch auf Bedürfnisse anderer Menschen und gewinnt daraus einen ausschlaggebenden Teil ihres Sinns. [Hervorhebungen im Original, WLD]"(45)

Die hieraus folgenden kognitiven Anforderungen erfordern, was die Vorwegnahme des Resultats als Ziel angeht, vorstellungsmäßige, gedankliche Abbilder, die eine Ziel-Mittel-Beziehung zum Inhalt haben. Die Anlage der Tätigkeit auf das angestrebte Endergebnis bewirkt, dass Sinn und Erfolg, bzw. Misserfolg jedes Tätigkeitsabschnitts nur bei Bezug auf das als Ziel zu antizipierende Endergebnis erfassbar sind. Jeder subjektiv übernommene Arbeitsauftrag erfordert darüber hinaus das Einhalten bestimmter Bedingungen bei der Herstellung des Resultats, z. B. Vorgabezeiten, Sicherheitsvorschriften. Hieraus ergeben sich wiederum neue Teilaufgaben die mit dem Arbeitsauftrag und den Erfüllungsbedingungen abgeglichen werden müssen.

„Aus dem Letztgenannten folgt, dass Arbeit stets zugleich körperliche und geistige Tätigkeit darstellt.[Hervorhebung, WLD] Sie enthält potentiell ein schöpferisches Moment. Das gilt keineswegs allein für künstlerische, forschende oder entwickelnde Tätigkeiten, sondern auch für die Tätigkeit der Produktionsarbeiter.“(47) Das Ausmaß und die Beschaffenheit der intellektuellen Verarbeitungsmöglichkeiten¹⁰ der Arbeitsperson zeigt sich bei der Ausführung der Arbeitsaufträge in

- der selbständigen Wahl und schöpferischen Festlegung der Arbeitsverfahren,
- der bewussten und präzisen Organisation der eigenen Arbeit und
- der selbständigen Arbeitsplanung.

Aus diesem Ansatz wird deutlich, dass jede Arbeitsaufgabe spezifische Anforderungen an denjenigen stellt, der sie übernimmt. Zur Arbeitsaufgabe gehört auch die Bewältigung der

¹⁰ Bei neuropsychologischen Störungen können fehlende oder unzureichende Zielbildung und unzulänglicher willentliche Regulation vorliegen. Weshalb diesen Personen selbständig planende Tätigkeiten nur auf einem sehr einfachen Niveau übertragen werden können.

Umweltbedingungen, unter denen die Arbeit zu erledigen ist. Ein Dualismus zwischen physischen und psychischen Fähigkeiten, die für die Aufgabenerledigung erforderlich sind, wird als reduktionistisch zurückgewiesen.

Die Arbeitsaufgabe stellt Forderungen an die Arbeitsperson, die im Kern als

- die Vorwegnahme des Handlungsergebnisses (Antizipation),
- die verfolgte Handlungsabsicht (Intention) und
- die zu berücksichtigenden Handlungsbedingungen

zu beschreiben sind. Das Abarbeiten der Aufgabe „formt“ Persönlichkeit und Einstellung.

Zusammenfassend

Wenn der Fokus der Beobachtung auf die Umstände gelegt wird, unter denen eine Arbeitsaufgabe erledigt werden kann, dann verändert sich die Bedeutung, die alltäglichen Lebensvollzügen zukommt. Ermüdung und Erholung, zwei selbstverständliche Abläufe im Menschen, können unter diesem Blickwinkel ebenso zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit herangezogen werden wie das Ausmaß, in dem eine Arbeit zielgerichtet antizipierendes Vorgehen erfordert, für die Handlungsplanung im Alltäglichen sehr große Bedeutung gewinnt.

Die arbeitswissenschaftlichen und am Rande arbeitspsychologischen Überlegungen haben aufgezeigt, dass sich aus den Arbeitsvollzügen Aussagen für die Aufklärung des Erhalts der beruflichen Eingliederung ableiten lassen.

C Methodik – einschließlich Modelle wie die Rückkehr funktioniert

Die bisher referierten Forschungsergebnisse der Medizin, der medizinischen Soziologie und der Arbeitswissenschaft bezeichnen einige Eckpunkte des Umfelds, in dem der Patient am Ende seines Klinikaufenthaltes seine Entscheidung zur Fortsetzung seiner Berufstätigkeit treffen muss. In dieser Situation wirken eine Vielzahl an Forderungen und Erwartungen auf ihn ein:

- die erwartete Hilfe und Unterstützung, die ihm aus dem sozialen Rückhalt im Familien- und Freundeskreis zuwachsen wird.
- die Wünsche und Hoffnungen, mit denen der Betroffene sich auf seine Zukunft bezieht.
- das Ausmaß der subjektiv erlebten und der objektivierbaren Symptomverbesserung.
- der Inhalt der ihm ärztlicherseits übermittelten und ihm zu Bewusstsein kommenden Aussagen zu seiner zukünftigen Gesundheitserwartung.

Daneben wirken Umstände, die unmittelbar mit seiner Arbeitserledigung in Zusammenhang stehen, die sich ihm aber nur in dem Maße erschließen, wie er seinen Körper als das materielle Substrat seines Lebens erkennt (Fischer-Rosenthal 1999). Hier ist an die objektive Richtigkeit der Aussagen der Arbeitswissenschaften zum Zusammenhang von Belastung, Ermüdung und Erholungszeiten zu denken, die nur dann Leitlinie des Handelns werden können, wenn der Betroffenen ihre alltagsbestimmenden Qualität erkennt. Andernfalls werden die Folgen der Missachtung dieser Bestimmungsgrößen leidend durchlebt.

Für die Erstellung eines Fragebogens zur Ermittlung der Rückkehrgeschwindigkeit der Patienten nach der Entlassung aus der Klinik ist es nun von großer Bedeutung, zu wissen, „weshalb kehren die Teilnehmer an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme unterschiedlich schnell an ihren vormaligen Arbeitsplatz zurück?“ Zur Beantwortung dieser Frage richtet sich das Augenmerk zunächst auf den Teilnehmer / die Teilnehmerin an einer Rehabilitationsmaßnahme und auf deren Erklärung für die Teilnahme wie auch für die Art der Rückkehrentscheidung. Dieser verstehende Zugang führt über die Individuen, die das zu erklärende Verhalten konstituieren. Mit der Methode der „Biographischen Diagnostik“ (Dern, Hanses 2001) werden die Strukturen herausgearbeitet, von denen das Handeln der Person bei ihrer Entscheidungsfindung zur Rückkehr in den Beruf abhängt. In einem nächsten Schritt werden die Ergebnisse dieser Fallrekonstruktion idealtypisch verdichtet. Dadurch entsteht die ideale Beschreibung der Personen, die unmittelbar nach dem Ende der

Rehabilitationsbehandlung an den Arbeitsplatz zurückkehren. Jeder Fall kann nunmehr mit diesem Ideal verglichen werden, wobei das Ausmaß in dem der konkrete Fall von dem Idealtypus abweicht und die Verzögerung der Rückkehr zusammen hängen. Der idealtypischen Beschreibung der Personen, die sogleich zur Arbeit zurückkehren fehlt allerdings die Beschreibung der Handlungsorientierung, der jede Person bei ihrer Entscheidungsfindung folgt. Erst das Herausarbeiten der wenn –dann- Beziehungen, unter denen die Betroffenen ihre Handlungsschritte konstituieren, erlaubt ein nachvollziehendes Verstehen und – soweit sich die Verhältnisse nicht ändern – ein vorausschauendes Erkennen der Personen, deren Rückkehr sich verzögert oder deren Rückkehr nahtlos erfolgen wird. Dieser Schritt wird mit den Mitteln der Grounded Theory durchgeführt.

C.1. Interviews

In diesem Schritt werden Methoden betrachtet ,die es erlauben die Erwartungen und Zukunftsentwürfe der Teilnehmer an einer Maßnahme im Hinblick auf ihre Rückkehr an ihren Arbeitsplatz zu erfassen. Uta Gerhardt sagt in Ihrer Studie >>Herz und Handlungs rationalität<< (1999: 72f) von den bisher referierten Erklärungsansätzen: die bisherige Forschung zum Zusammenhang von medizinischem Status und der Rückkehr zur Arbeit ging davon aus, dass es sich bei diesem Zusammenhang um ein Kollektivphänomen handele. Nach ihren Überlegungen bestimmen weder der gelungene operative Eingriff noch die günstigen individuellen oder gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die Wiederaufnahme der Arbeit in der Form, dass die betroffene Person nicht mehr handelnd eingreifen kann. Die Rückkehr zur Arbeit ist eine individuelle Entscheidung. „Die Entscheidungen mögen ihrerseits in gesellschaftliche Strukturen (typischerweise) hineinpassen, an denen sich die Individuen bei ihrer Biographiegestaltung orientieren. Die heißt stets nichts anderes, als dass sich hier ein soziales Geschehen am Individuum (als Individualphänomen) vollzieht.“(a.a.O. S.72) Ihre Kritik an den bisherigen Untersuchungsverfahren lässt sich wie folgt zusammen fassen: zum einen haben die Ärzte einen gesellschaftlichen Sachverhalt, nämlich die Rückkehr zur Arbeit, als Erfolgskriterium für einen medizinischen Eingriff ausgewählt. Und zum anderen untersuchen sie diesen Zusammenhang so, als könne er epidemiologisch erfasst werden, wobei er doch nur aus der Biographiegeschichte der betroffenen Person verstanden werden kann. „Aber der grundlegende Mangel liegt wohl darin, dass das Phänomen, das untersucht wird, epidemiologisch erfasst wird, während es gar nicht dazu geeignet ist, einen derartigen

Forschungszugang nahezulegen; denn es handelt sich nicht um ein Kollektivphänomen. Das heißt, das Thema Beruf oder Berentung [...] darf angemessen nur mittels eines Ansatzes erforscht werden, der darin ein (zeitlich sich entwickelndes) Individualphänomen erkennt.“(a.a.O. S.78) Die von Gerhardt auf „die Ärzte“ kaprizierte Kritik ist das Plädoyer für einen personenzentrierten Forschungsansatz, der die zeitliche Erstreckung der Handlungsplanungen in Rechnung stellt.

Um diesen Ansatz in die Studie einzubeziehen, wurden narrative Interviews mit Teilnehmern und Teilnehmerinnen an einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung geführt. Diese Interviews sollten zum einen zeigen, ob die bis jetzt als bedeutsam ermittelten Einflussfaktoren in den Überlegungen der Betroffenen eine Rolle spielen und wenn ja, welche, und zum anderen sollen diese Interviews mögliche neue Einflussfaktoren ermitteln, von denen bis jetzt noch nicht die Rede war. Über die Betrachtung des Einzelfalls hinaus soll versucht werden das Idealtypische der Einstellungen der Interviewten zur Wiederaufnahme der Arbeit herauszuarbeiten. In einem abschließenden Schritt sollen die Interviews in Hinblick auf die Entwicklung einer Theorie betrachtet werden, die Auskunft gibt über die Wege, auf denen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zur medizinischen Rehabilitation kamen, und wie sich ihre Wege von dort zurück zur Arbeit darstellen.

Einzelauswertung

Ziel der Interviews war es, den Interviewten die Möglichkeit zu bieten, sich selbst und ihr Leben so vor dem Interviewer auszubreiten, wie ihnen das erforderlich erschien, damit ihr Handeln vom Zuhörer als zusammenhängend und sinnvoll erkannt werden konnte.

Themen und Form des Interviews

Entsprechend den durch die Literaturlauswertung gefundenen Eckpunkten sollte das Interview die folgenden Lebensbereiche berühren:

- Wie kam es zum Aufenthalt in dieser Klinik? (Thema 1)
- Welche Pläne hat der Patient nach der Entlassung? (Thema 2)
- Welcher Berufstätigkeit geht der Patient nach? (Thema 3)
- Wie verbringt der Patient seine Freizeit? (Thema 4)
- Welche Lebensform hat das Privatleben der Patienten? (Thema 5)

Der Leitfaden deckte somit die Felder ab, die nach der Literaturlauswertung als bedeutsam erkannt worden waren:

- die Geschichte der gesundheitlichen Einschränkungen (Thema 1),
- die Fähigkeit zur Handlungsplanung und zur Aufstellung von Zukunftsentwürfen (Thema 2),
- die Beanspruchung am Arbeitsplatz und die physischen und psychischen Reaktionen des Patienten (Thema 3),
- Fähigkeit und Ausmaß der aktiven Erholung (Thema 4),
- Patientenkarriere und lebensformbezogene Copingstrategien (Thema 5).

Für diese offenen Fragen, die stets mit dem individuellen Lebensplan verknüpft sind, erschien ein strukturiertes Interview in der Form „the interviewer asks all respondents the same series of preestablished questions with a limited set of response categories“ (Fontana, Frey 2000, S.649) nicht geeignet, da dieses Vorgehen wenig geeignet erschien, neue Einflussfaktoren zu ermitteln, die bisher noch nicht erkannt worden waren. Gruppeninterviews, wie sie in der Markforschung geläufig sind, um die Meinung der Konsumenten zu einem Produkt zu ermitteln, wurden verworfen, weil die zu ermittelnden Sachverhalte sehr persönlicher Natur waren und von daher mit Widerständen der Patienten, an einer solchen Gruppe teilzunehmen, gerechnet wurde. Des Weiteren wurde diese Methode von den Klinikleitungen, in deren Häusern die Interviews erhoben werden sollten, mit den Argumenten abgelehnt, das Verfahren sei schwierig zu realisieren, da die Patienten in einen Therapieplan eingebunden seien und nicht alle zum selben Zeit an einem solchen Termin teilnehmen könnten. Da es das Ziel der Interviews war, „die Geschichte eines Gegenstandsbereichs“ (Hermans 1995, S.183) zu ermitteln, wurde die Form des narrativen Interviews gewählt, um dem Patienten die Möglichkeit zu eröffnen, sich in der ihm richtig erscheinenden Weise und Ausführlichkeit zu den bereits genannten Fragen zu äußern.

Was ist ein narratives Interview?

Im Unterschied zum üblichen Frage- und Antwort- Schema eines Interviews wird hier der Informant gebeten, „die Geschichte eines Gegenstandsbereichs“ zu erzählen. Dem Interviewer kommt die Aufgabe zu, den Interviewten zur Stehgreiferzählung über ein bestimmtes Thema anzuregen und dieser Erzählung aufmerksam zu folgen, ohne ihn zu unterbrechen oder auch

zur Eile zu Drängen (Glinka 1998: 10ff). Durch diese offene Fragestellungen werden Erzählungen angeregt. Den Erzählenden wird so die Möglichkeit eröffnet, ihre Perspektive hinsichtlich ihrer gesundheitlichen, sozialen und biographischen Wirklichkeit zu entwerfen. Es wird stets die Geschichte von etwas erzählt, so wie die Person sie selbst erlebt hat. Diese Geschichte wird spontan erzählt, sie ist nicht vorbereitet, weder dadurch, dass die Situation vorher angekündigt wird, noch dadurch, dass diese Geschichte zum x-ten mal erzählt wird. Die Fragerichtung der Untersuchung: welchen Entwurf hat der Erzähler im Hinblick auf seine Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Abschluss der stationären medizinischen Behandlung, macht deutlich, dass die Erzählanregungen und die Erzählungen eine klar biographische Ausrichtung haben werden. Es geht um Erzählungen, in denen sich die Geschichte des Lebens, die Geschichte des Leibs, die Geschichte des Erwerbslebens miteinander mischen. Sicher ist unter diesen Umständen nur, dass es „ohne Leib keine Biographie“ und dass es „ohne Biographie keinen Leib“ (Keil1999: 74) geben kann, darüber hinaus kann die Biographie des Erzählers nur in der Interpretation in die Biographien von Arbeit, Familie, Ausbildung, Krankheit und anderem mehr zerlegt werden. Hintergrund dieses Verfahrens ist die Tatsache, dass Biographie, vom Erzählenden aus, immer wieder neu erzeugt wird. Biographie liegt in diesem Sinne immer als erzählte Biographie vor. Das „Material“, aus dem erzählte Lebensgeschichten geschaffen sind, ist die eigene gelebte und erlebte Biographie. Biographische Erzählungen bieten somit einen Zugang zu den Mustern, wie ein Mensch sich auf Grund seiner Erfahrungen in seinen Erzählungen entwirft und inszeniert, seine „Biographie“ fortschreibt oder auch verändert. In Einzelfallstudien (Hanses 1996) konnte überzeugend aufgezeigt werden, dass diese biographischen Konstruktionsmuster den weiteren Verlauf von Erkrankungs- und Gesundungsprozessen nachhaltig bestimmen.

Der Ablauf eines narrativen Interviews

Der Ablauf eines narrativen Interviews erfolgt in 4 Schritten (Hermanns 1995, S.184):

1. Finden eines Interviewpartners (Anwerbephase).
2. Erklären, was mit dem Erzählen einer Geschichte gemeint ist, und formulieren der Erzählaufforderung.
3. Redeübergabe an den Erzähler.
4. Verabschiedung / Gegenseitigkeit. (Fontana 2000)

Zum Gelingen eines Interviews tragen stets beide, der Erzähler oder Informant und der Interviewer, bei. Der Interviewer trägt die Verantwortung für die ausreichende Information des Erzählers über Hintergrund und Inhalt des Interviews und über die zuverlässige Gewährung der ungestörten Rahmenbedingungen sowie die vertrauliche Behandlung der erzählten Inhalte. Der Erzähler opfert Zeit für eine Sache, die zunächst nicht seine ist, und ermöglicht durch eine ausreichende Breite seiner Erzählung dem Zuhörer das Verständnis seiner Lebensgeschichte. Nachdem die Erzählaufforderung formuliert wurde, erfolgt die Redeübergabe an den Erzähler. Jetzt ist es die Aufgabe des Interviewers, dem Erzählten und damit dem Erzähler die Aufmerksamkeit zu Teil werden zu lassen, die ihn im Austausch für das Erzählte darin bestärkt, mit seiner Erzählung fortzufahren und diese nicht vorschnell zu beenden, es gibt keine Vertrautheit ohne Gegenseitigkeit („There is no intimacy without reciprocity“, Fontana 2000, S:658). Kommt der Erzähler zum Ende eines Themas, dann schließt er die Erzählung mit einer Koda ab: ‚Tja, das war’s so im großen und ganzen‘. Jetzt kann sich eine weitere Erzählanregung anschließen, wenn in der Haupterzählung (Glinka 1998) nicht alle interessierenden Themen berührt wurden. Wenn das Interview zu Ende ist, bleibt die Verabschiedung. In der Trennungsphase berühren den Interviewten Gefühle von Reue und gelegentlich von Scham angesichts der erzählten Vertraulichkeiten. Dann das Private wurde nicht nur einem Fremden offenbart, sondern hat über die Tatsache des Erzählens auch für den Erzähler eine neue, gelegentlich wohl auch erstmalige Bedeutung erlangt, die ihm zuvor nicht zukam. Diese Spannung löst sich für den Erzähler wie auch den Interviewer, wenn der Interviewer sich als Beschenkter zu erkennen gibt, als jemand, der dankt, weil ihm auf eine höchst intime Weise Einblick ins fremde Leben gestattet wurde. Die Auflösung der Spannung ist bedeutsam, damit der Interviewer beim jeweils nächsten Setting wieder die gleiche interessierte, aufrichtige Anteilnahme am Lebensweg des Erzählers zeigen kann, denn ohne diese ‚Reziprozität‘ erreichen die Interviews nicht die Differenziertheit, die für die anschließende Interpretation unerlässlich ist. In diesem Zusammenhang steht auch der (Anfänger-)Fehler angesichts der mitgeteilten Lebensschicksale so sehr zu erschrecken, dass der Interviewer durch deutende Interventionen den ihm schwer erträglichen Aussageteil abzumildern oder zu unterdrücken sucht; über das verbale Gerangel um die Auslegungshoheit der Biographie des Erzählers gerät dann das Anliegen des Interviews aus dem Blick. Ein weiteres Problem kann daraus erwachsen, dass nicht nach Verlaufsgeschichten gefragt wird, die erzählt werden können, sondern nach Einstellungen und nach Meinungen. Es ist nicht möglich zu erzählen, wie „der Schmerz“ ist, das

kann man allenfalls beschreiben. Wohingegen die Bitte: Erzählen Sie mir doch bitte unter welchen Umständen der Schmerz zum ersten mal auftrat und wie das dann weiter ging, leicht angenommen werden kann.

Die Struktur narrativer Interviews

Die Struktur narrativer Interviews ist gekennzeichnet durch das alltagsweltlich Erfahrene, das dem Erzähler zugestoßen ist und von dem er nunmehr berichtet. Das Erzählte ist Teil des persönlich Erlebten, das Erzählte gehört zur Geschichte des Erzählers. Wenn die Erzählung sich direkt auf die Lebensgeschichte des Erzählers bezieht, dann wird das narrative Interview zum biographischen Interview. Die für den Lebensablauf geltenden Prozessstrukturen (Schütze 1981) bestimmen auch die biographischen Erzählungen des Interviews. Die Erwartung der signifikanten Interaktionspartner und die des Biographieträgers sind darauf ausgerichtet, eine Biographie entlang gesellschaftlich als akzeptabel verbürgter Richtlinien zu präsentieren (a.a.O. S. 67f). Zu diesem „gesellschaftlich als akzeptabel verbürgten Richtigen“ gehört auch, dass der Biographieträger weitestgehend gesund und leistungsfähig ist und dass er alles dafür, tut gesund und leistungsfähig zu sein und zu bleiben. In so weit beginnen die Interviews mit Kranken, ohne dass explizit danach gefragt wurde, mit einer Krankengeschichte, der Rechtfertigung der Erkrankung und der Darstellung all der Schritte, die der Erzähler eingeleitet hat, um gesund zu werden oder zu bleiben. Die übergroße Bedeutung, die der Außendarstellung des Lebensablaufs zukommt, wird auch in den Abschnitten deutlich, in denen der Erzähler den Zuhörer über das unterrichtet, was zu diesem historischen Zeitpunkt oder an diesem geographischen Ort, an dem sich die Ereignisse zutragen, normal / üblich war. Auf diesem Wege sucht er zu verhindern, dass der Zuhörer ein „falsches“ Bild von ihm gewinnt. Erst nachdem auf diese Weise die gesellschaftliche Reputation dargelegt ist, nähert sich der Erzähler dem „Thema“. Um dem Zuhörer verständlich machen zu können, wie der Erzähler diese Ereignisse gesehen haben will, wählt er aus den ihm erinnerlichen Erfahrung die für die Erzählung relevanten Erlebnisse aus und stellt sie als einen zusammenhängenden Fortgang von Ereignissen dar (Hermanns 1995, S.182). Hierbei zeigt der Erzähler zunächst die langfristige Handlungsplanung seines damaligen biographischen Entwurfs auf; innerhalb dieses Entwurfs erhält die konkreten Handlungen dann den zum „Thema“ gehörenden sinnhaften Bezug. Zum Ende des Erzählabschnitts erfolgt eine Evaluation seiner Handlungen und eine Ergebnissicherung in Form des Verweises auf das Erreichte.

Eine strukturelle Besonderheit biographischer Erzählungen von Kranken ist immer dann gegeben, wenn eine nicht vorhersehbare Erkrankung dem Leben des Erzählers eine neue Richtung aufzwingt und damit zuvor entwickelte lebensgeschichtliche Handlungsschemata entwertet. Hanses (1996, S.99ff) und Dausien (1996, S.60ff) beschreiben diese Zäsur sehr eingehend. Sie entwickeln dabei den auf Victor von Weizäcker zurückgehenden Gedanken des ‚ungelebten Lebens‘ weiter. Mit dem ‚ungelebten Leben‘ sind die biographischen Möglichkeiten gemeint, die vom Biographieträger nicht verwirklicht werden konnten. Ein Unfall, eine plötzliche schwerwiegende Erkrankung die sich chronifiziert, können bestimmte Handlungen und Vorgehensweisen ausschließen und damit den langfristigen biographischen Handlungsfahrplan entwerten. Das nicht mehr Mögliche, das ‚ungelebte Leben‘ beginnt nun das tatsächliche Leben zu bestimmen, indem es dem gelebten Leben das ‚strahlend Schöne‘ des vereitelten ‚ungelebten Lebens‘ gegenüber stellt. So entwertet die Fiktion eines einmal geplanten Lebens die Realität des gelebten Lebens. Mit diesem Problem hat eine jede Biographie zu kämpfen, insoweit die Entwürfe für gewöhnlich leuchtender, explosiver, dynamischer und herausragender sind als die dann erreichte Realisierung. An zwei Punkten wird diese Enttäuschung über das Tatsächliche gegenüber dem geplanten jedoch besonders bedeutsam. Zum einen, wenn die Rasanze der Ereignisse Planung und Realität so schnell auseinander treibt, dass ein nachsteuern des Lebensplans zur Verminderung der Spannungen nicht mehr möglich ist, und wenn systematische Grenzziehungen das Entfalten von vorhandenen Kapazitäten nicht ermöglichen. Die Bewältigung des ‚ungelebten Lebens‘ wird also bei den Menschen, die erst vor Kurzem von einer plötzlichen Veränderung ihrer Lebensperspektive betroffen wurden, bedeutsam sein. Wenn die Krankheit bereits lange besteht, also chronisch geworden ist, dann stehen dem einmal Geplanten bereits die Erfolge des trotz Krankheit Erreichten gegenüber, was zum Teil mit dem Verlorenen, dem ‚ungelebten Leben‘, aussöhnt.

Die Auswertung biographischer Interviews

Die Auswertung biographischer Interviews im Rahmen dieser Studie, die sich um die Ermittlung der Prädiktoren bemüht, die für die mehr oder minder schnelle Rückkehr von Teilnehmern an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu ihrem Arbeitsplatz stehen, darf unter forschungspragmatischen Gesichtspunkten nicht den Aufwand verursachen, den die Auswertung des >>großen<< biographische Interviews verursacht (z.B.

Raabe 2000, Hanses 1996). Im Vordergrund des Interesses steht hier die Handlungsorientierung des Patienten mit Blick auf die Zeit nach der Klinikbehandlung. Hanses (2001) hat im Hinblick auf die praxisorientierte Forschung ein >>Abkürzungsverfahren<< vorgeschlagen, das von mir in einem Pilotprojekt (Dern, Hanses 2001) etwa 60 mal erprobt wurde. Hierbei stellt die Erzählanregung „Erzählen Sie doch einmal, wie Sie hierher in die Klinik gekommen sind.“, während sich der Interviewte noch in der Klinik befindet und bereits das Ende seines Aufenthaltes absehen kann, eine Eingrenzung für das zu Erzählende dar und thematisiert gleichzeitig die aktuelle Situation. Die institutionelle Rahmung, unter der das Interview aufgezeichnet wird, führt zu einer Konzentration der Aussagen; die Interviewten machen sich die üblichen Erwartungen des Klinikalltags ‚Fasse dich kurz‘ zu eigen, obwohl sie gebeten wurden, sich die Zeit zu nehmen, die ihnen erforderlich erscheint. Die hierbei entstehenden Erzählungen zeigen die gleiche Sequenzierung (Rosenthal 1995, S.240) wie die >>großen<< Interviews. Die von Schütze (1981) beschriebenen Prozessstrukturen des Lebenslaufs und die von Rosenthal (1995) und Glinka (1998) aufgezeigten Analysewege biographischer Selbstbeschreibung erlauben es, die Basisstrategien der Erzählenden, den sozialen Rahmen der Ereignisse und deren prozesshafte Verkettung zu erkennen. Dabei liegt das Augenmerk mehr auf dem >>Wie<< der Ereignisdarstellung als auf dem >>Was<< des Erzählten. Im Kontext der ‚biographischen Diagnostik‘ (Dern, Hanses 2001) hat es sich als sinnvoll erwiesen, die Aufmerksamkeit auf drei Bereiche zu konzentrieren: die zentralen biographischen Themen, den Sinnüberschuss und die generativen Muster der Erzählung sowie die Ressourcenorientierung.

1. Die zentralen biographischen Themen:

Im Rahmen der sozialstaatlich gesetzlich geregelten stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung wird unbefragt als selbstverständlich angenommen, dass sich die zentralen Themen des Teilnehmers an einer Rehabilitationsbehandlung auf die berufliche Reintegration richten, weil das vom Gesetz und von ‚allen recht Denkenden‘ so erwartet wird. Die biographischen Themen, die im Zentrum der Aufmerksamkeit des Betroffenen stehen, haben hingegen oftmals eine gänzlich andere Ausrichtung. Die Frage der Fortsetzung der Erwerbstätigkeit kann in einem Fall so selbstverständlich sein, dass sie gar keine Aufmerksamkeit mehr beansprucht. Sie kann im anderen Fall zentral wichtig sein, doch da dem Betroffenen nicht klar ist, wie er trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen seinen Berufsweg fortsetzen kann, kreist seine ganze Aufmerksamkeit um die Vorstellung eines Lebens ohne Erwerbsarbeit. Für die

Beurteilung der Zukunftsorientierung bedeutet dies, „die Aufmerksamkeit der Textanalyse auf die Gesamtgestalt der Erzählung zu legen. In den Hauptlinien der erzählten Selbstpräsentation werden auch die zentralen biographischen Themen deutlich, die die Sinnhorizonte und das Handeln der Betreffenden deutlich machen“(Dern, Hanses 2001). Die so herausgearbeitete Erfahrungsaufschichtung ist jeweils im konkreten Fall verankert, weist aber zugleich über ihn hinaus und kann so als Vergleichsdimension (Dausien 1996: 132ff) für die Analyse weiterer Fälle herangezogen werden.

2. Der Sinnüberschuss und die generativen Muster der Erzählung:

Wahrnehmung setzt neben der bewussten Aufmerksamkeit die Unterscheidung von Gestalt und Hintergrund voraus. Das gilt für das optische Wahrnehmen genau so wie für das Erkennen des „Themas“ einer Erzählung (Rosenthal 1995: 49 ff). Das heißt, der Erzähler entwirft seine Geschichte immer vor einem Hintergrund. Dieser Hintergrund wird gemeinsam mit der Geschichte erzählt, doch die Aufmerksamkeit des Erzählers haftet an der Geschichte. Dieser nicht thematisierte Grund stellt den ‚Sinnüberschuss‘ der Erzählung dar. Die Erzählungen haben daher mehrere Sinnebenen, die im transkribierten Text herausgearbeitet werden können. Auf diesem Wege bietet sich die Möglichkeit, den Rahmen zu bezeichnen, auf den sich der Erzähler bezieht, und zwar nicht nur bei dieser ‚Geschichte‘. Dieser Referenzrahmen ist nicht beliebig, sondern langfristig stabil, er repräsentiert nach innen wie nach außen die Person. Veränderungen an einer dieser „Grundlegenden Merkmalskomponenten der Selbstidentität“¹¹ (Schütze 1981: 109) haben für den Betroffenen einen hohen Preis, weil in der Folge dann eine Neuformulierung sämtlicher anderer Basisbereiche erforderlich wird. Diese Redefinition aller anderen Bereiche kann dem Biographieträger als ein zu hoher Preis erscheinen, weshalb er vor dem Ausleben der als neu erkannten

¹¹ Diese grundlegenden Merkmalskomponenten der Selbstidentität definiert Schütze wie folgt: "lebensgeschichtliche Ressourcen (Handlungsenergie, Kreativität, persönlicher Zeithaushalt), Basisbefähigungen (was einem stets leicht fällt), Basisdispositionen (wozu man auf Grund seiner Herkunft, Geschichte, Identität gezwungen ist), Basispositionen (welchen stabilen Standpunkt man gegenüber grundlegenden Welt- und Lebensproblemen einnimmt), Basisstrategien (wie man grundlegend geneigt ist, bestimmte Welt- und Lebensprobleme zu nehmen), Arten des Bezugs zum lebensgeschichtlichen Ursprung (insbesondere: ob man mit den Eltern gebrochen oder diese akzeptiert hat)"(Schütze 1981: 109)

Ressource zurückschreckt. Insoweit handelt es sich hier um einen wirksamen Verzögerungsmechanismus für biographische Änderungen. Das heißt, der Erzähler berichtet von der Basis seiner Entscheidungen im selben Moment, in dem er seine konkreten Handlungen mitteilt. Für ihn ungewusst fließen die Informationen zum Hintergrund seiner Handlungen in die Erzählung ein. Im Habitus des Erzählers treten neben der individuellen Ausformung der jeweiligen Biographie auch die gesellschaftlichen Bedingungen hervor, unter denen diese Ausformung gebildet wurden¹². „Das Individuelle und selbst das Persönliche, Subjektive [ist, WLD] etwas Gesellschaftliches, etwas Kollektives“ (Bourdieu, Wacquant 1996: 159) Die Analyse des Sinnüberschusses einer Erzählung ermöglicht somit Aussagen zur Ordnungsstruktur der Biographie als individuelle Geschichte eines Lebensplans. Der Sinnüberschuss gibt darüber hinaus Auskunft über das Soziale, das diese Biographie möglich gemacht hat. Der Sinnüberschuss verweist auf ein Entwurfsmuster, das dem Handelnden in der Regel verborgen ist. Es ist so etwas wie ein Schnittmuster beim Schneider. Mit diesem Schnittmuster kann der Schneider passende Stoffvorlagen für Menschen von unterschiedlichster Länge und Umfang herstellen¹³. Diese „generativen Muster“ organisieren in der Alltagspraxis des Biographieträgers die für das Handeln erforderlichen Wissensbestände mit einer stets ähnlichen Entwurfstechnik. Der Handelnde hat nur dann einen reflektierenden Zugriff auf diese Muster, wenn er ein sehr hohes Maß an Bewusstheit für sein biographisches Handeln gewonnen hat. Der Psychiater Bochnik (1999, S.3ff) spricht in diesem Zusammenhang von der Besinnungsfähigkeit eines Menschen. Zwar sei es einem Menschen grundsätzlich möglich, sich zwischen Alternativen zu entscheiden, führt Bochnik aus, jedoch treffe

¹² „In den Protokollen der Biographie eines jeden einzelnen Menschen mischen sich die gattungsgeschichtlichen Anteile mit den gesellschaftlichen und kulturellen Anteilen und formen im gegenseitigen Durchdringen das, was wir Lebensgeschichte nennen.“ (Keil 1999: 74)

¹³ „Mit der Erfassung eines solchen Strukturmusters wird erkannt, dass sich etwas in den unterschiedlichen Sinnepisoden, die der Text manifestiert, durchhält, sich in diesen **reproduziert**. Damit wird die Produktion des Sinnmaterials des Textes als eine sich fortgesetzt wiederholende Expression dieses grundlegenden Musters dechiffriert. Die Analyse einer Struktur ist deshalb erst dann abgeschlossen, wenn "die Gesetze ihrer Reproduktion" (Oevermann 1981,8) bestimmt sind.“ (Giegel 1993: 101)

diese Fähigkeit auf vielerlei Grenzen: innere Grenzen (Bildung, Krankheit, verinnerlichte Werte), äußere Grenzen (soziale Schranken). Besinnungsfähigkeit heißt bei Bochnik nun die Summe der Eigenschaften, die zur bewussten Gestaltung dieser Entscheidungsmöglichkeiten befähigt. „Die Besinnungsfähigkeit umfaßt komplex Denken und Fühlen mit der Willensbildung“. (Bochnik, S.5) Besinnung ist somit eine der höchsten Vermögen des Menschen, indem sie die Fähigkeit der bewußten Selbst- und Fremdwahrnehmung in den Prozeß der Motivbildung und dann der Entscheidungsfindung mit einbezieht. Das Erkennen der generativen Muster einer Person erlaubt die Vorhersage von Entscheidungsmustern.

3. Die Ressourcenorientierung:

Im Rahmen der Betrachtung des soziogenetischen Paradigmas wurde bereits darauf hingewiesen, dass Patienten mit bleibenden Funktionseinschränkungen gezwungen sind, ihre persönlichen Erwartungen und Neigungen, was die Gestaltung ihres zukünftigen Lebens angeht, zu überdenken. In dieser Situation fragt es sich: auf welche Ressourcen können die Betroffenen zurückgreifen? Die Bedeutung dieser Ressourcen nimmt immer dann zu, wenn die medizinische Rehabilitation in der Folge einer rasanten Veränderung der Funktionseinschränkungen des Teilnehmers steht. Hier ist an Unfälle oder Krebserkrankungen zu denken, aber auch an schleichende Krankheiten, bei denen geringe Veränderungen plötzliche und gravierende Interventionen erforderlich machen. Hier kann an schon lange bestehende Rückenschmerzen in Folge von Bandscheibenproblemen gedacht werden, bei denen das Auftreten von Lähmungen zu plötzlichen Operationen an der Wirbelsäule führen. Mit Ressourcen sind alle Quellen gemeint, aus denen den Betroffenen Hilfe zuwachsen kann, um die bisherige Ordnungsstruktur ihres Lebens aufrechterhalten zu können. Hierbei wird es sich nur um Handlungsstrategien handeln, denn die Betroffenen müssen etwas tun oder nicht tun, damit ihr Leben wieder ins Lot gerät. Diese Ressourcen werden von den Erzählenden nicht offen thematisiert, die Selbstpräsentation der Patienten steht im Zeichen der Erkrankung und der Bewältigung der physischen Folgen der Erkrankung. Doch indem die Erzähler die Anlage ihrer Lebensgeschichte entwerfen, um deutlich zu machen wie sinnvoll ihr spezielles Handeln ist, machen sie deutlich, mit welchen Strategien sie sich bisher durchs Leben geholfen haben. So enthält die Beschreibung der aktuellen Not auch die Strategien, die den Betroffenen zur Überwindung derselben zur Verfügung

stehen. „Für das methodische Vorgehen bedeutet dies, bei der Analyse der Erzähltexte immer wieder eine doppelte Perspektive einzunehmen: neben der notwendigen Problemanalyse den ressourcenorientierten Blick gleichzeitig ‚mitlaufen‘ zu lassen. Mit dieser Aufmerksamkeitshaltung verliert sich auch die Dominanz defizitorientierter Betrachtungen. Die Ambiguität von Biographie zeigt sich dann produktiv: das ständige und vor allem gleichzeitige "Sowohl-als-Auch" von brüchigen und stärkenden Anteilen der Lebensgeschichte wird ersichtlich" (Dern, Hanses 2001) und kann für die Einschätzung der Schwierigkeiten genutzt werden, die vom Erzähler in nächster Zukunft bewältigt werden müssen.

Zusammenfassend

Biographische Interviews mit den Patienten ermöglichen es, die im Lebensplan des Erzählers zentralen Themen, die Prinzipien, nach denen die Handlungsentwürfe organisiert sind, und die sich hieraus ergebenden Ressourcen im Hinblick auf die Bewältigung der Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz für jeden Patienten einzuschätzen.

Falltypisches und Idealtypisches

Nachdem jedes Interview mit der Methode der „Biographischen Diagnostik“ ausgelegt worden ist, stellt sich im nächsten Schritt die Frage nach den überindividuellen Strukturen, die Einfluss auf die mehr oder minder rasche Rückkehr der Rehabilitationsteilnehmer zur vormaligen Arbeitsstelle nehmen, denn nur diese überindividuellen Strukturen können für die im Rahmen der Studie vorgesehene Hypothesenprüfung mit einem Fragebogen Verwendung finden. Dieser Auswertungsschritt folgt der von Max Weber vorgeschlagenen und von Uta Gerhardt zu einem praktizierbaren Verfahren weiterentwickelten Prozedur der Typenbildung.

Der Idealtypus wurde von Max Weber als heuristisches Instrument und damit als soziologische Methode vorgestellt (Weber 1904). „Der Idealtypische Begriff [...] will der Hypothesenbildung die Richtung weisen. Er ist nicht eine Darstellung des Wirklichen, aber er will der Darstellung eindeutige Ausdrucksmittel verleihen“(a.a.O. S.190) Es ging ihm dabei um das Verstehen der im Zeitablauf wirkenden, also historischen Faktoren und Kräfte. Grundlage für die idealtypische Analyse sind historische Daten, d. h. Verlaufsdaten, die auf die genetische Rekonstruktion der Entstehung von empirischen Verhältnissen abzielen. Eine idealtypische Konstruktion bildet also nicht die Wirklichkeit ab, sondern stellt vielmehr eine spezifische Form der Abstraktion dar. Der Idealtypus „ist ein Gegenstandsbild, welches nicht die historische Wirklichkeit oder gar die >>eigentliche<< Wirklichkeit ist, welches noch viel weniger dazu da ist, als ein Schema zu dienen, in welches die Wirklichkeit als Exemplar eingeordnet werden sollte, sondern welches die Bedeutung eines rein idealen Grenzbegriffes hat, an welchem die Wirklichkeit [...] gemessen, mit dem sie verglichen wird.“(a.a.O. S.194) Mit dem Idealtypus wird also das Messinstrument gewonnen, mit dem die Besonderheit jedes einzelnen Falles und Fallverlaufs erklärt werden kann: Das Verfahren, das Weber zu diesem Zweck vorschlägt, ist das der Kontrastierung: „Nur durch idealtypische Begriffsformeln werden die Gesichtspunkte, die im Einzelfalle in Betracht kommen, in ihrer Eigenart im Wege der Konfrontierung des Empirischen mit dem Idealtypus wirklich deutlich.“(a.a.O. S.212) Auf welchem Wege die Idealtypenbildung konkret durchgeführt werden sollte und wie die Konfrontierung der einzelnen Fälle mit dem Idealtypus abläuft, wurde von Uta Gerhardt in Studien an Nierenkranken (1986) und Herzkranken (1999) ausgeführt. Uta Gerhardt konnte aufgrund der strukturellen Ähnlichkeit geschichtlicher und lebensgeschichtlicher Daten die Überlegungen Webers für die Biographieforschung fruchtbar machen. Die im Rahmen dieser Studie

erhobenen Interviews sind ebenfalls lebensgeschichtliche Daten, weshalb die von Gerhardt vorgeschlagene Methode der Datenauswertung übernommen wird.

Die Bildung der Idealtypen erfolgt nach Gerhardt in mehreren Stufen. Grundlage des Idealtypischen Verstehens ist die Fallrekonstruktion, „die am einzelnen Fall alle Materialien oder relevanten Daten in eine zeitliche Abfolge bringt“(Gerhardt 1999: 184). Der nächste Schritt ist die Fallklärung, diese hat in dieser Studie die Aufgabe zu klären, weshalb sich die Biographie des Teilnehmers an der stationären medizinischen Rehabilitation in die beobachtete Richtung entwickelt hat. In einem weiteren Schritt „lautet also die Aufgabe, über eine Mehrzahl separat erstellter Fallstudien (Fallrekonstruktionen) zu einer allgemeinen Erklärung von Typen (Strukturmustern) der Fallverläufe zu gelangen“(a.a.O. S.185). Drei Prüfschritte stellen dabei sicher, dass die Idealtypenkonstruktion nicht von der Willkür des Forschers bestimmt wird: Das >>Zu-Ende-Denken<<(Gerhard 1991: 24), das >>Fortdenken<< und die >>Erfahrungsprobe<<. In der sich jetzt anschließenden Fallkontrastierung wird jeder Fall mit dem Idealtypus verglichen, wodurch die Spannbreite des tatsächlich vorliegenden Materials sichtbar wird.

Im Rahmen dieser Studie wird die Idealtypenkonstruktion eingesetzt, um aus den Idealtypen Fragen abzuleiten, die dann in einem Fragebogen zur Vorhersage der Geschwindigkeit dienen, mit der ein Patient nach dem Durchlaufen der stationären medizinischen Rehabilitation an seinen Arbeitsplatz zurückkehrt. Es wird daher nur die Fallrekonstruktion der Interviewteilnehmer dargestellt, die notwendig sind, um die Ausdehnung des idealtypischen Feldes zu beschreiben, und mit diesen Fällen wird eine Fallkontrastierung durchgeführt. Die idealtypischen Verlaufsmuster werden anschließend deskriptiv bestimmt.

Die Fallrekonstruktion und Fallkontrastierung

„Zunächst wird jeder untersuchte Einzelfall rekonstruiert“ (Gerhard 1995: 438). Hierbei kann man davon ausgehen, „dass in jedem Fall eine spezifische Mischung von Allgemeinem und Besonderem vorliegt. Nun kann man rekonstruieren „wie der Fall seine spezifische Wirklichkeit im Kontext allgemeiner Bedingungen konstruiert hat (Fallrekonstruktions-Modell).“(Hildenbrand 1995: 257). Besonders schön wird diese Verbindung von Allgemeinem und Besonderen bei der Betrachtung von individuellen Lebensschicksalen (Primärgruppen) oder auch Schulen und Kliniken deutlich. „Die Besonderung des Falls im Kontext allgemeiner Regelhaftigkeit erfolgt in einem Prozeß, in welchem der Fall aus einem Horizont objektiver

Möglichkeiten spezifische (auferlegte oder selbstgesteuerte) Wahlen trifft. Dieser fallspezifische Selektionsprozeß steht im Mittelpunkt der Fallrekonstruktion."(s.o.) Wichtig ist hierbei, dass die Fallrekonstruktion im Dienste der Theorieentwicklung steht, im Gegensatz zur Fallbeschreibung, die zunächst einmal für sich selbst steht. Die Begriffe die hierbei entstehen, sind entsprechend den Sachverhalten konzipiert und wandeln sich mit der Anzahl der Beobachtungen. Grundsätzlich wird vom Beobachteten induktiv geschlossen, von n auf n+1. Die Auswahl der zu erhebenden Fälle ergibt sich aus der Forschungsfrage und aus der Literaturanalyse im Gedankenexperiment. Die im Fallmaterial enthaltene Datenanalyse erfolgt sequentiell, dabei wird an jeder Entscheidungsmöglichkeit (Sequenzposition) geprüft, wie sich die Person verhalten hat und welche objektiven Bedeutungsstrukturen dieses Verhalten hat. Und dann an der nächsten Sequenzposition u.s.w. Um die Spannbreite des Sozialen einzufangen, wird zu einem untersuchten Fall gedankenexperimentell ein maximal kontrastierender Fall entworfen, dieser wird dann gesucht und interpretiert. Nun werden beide Fälle miteinander verglichen und entsprechend ergänzt, bis weitere Fälle keine neuen Erkenntnisse mehr bringen.

Mit diesem Hin und Her zwischen Hypothesenbildung und Fallmaterial und der immer wiederholten Reanalyse der gefundenen Hypothese lehnt sich das Verfahren an die Grounded Theory (Strauss, Corbin 1996) an. Am Ende dieses Verfahrens ergeben sich Fallgruppen, mit denen das Untersuchungssample aufgeteilt werden kann. Im Hinblick auf die Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz fand sich eine Gruppe, für die es gar keinen Zweifel an der Fortsetzung ihrer Erwerbstätigkeit gab. Eine zweite Gruppe, die zwar ihre Erwerbstätigkeit gerne fortsetzen wollte, jedoch nicht wusste, wie sie dieses Interesse mit ihrem Wunsch, bei der Arbeit nicht erneut krank zu werden, verbinden kann. Und eine dritte, sehr kleine Gruppe, deren Interesse an der Rückkehr zum vormaligen Arbeitsplatz sehr klein war, und die sich schon seit längerem gedanklich auf einen Ausstieg aus dem Erwerbsleben vorbereitet hatte.

Die Bildung deskriptiver Idealtypen

Es gilt nun innerhalb der gefundenen Gruppen das Typische herauszuarbeiten, das geeignet ist, die weiteren biographischen Verläufe zu erklären. Durch das Gegeneinander stellen der einzelnen Fälle (Konfrontierung) schälen sich die Fälle heraus, in denen die Gruppierung des Fallmaterials besonders deutlich zum Ausdruck kommt (Gerhard 1991, S.38). Diese Fälle repräsentieren den Idealtypus und dienen nicht als Norm, sondern als Scheidewasser, um die

Besonderheiten der etwas abweichenden Fälle genauer bestimmen zu können. "Die Kriterien der Auswahl besonderer Einzelfälle als Idealtypen müssen durch Bezug zum Untersuchungsdesign begründet und aus den handlungstheoretischen Prämissen des Forschungsansatzes abgeleitet werden."(Gerhard 1995, S.438) Die nachfolgenden Prüfschritte sollen diesen Zusammenhang sicherstellen

Wissensprüfung: durch umfassende Kenntnis der Forschungsliteratur sollen Idealtypen sowohl begründet als auch begrenzt werden

Fortdenken: in einem Gedankenexperiment wird jedes Element des Idealtypus einmal weggelassen; wenn sich dadurch am Endergebnis einer Entwicklung nichtsändert, dann kann dieser Baustein weggelassen werden.

Erfahrungsprobe: die Überprüfung der Typen an einer möglichst vielschichtigen und differenten Erfahrung, um zu sehen, ob sie überall ihren Wert beweisen.

„Die drei Kriterien der Prüfung eines Idealtypus [...] sichern, dass nicht als spekulative Setzung endet, was als empirische Konstruktion begonnen hat. Max Weber nennt [...] folgende drei Schritte: erstens die Vergleichung möglichst vieler empirischer Daten/Fakten; zweitens das probeweise Fortdenken von Einzelbestimmungen des Idealtypus: bei der endgültigen Formulierung eines Idealtypus werden diejenigen Elemente weggelassen, deren in Gedanken durchgespieltes Nichtvorhandensein nichts an dem bekannten oder postulierten Ergebnis verändert, auf das hin der idealtypisch konstruierte Prozesszusammenhang organisiert ist; drittens die Erfolgskontrolle durch eine zukünftige Erfahrung oder Entwicklung."(Gerhardt 1986,S 95f)

Fallkonfrontierung

Die sich jetzt anschließende Fallkonfrontierung dient dazu, die Fälle mit dem zunächst vorläufigen Entwurf des Idealtypus in Beziehung zu setzen. Dadurch, dass die Fälle nun per Abweichung vom Idealtypus beschrieben werden können, kommt ein idealtypisches Feld zustande, das die Besonderheiten der einzelnen Fällen in der analysierten Dimension erfasst (Gerhardt 1991: 35ff). Das präsentierte Datenmaterial dient im Rahmen der Fallkonfrontierung allein der Illustration der empirischen Fallverläufe und im Rahmen der Bildung der Idealtypen der Illustration der theoretischen Konstrukte. Wenn durch weitere Fallkonfrontierungen der vorläufige Entwurf keine Änderung mehr erfährt, ist dieser Prozess zu Ende und die Konstruktion der Idealtypen kann nun beginnen: „Die Konstruktion von Idealtypen beginnt, wo

die Fallkontrastierung den Sättigungspunkt erreicht und tentativ Einsichten in die Struktur des Materials erbracht und Hypothesen angeregt hat.“(a.a.O. S.38)

Im Rahmen der Fallkonfrontation werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur die Aussagen vorgestellt, bei denen die Rückkehr verzögert erfolgte. Hier kann durch Fallkonfrontierung herausgearbeitet werden, an welchen Punkten die Umsetzung des Handlungsentwurfs „ich werde zur Arbeit zurückkehren“ nur mit Mühe - und damit verzögert - gelang.

Gegenstandsnahe Theoriebildung, Umriß der Vorgehensweise bei der Entwicklung einer Grounded Theory

Die Forschungsfrage: welche Teilnehmer an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme kehren schnell und welche kehren verzögert an ihren Arbeitsplatz zurück? soll mit Hilfe eines Fragebogens beantwortet werden. Die mit diesem Fragebogen ermittelten Daten sollen mit den Mitteln der multiplen logistischen Regression ausgewertet werden. Dieses mathematische Verfahren liefert – je nach Voreinstellung – Angaben zum Vorhersagewert einer bestimmten Anzahl von Regressoren. Dabei werden für die als sinnvoll ausgewählte Anzahl an Regressoren alle möglichen Merkmalkombinationen und deren Vorhersagewert errechnet. Viele dieser Angaben sind Artefakte des Verfahrens und nur wenige eignen sich für die Vorhersage des Geschehens. Für das Trennen der bedeutsamen Merkmalkombinationen von den weniger bedeutsamen und den unsinnigen wird ein Modell benötigt. Dieses muß die von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen in die Interviews eingeführten Schilderungen, Erklärungen und Begründungen für Ihren Weg in die Rehabilitation und ihre Planungen für den Weg aus der Rehabilitation aufnehmen. Hierbei sind auch Aspekte des Handelns und Entscheidens von Bedeutung, die über die Erkenntnisse im Rahmen der Idealtypenkonstruktion hinausgehen, denn als mögliche Prädiktoren für das Rückkehrverhalten werden im Fragebogen auch Theorieelemente aus den Forschungsergebnissen der medizinischen Soziologie und der Belastungs- und Beanspruchungsforschung genutzt. Die Einzelauswertung der Interviews erbringt für jeden Fall ein Verstehensmuster, das die Handlungsweise dieses Biographieträgers (Schütze 1981) erschließt; die Ermittlung der Idealtypen zeigt ein Handlungsmuster auf, das in reiner Form den Typus bezeichnet, der sogleich zur Arbeit zurückkehrt oder der auf keinen Fall zurückkehrt. Die Bandbreite des sozialen Feldes erschließt sich durch die Fallkonfrontierung, wobei die Theoriebildung im Rahmen der Idealtypenanalyse der erklärenden Begründung der ermittelten Bausteine der Idealtypen dient und nicht der handlungsanalytischen Deutung des heuristischen Materials. Für eine gegenstandsnahe Theoriebildung (Wiedemann 1995), die sich zunächst nur auf die gesammelten Daten bezieht, wird auf das Analyseverfahren der Grounded Theory (Strauss, Corbin 1996) zurückgegriffen, die auch von Uta Gerhardt genutzt wird. Die Methodik der Grounded Theory liefert Richtlinien für das Sammeln und Auswerten von Daten, um aus den gesammelten Daten eine Theorie mittlerer Reichweite zu entwickeln (Charmaz 2000: 509). Die gesammelten Daten sind in diesem Fall die mit den Patienten und Patientinnen

geführten Interviews. Die Erhebung der Interviews diente der Konstruktion der Idealtypen und wurde beendet, als sich abzeichnete, dass sich durch weitere Interviews zwar die Deskriptivität erweitert, aber die soziologische Tiefe des Verstehens nicht mehr erhöht. Für die Auswertung mit dem Verstehensansatz der Grounded Theory wurde nicht erneut in die Datenerhebung eingestiegen. Angesichts der offenen Konzeption dieser Theorie kann eine theoretische Sättigung immer nur vorläufig erreicht werden, weshalb eine Beschränkung auf das vorliegende Datenmaterial zulässig erscheint. Im Hinblick auf den Stellenwert, der diesem Schritt in der Gesamtanlage der Studie zukommt, wird mit dieser Analyse der Daten nach den Verlaufsmustern gesucht, die sich in den vorliegenden Interviews abzeichnen.

Strauss und Corbin (1996) schlagen eine detaillierte Schrittfolge für die Datenanalyse vor; diese beginnt mit der Fragestellung. In diesem Fall lautet die Frage, auf die mit der Methode der Grounded Theory eine Antwort gefunden werden soll: *Auf welchem Wege kommt ein Arbeitnehmer eine Arbeitnehmerin zur Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung, und wie setzten sie ihren Lebensweg nach der Rehabilitationsmaßnahme fort?* Nach Strauss und Corbin soll die Forschungsfrage eine Handlungs- und eine Prozessorientierung aufweisen (a.a.O. S.23). Die hier gestellte Frage bestimmt als Ausgangs- und Endpunkt der Untersuchung die Beschäftigungsverhältnisse, von denen die Teilnehmer an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zur Kur¹⁴ aufbrechen und in die sie nach der Kur zurückkehren sollen. Damit wäre die Prozessorientierung der Fragestellung gegeben. Arbeitnehmer wirken an der Entscheidung, zur Kur zu gehen, mit, zum einen, weil das Gesetz¹⁵ das so vorsieht, und zum anderen ganz praktisch, indem sie einen Koffer packen, die Reise antreten u.s.w.; schließlich muss von den Patienten der Weg aus der

¹⁴ Im Weiteren wird die Bezeichnung >>Kur<< immer dann verwandt, wenn die Sicht der Teilnehmer an der Behandlung bezeichnet werden soll. Wenn die objektivierende Sicht auf die Behandlung gemeint ist, wird von >>stationärer medizinischer Heilmaßnahme<< oder >>stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahme<< gesprochen werden.

¹⁵ RehaAnglG § 4 Einleitung der Maßnahmen zur Rehabilitation Fassung: 1974-08-07

(1) Maßnahmen zur Rehabilitation bedürfen der Zustimmung des Behinderten. Er ist verpflichtet, bei ihrer Durchführung nach Kräften mitzuwirken. Die Vorschriften, nach denen bei nicht gerechtfertigter Weigerung, an Maßnahmen zur Rehabilitation teilzunehmen, Leistungen versagt oder entzogen werden können, bleiben unberührt.

Kur in den Alltag wieder geplant und durchgeführt werden. Dieser Fragenteil repräsentiert die Handlungsorientierung, die von Corbin und Strauss eingefordert wird.

An die Fragestellung schließt sich die Sensibilisierung für das Thema und das zu analysierende Material an. Hierbei soll zum einen die Kenntnis der einschlägigen Literatur helfen. „Andererseits wird theoretische Sensibilität auch während des Forschungsprozesses durch die kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Daten erworben“(a.a.O. S.30).

Axiales Codieren

Durch die Verknüpfung von Beobachtungen (=Phänomen) mit einer Eigenschaftsgruppe (=Subkategorie) soll die Dimensionalität des Phänomens in einer möglichst großen Breite erfasst werden. Hierbei soll folgender Ablauf beachtet werden: „a) Ursächliche Bedingung -> b) Phänomen -> c) Kontext -> d) intervenierende Bedingung -> e) Handlungs- und Interaktionsstrategien -> f) Konsequenzen“(a.a.O. S.78). Auf welchem Wege durch dieses Axiale Codieren die Daten neu erschlossen werden können, soll an einem Beispiel gezeigt werden. Sowohl bei der biographischen Analyse der Interviews als auch bei der Konstruktion der Idealtypen wurde deutlich, dass von den Interviewten die Rückbezüglichkeit: das Geben und Nehmen, die Geltung einer „Moral“ eingefordert wurde. Ohne dass eine / einer deutlich gesagt hätte, was er meint. Marcel Mauss (1999) hat die „Moral“, die hier angesprochen wird, wie folgt beschrieben:

„Moral“ heißt hier, die „Verpflichtung und die Freiheit zur Gabe“. Mit jedem angenommenen Geschenk geht heute noch die Verpflichtung eines Gegengeschenks einher. Unser industrielles und kommerzielles Recht steht im Konflikt mit den gerade genannten Moralprinzipien. Der Hersteller klebt an seinen Produkten, doch unser Recht sieht die Sache nach der Bezahlung in der vollständigen Verfügungsmacht des Käufers. Beim Verkauf der Arbeitskraft, aus dem der Käufer Nutzen zieht, sind nach dieser Moral die Käufer verpflichtet, eine Sicherung der Existenz des Arbeitnehmers gegen die Risiken der Arbeitslosigkeit, Krankheit und des Alters vorzunehmen. „... so sind diejenigen, die aus seinen Diensten Nutzen gezogen haben, nicht schon durch die Zahlung eines Lohns aller Schuld ihm gegenüber enthoben; der Staat, der die Gemeinschaft repräsentiert, schuldet ihm, zusammen mit seinem Dienstherrn, eine gewisse Sicherung seines Lebens gegen Arbeitslosigkeit, Krankheit, Alter und Tod“(a.a.O. S. 160). An zwei Interviewpassagen, entsprechend den oben aufgezeigten Vorschlägen von A) bis F)

gegliedert, soll nun dargestellt werden, wie sich die von Mauss angesprochene Reziprozität in den Daten zeigt, und zu welchen Handlungen (=Konsequenzen) sie führt.

Interview Nr. 2/99

Die Patientin ist 52 Jahre alt, arbeitet seit 20 Jahren als Sekretärin in einem großen Medienzentrum, Sozialschicht II, geschieden, keine Kinder.

Ursächliche Bedingung Zusammenhang von Leistungsminderung und Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz	Ich meine halt für mich subjektiv, dass es für mich besser ist, wenn ich wieder im Büro drinnen bin, dann kommt man halt weg von diesen Gedanken, dass man halt so lange krank war und das man halt nur noch eine halbe Portion ist (83-85)
Phänomen	Reziprozität
Kontext abhängige Beschäftigung	ich bin Sekretärin, Empfangssekretärin nennt sich das, ich bin beim Fernsehen(95)
Die intervenierenden Bedingungen Rahmenbedingungen, unter denen die Erwerbsarbeit ausgeübt wird.	Da rufen Zuschauer an [...] ich schreib Drehbücher, beantworte Zuschauerpost, ich mache die Kartei, [...] an Weihnachten verschicke ich 2 500 Weihnachtskarten, mit dem Sendekalender des nächsten Jahres [...] also es ist sehr viel Arbeit, es ist sehr viel Telefonverkehr (104ff)
Handlungs- und interaktionsstrategien Wie Arbeitgeber und Arbeitnehmer miteinander umgehen.	Also, ich bin von einer Gründlichkeit, die mir zwar auf der einen Seite viel „Ärger“ einbringt, weil ich ein paar Kolleginnen habe, die mit dieser Gründlichkeit nicht so recht umgehen können. [...] das ist also der negative Aspekt und der positive Aspekt ist halt, dass ich, so wie jetzt, wo ich schon so lange krank bin [...], dass mir halt von allen Seiten, [...] gesagt hat, mein Gott, jetzt wissen wir erst, wie hoch deine Gründlichkeit zu bewerten ist, oder der Geschäftsführer, der kann es nicht erwarten, dass ich wieder komme, [...]Ich mache die Arbeit einfach gerne (129-140)
Konsequenzen und die sich hieraus ergebenden konkreten Handlungen	Ich fahre morgen heim, und am 1. Juli möchte ich gerne einsteigen (78)

Interview Nr. 4/99

Der 55jährige Patient arbeitet seit seiner Lehre im selben Familienbetrieb (10 Mitarbeiter) als Autolackierer. Sozialschicht II. Verheiratet, ein erwachsenes Kind lebt noch im Haushalt. Die Ehefrau ist erwerbstätig.

Ursächliche Bedingung Zusammenhang von Leistungsminderung und Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz	Ja, ich hab mir vorgestellt, dass da evtl. mehr vielleicht rauskommen könnt [Herr B. wünscht sich den Rentebezug] [...] Aber so, ich muss noch was tun. Ich will ja auch, ich hab so lang geschafft, ich hab meinen Beruf gern gemacht, sonst hätt ich net so lang gemacht. Aber wenn's nimmer geht, wenn man's vor Schmerzen bald nimmer aushält, was soll man da machen. (178-190)
Phänomen	Reziprozität
Kontext abhängige Beschäftigung	ich hab beim Senior schon Maler gelernt und hab dann '66, als ich von der Bundeswehr gekommen bin, hab ich dann umgesattelt auf Autolackierer(164-165)
Die intervenierenden Bedingungen Rahmenbedingungen, unter denen die Erwerbsarbeit ausgeübt wird.	Ich bin immer entweder auf den Füßen oder auf den Knien, immer in gebeugter Haltung. Dann haben sie so einen Motorraum, da sind sie immer so halb gebückt, das ist gerade das Gift. Und wenn Sie am Auto selber was haben auf der Seite, dann müssen sie immer seitlich runter.
Handlungs- und interaktionsstrategien Wie Arbeitgeber und Arbeitnehmer miteinander umgehen.	Und damals nach meiner 2 maligen Operation am Knie kams von der Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Arbeitsamt, haben alle gesagt, ich brauch unbedingt eine Hebebühne. Bin ich zum Chef hin, Chef hat sich gewehrt mit Händen und Füßen, sagte, er kann die Hebebühne nicht kaufen. (75-78) Damals, der Junior-Chef hat damals schon gesagt mit dem Knie, ja wenn's nimmer geht dann musst Du Dir halt was Anderes

	suchen.(192-193)
Konsequenzen Und die sich hieraus ergebenden konkreten Handlungen	wenn ich jetzt heimkomm muss ich erst mal mit meinem Chef reden [...] aber so weit ich das weiß, geht da nichts .

Durch das Kodieren wurde der Rahmen sichtbar, in dem Arbeitnehmer Erwartungen auf Hilfe und Sicherung der Existenz an ihre Arbeitgeber hegen. Die Erwartung richtet sich auf Hilfe gegen die Risiken der Arbeitslosigkeit und die Folgen der Krankheit. Wird diese Hilfe gewährt, wie das im Interview Nr. 2/99 der Fall war, dann ergibt sich bei der Betroffenen das Gefühl, sie könne problemlos an den alten Arbeitsplatz zurückkehren. Werden diese Erwartungen nach Sicherung der Existenz im Falle von Krankheit enttäuscht, wie das dem Arbeitnehmer im Interview Nr. 4/99 widerfährt, dessen Wunsch nach Hilfe nicht entsprochen wurde, dann zieht sich der Betroffene zurück. Er sieht dann für sich keine Möglichkeit und keine Verpflichtung an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Nachdem dieses Schema für das Entstehen des Wunsches nach der „Gabe“ einmal erkannt ist, kann es an jedem anderen Interview aufgezeigt werden. Es begleitet sowohl den Prozess *abhängige Beschäftigung* als auch die Handlungsorientierung *Einstellung zur Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz*.

Der Rote Faden

Nachdem durch diese Schritte die Sensibilität für das Material gesteigert und eine erste Systematisierung erreicht wurde, soll durch analytisches Nacherzählen auf eine abstrakte, aber doch zutreffende Art die Besonderheiten des Materials charakterisiert und weiterer Analyse zugänglich gemacht werden (Strauss, Corbin 1996: 94). In ihren Hinweisen, wie dieses Nacherzählen zu geschehen habe, legen die Autoren großen Wert darauf, dass die Geschichte entlang eines Handlungsfadens („roten Fadens“) zu erzählen ist. Alle anderen zentralen Phänomene müssen in Abhängigkeit zu dem roten Faden gesehen und interpretiert werden, das mache es ungleich einfacher zu einer schlüssigen Theorie zu gelangen, als wenn die Geschichte entlang konkurrierender Bedeutungslinien erzählt wurde. Die Kernkategorie oder das Phänomen, das die Theorie im Kern bewegt, muss in Form des Handelns oder Veränderens dargestellt werden. Im Weiteren können dann Bedingungen für die Veränderung oder die Nicht-Veränderung herausgearbeitet werden. Das Vorgehen ist hierbei ähnlich wie beim

axialen Kodieren: Bedingungen (->)führen zu Phänomenen (->), diese haben einen Kontext (->), was zu Handlungen (->) führt und schließlich Konsequenzen hat. Hierbei finden sich an jedem Punkt **intervenierende Bedingungen**, die für die Ausgestaltung des Übergangs, beispielsweise vom Kontext zur Handlung, von Bedeutung sind. Diese Bedingungen gilt es zu bezeichnen (a.a.O. S.101); die Bedeutung dieser Handlungsorientierung liegt in der Strukturierung der Überlegungen. Der Aufmerksamkeit erschließt sich auf diesem Wege der regelhafte Ablauf der Ereignisse.

Beobachtet wird die verminderte Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers

Bedingung:

- Dauerhaft: Verschleiß wegen hoher Anforderungen, Unfall am oder außerhalb des Arbeitsplatzes, angeborenes oder erworbenes Leiden
- Vorübergehend: zu geringe Erholungszeiten, beispielsweise wegen exzessiver Freizeitaktivitäten

Phänomen: Verminderung der Leistungsfähigkeit

Kontext: Arbeitsplatzbedingungen sowohl hinsichtlich der Anforderungsseite als auch hinsichtlich der Sozialstrukturen (Reziprozität) am Arbeitsplatz

Handlungen:

- Vermehrte / gleichbleibende Anstrengung des Arbeitnehmers
- vermehrte Vorsorge / keine Vorsorge seitens der Betriebsleitung und oder der Kollegen
- Systematischere Erholung seitens des Arbeitnehmers / Arbeitnehmer legt keinen besonderen Wert auf ausreichende Erholung
- Fortbestehen des Arbeitsplatzes / Wechsel des Arbeitsplatzes

Konsequenzen:

- Verschlimmerung des Leids und frühe Invalidität
- Medizinische und/oder berufliche Rehabilitation mit oder ohne berufliche Neuorientierung beim bisherigen oder einem anderen Arbeitgeber
- Neuorganisation des Alltags im Hinblick auf Arbeit und Erholung

Die Muster

Nachdem durch diese vorbereitenden Schritten das Datenmaterial in vielfältiger Form erschlossen wurde, sollen die in den beobachteten Fällen vorhandenen Muster ermittelt werden. Die Muster stellen eine besondere Art von mehrfach verknüpfter Wenn -> Dann-Beziehung dar:

Wenn die Geschwindigkeit mit der individuelle (meist physische) Fähigkeiten nachlassen wesentlich größer ist als die Geschwindigkeit mit der sich die Bedingungen am Arbeitsplatz ändern, dann kann dieses Ungleichgewicht für einige Zeit durch vermehrte Anstrengungsbereitschaft des Beschäftigten ausgeglichen werden, auf Dauer führt das aber zu Gesundheitsschäden auf Seiten des Beschäftigten. Wenn sich der Gesundheitszustand gravierend verändert, dann löst das einen Prozess von Folgereaktionen aus. Wenn die Gesundheitsstörungen ein hohes und irreversibles Maß erreicht haben, dann entsteht ein plötzlicher Bedarf an Änderungen auf Seiten der Arbeitsbedingungen und/ oder dem Lebensentwurf des Beschäftigten.

Die so gefundenen Muster sind an den Daten zu überprüfen (= verankern). Schließlich sind Theorien zu entwerfen, die sich jeweils entlang der vormals aufgefundenen Muster entwickeln. Diese umrissartige Darstellung der Theoriebildung hat den systematischen Anteil der Überlegungen zur Grounded Theory in den Vordergrund gestellt und intuitiv suchende Anteile abgeblendet, die den Forschenden zunächst mit einer chaotischen Fülle von Informationen und Assoziationen allein lassen. Gerechtfertigt wird dieses Vorgehen durch die Anlage der Studie, die nach einem Instrument der Vorhersage des Eingliederungserhalts sucht. Hierbei werden zum einen unterschiedliche Methoden genutzt, um zu den „richtigen“ Fragen für die Datenerhebung zu gelangen, und zum anderen werden aussagekräftige, materialorientierte, theoretische Aussagen entwickelt, um die sich ergebenden statistischen Aussagen interpretieren zu können. Die narrativen Interviews stellen hierbei sowohl die Basis für die Entwicklung der Idealtypen als auch für eine gegenstandsbezogenen Theoriebildung entlang den Forschungsstrategien der Grounded Theory.

C.2. Heuristik

Wie viele Interviews wurden wo und wann erhoben?

Im Sommer 1999 und im Frühjahr 2000 wurden insgesamt 34 Interviews aufgezeichnet, von denen 33 transkribiert werden konnten, ein Interview war technisch von einer so schlechten Qualität, dass es nicht in die Auswertung einbezogen werden konnte. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte durch die kooperierenden Ärzte der Kliniken. Dabei galten für die Auswahl der Patienten im Jahre 1999 folgende Kriterien:

- Unter 60 Jahre
- In einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis
- Zum Zeitpunkt des Interviews ist kein Antrag auf Frührente (Voges, 1994) gestellt
- Männer und Frauen sollten zu gleichen Teilen an der Untersuchung teilnehmen.

Die Klinikärzte sprachen Patienten auf meinen Interviewwunsch an und, wenn diese zustimmten, wurde ich informiert. Der exakte Interviewtermin wurde in manchen Einrichtungen zwischen Arzt und Patient abgestimmt, in anderen erhielt ich die Telefonnummer des Patienten, um den Termin selbst mit dem Patienten zu vereinbaren. Die Interviews wurden stets mit der Frage eingeleitet: „Erzählen Sie mir doch bitte, wie es zu Ihrem Aufenthalt hier gekommen ist?“ Als Nächstes wurden die Patienten gebeten zu erzählen, wie es aus ihrer Sicht nach der Entlassung aus der Klinik weitergehen werde. Es wurde in jedem Interview um eine Schilderung der Arbeitsinhalte und der sich daraus ergebenden Belastung sowie um eine Beschreibung der Freizeitaktivitäten gebeten. Eine Erzählaufforderung zum Familienstand und zur Art des Zusammenlebens mit den engsten Familienangehörigen wurde jedesmal vorgelegt. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 60 Minuten und fanden sämtlich im Zimmer des Patienten/der Patientin im Rehabilitationskrankenhaus statt.

Erhebungsdatum	Anzahl	Klinik	Diagnosen	Geschlecht	
				M	W
11.6.1999	2	Rehabilitationsklinik Saulgau	Krankheiten von Skelett/Muskel/Bindegewebe	1	1
16.6. und 28.6.1999	6	Rehabilitations- krankenhaus Schwabenland	Neubildungen	1	5
30.6.1999	1	Rehabilitationsklinik Überruh	Krankheiten der Haut	1	0
22.6. / 23.6./ 30.6./ 7.7.1999	6	Rheumaklinik Bad Wurzach	Krankheiten von Skelett/Muskel/Bindegewebe	6	0
11.7.-14.7.1999	11	Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang	Krankheiten der Atmungsorgane	5	6
11.4. – 13.4.2000	8	Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang	Krankheiten der Atmungsorgane – Patienten mit sehr schwerem Asthma	5	3
Gesamt				19	15

Abbildung 4, Ort und Zeitpunkt der Interviewerhebung

Die Spannbreite der Erzählungen soll im weiteren an fünf Beispielen vorgestellt werden. Zunächst soll in der Einzeldarstellung jedes Interview dargestellt und in seinem Aussagegehalt betrachtet werden. Im Rahmen der Typenbildung soll dann durch Fallkontrastierung an dieser Auswahl vorgeführt werden, welche Bedeutung Idealtypen für die Erklärung der schnellen oder der verzögerten Rückkehr zum Arbeitsplatz zukommt. Im letzten Schritt können die Ausformungen der gegenstandsnahen Theoriebildung an den Beispielen belegt werden und damit alltagspraktische Plausibilität gewinnen. Bei den fünf Beispielen handelt es sich um

Interview 2/99) Eine 52 jährige Frau nach Brustamputation, die am Tag nach der „Kur“ zur Arbeit zurückkehrte und bei der im Zeitraum der Beobachtung keine weitere Arbeitsunfähigkeit auftrat.

- Interview 1/99) Eine 58 jährige Frau nach Brustamputation, die im Beobachtungszeitraum nicht zur Arbeit zurückkehrte und auch keinen Rentenantrag stellte.
- Interview 1/00) Eine 42 jährige asthmakranke Frau, die innerhalb von 9 Jahren 5 „Kurmaßnahmen“ bewilligt bekam und nach jeder Behandlung zur Arbeit zurückkehrte.
- Interview 4/99) Einen 55 jährigen Mann mit Arthrose, der im Zeitraum der Beobachtung nicht zur Arbeit zurückkehrte und einen Antrag auf Frührente stellte, der noch nicht entschieden war.
- Interview 7/99) Einen 48 jährigen Mann nach einer Bandscheibenoperation, der 11 Wochen nach der Rehabilitationsbehandlung zur Arbeit zurückkehrte.

Biographische Diagnostik – Fallbeispiele

Im Zentrum dieser Auswertung standen die bereits genannten Schwerpunkte

Zentrale biographische Themen

Der Sinnüberschuss und die generativen Muster der Erzählung

Die Ressourcenorientierung.

Bei der Auswertung zeigte sich, dass der Gedanke der Reziprozität im Sinne eines Gebens und Nehmens, wie er von Mauss (1999) entwickelt wurde, in jedem Interview einen bedeutenden Platz einnimmt. Bei den Einzelauswertungen wurde dieser Aspekt jeweils in einem eigenen Unterpunkt betrachtet.

Interview 2/99)

Die Patientin ist 52 Jahre alt, arbeitet seit 20 Jahren als Sekretärin in einem großen Medienzentrums, Sozialschicht¹⁶ II, geschieden, keine Kinder.

Die Patientin hat einen Arbeitsplatz inne, an dem Organisationstalent gefragt ist. Sie ist Sekretärin für eine Vielzahl von Redakteuren, sie schreibt deren Texte und beantwortet die Anfragen der Medienkonsumenten. Sie beschreibt sich als sehr genau und ordentlich, was ihr immer wieder auch Kritik und Ärger mit ihren Kolleginnen einbringe. Obwohl oder vielleicht auch gerade weil die Arbeit insgesamt sehr fordernd ist, sagt sie von sich selbst

>>ich bin gerne im Büro,
ich mach gerne die Arbeit,
also ich bin gern berufstätig<<.(91 - 92)

Die Patientin ist seit 20 Jahren geschieden und lebt allein. Sie beschreibt ihre freie Zeit als vielfältig ausgefüllt mit Alltagskontakten zu den Nachbarn, dem Besuch kultureller Veranstaltungen in einem Stadtteilzentrum in ihrer Nähe, Austausch mit ihren Geschwistern sowie mit Arbeitskollegen und Kolleginnen. Resümierend stellt sie fest

>> Also ich langweil mich überhaupt nicht
und die Tage, wo ich also vielleicht sag:
„Sapperlot, heut wär's ganz schön,
wenn ich nicht alleine frühstücken müsste“,
ich glaub,
die beschränken sich auf 2 oder 3 im Monat.
Darüber hinaus fühl ich mich
wie gesagt überhaupt nicht,
hab ich keine Langeweile.

¹⁶ Es wird die von Deck, Röckelein (1999) vorgeschlagene Einteilung des Schichtindex angewandt.

Ich tu Geburtstagskarten selber basteln
und tu viel lesen.

Ja, ich tu babysitten, hundesitten, Briefe schreiben.<< (219 - 223)

In den 20 Jahren ihrer Beschäftigung war sie nur 14 Tage krank. Als sie Unregelmäßigkeiten im Gewebe feststellt und nach entsprechenden Untersuchungen die Diagnose Krebs erfährt, handelt sie systematisch. Sie vereinbart einen OP-Termin, sie organisiert die Eigenblutspende und verschiebt dafür den OP-Termin, sie sucht sich nach der OP eine Rehabilitationsklinik, die ihren Vorstellungen entspricht. Als es während der Rehamaßnahme zu einer Entzündung im Bereich der Operationswunde kommt, entscheidet sie selbst, dass sie darüber mit dem Chirurgen sprechen möchte, der die Operation durchgeführt hat. Sie vereinbart einen Termin mit diesem Arzt und unterbricht ihre Nachsorgebehandlung. Nach dem Gespräch, der Untersuchung und anschließenden Behandlung kehrt sie nach einigen Tagen in die Rehaklinik zurück. Sie plant, möglichst rasch aus der Rehaklinik wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Bei ihren Planungen nimmt sie aber alle Informationen ernst, auch die, die ihrer Auffassung zuwiderlaufen.

>>Und das ist jetzt auch meine Hauptüberlegung,
wann ich wieder einsteigen soll,
weil ich auf der einen Seite ständig Anrufe kriege
vom Büro, dass sie mich dringend bräuchten
und andererseits mir von allen Richtungen,
sei es Ärztin, Psychologin, andere Betroffene,
mir von allen Seiten nahegelegt wird,
ich sollte eben nicht so früh einsteigen.
Obwohl ich mir selber dazu
oder ich bilde mir ein,
dass ich dazu im Stande wäre.
Ich fahre morgen heim
und am [...] möchte ich gerne einsteigen.
Möchte aber die Meinung der Ärztin nicht ignorieren,
wenn ich heimkomme,
[...] ich habe da eine ganz liebe Ärztin,
die mich dann auch betreut, [...]
und von deren Meinung möchte ich es letztlich abhängig machen,
die kennt mich recht gut,
und wenn die meint, ich kann es mir [...] zutrauen,
dann pack ich es wieder.
Ich meine halt für mich subjektiv,
dass es für mich besser ist,
wenn ich wieder im Büro drinnen bin,
dann kommt man halt weg von diesen Gedanken,
dass man halt so lange krank war
und dass man halt nur noch eine halbe Portion ist<<(76 - 88)

Die Planungen vor der Operation, das planende Abwägen, welche die für sie geeignete Rehabilitationsklinik sei, die Nachuntersuchung durch „ihren“ Chirurgen, als postoperative

Komplikationen auftreten, und auch die Planung ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz belegen, dass jeder Schritt der Handlungsplanungen dieser Patientin tragfähig und gangbar war und zum gewünschten Ziel führte. Der Erhalt der beruflichen Eingliederung war aus Gründen mangelnder Handlungsplanung zu keinem Zeitpunkt gefährdet. In der Nachbefragung gibt die Patientin an, zu dem von ihr geplanten Termin zur Arbeit zurückgekehrt zu sein. Sie arbeitet wieder Vollzeit am alten Arbeitsplatz und war seither nicht mehr krank. Sie hat einen Schwerbehindertenausweis beantragt und erhalten.

Zentrale biographische Themen

Frau H. schildert ihr Leben, ihre Krankheit, ihre Arbeit so, dass an keiner Stelle das Gefühl aufkommt, hier werde etwas Peinliches dargestellt. Alles ist einfach, klar und strukturiert.

Es kommt zu einer Entzündung in der Brust, sie fährt zu dem Chirurgen der sie vor Wochen operierte und lässt sich behandeln. Anschließend kehrt sie in die Rehabilitationsklinik zurück, um die letzten Tage ihrer Kur zu genießen, bevor sie nach Hause zurückkehrt. Eine Verlängerung der Behandlung, die ihr angeboten wird, lehnt sie höflich ab, da sie ja noch einmal bei dem Chirurgen vorbeischauen müsse.

Sie erzählt von ihrer Absicht, sobald als möglich zur Arbeit zurückzukehren. Sie macht deutlich, dass die Rückkehr zur Arbeit aus ihrer Sicht auch die Rückkehr zu einer von ihr gerne praktizierten Normalität ist

>> ich bin gerne im Büro,
ich mach gerne die Arbeit,
also ich bin gern berufstätig<<(88-89).

Die nüchterne Offenheit, mit der Frau H. auf ihr Leben blickt, wird besonders deutlich, wenn sie über den Verlust ihres Kindes, die Scheidung von ihrem Mann, und ihre damalige Situationseinschätzung spricht. Sie verurteilt weder sich noch ihren Mann, sie stellt uns die Situation in knappen Worten vor Augen und zeigt, dass es ihr, von heute aus gesehen, nicht um ein ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ geht, sondern um ein akzeptierendes Hinnehmen vormaliger Entscheidungen, mit denen sie leben gelernt hat, ja, aus denen sie das Beste gemacht hat.

Sie lebt jetzt alleine und zieht sich in ihrer Freizeit nicht zurück. Ganz im Gegenteil, sie investiert einiges an Zeit und Kraft, um Kontakte zur Nachbarschaft, aber auch zur kulturellen Szene zu halten.

Der Sinnüberschuss und die generativen Muster der Erzählung

Die klare Wahrnehmung der eigenen Person wie auch ihrer Umgebung sind an jeder Stelle des Interviews zu erkennen. Dieses unerschrockene Hinsehen lässt auch nicht nach, wenn das Beobachtete unangenehm ist, weil es die eigene Person in einem weniger schönen Licht zeigt (Scheidung vom Ehemann) oder weil es auf Konflikte in der Umwelt hinweist (Missgunst am Arbeitsplatz), oder - wie zum Zeitpunkt des Interviews - wenn es darum geht mit einer lebensbedrohenden Erkrankung umzugehen.

Sie hat keine Ambitionen, dass aus ihrem Leben noch etwas besonderes werden soll, sie hat ein eigenes Leben (Beck 1997) und freut sich an diesem Leben. Ihre Wünsche richten sich auf Unmittelbares, den Austausch mit den Geschwistern (sie ist eines von 8 Kindern), den freundschaftlichen Kontakt mit den Nachbarn und den Arbeitskollegen (sie übernimmt kleine Arbeiten: Babysitten, den Hund ausführen ...), den Besuch im Kulturzentrum, für das sie ein Abonnement besitzt.

Das Erzählte bildet sich auf einem Hintergrund ab, der frei ist von allem was die Darstellung des Abgebildeten stören könnte. Der Hintergrund ist rein in dem Sinne in dem Michael Balint von „freundlichen Weiten“(Balint 1972) spricht. Er entwickelt diesen Ausdruck um Menschen zu kennzeichnen, denen es nur unzulänglich gelungen ist, die frühesten Erfahrungen und Gefühle narzisstischer Allmacht (Kohut 1976) zu überwinden. Ihre lebensgeschichtliche Schwierigkeit besteht in der Schwierigkeit, sich liebend und dauerhaft bemühend anderen Menschen (Objekten) zuzuwenden. Sie lieben das Reine, das ist eine Welt, in der die Objekte ihnen nicht zu nahe kommen. Balint charakterisiert ihr Umgehen mit Objekten wie folgt: „man kehrt sich der nahenden Gefahr zu, bietet ihr die Stirne, um sie im Auge zu behalten, hält sich den Objekten fern, die falsche Sicherheit bieten, und steht aus eigener Kraft aufrecht da.“(a.a.O. S. 32) Das heißt, bei der Bewältigung gefährvoller Situationen kann aus dieser heroischen Haltung ein Vorteil erwachsen, der sich in diesem Fall in der Bewältigung der Krebserkrankung zeigt.

Die Ressourcenorientierung

Die gerade beschriebene Fähigkeit des Hinsehens und Anerkennens der Gesehenen verbindet sich bei Frau H. mit der Fähigkeit, die Ereignisse im Gedächtnis zu bewahren und so oft Revue passieren zu lassen, bis sie aus dem Erfahrenen eine positive Wegweisung für zukünftiges Handeln extrahiert hat. Dieses Festhalten des Gesehenen, Gelebten, Gedachten und das bewusste Wiedererinnern sind der methodische Hintergrund, der sich in dem gesamten

Interview als ‚klare Struktur‘ zeigt. Hieraus erwächst auch die Fähigkeit, einzelne Lebensabschnitte bilanzierend zusammenzufassen.

Dieses unerschrockene Hinsehen erweist sich als die Ressource, mit der sie die >>Welt<< bewältigt/manipuliert, diese >>Ressource<< ist gleichzeitig ihre Schwäche, die es ihr nicht erlaubt, mit einem Partner dauerhaft zusammen zu leben, weil dieser dauerhaft nur dann ertragen werden kann, wenn er soweit manipuliert werden kann, dass zu keinem Zeitpunkt von ihm die Gefahr unbekannter Reaktionen auszugehen vermag (Balint 1971: 28f). Indem Frau H. aus dem Erlebten Erkenntnisse und – nach entsprechenden Verdichtungen – Handlungsanweisungen für die Zukunft ableitet, entwirft sie mit dem neuen Handeln gleichzeitig auch die Vergangenheit neu. Trauer und Schmerz der Trennung von ihrem ersten Mann bleiben zwar in der Erinnerung, werden aber mit einer Sinnstruktur erfüllt, die ihr sagt, nur durch dieses Handeln hast du einen guten Freund gewonnen, nur durch dieses Handeln bist du selbstständig geworden.

Im Fall Nr. 2/99 begegnen wir einer Patientin, die in der Lage ist, ihre Vorstellungen von ihrer persönlichen Zukunft in sehr geordnete Planungsschritte zu überführen. Diese Fähigkeit zeichnet ihr Leben schon seit langer Zeit aus.

Interview 1/99)

Die Patientin ist 58 Jahre alt und arbeitet seit 25 Jahren in der gleichen Einrichtung, verheiratet, lebt mit ihrem Ehemann zusammen, 1 Kind, das nicht im Haushalt lebt, Sozialschicht II

Frau S. arbeitet seit 25 Jahren in einem Krankenhaus, das regionale Versorgungsaufgaben erfüllt. Sie arbeitet die ganze Zeit auf einer Station für innere Erkrankungen, und sie schaut ihre Arbeitsaufgaben zunehmend resignierter an. Früher, so erzählt sie, sei sie ein fröhlicher Mensch gewesen und habe ihre Arbeit gerne getan. Doch die jahrelange Konfrontation mit Leid und Sterben, ihre abnehmenden Körperkräfte und die Erhöhung des Arbeitsdrucks hätten es dahin gebracht, dass sie heute ihre Arbeit kaum noch bewältigen könne.

Ja. Ich arbeite seit 25 Jahren in einem [...] Krankenhaus in [...],
immer auf der Inneren Abteilung.
Ja, das ist schon eine der schwersten Stationen, die man sich vorstellen kann.
Wir haben sehr viel mit alten Menschen zu tun, sehr viele Pflegefälle.
Also praktisch hauptsächlich schwer Kranke.
Junge Leute, die kommen und gehen, das ist so unter Jungen, dann geht's wieder.
Das heißt, für jeden füttern und waschen und Medikamente eingeben und Lagern und
Das ist wirklich sehr, sehr schwer mit alten Menschen überhaupt zurecht zu kommen.
Wie die völlig hilflos da liegen.
Und es ist schon so,
dass ich dieses viele Leiden nicht mehr so gut einstecken kann. So ganz wie früher.
Früher war ich so,
das hab ich also wirklich gut machen können
und ich war immer nett und fröhlich und ausgeglichen
aber wenn man älter wird, es geht nicht mehr so gut.
Also das zu machen,
wenn man selber sich nicht wohl fühlt oder selber Probleme hat.
Dadurch ist diese Sache, dass mich das irgendwie,
dass ich das nicht mehr verkraften konnte.
Diese ständige Konfrontation mit leidenden Menschen.
Ich denke,
ich muss das nicht unbedingt bis zu meinem Lebensende (das) sehen oder mitmachen. (88-102)

Ihr Leben außerhalb der Arbeit ist von trister Eintönigkeit. Sie sagt,

Ich habe einen Hund und mein Mann halt dazu.(71)
mit dem Hund gehe sie täglich viermal spazieren, was sie strikt einhalte, von einem Gespräch mit ihrem Mann, ihrem Sohn oder irgendjemand anderem außerhalb der Arbeitssituation kann sie nichts erzählen. Wenn sie in die Zukunft schaut und von dem erzählt, was sie sich wünscht, dann ist es mehr freie Zeit, die Freiheit, etwas zu unternehmen, sie denkt an die Mitgliedschaft in einem Verein, also Kontaktaufnahme zu anderen Menschen.

Was sie in jedem Fall nicht wünscht, ist die Rückkehr zur Arbeit. Bereits zu Beginn ihrer Erzählung, nach der Schilderung des Behandlungsablaufs, fordert sie deutlich die Rente.

Und was meine Vorstellung über Arbeit ist,
also ich hab hier auch [der Ärztin, WLD] gesagt und auch mit der Sozialarbeiterin geredet,
ich möchte eigentlich,
ich bin elendig genug,
Rente, wenn's geht. (25-27)

Doch als Krankenschwester weiß sie auch, dass sie, nach einem erfolgreichen Verlauf aller Behandlungsschritte, wieder zu den >>gesunden<< Menschen gehört und dazu noch zu jung ist, um vorgezogenes Altersruhegeld zu erhalten.

Die Ereigniskette, die zum Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik führt, beginnt damit, dass Frau S. einen Knoten in ihrer Brust entdeckt. In dünnen Worten schildert sie, was ihr seither widerfahren ist, sie wurde 2 mal operiert, sie wurde 25 mal bestrahlt, und weil es >>in der Regel so ist<<, dass sich an so etwas eine Rehabilitationsbehandlung anschließt, deshalb ist sie in der Klinik. Sie sagt von sich, dass sie sich während des Aufenthaltes gut erholt habe und nun mit Sorge auf die Zeit sehe, in der sie sich wieder an ein normales Leben gewöhnen müsse. Als nächsten Schritt nach ihrer Entlassung plant sie, ihren Hausarzt um eine Fortsetzung der Krankschreibung zu bitten.

Bei der Nachbefragung nach 4 Monaten gibt Frau S. an, noch immer arbeitsunfähig krank zu sein, einen Rentenanspruch hat sie (noch) nicht gestellt.

Zentrale biographische Themen

Frau S. erzählt die Geschichte einer biographischen Wende. Die schwere Erkrankung bedingt eine Neuorientierung und so bestimmt die Frage

wie es weitergeht (20)

die Erzählung in vielerlei Formen. Durch die Entfernung der Lymphknoten hat sich die physische Leistungsfähigkeit vermindert. Die Frage

wie es weitergeht zu Hause (20)

stellt sie demnach zu recht, wenn sie sich auf die Erledigung der Hausarbeiten bezieht. Mit mehr Recht stellt sich diese Frage jedoch, wenn sie sich auf die Erledigung der Berufstätigkeit als Krankenschwester bezieht. Diese biographische Wende hat Wurzeln, die über die Erkrankung hinausreichen. Es gibt einen Wunsch nach mehr Freizeit, nach weniger Belastung, nach Ruhe, nach Rente, der schon zuvor existierte.

Ja, ich muss schon sagen in letzter Zeit,
wo ich nicht über diese Krankheit gewusst habe,
ich hatte keine Ahnung,
aber mir fiel immer schwerer und schwerer, meine Arbeit zu machen.

Irgendwann wird es zu viel sein. Auch körperlich, auch psychisch.
 Also ich habe schon immer wieder gedacht,
 oh Gott, wenn ich doch trotzdem in Rente gehen könnte.
 Natürlich habe ich mir nicht einen Krebs gewünscht.
 Das auf keinen Fall.
 Wenn ich jetzt wählen könnte zwischen zwei Sachen,
 dann würde ich sagen,
 vielleicht nicht wieder arbeiten und keinen Krebs zu haben.
 Das ist so.
 Also der Gedanke war schon vor meiner Erkrankung in meinem Kopf gewesen,
 wenn ich das ganz ehrlich,
 muss ich schon sagen,
 hab ich schon gedacht. (42-50)

Dieser Wunsch trat im Zusammenhang mit der zunehmenden Erschöpfung auf. Die Erschöpfung wiederum war ein Produkt der hohen physischen Belastung und der gleich zu Beginn des Interviews geschilderten psychischen Belastung durch den ständigen Umgang mit sterbenskranken alten Patienten. Der Wunsch nach einer Neugestaltung des Lebens hin zu einem ‚eigenen‘ Leben, bei dem sie der Souverän ihrer Lebenszeit ist, instrumentalisiert die Krankheit, um sich durch diese und mit dieser dem Ziel eines ‚eigenen Leben‘ zu nähern. Diese biographische Wende ist auch eine Wende zur Erzählerin. Sie rückt sich in den Mittelpunkt ihres Lebens und kommt damit zur Aussage

Ich denke, ich muss das nicht unbedingt bis zu meinem Lebensende [...] mitmachen.<<(101-102)

Es ist eine Wende weg von der Welt der Hetze und Verausgabung hin zu einer Welt der Selbstbestimmung. Doch die zukünftige Welt ist noch Wunsch und Utopie und insoweit nicht konkret beschreibbar

kann ich mir schon vorstellen, dass ich meine Zeit, wenn ich hätte, gut einteilen könnte.
 Mit etwas Sport vielleicht oder in irgendeinen Verein gehen,
 wo man was unternehmen kann.
 Doch ich würde mich nicht langweilen (142-145).

Und in den letzten Aussagen des Interviews wird sichtbar: die Zukunft hat schon begonnen:
 Frau S. will sich weiter

krankschreiben lassen; und dann muss ich überlegen, wie's weitergeht; (153-154)
 in zwei Monaten hat sie einen Termin beim Rentenberater; und zum Abschluss versichert sie noch einmal

Also, mir ging's hier sehr gut, das kann ich schon sagen (179).
 Küttemeyer, die sich, von der Psychosomatik ausgehend, um die Beschreibung der Bedeutung der Erkrankung in einer lebensgeschichtlichen Situation bemüht, fasst dieses Geschehen prägnant zusammen: „Von vielen Kranken erfahren wir aber auch, dass sie beim Ausbruch einer Krankheit Erleichterung verspüren: weil ein Ruhebedürfnis Raum bekommt, eine Aufgabe, eine

Entscheidung aufgeschoben werden kann, eine Atempause entsteht, eine Last abgestellt, vielleicht abgeworfen werden kann. Erleichterung, Entspannung entsteht bei einer Körperstörung aber auch, weil etwas wichtiges Neues Raum bekommt: ein unterdrückter Gedanke, ein verdrängtes Gefühl, ein nicht wahrgenommenes Bedürfnis, ein >>verbotener<< Wunsch, ein verachteter Trieb." (Kütemeyer 1999, S. 94)

Der Sinnüberschuss und die generativen Muster der Erzählung

Die Beständigkeit ragt als handlungsleitendes Muster heraus. Frau S. ist seit 25 Jahren auf der selben Station eines Krankenhauses beschäftigt. Sie ist – so darf vermutet werden – seit vielen Jahren verheiratet, sie hat einen Sohn erzogen, der jetzt nicht mehr zu Hause wohnt. Sie hat alle Arbeiten, die man von ihr als Beschäftigte und als Hausfrau erwartet, über viele Jahre erledigt, all dies ist so selbstverständlich, dass sie nichts dazu sagt. Ihr Wunsch nach mehr Zeit für sich und für ihr Leben ist schon älter, wir erfahren nicht wie alt er ist. Es ist ein Sehnen, das nicht deshalb aufhört, weil es nicht sofort erfüllt werden kann. Auch ihre Müdigkeit am Abend, die ihr keine Kraft lässt für Aktivitäten – außer mit dem Hund spazieren zu gehen – wird uns als schon lange bestehend vorgeführt. Gleiches sagt sie von ihrer Antriebslosigkeit, auch diese besteht schon viele Jahre.

Das hohe Maß an Beständigkeit, mit dem die Erzählerin die Last des Lebens trägt, ohne sich neu zu besinnen, stellt den Hintergrund dar, auf dem uns ihre aktuelle Geschichte präsentiert wird. Die jetzt mit und durch die Krankheit eingeleitete Neuorientierung dürfte von einer ähnlichen Beharrlichkeit sein wie die vormalige, weshalb ihrem Rentenwunsch ein großes Gewicht zukommt.

Die Ressourcenorientierung

Das zeitlos Immergleiche, das sich jeden Tag und besonders jeden Arbeitstag wiederholt hat, wird Frau S. durch ihr Leben geholfen haben. Ihre Erzählung ist zeitlich durch die Krankheit strukturiert. Es gibt eine Zeit vor der Erkrankung (25 Jahre Arbeit im Krankenhaus), die Zeit der Behandlung (sie wird untersucht, operiert, bestrahlt und dann zur „Kur“ geschickt) und die vor ihr liegende Zeit nach der Behandlung (der Lebensabschnitt der Rente, in dem sie Zeit für sich hat), jede Zeit hat ihren Inhalt, der sich für die Erzählerin selbstverständlich ergibt. Erst als die selbstverständliche Wiederholung der Inhalte nicht mehr gelang, merkt sie den Zustand kritisch an

Auch die kleinste Aufgabe war zu viel.
Oder ich keine Lust gehabt, diese zu machen (73-74)

Wenn sich alles ständig wiederholt, was muss dann noch behalten werden? Die Inhalte der Erwerbsarbeit

jeden füttern und waschen und Medikamente eingeben und lagern (96)
sind schnell beschrieben und schwer getan

Das ist wirklich sehr, sehr schwer mit alten Menschen überhaupt zurecht zu kommen.
Wie die völlig hilflos da liegen. (93-95).

Es gibt ein freundlich warmes, mädchenhaftes Erinnern an eine vergangene Zeit, die nicht genauer als mit ‚früher‘ bezeichnet werden kann

Früher war ich so,
das hab ich also wirklich gut machen können
und ich war immer nett und fröhlich und ausgeglichen (96-97).

Doch so harmlos wie dieses ‚früher‘ ausschaut, es weist über sich hinaus. Es ist das Scheidewasser, das die gegenwärtige (Arbeits-) Welt als schlecht entlarvt und damit, wie bei den Bremer Stadtmusikanten, die Auskunft gibt: Komm mit uns, etwas besseres als den Tod findest du überall.

Dadurch ist diese Sache,
dass mich das irgendwie,
dass ich das nicht mehr verkraften konnte.
Diese ständige Konfrontation mit leidenden Menschen.
Ich denke, ich muss das nicht unbedingt bis zu meinem Lebensende (das) sehen oder mitmachen. (99-102)

Das beharrliche Festhalten am einmal eingeschlagenen Weg und das Wiederholen der einmal festgelegten Lebensvollzüge ist die eine Ressource, mit der Frau S. ihr Leben meistert. Zu ihr gehört die Fähigkeit, Ansätzen zur Veränderung heftigsten Widerstand zu leisten und die Konflikte auszublenden. Die andere Ressource zeigt sich in der Struktur einer Erinnerung, die über sich hinaus treibt, indem sie sich Widersprechendes bewusst im Auge behält und Veränderungen anmahnt (siehe Assmann 1999 Kapitel I) Zwischen beiden Ressourcen liegt die Erkrankung als ein Ereignis, dass diese Neubesinnung angestoßen hat.

Interview 1/00)

Die Patientin ist 42 Jahre alt, arbeitet Teilzeit als Erzieherin in einem Kindergarten, verheiratet lebt mit ihrem Ehemann zusammen, 2 Kinder, die noch im Haushalt leben, Sozialschicht II

Die Asthmaerkrankung der Patientin begann so früh in ihrem Leben, dass sie sich an eine Zeit ohne Erkrankung nicht mehr erinnern kann. Mit der Pubertät verlieren sich die Symptome, und die Patientin wähnt sich genesen und beachtet weitere Asthmaanfälle nicht, die während ihrer Ausbildung zur Erzieherin im Alter von 18,19 Jahren auftreten. Frau K. spart die nächsten 10 Jahre, in denen sie heiratet und zwei Kinder bekommt, in ihrer Schilderung aus. Mit 28 Jahren, so berichtet sie, seien die Asthmasymptome wieder sehr deutlich aufgetreten, mit dreißig habe sie eine Teilzeitarbeit als Erzieherin aufgenommen und mit dreiunddreißig sei sie das erste mal zur >>Kur<< gefahren. Die Gründe, die zur Kur führten, beschreibt sie wie folgt:

Ähm, ich habe immer nur halbtags gearbeitet,
auch bewußt wegen meiner eigenen Kinder,
und, ähm, habe immer gemerkt,
dass ich auch gar nicht mehr arbeiten könnte.
Also wenn der Druck privat, finanziell, schlecht stehen würde,
würde ich sehr in Druck geraten.
Ich, äh, kann arbeiten und merke,
dass ich also fast jeden Mittag meine Medizin nehmen muss, schlafen muss
und dann irgendwie für den Nachmittag
für das, was ich in meinem Leben doch machen möchte, auch neue Kraft zu haben.
Ich, ähm, habe dann auch nicht immer an der einen Stelle,
sondern hab', als ich auch gemerkt habe,
dass ich, ähm, na doch, die Kräfte immer so am Rande sind,
zwischen durch immer pausiert,
Hab' nur Arbeitsstellen gesucht, wo dann nur Zeitverträge waren, ähm,
und habe dreiunddreißig das erste Mal einen Kurantrag gestellt (63-72)

Zwei Motive bestimmten demnach den ersten Kurantrag, zum einen, dass sie finanziell auf eigenen Beinen stehen wollte und daher auf ihre Erwerbsfähigkeit angewiesen war. Zum anderen war ihre Leistungsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt so gering, dass sie glaubte, sich nur befristete Arbeitsverhältnisse zumuten zu können und dazu noch am Nachmittag eine Ruhepause benötigte. Frau K. spricht wiederholt von >>Kur<<, was wörtlich übersetzt (von lt. cura) Sorge, Fürsorge, Pflege bedeutet, womit dann auch umschrieben wäre, was von der Patientin gesucht wurde. Die Behandlung hatte den gewünschten Erfolg, weshalb sie gegenwärtig innerhalb von 9 Jahren zum fünften mal an einer Kur teilnimmt.

und kam dann gleich hierher
und für mich kam schon 'ne große Wende mit der ersten Kur hier
einfach, weil das, andere Medikamente für mich herausgesucht wurden,
weil, ähm, also auch bessere,

also kann ich, muss ich dann daraus schließen,
 weil es mir, nachdem ich hierher kam
 das erste Mal sich in Verbindung mit der Luft hier,
 es mein ganzes Körpergefühl sich stabilisierte,
 dass ich, ähm, *damals* auch in Lüneburg, ähm, wo ich lebe,
 auch zum Lungenfacharzt gehe,
 der sich auch genau an die Dinge hält, die von hier eben mir mitgegeben werden,
 [...]
 Aber ich bin, grundsätzlich fühle ich mich stabiler.
 Seit ich, ähm, dreiunddreißig das erste Mal hierher kam
 und dann habe ich das ja auch,
 jetzt ist das meine fünfte Kur, immer wiederholt (73-86)

Die Patientin beschreibt, dass die Kur in vielfältiger Form positiv auf sie gewirkt habe. Sie kann nicht genau sagen, waren es die Medikamente, die Luft, der Arzt am Wohnort, der die hier eingeleitete Therapie fortführt, in jedem Fall ist sie sich sicher, dass sie sich stabiler fühlt, seit sie mit dreiunddreißig zum ersten mal an dieser Behandlung teilgenommen hat.

Die unmittelbare Fortsetzung ihrer Tätigkeit, mittlerweile hat sie eine dauerhafte Teilzeittätigkeit als Erzieherin inne, ist so selbstverständlich, dass sie nicht erwähnt wird. Ihre Aufmerksamkeit richtet sich auf eine Vollzeittätigkeit, für die sie sich auch schon beworben hat, bisher wurde sie allerdings wegen ihrer Asthmaerkrankung nicht eingestellt.

ich weiß, ich könnte nicht mehr arbeiten.
 Also, ich werde es irgendwann ausprobieren müssen,
 weil es irgendwann finanziell auch so dran ist,
 meine Kinder sind jetzt groß genug,
 also für die würde ich jetzt nicht mehr weniger arbeiten,
 aber ich hätte davor 'ne große Scheu, ähm,
 weil ich einfach ganz oft merke,
 dass ich, ähm, dann sehr erschöpft bin, mich hinsetzen muss und, ähm,
 habe 'ne Arbeitsstelle, wo ich die Leitung auch habe,
 wo ich die Verantwortung habe, und andere anleiten muss
 und eben die Kinder betreue, das ist eigentlich,
 mit zwanzig Stunden im Moment, so mein, mehr schaff' ich, würd'ich nicht schaffen.
 Glaube ich jedenfalls (90-97)

Die Schwierigkeiten, die sie mit dem Wunsch, ihre Arbeitszeit auszudehnen, hat, zeigt sich in ihrer doppeldeutigen Formulierung >>obwohl ich weiß, ich könnte nicht mehr arbeiten<<. In diesem Satz kann >>nicht mehr<< zum einen als unbestimmtes Zahlwort aufgefasst werden, sie kann also die Zahl ihrer Arbeitsstunden nicht erhöhen. >>Nicht mehr<< kann aber auch als Adverb gelesen werden mit der Bedeutung „ich bin am Ende meiner Kräfte, ich kann nicht mehr“. Auf diese, in jeder Hinsicht schmerzliche Erkenntnis reagiert Frau P. mit dem Wunsch, es gegen alles Wissen doch ausprobieren zu wollen, wie weit sie noch am Leben teilhaben kann. Die mit der Kur einhergehende Wende betrifft auch ihre Einstellung zur Teilhabe am Leben. Durch diese Kurmaßnahmen ist in Frau P. der Gedanke gereift, dass es auch für sie eine

Möglichkeit geben müsste, trotz Krankheit am Leben in einem breiteren Rahmen teilzunehmen, als das bisher der Fall war. In der Folge bewirbt sich Frau P. um Arbeitsstellen mit einem höheren Stundenvolumen, hierbei verschweigt sie ihre Asthmaerkrankung nicht und wird wegen dieser Erkrankung bei den Bewerbungsgesprächen abgelehnt.

Das Familienleben von Frau P. ist durch ihre Asthmaerkrankung gekennzeichnet. Als sie ihren Mann kennen lernte, war sie schon krank; die Kinder wurden in einen Haushalt mit einer kranken Mutter hineingeboren, so dass sie berechtigt feststellt

kenn' ich fast keinen Vergleich,
wie eine Lebenssituation sein könnte ohne diese Krankheit (155 – 156)

Sie schildert, dass ihr Mann und ihre Kinder in vielfältiger Form bei alltäglichen Arbeiten im Haushalt auf sie Rücksicht nehmen. Schließlich blickt sie resümierend auf ihr Leben und versucht einen Vergleich zur Lebensgestaltung von Freunden, die nicht krank sind.

Privat hat es sehr oft auch noch den Hintergrund,
dass ich einfach eingeschränkt lebe, weil ich manche Beziehungen nicht leben kann,
weil die Leute Tiere haben,
weil manches gar nicht [...] mitmachen kann, dass Freunde machen.
Und das empfinde ich manchmal schon auch doch als 'ne Einbuße in meinem Leben.
Das bedeutet für mich, dass ich mit meiner Krankheit öfters zum Arzt muss,
viel mehr freie Zeit auch aufbrauche mit dem, mich gesund zu halten, mich zu wieder stabilisieren
und das beobachte ich dann schon,
dass Freunde und andere Leute einfach mehr Zeit für sich haben, auch schöne Sachen zu machen,
wo ich sagen muss „ich kann nicht mit ins Kino kommen, bin zu kaputt“ oder so.
Und das finde ich schon schade. (171 – 180)

Die ihr von der Erkrankung aufgezwungen Einschränkungen der Lebensvollzüge werden punktgenau bezeichnet. Die Krankheit kostet Zeit. Zeit für den Arzt, Zeit für Behandlung, Zeit für zusätzliche Ruhepausen, und so bleibt von ihrem Zeitbudget für den sozialen Austausch weniger übrig, als das bei gesunden, gleichaltrigen, teilzeitbeschäftigten Frauen der Fall ist. Das durch die Krankheit bedingte Vermeidungsverhalten

weil ich manche Beziehungen nicht leben kann,
weil die Leute Tiere haben (172 – 173)

kommt additiv noch dazu, so dass ihr Leben, wie schon in der Kindheit, schwerpunktmäßig um die Pole: Ruhephase, Arzt und Therapie kreist. Ihre Bewertung dieses Umstandes

das empfinde ich manchmal schon auch doch als 'ne Einbuße in meinem Leben (166-167)
verbindet eine abgeklärte Distanz mit einer resignativen Einsicht in das Unvermeidliche.

Zentrale biographische Themen

Frau K. hat nur ein Thema, die alltagspraktischen Auswirkungen ihrer Erkrankung, wovon sie mehrfach berichtet:

- Die Einschränkungen der Kindheit.
- Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit im Haushalt.
- Die eingeschränkten Kontakte in der Freizeit zu Freunden und Bekannten.
- Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei der Arbeit als Erzieherin.
- Die diskriminierenden Erfahrungen bei der Suche nach einer Vollzeitstelle.

Vierzig Jahre Leben mit der Krankheit haben Frau P. gezeigt, dass es ein Leben nur mit der Erkrankung und nicht gegen die Erkrankung geben kann. Es gelingt ihr jedoch nicht, zu erkennen, dass sich dieses Zirkuläre – nur in einer anderen Form – auch im Leben der „Normalgesunden“ wiederholt. Sie stellt heraus, dass sie durch die Erkrankung zu einer Sonderexistenz genötigt wird, dass sie aus der Welt der „Normalen“ ausgeschlossen wird. Und so blickt sie als Erwachsene mit den gleichen sehnsüchtigen Augen auf das Leben der anderen, wie sie das schon als Kind getan hat. Und in diesem Umstand ist eine Entwicklungshemmung beschlossen, weil es ihr so nicht möglich ist zu erkennen, dass sich ihr Leben von dem der anderen unterscheidet, ohne deshalb defizitär zu sein.

Der Sinnüberschuss und die generativen Muster der Erzählung

Der Hintergrund, auf dem Frau K. ihre Geschichte zeichnet, ist das „ungelebte Leben“, das Leben, von dem sie annimmt, all die Gesunden hätten es. Es ist gleichzeitig das Leben, das ihr durch die Erkrankung vorenthalten wird und in dem sie die Dinge tun könnte, die ihr jetzt versagt sind. Es wurde schon darauf hingewiesen, dass die Fülle des ungelebten Lebens „in unvorstellbarem Maße das kleine Stück [des, WLD] wirklich Gelebten und Erlebten“ (V. v. Weizsäcker zitiert nach Raabe 2000, S. 19) übertrifft, doch für die chronisch Kranke und leistungseingeschränkte Patientin kommt zu dieser Tatsache hinzu, dass ihr bestimmte Erfahrungsmöglichkeiten durch die Krankheit verschlossen sind, und gerade auf diese bezieht sie ihr Denken und Handeln. All ihre Aussagen beziehen ihre inhaltliche Zuordnung, ihren Sinn aus der Tatsache, dass sie sich als abweichend von einem normal gesunden Zustand abheben, den sie gerne erreichen möchte.

Ja, also es ist ja in meinem Leben so, privat und beruflich,
dadurch dass ich es von klein aus habe, äh
kenn' ich fast keinen Vergleich, wie eine Lebenssituation sein könnte ohne diese Krankheit.
Äh, mein Mann hatte mich so kennegelernt,
hatte von Anfang an gewußt, aber es ging dann auch ziemlich bald, dass es klar war
oder aus Erzählungen meiner Mutter „oh, Lydia, war viel krank“
und, äh, es ist eher so, dass ich,
weil ich selber einen sehr hohen Anspruch habe, gesund und fit und mobil zu sein,

natürlich dann auch den privaten Bereich, äh, anders haben möchte. (154 – 160)

Die Ressourcenorientierung

Ihre Ressourcen liegen ganz eindeutig in der langfristigen Planung und Strukturierung des Alltags, da ihr anders ein Überleben nicht möglich wäre. Diese Fähigkeit zeigt sich am deutlichsten in dem Umstand, dass es ihr gelungen ist in 9 Jahren 5 Rehabilitationsmaßnahmen in der Schweiz bewilligt zu bekommen, was weit jenseits des Regelhaften liegt.

Interview 4/99)

Der 55jährige Patient arbeitet seit seiner Lehre im selben Familienbetrieb (10 Mitarbeiter) als Autolackierer, verheiratet, lebt mit seiner Frau zusammen, ein erwachsenes Kind lebt noch im Haushalt. Die Ehefrau ist erwerbstätig. Sozialschicht II

Die schmerzhafter Bewegungseinschränkung des Patienten hat eine lange Vorgeschichte. Vor 20 Jahren stürzte er unglücklich. Während des nachfolgenden Krankenhausaufenthaltes wurde er von den Ärzten darauf hingewiesen, dass es in der Folge der Sturzverletzung später einmal zur Arthrose kommen werde. Seit diesem Sturz hat sich der Patient zwei orthopädischen Operationen unterzogen, er hat mehrfach an einer medizinischen Heilbehandlung teilgenommen. Der aktuelle Aufenthalt wurde vom medizinischen Dienst der Krankenkasse veranlasst, da der Patient wegen der Schmerzen, die ihm seine Arthrose verursacht, schon mehr als acht Monate arbeitsunfähig krank ist.

Ja, und die Schmerzen, und ich muss halt immer mehr Medikamente nehmen.
Ich muss jetzt, täglich muss ich jetzt die Rutarenritard [Voltaren Retard,WLD], die starken Tabletten nehmen.
Die wirken erst nach 2-3 Stunden.
Und dann gings so einigermaßen
aber jetzt kam ja die Arthrose noch dazu, und gegen die Arthrose helfen die Tabletten gar nicht.
Der Arzt hat zu mir gesagt, der Orthopäde zu Hause,
ich kann Ihnen stärkere verschreiben,
dann sag ich
ja das nützt ja auch nichts, dann mach ich ja den Magen oder was anderes kaputt.
Das geht ja auf die Leber und überall.
Dann muss ich das halt so aushalten.
Vorläufig mal,
vielleicht kommt irgendetwas anderes noch,
ich weiß es nicht. (95 – 102)

Der Patient war bisher als Autolackierer tätig. Diese Beschäftigung erfordert eine gute Beweglichkeit und ist stets mit Arbeiten in der Hocke und in vornüber gebeugter Haltung verbunden. Um diese Tätigkeiten täglich ausüben zu können, nimmt der Patient seit 20 Jahren Schmerzmittel ein. Bereits vor 10 Jahren, nach zwei Knieoperationen, hat sich der Patient auf Anraten seiner Ärzte an seinen Chef gewandt.

Und damals nach meiner 2-maligen Operation am Knie
kams von der Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Arbeitsamt,
haben alle gesagt, ich brauch unbedingt eine Hebebühne.
Bin ich zum Chef hin,
Chef hat sich gewehrt mit Händen und Füßen, sagte, er kann die Hebebühne nicht kaufen.
Bin ich wieder gegangen,
hab da rumgefragt, hab ich mich selber bemüht,

bei anderen Firmen geschaut, wie das eigentlich ist und wie teuer die sind.
 Und der Arzt hat damals von der LVA von Stuttgart einen Brief geschrieben,
 also ich könnt auf meinem Beruf nicht mehr arbeiten wegen meinem Knie.
 Weil ich ja immer in die Hocke muss und knien und beugen.
 Der hat gesagt, stehen, sitzen, gehen, das wär so,
 das ist nicht möglich, das ist überhaupt nicht möglich.
 Ich bin immer entweder auf den Füßen oder auf den Knien, immer in gebeugter Haltung.
 Dann haben sie so einen Motorraum, da sind sie immer so halb gebückt,
 das ist gerade das Gift.
 Und wenn sie am Auto selber was haben auf der Seite, dann müssen sie immer seitlich
 runter.
 Was soll ich Ihnen da mehr erzählen. (75 – 87)

Während der aktuellen Behandlung wird er vom Rehabilitationsfachberater der Landesversicherungsanstalt (LVA) erneut zum Kontakt mit seinem Chef aufgefordert, um mit diesem über die Möglichkeiten einer Verkürzung seiner Arbeitszeit zu sprechen. Doch der Patient hat wenig Hoffnung, dass sich das Ergebnis seiner Bemühungen dieses Mal vom letzten Mal unterscheidet, ja, er möchte dieses Gespräch gar nicht wahrnehmen. Zu Beginn der medizinischen Rehabilitation ging der Patient davon aus, dass ihm zum Ende der Maßnahme die Rente empfohlen würde. Zumindest hatte er seine Hausärztin und die Mitarbeiter bei der Krankenkasse so verstanden.

Ja, ich hab mir vorgestellt,
 dass da evtl. mehr vielleicht rauskommen könnt,
 weil die Ärztin hat mir damals schon gesagt, also,
 und die Frau bei uns von der Krankenkasse,
 wenn's nimmer anders geht,
 dann müssen wir Sie in Rente schicken.(180 – 182)

Zum Ende der Behandlungszeit ist ihm klar, dass er eine gewisse Chance auf die Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente hat. In diesem Falle wäre er auf einen Zuverdienst angewiesen, um das Familieneinkommen stabil zu halten¹⁷. Seine Überlegungen, wie er zu einer solchen Stelle kommen könnte, sind gänzlich vage. Mit seinem gegenwärtigen Chef möchte er nicht sprechen. Er träumt davon, dass ihm seine Frau, die bei einem Krankentransportunternehmen beschäftigt ist, dort eine Arbeit als Fahrer besorgen könnte. Überlegungen, wie er durch Eigeninitiative zu einer Stelle finden könnte, werden an keiner Stelle erwähnt.

¹⁷ Herr B. wurde seitens der LVA-Berater nicht darüber informiert, dass seit einem 1976 ergangenen BSG Urteil , der Bezug von Erwerbsunfähigkeitsrente (EU) nicht nur durch den Gesundheitszustand bedingt sein kann, sondern auch durch die Nichtverwertbarkeit der verbliebenen Fähigkeiten am Arbeitsmarkt bei einer Berufsunfähigkeitsrente (Voges 1994: 16-24). Was in seinem Fall bedeutet: gelingt es der Arbeitsverwaltung nicht, ihm eine leidensgerechte Teilzeittätigkeit zu vermitteln, muss ihm der Rentenversicherer die höhere EU-Rente zahlen.

Von aktiven Freizeitmöglichkeiten berichtet der Patient nur in negativer Form:

Ja, sicherlich, ich hab mehrere Sportarten gemacht,
ich war im Schützenverein, war in 2 Kegelvereinen,
musste ich alles aufgeben.

Im Kreuz, kegeln geht nimmer,

Schützenverein, länger Stehen, über ne Stunde 1 ½ Stunden, geht nimmer (115 – 117)

Der Patient ist über die Krankheit einsam geworden. Die Freunde aus dem Kegelklub und dem Schützenverein hat er verloren. Die häusliche Situation scheint stabil in einer Ehe, in der beide Partner einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Einem aktiven Eintreten für eine Arbeitszeitverkürzung oder einem Arbeitsplatzwechsel weicht er aus. Sein Handlungsentwurf zur Lösung seines Integrationsproblems besteht aus dem Wunsch, seine Frau möge für ihn einen leidensgerechten Arbeitsplatz finden und die LVA möge ihm gleichzeitig die Berufsunfähigkeitsrente gewähren. Über dieses Wünschen hinaus berichtet er von keinen weiteren Überlegungen. Dieser Handlungsentwurf zur Rückkehr ins Berufsleben ist unvollständig, er enthält phantastische Elemente, von denen auch der Patient nicht annehmen kann, dass sie zum gewünschten Erfolg führen. Die Gefährdung des Erhalts der beruflichen Eingliederung ist absehbar. Im Rahmen einer Nachbefragung vier Monate nach dem Interview sieht sich der Patient als Hausfrau¹⁸, er war noch immer arbeitsunfähig und hatte Rente beantragt.

Zentrale biographische Themen

Herr B. erzählt die Geschichte seines Leidens. Eine Geschichte die fast so lange ist wie sein Berufsleben. Die Leidensgeschichte und die Berufsbiographie haben sich so übereinander geschoben, dass er sie schon gar nicht mehr von einander trennen kann. Herr B. ist über die Krankheit einsam geworden. Die Freunde aus dem Kegelklub und dem Schützenverein hat er verloren und seine Frau findet nur sehr zufällig Erwähnung. Seine Erzählung bevölkern auf der einen Seite die Ärzte, Mitarbeiter von Krankenkasse und Berufsgenossenschaft, Vertreter der LVA und auf der anderen Seite der Chef, dem sein Leid nichts bedeutet und dem nur an seinem Funktionieren gelegen ist.

Wie und wieso er die Qual einer Berufstätigkeit, die ihm nur Schmerzen verursachte, über so lange Zeit durchgestanden hat, weiß er nicht zu sagen. Er hat Schmerzmittel genommen, starke Schmerzmittel, wie er betont, womit er wohl ausdrücken will, dass man unter Einfluss

¹⁸ Die Kategorie >>Hausmann<< war im Rückfragebogen nicht vorgesehen.

von Schmerzmitteln nicht nur den Schmerz, sondern auch die Welt und das Leben nicht wahrnimmt.

Gut geht es ihm, wenn er in seiner Wohnung ist und ruhig aus dem Fenster schauen kann. Er wünscht sich die Rente, dann hätte die Quälerei ein Ende, doch er erfährt: so einfach wird das nicht gehen. Es wird bestenfalls eine Teilrente werden, wenn der Chef mitspielt. Seine Zukunft ist düster „Da geht nichts!“, wie er selbst sagt.

Der Sinnüberschuss und die generativen Muster der Erzählung

Der Hintergrund, auf dem die Erzählungen sich abbilden, ist weiß getüncht. Das was den Hintergrund ausmachen könnte, die Kontinuität, die das Leben des Herrn B. kennzeichnet und die in der lebenslangen Beschäftigung bei einem Unternehmen einen deutlichen Ausdruck findet, wird abgeschwächt durch den Einfluss der Schmerzmittel, die er offensichtlich schon 20 Jahre lang nimmt. Die Schmerzmittel unterdrücken die Wahrnehmung der Schmerzen, aber darüber hinaus mindern sie auch die Bedeutung jeder anderen Wahrnehmung, so dass sich die Erzählungen des Herrn B. auf einem artifiziellen Schirm abbilden, der durch die Behandlungsform seiner Erkrankung mitgestaltet wurde. Auf diesem Schirm wird jedes Detail, dass von Herr B. erzählt wird, in all seinen Facetten sichtbar, weil keine Erinnerung, keine Assoziation, keine Vorliebe und keine Wut verstärkend oder trübend auf dieses Bild Einfluss nimmt, was sicher auch als Ausdruck der einfachen Struktur des Patienten gedeutet werden darf.

Der Wunsch nach Kontinuität und der Schmerzmittelgebrauch haben sich gegenseitig stabilisiert. Indem der Patient jetzt eine weitere Dosissteigerung der Schmerzmittel verweigert, kommt es zur Unterbrechung der Beschäftigung, zur Arbeitsunfähigkeit, zur medizinischen Behandlung, zur Beendigung der kontinuierlichen Beschäftigung.

Die Ressourcenorientierung

Über die Jahre haben die Schmerzen und die ihnen zugrundeliegende Erkrankung Herrn B. zur Aufgabe vielfältiger Sozialkontakte genötigt, das heißt, er hat sich zunehmend mehr auf Kontakte zu seiner Frau und seinem Kind reduziert. Seine Außenkontakte und seine Kontakte in der Familie haben sich einander angenähert. Damit dürfte sich die Bedeutung der Familie und hier besonders seiner Frau für den Patienten stetig erhöht haben. Bei der Lösung der Frage: wie geht es nach dem Aufenthalt weiter, setzt er auf seine Frau. Seinen eigenen Aktivitäten, soweit sie über das Einnehmen von Schmerzmitteln und die Fortsetzung der Erwerbstätigkeit

hinausgehen, traut er keinen Erfolg zu. Mit einem Wort: die Ressourcen des Patienten liegen außerhalb seiner Person: in den Medikamenten und den Menschen, die ihn stützen.

Die Ressourcen des Herrn B. in bezug auf seine Erwerbstätigkeit sind schon seit Jahren aufs engste mit der Einnahme von Schmerzmitteln verknüpft. Mit ihrer Hilfe hat er über zwanzig und mehr Jahre eine Tätigkeit ausgeübt, für die er physiologisch schlecht gerüstet war.

der Arzt war lustig, der hat gesagt,
ja Herr B., es gibt zweierlei Knochen, eine für 5,- DM und welche für 3,- DM,
Sie haben welche für 3,- DM.(39-41)

Er hat gearbeitet trotz ungünstiger Arbeitsbedingungen, und er hat auch nicht aufgehört, als er sich nach einem Unfall noch weitere Einschränkungen der Bewegungsorgane zugezogen hatte.

Interview 7/99

Der Patient ist 48 Jahre alt, arbeitet in einer Bundesbehörde als Abteilungsleiter. Sozialschicht II. Verheiratet, 2 Kinder. Das älteste Kind ist bereits verheiratet und lebt nicht mehr im Haushalt, das jüngere Kind ist 14 Jahre alt und besucht die Schule. Die Ehefrau ist nicht erwerbstätig

Etwa 6 Monate vor der akuten Erkrankung wurde der Patient auf seinen jetzigen Dienstposten befördert. Seit dieser Zeit war er kaum noch zu Hause. Viel Zeit verbrachte er auf Fortbildungsveranstaltungen, um sich auf seine neue Aufgabe vorzubereiten, und darüber hinaus verpflichtete ihn seine neue Aufgabe zur Wahrnehmung einer Vielzahl von Terminen, bei denen er am Abend nicht nach Hause zurückkehren konnte.

Gut, ich muss sagen, bei mir ist nur eins eingetreten.
Seit Dezember habe ich eine neue Tätigkeit begonnen.
Bisher war ich verantwortlich für die Karteiführung im Amt.
Diese ganzen zigtausend Akten zu verwalten bis hin die ordnungsgemäß dann aufzulösen, wenn dann die Zeit abgelaufen ist und so weiter.
Und jetzt im Dezember bin ich aufgestiegen und wurde Fachgebietsleiter (252 – 256)

Da muss man dann natürlich auch in diese Lehrgänge,
zum sich quasi erst mal das Grundlagenwissen aneignen hier,
dass man dann auch darauf aufbauen kann.
Und das war also jetzt die erste Zeit,
war natürlich schon mal, so schnell wie möglich auf dem breiten Feld so viel wie möglich Grundlagen heranzubekommen.
Deshalb war ich jetzt dieses Jahr fast bloß unterwegs hier.
Und jetzt kam das noch dazu
und das war natürlich familiär noch schwieriger,
wenn ich erst Anfang des Jahres fast nur unterwegs war
und jetzt wieder unterwegs.
Ich hab also im ersten Halbjahr fast nicht zu Hause zugebracht.
Und das war natürlich eine schwierige Situation momentan. (267 – 275)

Immer wiederkehrende Bewegungseinschränkungen durch „Blockade“, aber auch durch immense Schmerzen bestanden schon seit mehreren Jahren. Da sich diese Einschränkungen bisher durch ärztliche Interventionen rasch beheben ließen, schenkte der Patient diesen Symptomen keine größere Bedeutung. Auch bei der akuten Erkrankung setzte er nach einer ersten Behandlung in der Notaufnahme einer Klinik seine Berufstätigkeit solange fort, bis die Bewegungseinschränkungen ein solches Maß erreicht hatten, dass ihm nur noch durch eine Operation geholfen werden konnte. Im nahtlosen Anschluß an die Bandscheibenoperation in der Akutklinik kam es zur Verlegung in das Rehabilitationskrankenhaus.

Während der jetzt zu Ende gehenden rehabilitationsmedizinischen Behandlung blickt er voller Unruhe auf den Tag, an dem er wieder zur Arbeit zurückkehrt. Er fürchtet, dass er bei gleichen Anforderungen seines Arbeitgebers und gleich hohem Einsatz seiner Person wieder krank werden könnte. Zwar sagt er sich, dass man ihm am Anfang eine Schonfrist einräumen werde, doch schon bald werde das vergessen sein, und er werde wieder die Leistung bringen müssen wie zuvor, wenn er nicht aufs Abstellgleis geschoben werden wolle.

wenn man dann eben in dieser Leistungsgesellschaft drin ist,
dann heißt es hier,
Sie müssen ja, Sie können ja.
Gut, ich sehe es jetzt gerade in meinem Bereich,
ich bin halt der Fachgebietsleiter,
das heißt, die Verantwortung liegt dann doch auf den Schultern.
Dann kann ich natürlich auch nicht sagen,
Entschuldigung, das kann ich momentan gerade nicht (117 – 121)

...
das sehe ich halt,
dass ich eher die Zähne zusammenbeißen werde und sagen werde:
„Da, passt, kriegen wir hin“,
als dass ich dann einen Schritt nach hinten mache und sage:
„Dann gehen Sie eben auf's Abstellgleis.“ (128 – 131)

Um seine Befürchtungen vor dem erneuten Auftreten von Schmerzen in den Griff zu bekommen, wünscht er sich von den Ärzten der Klinik Hinweise auf äußerst effektive Physiotherapeuten außerhalb der Klinik, die ihn vor diesem Schicksal bewahren. Doch auch nachdem er diese Gedanken vielfach hin und her gewendet hat, ergibt sich ihm keine Vorgehensweise, mit der er die Stabilisierung seiner beruflichen Position, die Bewältigung der an ihn gestellten Forderungen in Beruf, Familie und Freizeit und seine körperliche Integrität bewahren könnte.

In seiner gegenwärtigen Funktion als Abteilungsleiter ist Herr H. erst seit 6 Monaten tätig. Er sieht diesen beruflichen Status noch als sehr labil an und geht nicht davon aus, dass er sich schon jetzt – ohne Gefährdung seiner beruflichen Stellung – auf eine Schonposition zurückziehen kann.

Die häusliche Situation ist durch ihn, den dominanten Mann, bestimmt. Die Ehefrau ist seit der Heirat nicht berufstätig. Durch die Erkrankung und den bereits einen Monat dauernden Klinikaufenthalt des Ehemanns wird die Bedrohung sichtbar, der die bürgerliche Existenz der Familie ausgesetzt ist. Der Patient beschreibt die Situation:

Ja, die Familie.
Meine Frau hat es jetzt insoweit zu spüren bekommen,
dass sie von heute auf morgen quasi die Hauptverantwortung mitübernehmen musste, [...] Wir haben gesagt, sie erledigt hauptsächlich den häuslichen Teil

und ich erledige so, was papiermäßig und was schreibmäßig alles zu erledigen ist (188 – 192)

Der Patient wohnt am Rande einer mittelgroßen Industriestadt im Eigenheim. Er ist über Vereinsmitgliedschaften in den Ort und über Freundschaften in die Nachbarschaft integriert. Mit Blick auf seinen heranwachsenden Sohn hat er große Schwierigkeiten, seine zukünftig eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit anzusprechen, wenn dieser ihn fragt, wann sie denn wieder miteinander Fußball oder Tennis spielen werden. Da er im Sportverein seiner Gemeinde aktiv war, sieht er hier Auseinandersetzungen auf sich zukommen, wenn er sich aus dem aktiven Sport zurückzieht, aus Angst vor zukünftigen Verletzungen.

Der Patient ist gut ausgebildet (abgeschlossenes Fachhochschulstudium), aufgrund seiner Ausbildung kann er seinen beruflichen Aufstieg zum Abteilungsleiter realisieren, er lebt in gesicherten familiären Verhältnissen und ist nicht von Entlassung bedroht. Doch der Patient sieht durch die Erkrankung seine bürgerliche Existenz bedroht: wenn er nicht mehr voll leistungsfähig ist, fürchtet er, beruflich aufs Abstellgleis geschoben zu werden. Wenn er sich körperlich schonen muss, geht er davon aus, den Kontakt zu seinem Sohn und zu den Vereinskameraden zu verlieren. Seine Stellung innerhalb der Familie gerät ins Wanken, wenn er wichtige Entscheidungen an seine Frau delegieren muss. Zur Lösung all dieser konflikthaften Situationen hat er nur eine Idee: wieder so gesund werden, wie er es vor Jahren einmal war, und da ihm diese Möglichkeit nicht zu Gebote steht, deutet sich in seinen vielen Fragen: „wie geht es denn weiter?“ bereits die Möglichkeit des Rückzugs aus dem Erwerbsleben an.

Um seine berufliche und soziale Wiedereingliederung problemlos zu gestalten, setzt der Patient auf die *restitutio ad integrum*, was in seinem Fall ein Wunschbild ist. Mit diesem berufsbiographische Handlungsentwurf zur Rückkehr an seinen vormaligen Arbeitsplatz greift er für die Lösung des Problems auf ein Wunschbild zurück, das ihm tatsächlich nicht zur Verfügung steht; dieser Handlungsentwurf führt daher auch nicht geradlinig zum geplanten Ziel, der Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz.

In der fünf Monate später durchgeführten Nachbefragung gibt der Patient an, erst 11 Wochen nach der Klinikentlassung zur Arbeit zurückgekehrt zu sein, seither sei er nicht mehr krank gewesen. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz erfolgte also deutlich zeitversetzt zur Entlassung aus der Klinik, es kann bereits von einer Gefährdung des Erhalts der beruflichen Eingliederung gesprochen werden.

Zentrale biographische Themen

Zwei Themen bestimmen die Erzählung. Zum einen die Geschichte seiner Erkrankung, die auch die Rahmenhandlung für die anderen Erzählanteile bildet. Zum anderen die Beschreibung der Ansprüche die am Arbeitsplatz und in seiner Freizeit an ihn gestellt werden. Die Bewältigung der Ansprüche führte ihn in die Krankheit, sein Festhalten an der Verpflichtung auch in der Zukunft, die an ihn gestellten Ansprüche abzuarbeiten, erschweren ihm den Rollenwechsel vom Kranken zum wieder leistungsfähigen Mitglied der Gesellschaft. Im Zentrum steht die Person des Erzählers, die sich von Ansprüchen umzingelt sieht, und die mit und durch die Krankheit eine „Auszeit“ genommen hat.

Der Sinnüberschuss und die generativen Muster der Erzählung

Herr H. sieht sich von Ansprüchen umzingelt und kann nicht bemerken, dass diese Ansprüche Teil seiner Person sind. Dieses Pflichtbewusstsein des Herrn H. öffnet allen Anforderungen, die sich ihm von außen nähern, die Tore, so dass er sich nur noch durch totale Unterwerfung unter die Ansprüche zu helfen weiß. Wobei ihm gleichzeitig bewusst ist, dass diese Kapitulation zu weiteren Forderungen einlädt, denen er nicht genügen kann. In jeder Mitteilung über die Erkrankung ist eine Mitteilung über die „Pflicht“ enthalten.

Durch das, dass ich auf der Dienstreise war,
habe ich natürlich die Dienstreise auch nicht unterbrechen können,
habe das [die sehr schweren Rückenschmerzen, WLD] hintenan gestellt und gewartet,
bis diese Dienstreise zum Abschluss kommt.(12-15)

...

Damit habe ich jetzt natürlich noch einmal
das Dienstliche wichtiger gehalten als meinen privaten Bereich(22-23)

...

weil ich nicht unmittelbar aus dem Berufsleben rausgehen konnte,
ich bin Fachgebietsleiter in diesem Amt,
musste also meinem Vertreter gewisse Sachen kurzfristig übergeben,
dass er wenigstens in der Akte von diesem Bereich Bescheid weiß,
was alles anliegt hier(36-39)

Alle Bewegungen seiner Erzählung finden vor dem Hintergrund dieses Pflichtgefühls statt, dem sich Herr H. resignativ ergeben hat. Das sich stets wiederholende grundlegende Muster sieht wie folgt aus: Der Patient trifft auf familiäre, berufliche, nachbarschaftliche Ansprüche, die seine schon bestehende normenkontrollierte Grundeinstellung verstärken, weshalb er im nächsten Schritt die Ansprüche als gerechtfertigt akzeptiert. Dass er mit den sich aus dem körperlichen Verschleiß ergebenden Folgen alleine gelassen wird, gehört zum zirkulären Abschluss dieses Ideengebäudes.

Da wird dann keiner mehr Rücksicht nehmen auf dieses körperliche Gebrechen,
wenn man es mal so bezeichnen kann, hier.(102-103)

...

da wird so ein Fall krankheitsbedingt natürlich sich auch negativ auswirken,
in der Gestalt, dass man so irgendwann vielleicht sagt:
„Ja, wenn man Sie nicht belasten kann, müssen Sie halt irgendwo in einen Bereich,
wo weniger Belastung stattfindet.“(127-131)

...
ich hab immer gesagt,
nicht nachdenken, es hilft nicht weiter
sondern man muss einfach sagen, es ist passiert.
Wie kommt man wieder in der Sache weiter.(251-253)

Die Ressourcenorientierung

An von ihm getroffenen Entscheidungen festzuhalten und auch die Konsequenzen der Entscheidung zu tragen ist die Ressource, die dem Patienten zur Verfügung steht. An seiner Entscheidung zur Operation, die er zunächst mehrfach hinauszögert, zeigt sich diese Fähigkeit:

an diesem Wochenende hat sich das dann weiter verschlechtert,
so dass ich dann erneut mich in der Notaufnahme vorgestellt habe
und gesagt habe,
es geht nicht mehr(31-33)

Diese Standhaftigkeit zu einer Schwäche, wenn sie mit seiner geringen Planungs- und Handlungsfähigkeit gekoppelt auftritt, denn seine Konsequenz verpflichtet ihn auch an falschen Entscheidungen festzuhalten, was dazu führt dass er sein Handeln so lange wie möglich hinauszögert, um nur ja eine richtige Entscheidung zu treffen. Zum Zeitpunkt seiner Entlassung aus der Klinik wird das sich hieraus ergebende Handlungsdefizit offenkundig:

Gut, also wie gesagt,
das Hauptübel, was ich jetzt momentan sehe ist halt,
wie geht es weiter, wenn ich jetzt rauskomme hier?
Ich hoffe, dass ich bei der Abschlussuntersuchung
wenigstens noch vom Arzt ein paar Worte mitbekomme
und dann letztendlich vom Hausarzt. (149 – 152)

Idealtypen

Die 26 Interviewteilnehmer und Teilnehmerinnen des Jahres 1999 wurden zum Ende des Interviews gefragt, ob Sie bereit wären ihre Anschrift mitzuteilen, damit sie nach 5 Monaten schriftlich zum Fortgang ihres Lebens befragt werden können. 13 der 26 Interviewten entsprachen dem Wunsch und wurden im Oktober/November 1999 angeschrieben. 10 von 13 Angeschriebenen antworteten. Von vier der fünf bisher dargestellten Interviews wurde so der Zeitpunkt ermittelt, zu dem diese Personen zur Arbeit zurückgekehrt sind. Im fünften Fall (Interview 1/00) nahm die Patientin zum fünften Mal innerhalb von 9 Jahren an einer stationären medizinischen Rehabilitation teil, viermal ist sie unmittelbar nach Abschluss der Maßnahme zur Arbeit zurückgekehrt; es spricht nichts dafür, dass sie sich dieses mal anders verhalten hat.

Jedes der fünf Interviews wurden im Abschnitt „Biographische Diagnostik“ entlang der als bedeutsam erkannten Eckpunkte (siehe S. 58) rekonstruiert.

- Wie kam es zum Aufenthalt in dieser Klinik?
- Welche Pläne hat der Patient nach der Entlassung?
- Welcher Berufstätigkeit geht der Patient nach?
- Wie verbringt der Patient seine Freizeit?
- Welche Lebensform hat das Privatleben der Patienten?

Die für die Darstellung ausgewählten Fälle machten zum Rückfragezeitpunkt folgende Angaben zu ihrem Rückkehrverhalten:

INTERVIEW	SEX	ALTER	Rückkehr zur Arbeit
2/99	Weibl.	52	Am Tag nach der Entlassung aus Klinik
1/99	Weibl.	58	Seit Entlassung arbeitsunfähig krank
1/00	Weibl.	42	Wurde nicht nachbefragt
4/99	Männl.	55	Seit Entlassung arbeitsunfähig krank. Rentenantrag gestellt
7/99	Männl.	48	Kehrt nach 11 Wochen zur Arbeit zurück

Abbildung 5, Rückkehr zur Arbeit nach 5 Monaten

In einem ersten Schritt soll nun jedes Interview auf die Momente hin betrachtet werden, die für das Rückkehrverhalten als bedeutsam angesehen werden können.

Interview 2/99

Die Erzählung der Patienten ist bestimmt von ihren exakten Planungen. Nach dem Motto >>Gefahr erkannt, Gefahr gebannt<< erzählt Frau H. ihre Krankengeschichte. Doch auch in Bezug auf ihre Arbeit wird deutlich, dass sie zielgerichtet und zupackend verfährt, selbst wenn sie dadurch mit ihren Kolleginnen Ärger bekommt. Die Arbeitsinhalte bereiten Frau H. offensichtlich Freude, wobei sich zu dieser Freude auch der Stolz gesellt, die vielfältigen Anforderungen, denen sie sich an ihrem Arbeitsplatz konfrontiert sieht, stets bewältigt zu haben. Bei der Erledigung der Arbeitsaufgaben verbraucht Frau H. nur so viel Kraft, dass sie am Abend für Freizeitaktivitäten noch genügend Energien übrig hat und im Rückblick auf Arbeit und Freizeit sich mit beidem zufrieden zeigt. Ihr Wunsch zur Arbeit zurückzukehren ist überdeutlich, und nachdem die Ärzte in der Klinik ihr von einer sofortigen Arbeitsaufnahme abraten, was ihr nicht so gut gefällt, hat es den Eindruck, als suche sie sich eine Ärztin, die sie in ihrem Wunsch zur Arbeit zurückzukehren unterstützt.

Zusammenfassend: Die Freude am Arbeiten, die Fähigkeit Beabsichtigtes auch zu erreichen, das Ausgewogene Verhältnis von Anspannung während der Arbeit und Entspannung außerhalb der Arbeit kennzeichnen dieses Interview. In der sofortigen Arbeitsaufnahme setzen sich diese Fähigkeiten fort.

Interview 1/99

Dieser Fall kontrastiert scharf zu dem gerade geschilderten. Die Patientin formuliert schon in den ersten Sätzen ihr Anliegen

ich möchte eigentlich, ich bin elendig genug, Rente, wenn's geht.(26-27)

Die Behandlung hat sie über sich ergehen lassen, die Ärzte haben >>Knoten entfernt<< und >>Lymphknoten aus den Achselhöhlen rausgeholt<< und in die Klinik, in der das Interview stattfand, kam sie, weil >>nach so was gehört auch eine Abschlussheilbehandlung<<, Frau S. hat die Behandlung ertragen und ist jetzt froh sich in der Klinik erholen zu können. Von ihrer Arbeit erinnert sie die Arbeitshetze, die unbefriedigenden Arbeitsinhalte, mit einem Wort, dass sie diese Arbeit gerne los wäre. Sie hat auch schon einmal mit ihren Vorgesetzten über eine Versetzung in eine andere Abteilung gesprochen, als ihr Wunsch nicht aufgenommen wurde, hat sie keinen zweiten Anlauf unternommen, um ihr Ziel zu erreichen. Außerhalb der Arbeit ist ihr Leben so trist wie während der Arbeit, was sie mit der Bemerkung >>Ich habe einen Hund und mein Mann halt dazu.<< andeutet. Die einzige Freizeitaktivität, von der sie berichtet, ist

das Spazieren gehen mit dem Hund. Schon vor der Erkrankung wollte Sie die Rente, und jetzt möchte sie auf keinen Fall zur Arbeit zurück, und so nimmt es nicht wunder, dass sie zum Zeitpunkt der Nachbefragung noch immer arbeitsunfähig krank ist.

Zusammenfassend: Frau S. vermittelt den Eindruck als sei sie mehr Ball im Getriebe als der planende Motor ihres Lebens. Sie lässt die Behandlung über sich ergehen, wie sie die Arbeitsinhalte und die Arbeitsumstände ertragen hat. Ihr Leben außerhalb der Arbeit ist trist und leer. Ihre Hoffnung auf die Zukunft ist von dem Gedanken bestimmt, nicht mehr zur Arbeit zurückzukehren.

Interview 1/00

Mit diesem Interview wird ein neuer Erkrankungstypus beleuchtet: Personen, bei denen die Erkrankung schon lebenslang besteht, Personen, für die das Leben mit der Krankheit zur Selbstverständlichkeit geworden ist und die gerade deshalb Phantastisches von einem Leben ohne Erkrankung erwarten. Frau P. leidet seit der Vorschulzeit an einer Atemwegserkrankung, durch die ihr auf vielfältige Art die Teilnahme am Leben der gleichaltrigen >>Gesunden<< versagt ist. In der Schulzeit war sie viel krank und musste das Bett hüten, während Gleichaltrige miteinander spielten, und heute als 40 jährige ist sie von einer Teilzeittätigkeit so erschöpft, dass sie am Nachmittag eine Schlafenspause braucht, um danach wieder aktiv am Leben teilnehmen zu können. Durch das Leben als >>Kranke<< in einer Welt voller vermeintlich >>Gesunder<< hat Frau P. in sich eine Parallelwelt etabliert, die Welt des Lebens, das sie führen würde, wenn sie denn gesund wäre. Ihr Blick auf die Welt, ihre Wünsche an die Welt ergeben sich aus dieser Konstellation. Die Fortsetzung der Erwerbstätigkeit nach der medizinischen Behandlung ist für sie keinen Gedanken wert, >>weil sich das für jeden Gesunden doch auch von selbst versteht<<. Dass die Inhalte ihrer Arbeit ihr Freude bereiten, wird nur sehr indirekt erwähnt und gehört ebenfalls zum Bereich des Selbstverständlichen. Ausdrücklich unzufrieden ist Frau P. mit ihrer Freizeit, da sie hier durch ihre Erkrankung eingeschränkt ist. Ihr größter Wunsch ist es, durch eine Vollzeittätigkeit sich selbst zu zeigen, dass sie wie die >>Gesunden<< leben kann und sich dadurch auch die Erfahrung der Gesunden zu ermöglichen: mehr verfügbares Einkommen und weniger Zeit für sich selbst zu haben.

Zusammenfassend: Frau P. verfügt über ein großes Maß an Fähigkeiten zur vorausschauenden Planung ihres Lebens, was sich deutlich im Erlangen von 5 „Kuren“ in 9 Jahren zeigt. Sie hat

aber auch ihr Leben als Hausfrau, Mutter und Erwerbsperson so gut organisiert, dass sie allen Ansprüchen, die in diesen Funktionen an sie gestellt werden, genügen kann. Einzig ihren selbstgesetzten Anspruch, zu ihrer Erkrankung zu stehen und gleichzeitig Vollzeit arbeiten zu gehen, da die Betreuung der Kinder nicht mehr so viel Zeit erfordert, konnte sie bisher nicht einlösen

Interview 4/99

Herr B. steht für die Erwerbstätigen, die schon sehr lange unter einer erworbenen Erkrankung leiden und trotz zunehmender gesundheitlicher Einschränkungen an der Arbeit, die sie offensichtlich schädigt, festhalten. Was hat er nicht alles getan, um seine Arbeit ausführen zu können: zunächst hat er sich um eine leidensgerechte Ausstattung seines Arbeitsplatzes mit einer Hebebühne bemüht, er hat seine arbeitsfreie Zeit zunehmend in Erholungszeit verwandelt und hat darüber seine sozialen Kontakte verloren, er hat über Jahre sehr starke Schmerzmittel eingenommen, um die Arbeitsinhalte ausführen zu können. Jetzt, angesichts einer weiteren Verschlechterung seines Gesundheitszustands, ist er ratlos, wie es weitergehen soll. Für die bisherigen Arbeitsinhalte reichen seine Kräfte nicht mehr aus, und das Ermitteln einer alternativen Lösung überfordert seine Planungsfähigkeit. Der Weg zurück an den bisherigen Arbeitsplatz steht ihm offen, doch dann müsste er noch stärkere Schmerzmittel einnehmen, deren Nebenwirkungen er fürchtet. Der Weg in die Rente, auf den ihn die Behandlung führen sollte, ist zunächst nicht sichtbar. Fünf Monate nach der Behandlung war er noch immer arbeitsunfähig krank, er hatte Rente beantragt, er gab seinen Status als >>Hausfrau<< an¹⁹.

Zusammenfassend: Herrn B. fehlt es an der Fähigkeit seine Zukunft planend in den Griff zu nehmen. Er hat sein ganzes Berufsleben an einem Arbeitsplatz ausgeharrt, obwohl ihn die Arbeit deutlich schädigte. Als die Erkrankung sich ein weiteres mal verschlimmert, weiß er sich keinen anderen Rat, als die angebotenen stärkeren Schmerzmittel abzulehnen und im Krankenstand abzuwarten was passiert.

¹⁹ Siehe Fußnote Seite 102

Interview 7/99

Der Fall des Herrn H. stellt den Beginn einer chronischen Erkrankungsgeschichte dar. Herr H. leidet schon seit längerem an Rückenschmerzen, doch hat er diese Symptome zur Seite gedrängt, um bei der Arbeit >>seinen Mann<< zu stehen. Er ist stolz auf seine Beförderung zum Abteilungsleiter. Als sich kurze Zeit nach dem beruflichen Aufstieg die Schmerzen erneut melden, will er die Berufstätigkeit auf keine Fall hintan stellen. Erst als ihm Lähmungserscheinungen das Bedrohliche der Erkrankung vor Augen führen, entschließt er sich zur Behandlung. Nun liegt die mit gutem Erfolg abgeschlossene Behandlung schon einige Tage hinter ihm, und er sieht sich mit der Bewältigung der erneuten Arbeitsaufnahme konfrontiert. Er lässt keinen Zweifel an seiner positiven Einstellung zu den Inhalten seiner gegenwärtigen Tätigkeit aufkommen. Dass er an seinen Arbeitsplatz zurückkehren will, steht für ihn außer Frage. Doch genauso sicher ist, dass er nicht weiß, wie er sich bei der Rückkehr an seinen Arbeitsplatz verhalten soll, damit er zum einen den Forderungen seines Arbeitgebers gerecht wird und zum anderen nicht erneut erkrankt. Ähnliche Fragen stellt er sich in bezug auf seine Mitgliedschaft im Fußballverein oder auf das Tennisspiel mit seinem Sohn, auch hier weiß er nicht, wie er die sozialen Verpflichtungen einhalten kann, bei gleichzeitigem Beachten der geringeren Belastbarkeit seiner Bewegungsorgane. Deshalb wünscht er sich, dass seine physische Belastbarkeit durch ärztliche Kunstgriffe soweit gesteigert wird, dass sie dem Zustand vor der Erkrankung entspricht. Sollte das gelingen, wäre auch seine eingeschränkte Planungsfähigkeit ohne Bedeutung, da er dann einfach wieder dort anknüpfen könnte, wo er mit der Erkrankung aufgehört hatte. Weil dieser Genesungswunsch nicht erfüllt werden konnte, teilte Herr H. in der Nachbefragung mit, dass er erst 11 Wochen nach der Entlassung aus der Klinik zur Arbeit zurückkehrte.

Zusammenfassend: Der Patient hat eine Arbeit, zu der er gerne zurückkehren möchte. Der Patient ist fest in ein Bezugssystem eingebettet, das ihm gute Möglichkeiten für einen sozialen Austausch bietet. Wegen der geringen Planungsfähigkeit braucht der Patient viele Wochen, um seine beruflichen und sozialen Ambitionen mit seiner physischen Leistungsfähigkeit in einem Handlungsentwurf zusammenzufassen; anschließend kehrt er zur Arbeit zurück.

Diskussion der Fallrekonstruktion

In den fünf Einzelfällen konnten folgende Bestimmungsmomente ermittelt werden, die das Rückkehrverhalten gewichtig beeinflusst haben:

Interview Bestimmungsmomente

-
- | | |
|------|---|
| 2/99 | <ul style="list-style-type: none">- Die Patientin hat das unzweifelhafte Ziel zur Arbeit zurückzukehren- Die Fähigkeit realisierbare Handlungsentwürfe aufzustellen, ist gegeben- Die Arbeitsinhalte werden als eine positive Herausforderung begriffen- Anspannung während der Arbeit und die aktive Erholung außerhalb der Arbeit stehen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander- Die Reziprozität ist ausgeglichen |
| 1/99 | <ul style="list-style-type: none">- Die Patientin möchte nicht zur Arbeit zurückkehren- Die Patientin möchte Rente beziehen- Die Patientin ist nicht in der Lage, Handlungsstrategien zu entwickeln, die sie an das von ihr gewünschte Ziel führen- Die Arbeitsinhalte sind erschöpfend und ermüdend- Ihr Leben in der Freizeit ist trist und leer- Aus Sicht der Patientin hat sie ihren Teil für die Gemeinschaft geleistet, diese hat jedoch noch eine Bringschuld offen. Die Reziprozität ist aus der Sicht der Patientin gestört. |
| 1/00 | <ul style="list-style-type: none">- Die Rückkehr zur Arbeit ist selbstverständlich.- Eine gute Planungsfähigkeit ist gegeben- Die Arbeitsinhalte werden akzeptiert- Es besteht ein ausgewogenes Verhältnis zwischen beruflicher Belastung und außerberuflichen Aktivitäten- Die Reziprozität innerhalb des Familienverbandes ist gegeben. Die |

Reziprozität innerhalb der Gesellschaft ist aus Sicht der Patientin schief, da sie sich gegenüber gleichaltrigen Gesunden zurückgesetzt sieht, ohne dass sie sich vorstellen könnte, wie denn dieses Ungleichgewicht ausgeglichen werden könnte. Es sei denn sie würde gesund.

4/99

- Der Patient möchte nicht an seinen vormaligen, gesundheitlich belastenden Arbeitsplatz zurückkehren
- Der Patient hofft auf Rentengewährung
- Die Planungsfähigkeit des Patienten ist gering
- Die Arbeitsinhalte entsprechen den Wünschen des Patienten, die Arbeitsumstände lehnt er hingegen ab.
- Die Freizeit des Patienten ist vollständig in Ruhe und Erholungszeiten umgewandelt worden
- Die Reziprozität ist schief, der Arbeitnehmer sieht sich jetzt, nachdem er seine Gesundheit bei der Arbeit ruiniert hat, vom Arbeitgeber und der Gesellschaft alleine gelassen.

7/99

- Der Patient möchte gerne an seinen Arbeitsplatz zurückkehren
- Die Planungsfähigkeit des Patienten ist gering
- Seine Haltung zu den Arbeitsinhalten ist gespalten. Der Patient fürchtet, bei einer Rückkehr an den Arbeitsplatz erneut krank zu werden.
- Die Freizeit des Patienten ist in den letzten Monaten gänzlich inhaltsleer
- Der Patient erwartet, dass seine vormaligen Leistungen für den Arbeitgeber, jetzt da er gesundheitlich angeschlagen ist, ihn nicht vor einer Degradierung bewahren werden, wenn er die geforderten Leistungen in der Zukunft nicht mehr erbringen wird.

Sechs unterschiedliche Bestimmungsmomente, die für das Rückkehrverhalten von Bedeutung waren, konnten in den fünf Interviews ermittelt werden. Die ersten 5 Merkmale konnten dabei in jedem Interview beobachtet werden, das sechste – der Wunsch nach der Rente – nur in zwei Fällen.

- *Erwerbsorientierung* ~ Die Einstellung zur Frage der Rückkehr zur Arbeit
- *Handlungsentwurf* ~ Das Ausmaß der Fähigkeit, realistische Handlungsentwürfe zu entwickeln
- *Arbeitsinhalte* / Arbeitsumstände ~ Die Einstellung zu den Arbeitsinhalten / Arbeitsumständen der letzten Tätigkeit
- *Reziprozität* ~ Das Ausmaß, in dem der Patient/ die Patientin das Gefühl hat, dass der Einsatz am Arbeitsplatz und die Fürsorge seitens des Arbeitgebers oder der Gesellschaft in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen.
- *Freizeit / Erholung* ~ Die Fähigkeit, sich in der Freizeit zu Erholen und befriedigende Kontakte zur Mitwelt zu unterhalten
- *Rentenwunsch* ~ Der Wunsch nach dem Bezug von Rentenleistungen

Mittels Kontrastierung der Unterschiedlichkeiten und durch Aufzeigen der Gemeinsamkeiten unter den Beispielfällen wird jetzt überprüft, ob die Bestimmungsmomente geeignet sind, die Variationsbreite des erhobenen Materials abzubilden und damit als Idealtypen Verwendung zu finden.

Erwerbsorientierung

In jedem Interview zeigt sich, dass sich die Person eine Meinung zur Frage ihrer Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz gebildet hat. Doch nur im Interview 2/99 ist die Patientin in der Lage ganz eindeutig von sich zu sagen

>>ich bin gerne im Büro,
ich mach gerne die Arbeit,
also ich bin gern berufstätig<<.(91 - 92)

Auch eine ebenso klare negative Äußerung findet sich nicht. Die Krankenschwester im Interview 1/99 sagt zwar deutlich, dass sie die Rente will, doch sie sagt nicht, dass sie ihre Arbeit auf keinen Fall fortsetzen möchte. Selbst der Autolackierer im Interview 4/99, der schon sehr lange Zeit seine Arbeit nur ausführen kann, wenn er die Gelenkschmerzen mit starken Schmerzmitteln unterdrückt, sagt nicht, dass er seine Arbeit ungern ausgeführt hätte. Die

Erwerbsorientierung ist offensichtlich bei allen Interviewten Personen gegeben, doch die Bedeutung, die sie für die Rückkehrgeschwindigkeit gewinnt, wird von den Rahmenbedingungen, unter denen die Person der Arbeit nachgeht, bestimmt.

In allen Fällen wird die **Erwerbsorientierung** als ein wesentliches Element der Berufsbiographie sichtbar. Diese Aussage gilt für die Personen, die der Rückkehr zur Arbeit ambivalent gegenüberstehen, genauso wie für die Patientin, an deren Rückkehrabsichten kein Zweifel besteht.

Handlungsentwurf

Das Planungsvermögen ist in den fünf Fällen sehr unterschiedlich. Während der Autolackierer keinen konkreten Plan für die Zukunft entwirft, sondern nur noch wünscht, dass seine Frau für ihn eine neue Tätigkeit finden möge, nimmt der Abteilungsleiter zumindest die verschiedenen Anforderungen ins Auge, die ihn bei der Rückkehr an seinen Arbeitsplatz erwarten. Einen konkreten Plan entwirft er nicht, vielmehr setzt er seine Hoffnung auf den behandelnden Arzt.

>>und da verlässt man sich,
so geht's mir jetzt mal,
verlasse ich mich jetzt halt mal auf meinen Arzt,
dass der mir einen Hinweis gibt und sagt, gehen Sie einmal dorthin<<.(110-112)

Die Krankenschwester fordert zwar die Rente, doch den Weg sollen die Beschäftigten der Klinik für sie bahnen. Die Erzieherin hat ihr Leben planend im Griff, doch in ihrer Erzählung zeigt sich, dass sie ihren Wunsch nach einer Vollzeittätigkeit nicht planend in den Griff bekommen kann. Einzig die Sekretärin hat das Heft des Handelns deutlich in der Hand. Sie hat die eigene Behandlung so weit geplant, wie sie das konnte. Sie hat von dem Moment, an dem die Diagnose klar war, keinen Augenblick gezögert und die nächsten Behandlungsschritte eingeleitet. Sie hat sich die Rehabilitationsklinik ausgesucht, die ihr entspricht, sie hat konkrete Pläne, wann und wieso sie wieder an ihre Arbeit zurückkehren will, und die Nachbefragung macht deutlich, dass ihr die Umsetzung ihrer Pläne auch gelungen ist.

In jedem der drei Fälle haben die Patienten konkrete Wünsche und Absichten, was ihre Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz betrifft. Der Autolackierer wünscht eine Veränderung der Arbeitsplatzgestaltung und der Arbeitszeit, der Abteilungsleiter möchte sich in der nahen Zukunft am Arbeitsplatz etwas mehr schonen, die Krankenschwester möchte auf einer Station arbeiten, wo die Patienten wieder gesund werden, die Erzieherin wünscht sich eine Vollzeitstelle, und die Sekretärin möchte am Arbeitsplatz erfahren, dass sie ihre vorherige Arbeit wieder ausführen kann. Nur im Falle der Sekretärin kommt zu dem Wunsch auch die

Fähigkeit, einen gangbaren Handlungsentwurf zu entwickeln. Nur die Sekretärin erreicht ihr Ziel auf die von ihr geplante Weise.

Arbeitsinhalte / Arbeitsumstände

Der Schichtindex aller fünf Fälle ist gleich, doch der Status am Arbeitsplatz ist deutlich unterschiedlich. Der Autolackierer hat offensichtlich keine Möglichkeiten, die Bedingungen an seinem Arbeitsplatz so zu verändern, dass sie seiner tatsächlichen Leistungsfähigkeit entgegen kommen. Der Angestellte hat als Abteilungsleiter dazu zwar mehr Möglichkeiten, doch da er erst seit ein paar Monaten diese Position einnimmt und seinen Status noch nicht als gefestigt ansieht, fürchtet er eine Rückgruppierung, wenn er bereits jetzt aufgrund seiner Leistungsminderung den Arbeitsumfang reduziert. Die Sekretärin hat offensichtlich einen besonderen Status bei ihrer Arbeit erreicht. Sie geht gerne zur Arbeit, sie erhält in der Klinik Anrufe von ihren Kolleginnen und ihren Vorgesetzten, die sich nach ihrem Befinden erkundigen und eine baldige Rückkehr zur Arbeit wünschen, da sie doch so sehr fehle. Zwar ist sie nur eine Zuarbeiterin in einem vielgliedrigen Betrieb, doch hat sie ihre Position durch die Art ihrer Aufgabenerledigung so ausgebaut, dass man ihr – zumindest geht sie davon aus – bei der Rückgliederung an den Arbeitsplatz in jeder Form entgegen kommen werde. Die Erzieherin übt keine Kritik an den Inhalten ihrer Arbeit, und ihre Bewerbung für eine Vollzeitstelle richtertsich wieder auf eine Arbeit mit Vorschulkindern. Die Krankenschwester lehnt ihre Arbeit auf der „inneren Abteilung“ mit alten und sterbenden Patienten sowie die in den letzten Jahren zunehmende Arbeitshetze deutlich ab. Ihre Kritik richtet sich gegen die Arbeitsumstände und Arbeitsinhalte und stellt damit das Gegenteil der Aussage der Sekretärin dar, die sowohl mit Arbeitsinhalten als auch mit den Arbeitsumständen einverstanden ist.

Die **Bewältigung der Aufgabenstellung** am Arbeitsplatz wird von den Patienten, je nach den vorliegenden Arbeitsbedingungen, als positive Herausforderung oder als schwere Last empfunden und nimmt deutlich Einfluß auf die Geschwindigkeit, mit der sich die Betroffenen an ihren Arbeitsplatz zurückwünschen. Die Bedeutung der arbeitsplatzbedingten Kooperations- und/ oder Kommunikationsformen, also der Arbeitsumstände, gewinnt hierbei sehr große Bedeutung und wird im Abschnitt *Reziprozität* betrachtet.

Reziprozität

Die soziale Reziprozität ist im Falle der Sekretärin gegeben; ihren Leistungen für das Unternehmen in den zurückliegenden Jahren entspricht die Leistung des Unternehmens, ihr bei der Rückgliederung entgegen zu kommen. Demzufolge denkt sie mit großer Zuversicht an die Phase der Arbeitsaufnahme, die sie durchaus als Herausforderung begreift. Im Fall des Autolackierers ist die Reziprozität deutlichst gestört, worauf auch der Patient hinweist, wenn er seine Leistungen für das Unternehmen, in dem er seit seiner Lehrzeit arbeitet, und das noch nie bereit war, auf seine gesundheitlichen Einschränkungen einzugehen, die ja auch auf seine Arbeit in diesem Unternehmen zurückgehen, herausstellt. Auch im Falle des Angestellten liegt eine Störung der Reziprozität vor. Hier stellt der Patient im Interview heraus, wie sehr er bereit ist, sich an seinem Arbeitsplatz einzusetzen, um dann aber resignativ festzustellen, dass dergleichen nichts bringt, da man ihn, sobald er nur geringfügig weniger leistet als vor seiner Erkrankung, aufs Abstellgleis schieben werde. Aus Sicht der Erzieherin ist die Reziprozität an ihrem Arbeitsplatz nicht schief. Sie hat eine Arbeitsstelle und wird dort wegen ihrer Erkrankung nicht benachteiligt; dass sie keine Vollzeitstelle bekommt, schmerzt, wird aber auch verstanden. Die Krankenschwester hat 25 Jahre Leid und Elend in der Klinik ertragen und meint, jetzt nach ihrer fürs erste überwundenen Tumorerkrankung einen Anspruch auf Rente zu haben. Doch die Gesellschaft erwartet von ihr, dass sie noch weiter arbeitet, bis sie 62 Jahre und 7 Monate alt ist. Die Patientin bezeichnet diese Regeln als >>ziemlich steif<<, sie sagt:

Im Moment bin ich wirklich ratlos,
was ich da machen soll und wie es weitergehen soll.(36-37)

was ja auch heißt, dass sie ihren Wunsch nach Rente nicht aufgegeben hat, nur weil die Gesetze dagegen stehen.

Das Ausmaß, in dem jeder Patient sich von seinem Arbeitgeber oder den sozialen Rahmenbedingungen gestützt fühlt oder umgekehrt, in dem die Rahmenbedingungen ihm nicht helfend zur Seite stehen, verändert die Sicht auf die Arbeitsumstände, zu denen man zurückkehren kann. Für die Sekretärin ist die Rückkehr zur Arbeit ein freudiges Ereignis – sie weiß sich willkommen, für den Abteilungsleiter ist die Rückkehr zur Arbeit ein Datum, vor dem er sich fürchtet – da er nicht davon ausgeht, dass man auf seine eingeschränkte Leistungsfähigkeit Rücksicht nehmen wird.

Art und Ausmaß der **Reziprozität** machen es möglich, zur gleichen Zeit die Arbeitsinhalte als positive Herausforderung zu empfinden und die Bewältigung der Aufgabenbedingungen als eine schwere Last anzusehen. Die Reziprozität nimmt damit Einfluss auf das Rückkehrverhalten der Betroffenen.

Freizeit, Erholung

Die Gestaltung der Freizeit wird in jedem Interview berührt. Die Sekretärin weiß sehr lebendig über ihre vielfältigen Freizeitaktivitäten zu berichten, aus denen sie ganz offensichtlich viel Energie bezieht. Sie steht in einem regen Kontakt zu ihrer Umwelt, und sie ist körperlich so vital, dass sie die mit den Kontakten einhergehenden Anstrengungen auf sich nehmen kann. Der Autolackierer hat seine Kontakte zur Außenwelt weitestgehend aufgegeben. Vereinsmitgliedschaften hat er gekündigt, da er sich dem Vereinsleben nicht mehr gewachsen sah. Freizeit wurde zur Zeit für körperliche Wiederherstellung. Die Vereinsmitgliedschaft wandelte sich in die Teilnahme an der Rückenschule oder an der Wassergymnastik. Die Freizeit verbringt er gerne im Bereich der Wohnung.

Ja, zu Hause fühl ich mich eigentlich ganz gut, so,
abgesehen von den Schmerzen, weil die werd ich wahrscheinlich nimmer los,
sonst daheim, ja, man ist unter sich,
wenn ich so rausgeh auf meinen Balkon, sehe ich die schönen Gärten da,
da fühl ich mich irgendwie wohl.(Interview 4/99 Z. 139-141)

Der Behördenmitarbeiter berichtet wenig von seiner Freizeit. Früher habe er aktiv Fußball gespielt oder mit dem Sohn Tennis; er geht davon aus, dass er das zukünftig nicht mehr tun kann. Wenn er, rückblickend auf das letzte halbe Jahr, feststellt, er sei kaum zu Hause gewesen, sondern im Rahmen der Arbeit auf Lehrgängen und Dienstreisen, dann wird klar, die Arbeitszeit ist soweit ausgedehnt worden, dass für eine aktive Freizeit keine Zeit mehr blieb. Und für die Zukunft sieht er schon voraus, dass er die Freizeit zukünftig für zusätzliche Erholungsphasen nutzen muss, um bei der Arbeit das leisten zu können, wovon er meint, dass man das von ihm erwartet. Das Leben der Krankenschwester ist in der Freizeit trist und leer. Die Erzieherin hadert zwar mit ihrem Schicksal leistungsgemindert zu sein, doch gleichzeitig kann sie von Aktivitäten mit der Familie wie auch mit Freunden berichten, wenngleich sie stets betont, dass Menschen ohne Asthma ein weitaus größeres Quantum an Freizeitaktivitäten bewältigen könnten. Der Nutzen, den ein jeder der fünf Fälle aus seiner Freizeit zieht, steht in engem Zusammenhang mit der Kraft, die ihm dafür nach Erledigung seiner Berufsarbeit noch zur Verfügung steht. So ist die Zeit, die der Autolackierer zum Ausgleich seiner Ermüdung benötigt, die sich im Grenzbereich zur Erschöpfung bewegt, sehr groß. Hierbei gilt es zu bedenken, dass auf Grund der Arthrose auch die Wege zur Arbeit und von dort nach Hause, Wege, die für tägliche Besorgungen zurückzulegen sind, und natürlich auch die Wege zu den Therapieveranstaltungen als sehr belastend angesehen werden müssen, die ihrerseits Ermüdung hervorrufen und einen Ermüdungsausgleich fordern. So dass die Zeit, die für aktive

Erholung zur Verfügung steht, von zwei Seiten aufgefressen wird, zum einen durch die Schlafpausen, und zum anderen durch den Ermüdungsausgleich für Tätigkeiten, die bei >>Normalgesunden<< bereits zur Erholung zählen wie der Weg zur Arbeit, ein Einkaufsbummel oder ähnliches. Bei dem Abteilungsleiter wird die Zeit, die für eine aktive Freizeitgestaltung verbleibt, zum einen durch die Ausdehnung der Arbeitszeit ausgehöhlt, und zum anderen in ihrem Wert dadurch erheblich gemindert, dass die freie Zeit dort gewährt wird, wo der Patient nicht zu Hause ist, und ihm daher der lokale und soziale Rahmen fehlen, um aus dieser Zeit den Nutzen zu ziehen, der für den Erhalt seiner Arbeitskraft erforderlich ist. Die Sekretärin hat es hingegen geschafft, die Befriedigung, die sie aus ihrer Arbeit zieht, und die Belastung, die ihre berufliche Tätigkeit mit sich bringt, mit einer aktiven und befriedigenden Freizeitgestaltung zu verknüpfen und dabei noch genug Zeit für einen ausreichenden Ermüdungsausgleich zu finden.

Die Bedeutung von **Freizeit und Erholung** für die Fortsetzung der Erwerbstätigkeit wird in jeder Fallrekonstruktion deutlich. Der Zusammenhang von Beanspruchung durch die Arbeitstätigkeit, der sich hieraus ergebenden Belastung des Arbeitnehmers, der Erträglichkeit der Arbeit und den motivierenden Aspekten der Arbeit, der Persönlichkeitsförderlichkeit (siehe S. 45), mit der Quantität und Qualität der Freizeit zeigt sich in jeder Fallgeschichte.

Rentenwunsch

Im Interview mit der Krankenschwester und mit dem Autolackierer wird der Wunsch nach dem Rentenbezug von den Betroffenen angesprochen. Die Krankenschwester fordert die Rente, da sie jetzt elendig genug sei, und der Autolackierer hat erwartet, dass ihm zum Ende der Behandlung die Rente angetragen würde, so wie ihm das von der Mitarbeiterin der Krankenkasse und seiner Hausärztin angedeutet worden war:

Ja, ich hab mir vorgestellt,
dass da evtl. mehr vielleicht rauskommen könnte,
weil die Ärztin hat mir damals schon gesagt, also,
und die Frau bei uns von der Krankenkasse,
wenn's nimmer anders geht,
dann müssen wir Sie in Rente schicken.(Interview 4/99 Z.180-182)

Beide Personen waren nach 5 Monaten noch nicht zur Arbeit zurückgekehrt, wobei der Autolackierer bereits Rente beantragt hatte. Diese beiden Personen waren mit 55 und 58 Jahren auch die ältesten in der Auswahlgruppe und lagen bereits in dem Altersbereich, in dem in den letzten Jahren vielen Menschen die Rente gewährt wurde (siehe S. 14).

Der **Rentenwunsch** und ein Alter von 55 und mehr Jahren könnten die Bereitschaft zur Arbeit zurückzukehren erheblich herabsetzen.

Diskussion der Bestimmungsmomente

Im Zentrum aller Aussagen steht die Erwerbsorientierung. Doch nur in einem Fall ist es der Patientin möglich, eine eindeutig positive Aussage zu ihrer Erwerbseinstellung zu formulieren. Betrachten wir daher die Umstände, unter denen diese Person ihrer Arbeit nachgeht und die Art wie sie ihr Leben außerhalb der Arbeit organisiert hat.

Schon bei der ausführlichen Darstellung des Interviews wurde vielfach darauf verwiesen, an wie vielen Stellen Frau H. Beispiele für ihre Fähigkeit, gangbare Handlungsentwürfe zu entwickeln, dargelegt hat. Diese Fähigkeit zur Vorausplanung auf ein angestrebtes Ziel hat es ihr auch im Zusammenhang mit der Rückkehr zur Arbeit erlaubt, einen Handlungsentwurf zu entwickeln, auf dem sie schließlich ihr Ziel, die schnellstmögliche Rückkehr an ihren Arbeitsplatz, erreicht hat. Ob nun mit diesen Fähigkeiten oder auch nur zufällig, in jedem Fall hat Frau H. einen Arbeitsplatz, der ihr gut gefällt. Sie ist mit den Inhalten der Tätigkeit und mit der Kooperation mit ihren Kollegen und den Kunden am Telefon sehr zufrieden, was mit Sicherheit ihre Erwerbsorientierung stützt. Gegenwärtig ist sie zum ersten Mal seit sehr langer Zeit krank, wie sie irritiert feststellt; und jetzt, in einer Situation der biographischen Reorganisation ihres Lebens, bekommt sie Anrufe aus dem Büro. Anrufe von ihrer Chefin, dem direkten Vorgesetzten und von Mitarbeitern, die ihr alle mitteilen, wie sehr sie im Büro fehlt und wie sehr sich ein jeder freut, wenn sie wieder zur Arbeit zurückkehrt. Die Bedeutung dieses Entgegenkommens, dieser Hilfe in einer äußerst schwierigen Situation für die Rekonstruktion der Biographie muss sehr hoch eingeschätzt werden. Hier tun KollgegInnen und der Arbeitgeber etwas für sie, worauf sie keinen arbeitsrechtlichen Anspruch erheben kann, und gerade deshalb ist diese >>Gabe<< (Mauss 1999) von so großer Bedeutung. Die Erwerbsneigung erhält auf diesem Wege eine Bedeutung, die über das reine Arbeiten, um den Lebensunterhalt zu sichern, hinausweist. In ihrer arbeitsfreien Zeit hat Frau H. ein Leben aufgebaut, das in seiner Strukturiertheit und in seinen inhaltlichen Bezügen eine eigene Welt konstituiert. Dieses Leben außerhalb der Arbeit mit seinen Kontakten zu anderen Menschen, seiner Bereitschaft zu Helfen, seiner Teilnahme am kulturellen Leben und auch seinen aktiven Bewegungsanteilen schafft die Voraussetzungen für eine soziale Reproduktion, die in der Folge auch die Freude an der Arbeit erhöht, da die Sinnkonstruktion dieser Welt der freien Zeit, auf

eine Welt des Erwerbs und der Arbeit bezogen ist. Dass unter diesen Voraussetzungen kein Gedanke an einen vorzeitigen Rentenbezug vertan wird, nimmt nicht wunder.

Die besondere Ausgestaltung der Erwerbsorientierung von Frau H. basiert auf ihrer Fähigkeit, Beabsichtigtes handelnd zu erreichen, auf den Arbeitsumständen, die ihr gefallen, auf der >>Gabe<< ihrer KollegInnen und Vorgesetzten, auf ihrem geschickten Freizeitmanagement. Die Erwerbsorientierung kann unter diesen Umständen als die Resultante der sie stützenden Eigenschaften aufgefasst werden. Die Orientierung an Erwerbsarbeit ist für jede erwerbsfähige Person etwas so Selbstverständliches in einer Erwerbsgesellschaft²⁰, dass auch bei einer Person die aktiv die Rente fordert, wie das im Interview 1/99 bei der Krankenschwester der Fall ist, eine klare Negierung der Erwerbsorientierung nicht gefunden wird. Im Kontrast zum Interview mit der Sekretärin wird bei der Krankenschwester deutlich, dass ihr das Talent, tragfähige Handlungsentwürfe auf ein selbstgesetztes Ziel hin aufzustellen, nicht gegeben ist, zumindest nennt sie kein Beispiel, an dem sichtbar würde, dass sie mit ihrem Handeln ein selbstgesetztes Ziel erreicht hätte. Die Inhalte ihrer Erwerbsarbeit wie auch die Umstände sind ganz offensichtlich nicht von der Art, dass es die Patientin an ihren vormaligen Arbeitsort zurückzieht. Sie empfängt während ihres Aufenthalts im Krankenhaus keine >>Gabe<<, und auch in der Zeit zuvor ist ihr der Arbeitgeber bei ihrem Wunsch, auf eine andere Abteilung versetzt zu werden, nicht entgegengekommen. Auch wenn sie jetzt den Kreis weiter zieht und die >>Gabe<< von der Gesellschaft erwartet, für die sie schließlich 25 Jahre lang Schwerkranke gepflegt hat, sieht sie keine Hilfe und keinen Beistand zur Bewältigung ihrer Situation. Es fällt schwer, sie zu einer Erzählung über ihre freie Zeit und zu ihrem sozialen Austausch anzuregen.

Interviewer

Was Sie bisher so ausgespart haben in Ihrer Erzählung,
wäre vielleicht noch so,
gibt es noch andere Menschen, mit denen Sie sich austauschen,
außerhalb jetzt der Arbeit, Ihrem Mann und Ihrem Sohn, gibt's da Freunde, Verwandtschaft,

²⁰ „Daß die Arbeit zum Zentrum der Gesellschaft wird, bedeutet, daß alle anderen Lebenssphären auf die Erfordernisse der Arbeit bezogen sind. Das gilt typisch für die drei Bereiche der Ausbildung, der Freizeit und des Ruhestandes. Ausbildung ist in der Arbeitsgesellschaft Sozialisierung für die Disziplin und die Fertigkeiten des Arbeitens. Freizeit dient der Erholung und der Sammlung von Energie für neue Arbeit. Der Ruhestand ist zumindest in der fortschreitenden Arbeitsgesellschaft der >>wohlverdiente Lohn für ein arbeitsreiches Leben<<.“(Dahrendorf 1983: 33) Wobei noch zu ergänzen wäre, dass der wohlverdiente Ruhestand, natürlich nur dann problemlos genossen werden kann, wenn er nicht vor der >>richtigen<< Zeit beansprucht wird.

dass Sie in einem Club sind oder so?

Also so in einem Bereich, der jetzt nicht häuslich ist, nicht Arbeit ist sondern noch ein drittes.

Frau S:

Etwas hobbymäßiges?

Interviewer

Ja, als Beispiel.

Frau S:

Also bis jetzt hatte ich keinerlei Zeit gehabt, irgendwas in der Richtung zu tun, weil das hat gereicht, das Andere.

Und dann hab ich einen Hund, der nimmt ja auch ganz schön Zeit in Anspruch.

Wir haben keinen Garten,

da muss man wirklich 4 mal Gassi gehen, egal ob's regnet oder schneit oder was.

Da muss man mit dem Hund gehen, das mach ich sehr, sehr pflichtbewusst

und ansonsten kann ich mir schon vorstellen,

dass ich meine Zeit, wenn ich hätte, gut einteilen könnte.

Mit etwas Sport vielleicht oder in irgendeinen Verein gehen,

wo man was unternehmen kann.

Doch, ich würde mich nicht langweilen. (Interview 1/99, Z.128-145)

Die Freizeit von Frau S. ist trist und leer, einzig ihr Hund findet Erwähnung. Sie gibt an, keine Zeit gehabt zu haben, >>weil das hat gereicht, das Andere<< und mit dem anderen ist offensichtlich die Arbeit, sind die Arbeitsinhalte und die Umstände der Arbeitserledigung gemeint. In ihrer Phantasie, was sie tun könnte, wenn sie denn Zeit hätte, wird etwas Hoffnungsfrohes sichtbar: vielleicht etwas Sport, ein Verein, doch – sie würde sich nicht langweilen. Aus der gegenwärtigen Freizeit wächst ihrer Erwerbsorientierung keine Unterstützung zu, eher im Gegenteil, in dem sie sich vorstellt, was sie tun könnte, wenn sie nur endlich die Arbeit los wäre. Es ist verständlich, dass sich all diese Umstände schließlich im Wunsch nach dem Rentenbezug bündeln. Der Wunsch nach der Rente wäre somit das Gegenteil der Erwerbsorientierung. Wenn im Hinblick auf die Mediensekretärin festgestellt wurde: Die Erwerbsorientierung kann unter diesen Umständen als die Resultante der sie stützenden Eigenschaften aufgefasst werden, so lautet das Fazit bei der Krankenschwester: dass der Rentenwunsch als die Resultante der Merkmale aufgefasst werden kann, mit denen die Erwerbsorientierung herabgesetzt wird.

Im Interview mit der Erzieherin (Interview 1/00) werden alle hier erwähnten Bestimmungsmomente von ihrem Wunsch nach einem Leben, wie es „Normalgesunde“ haben, überlagert. Das Leiden an der Krankheit und die mangelnde sprachliche Kraft der Patientin, ihre Lebensumstände zu benennen, bringen es dahin, dass nur indirekt erschlossen werden kann, dass die Patientin über die Fähigkeit zum Entwickeln von realistischen Handlungsentwürfen verfügt, weil sie in 9 Jahre 5 Kurmaßnahmen erreicht hat. Aus dem Umstand, dass sie mit dem geplanten Stellenwechsel die gleiche Tätigkeit wieder anstrebt, nur

in einem zeitlich ausgedehnteren Umfang, kann geschlossen werden: sie ist mit den gegenwärtigen Arbeitsinhalten einverstanden. Das Ausmaß der >>Gabe<< wird sichtbar in der Art, wie sie bei der Arbeit von ihren Kolleginnen mitgetragen wird, wenn es ihr nicht so gut geht oder wenn sie immer wieder für mehrere Wochen zur Behandlung in die Schweiz fährt. Der geglückte Ausgleich zwischen Arbeit, Erholung, Freizeit und Familie wird von ihr als nebensächlich geschildert. Zwar habe sie das erreicht, doch wirklich wichtig sei nur, dass die „Normalgesunden“ viel mehr mit ihrer Freizeit anfangen könnten. Durch diese negative Konnotation ihrer Lebensumstände wird das Gelingen des Lebensentwurfs nicht sichtbar. Die Rückkehr zur Arbeit ist allerdings so selbstverständlich, dass sie gar keine gesonderte Erwähnung findet.

Wie stark sich der Autolackierer an die gesellschaftliche Konvention der Erwerbsorientierung gehalten hat, wird deutlich, wenn man bedenkt, dass er trotz immenser Schmerzen über 20 Jahre seine letzte Tätigkeit ausgeübt hat. Seine Fähigkeit zur Handlungsplanung reichte nicht aus, um Veränderungen an seinem Arbeitsplatz zu erreichen, die ihm ein Verbleiben im Beruf ermöglicht hätten. Zu Beginn dieses Abschnitts (siehe S. 77) wurde bereits darauf hingewiesen, dass diesem Arbeitnehmer die erwünschte >>Gabe<< seitens des Arbeitgebers verweigert wurde. Die freie Zeit des Autolackierers hat sich längst in Erholungszeit verwandelt; von einem positivem Gesamterleben von Arbeit und Freizeit kann hier nicht gesprochen werden. Und so ist der Rentenwunsch, ähnlich wie im Fall der Krankenschwester, nur Ausdruck des Umstandes, dass es dem Betroffenen unter diesen Bedingungen nicht möglich ist, ein konkretes und tragfähiges Interessiertsein an der Fortsetzung seiner Erwerbsarbeit aufrecht zu erhalten.

Im Interview mit dem Abteilungsleiter (Interview 7/99) wurde bereits herausgearbeitet, dass seine Fähigkeit, seine Wünsche

- nach Rückkehr zur Arbeit,
- nach dem Erhalt weiterer vertikaler Karrieremöglichkeiten (Behrens 2001)
- nach einer Arbeitsgestaltung, bei der er nicht erneut erkrankt
- nach dem Erhalt der sozialen Bezüge bei veränderter physischer Leistungsfähigkeit

in einem lebhaften Handlungsentwurf zu bündeln, gering ausgebildet ist. Seine Einstellung zu den Inhalten und Umständen seiner Erwerbstätigkeit sind zwittrig. Er ist stolz auf seine erst 6 Monate zurückliegende Beförderung zum Abteilungsleiter, und er hat keinen Einwand gegen die Inhalte seiner neuen Tätigkeit, auch nicht gegen die Arbeitsfülle. Die Unsicherheit ergibt

sich aus der Tatsache, dass sein Körper den Belastungen nicht gewachsen ist. Im Lichte seiner körperlichen Leistungsfähigkeit nehmen sich somit die Arbeitsaufgaben anders aus als im Spiegel seiner selbst gesetzten beruflichen Ambitionen. Wenn er an seine Rückkehr zur Arbeit denkt, dann erwartet er keine >>Gabe<< seitens seines Arbeitgebers, eher das Gegenteil. Arbeit, Freizeit und Erholung befanden sich vor seiner Beförderung im Gleichmaß, erst in den zurückliegenden Monaten ist diese Harmonie gestört worden. Noch geht Herr H. davon aus, dass sich dieses Gleichgewicht wieder herstellen lässt, nur weiß er nicht, wie. Letztlich stützt sich seine Erwerbsorientierung auf seinen Stolz, angesichts der erreichten beruflichen Position, auf die Hoffnung dass er in einiger Zeit wieder einen Ausgleich zwischen Arbeit und Freizeit zuwege bringen werde und den Glauben, dass er noch zu jung sei, um schon jetzt zu resignieren. In der deutlich verzögerten Rückkehr zur Arbeit bilden sich diese ambivalenten Lebenslagen ab.

Das idealtypische Muster

Die Auswertung der Interviews bestätigt die Bedeutung der Handlungsplanung und der Planungskompetenz der Patienten für die Rückkehr an ihren Arbeitsplatz.

Zum Zweiten werden die Aussagen der Arbeitswissenschaften zu den Themen Erholung und dem Zusammenhang von Erträglichkeit -> Zumutbarkeit und Zufriedenheit bestätigt.

Als Drittes wird der Zusammenhang von Status und Arbeitsbedingungen bei der Rückkehr von leistungseingeschränkten Arbeitnehmern an den alten Arbeitsplatz sichtbar.

Viertens wird die Bedeutung der sozialen Reziprozität für die Entscheidung, mehr oder minder schnell zur Arbeit zurückzukehren, deutlich.

Von den anfänglich herausgearbeiteten 6 Bestimmungsmomenten, die Einfluss auf das Rückkehrverhalten der Interviewten nehmen, können jetzt drei Bausteine entfernt werden, ohne dass dadurch die Aussage weniger genau würde. Es sind dies die Erwerbsorientierung, die Akzeptanz der Inhalte und Umstände am Arbeitsplatz und der Rentenwunsch, die sich als Konstrukte der darunter liegenden Bestimmungsmomente erwiesen haben.

Der Idealtypus dessen, der schnell zur Arbeit zurückkehrt, hat demnach folgende Gestalt

1. Die Person besitzt in einem hohen Umfang die Fähigkeit/Möglichkeit, sich Ziele zu setzen und diese zu erreichen

2. Die Person hat das Gefühl, dass ihr Einsatz am Arbeitsplatz und die Fürsorge seitens des Arbeitgebers oder der Gesellschaft in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen.
3. Die Fähigkeit, sich in der Freizeit zu erholen und befriedigende Kontakte zur Mitwelt zu unterhalten, ist gegeben.

Wie die Überprüfung dieser Bestimmungsmomente an den Interviews gezeigt hat, verzögert sich die Rückkehr zum Arbeitsplatz in dem Maße, in dem die vorgenannten Umstände nicht gegeben sind. Es erscheint daher nicht sinnvoll, einen Idealtypus zu formulieren, der für die >>Nicht Rückkehr<< steht.

Eine gegenstandsnahe Theorie

Die Schrittfolge bei der Konstruktion einer gegenstandsnahe Theorie folgt den Vorschlägen von Strauss und Corbin (1996).

Die Einzelbetrachtung der Interviews zeigt, wie richtig der Hinweis von Uta Gerhardt (Gerhardt 1986: 25) ist, dass die von einer chronischen Erkrankung Betroffenen an drei Stellen unter Druck geraten:

- *Der sozialökonomische Status wird bedroht*, durch Entlassung, oder durch Deklassierung auf einfachere Arbeitsplätze.
- *Der finanzielle Status wird bedroht*, durch ein Leben am Existenzminimum, wenn es zur Arbeitslosigkeit kommt.
- *Der Familienstatus wird bedroht*, durch Scheidung, abweichendes Verhalten bei den Kindern, wie z.B. Schulversagen, durch Veränderung des Familienmodells (zum Beispiel: vor der Erkrankung patriarchalisch, nach längerer Erkrankung mit einem Schwerpunkt auf beiderseitiger Erwerbstätigkeit).

Diese Bedrohungskulisse führt dazu, dass die Überlegungen und Handlungen der Betroffenen stets darauf gerichtet sind, die bisherigen Lebensvollzüge stabil zu halten. In der *Aufrechterhaltung der bisherigen Lebensvollzüge* haben wir die Zentralkategorie, die kein Betroffener aus dem Auge verliert, auch wenn für jeden Einzelnen jeweils Unterschiedliches bewahrenswert erscheint. Auf diese Zentralkategorie sind die Nebenkategorien bezogen. Die Nebenkategorien bezeichnen, was die Aufrechterhaltung der bisherigen Lebensvollzüge gefährdet oder gefährden könnte. Die nachfolgend genannten ließen sich in jedem Interview ermitteln:

- Verminderung der Leistungsfähigkeit
- Rahmen der stationären medizinischen Behandlung
- Reziprozität

Im Zentrum dieser Gefährdungsanalyse steht dabei *die Verminderung der Leistungsfähigkeit*. Hierbei denken die Betroffenen im ersten Schritt an die berufliche Bedeutung der Leistungseinschränkung, darüber hinaus werden dann erwähnt: Einschränkungen im sozialen Bereich, die verminderte Teilhabe am Gemeinschaftsleben innerhalb der Familie und in den Sozialverbänden, denen sich die Betroffenen zugehörig fühlen.

In einem zweiten Schritt werden die *Bedingungen der stationären medizinischen Behandlung* betrachtet. Hier verdichten sich bei den Patienten, die zum ersten Mal an einer solchen Behandlung teilnehmen, sowohl die Erwartungen an eine rasche und umfangreiche Genesung als auch die Gedanken, die mit den zukünftig erforderlichen Änderungen der alltäglichen Lebensvollzüge in Zusammenhang stehen. Diese Änderungen betreffen bei den Patienten aus dem Bereich der Orthopädie meist die Fragen der zukünftigen physischen Belastbarkeit und der Körperhaltung, bei den Patienten aus dem Bereich der Atemwegserkrankungen, die richtige Medikation, das ausgewogene Maß an körperlicher Aktivität, und bei den Patienten aus der Onkologie das Aufrechterhalten präventiver Untersuchungen, um eine Neubildung rechtzeitig zu erkennen. Bei Patienten, die zum wiederholten Male an der Behandlung teilnehmen, nimmt die Entlastung von den Alltagsaufgaben der Lebensführung und die Reflektion der privaten Lebensvollzüge einen breiten Raum ein. Die Umstände in der Klinik und die Rahmenbedingungen, die von der Klinik bereitgestellt werden, dienen auch als Maß, um seit dem letzten Aufenthalt eingetretene Veränderungen an der eigenen Person zu erfassen.²¹

Als letztes nimmt der *Gedanke der sozialen Reziprozität* einen breiten Raum ein. Er bezieht sich sowohl auf die Situation am Arbeitsplatz (siehe S.77) als auch die Aspekte der Gegenseitigkeit mit den nächsten Angehörigen.

Jeder Patient füllt diese Nebenkategorie mit den Inhalten, die sich aus seiner aktuellen biographischen Situation ergeben. So liegt bei der Patientin 1/99 das Augenmerk auf dem Zeitpunkt, zu dem sie wieder so weit genesen ist, dass sie ihren Aufgaben bei der Arbeit wieder genügen kann, da sie sich von der Rückkehr zur Arbeit eine weitere Genesung verspricht. Das Entgegenkommen ihres Arbeitgebers fördert ihre Rückkehr zur Arbeit entscheidend. Ganz anders der Patient 7/99. Er zögert die Rückkehr zur Arbeit hinaus, da er sich keinen Rat weiß, wie er in der Zukunft den Ansprüchen an seinem Arbeitsplatz genügen kann, ohne seine Gesundheit erneut zu gefährden. Dieser Patient erwartet kein Entgegenkommen, keine dauerhaft verlässliche Hilfe seines Arbeitgebers bei der Rückkehr zum Arbeitsplatz. In beiden

²¹ männlich, 58 Jahre, verheiratet, lebt mit Ehepartner, 2 erwachsene Kinder leben nicht mehr im Haushalt: dann kommt der erste Infekt, dann geht das Herz schlecht, und dann kommt meine große Hoffnung, ach komm, jetzt gehst du wieder nach D., du schaffst das schon. Und ich merke auch jetzt die acht Jahre, wo ich hier bin, dass das Ganze schlechter wird. Wo ich am Anfang noch hinlaufen konnte, für mich überhaupt kein Thema mehr, kann ich nicht mehr, mach ich nicht mehr. Ich bewege mich hier in der Klinik, das heißt, relativ ebene Wege, tut mir da schon ein bisschen weh und hoff, ich bin ja noch 14 Tage da, dass mirs dann wieder besser geht (Interview 8/00, Zeile 205-210)

Fällen steht im Zentrum des Nachdenkens die Aufrechterhaltung der Lebensvollzüge und die Gefährdung derselben durch die verminderte Leistungsfähigkeit²².

Die Bedeutung der Behandlung hat für die Patientin 1/99 (Krankenschwester) eine gänzlich andere lebensgeschichtliche Bedeutung als für die Patientin 1/00 (Erzieherin). Weil das Streben der Krankenschwester die Nichtfortsetzung der bisherigen Tätigkeit im Visier hat, stellen die guten Behandlungsergebnisse für sie eine Hürde auf dem Weg in ein alternativ finanziertes Leben dar. Der Erzieherin hingegen gelingt es, mit der Behandlung sich aus den alltäglichen Lebensvollzügen als Mutter, Ehefrau und Beschäftigte herauszulösen und eine (Behandlungs-) Zeit für sich zu finden, wobei allein der so gewonnene neue Lebensraum ein immer wieder erstrebenswertes (Behandlungs-) Ziel darstellt. Die Behandlungsergebnisse stellen somit stets ein Zentrum dar, um das die Gedanken kreisen, doch unter dem Gesichtspunkt der Aufrechterhaltung der bisherigen Lebensvollzüge können Behandlungsergebnisse, die aus ärztlicher Sicht als gut bezeichnet werden, vom Patienten gänzlich verschieden aufgenommen werden.

Mit dieser erneuten systematischen Betrachtung der Interviews zeigt sich, dass das treibende, die Veränderungen anstoßende Moment in allen Interviews durch den Schweregrad der Symptome bestimmt wird. Die Symptome weisen auf die Erkrankung hin, sie führen zur Behandlung. Die veränderte Symptomatik signalisiert das Ausmaß des Erfolgs der ärztlichen Interventionen und eröffnet oder verschließt darüber zukünftige Handlungsmöglichkeiten im Beruf und in der Freizeit. Die Erkrankung erschließt sich den Betroffenen durch die Symptome,

²² Die Inhalte der von den Patienten empfundenen gegenseitigen Verpflichtung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, aber auch zwischen ihm und seinem Ehegatten oder Lebenspartner, werden von den Betroffenen stets als Fragen vorgetragen. Sehr schön im Interview des Patienten 7/99, der viele Male fragt, >>wie geht es weiter<<, und der auf seine Fragen keine Antwort erhält. Parallel dazu formuliert er in seiner Zwiesprache Forderungen, denen er sich von Seiten der Gesellschaft konfrontiert sieht: >>Bringet se, bringet se, bringet se<<. Der Erkrankte hat also Fragen an die Gemeinschaft. Aus seiner Sicht hat er seine Gesundheit für die Gemeinschaft gegeben und erwartet jetzt eine Gegengabe, diese Erwartung drückt sich in seinen Fragen aus. Tatsächlich werden seine Erwartungen auf den Kopf gestellt, weil jetzt ihm, der alles für die Gemeinschaft getan hat und sich in deren Dienst aufgeopfert hat, Forderungen präsentiert werden. Nur in 2 Interviews wird davon berichtet, dass der Arbeitgeber entgegenkommend auf die Fragen der Beschäftigten reagiert. Auch bei der Frage der Reziprozität wird deutlich, dass die an die Gemeinschaft gerichteten Fragen und Forderungen dazu dienen, die tradierten Lebensvollzüge aufrecht zu erhalten, was in diesem Zusammenhang immer bedeutet: Stabilisierung des Beschäftigungsverhältnisses.

nicht durch objektive Messergebnisse. Das Symptom, z.B. die Atemnot, führt zur Behandlung, nicht die sie auslösende Verengung der feineren Luftröhrenäste. Mit den Symptomen haben wir den Motor des Geschehens, das uns in den Interviews präsentiert wird, ermittelt. Unter diesem Gesichtspunkt lassen sich drei Zugangsmuster zur Behandlung ermitteln:

Muster 1	Muster 2	Muster 3
Die gesundheitlichen Einschränkungen sind Folge einer schon über Jahre bestehenden Erkrankung. Die Erkrankung hat mäßige Auswirkungen auf die Arbeitserledigung und die Ausgestaltung des Privatlebens. Die Behandlung wird auf Betreiben des Patienten eingeleitet, der auf diese Weise seine <i>bisherigen Lebensvollzüge</i> stabilisieren will. Die Behandlung in der Rehabilitationsklinik bringt eine Erleichterung der Lebensvollzüge. Einmal durch die Therapie, dann, weil dem Patienten alle Alltagsarbeiten abgenommen werden. Die Person hat dadurch viel Zeit für sich selbst. Sie fühlt sich wohl. Nach Ende der Kur kehrt sie an ihren vor-maligen Arbeitsplatz zurück.	Die gesundheitlichen Einschränkungen sind Folge einer schon über Jahre bestehenden Erkrankung, die große Auswirkungen auf die Bewältigung der Anforderungen am Arbeitsplatz hat. Die Behandlung wird dem Patienten durch seinen behandelnden Arzt oder, bei lang andauernder oder sich häufig wiederholenden AU Zeiten, durch einen Träger der Sozialversicherung nahegelegt und dann auch eingeleitet. Der Arbeitnehmer steht seiner Berufstätigkeit positiv gegenüber, jedoch nicht den Bedingungen, unter denen er sie ausübt. Die Behandlung lindert die Beschwerden, doch dem Betroffenen ist klar, dass diese Linderung sich aus einer Kombination von	Die gesundheitlichen Auswirkungen sind Folge einer plötzlichen Erkrankung. Die Auswirkungen der Erkrankung auf sein Leben und seine Arbeitssituation sind für den Betroffenen noch nicht abschätzbar. Im Vordergrund steht zunächst der Schock, von dieser Erkrankung betroffen zu sein. Die Behandlung in der Rehaklinik wird durch die Ärzte der Akutklinik empfohlen und auch von dort eingeleitet. Zum Zeitpunkt des Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik, ist die Behandlung der Krankheit weitestgehend abgeschlossen, der Patient hat gelernt, dass er die Krankheit überlebt hat. Sein Blick richtet sich nach vorn auf die Arbeitssituation. Beim Gedanken an die Rückkehr

Schon vor der Rückkehr weiß sie, dass die Besserung nur eine begrenzte Zeit anhält, doch mit diesem Gedanken hat sie sich ausgesöhnt. Die Fortführung der Arbeit ist so lange möglich, wie die Unterstützungssysteme stabil sind. Diese bestehen vielfach aus der Zuwendung der Familie, aber auch aus Privilegien am Arbeitsplatz, die eine Vermittlung der Leistungsschwankungen mit den Anforderungen am Arbeitsplatz ermöglichen.	Schonung und Behandlung ergibt und in keinem Fall ausreicht, um die Tätigkeit auf Dauer fortzusetzen. Der Arbeitnehmer hat sich bereits in der Vergangenheit erfolglos um eine Veränderung seines Arbeitsplatzes bemüht und ist daher nicht bereit, dergleichen noch einmal auf sich zu nehmen. Für die aktive Gestaltung eines Arbeitsplatzwechsels fehlt ihm die Handlungsplanungsfähigkeit oder die Motivation. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz verzögert sich.	an den alten Arbeitsplatz werden die Erfahrungen mit diesem Arbeitsplatz memoriert und gewichtet. Das Ergebnis dieser Betrachtung wird bestimmt durch das Ausmaß des Entgegenkommens, das er vom Arbeitgeber erwartet. Wenn er davon ausgeht, dass er dieses erhält, kehrt er sehr rasch an den vormaligen Arbeitsplatz zurück, ansonsten verzögert bis gar nicht.
---	---	--

Beim Verankern dieser Muster mit dem Fallmaterial wird deutlich, dass es neben der individuellen Verknüpfung der Krankheitsgeschichte mit der Arbeitssituation, dem Status den die Betroffenen bei der Arbeit erreicht haben, der speziellen Ausgestaltung ihres Zusammen- oder Alleinlebens auch eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Bewältigung der Situation gibt. Dies nimmt zunächst nicht wunder, sind die Interviewten Männer doch sämtlich verheiratet und sind oder waren zumindest zeitweise Alleinverdiener in einem Haushalt. Allein der Umstand, dass der Lebensunterhalt der Familie von ihrer Erwerbsfähigkeit abhängt, dürfte den Männern eine distanziert kritische Haltung zur Bedingtheit ihrer physischen Leistungskraft erschweren, denn jede berufliche Veränderung betrifft alle, die von diesem Einkommen vollständig oder teilweise leben. Ganz anders bei den Frauen. Bis auf drei Frauen, die alleine für ihren Lebensunterhalt sorgen, leben alle in einer Paarbeziehung und leisten mit ihrem Einkommen den kleineren Beitrag zum Familienbudget. Ihr Blick auf ihr Leistungsvermögen ist

erheblich kritischer²³, als das bei den Männern der Fall ist. Sie beklagen die ihnen durch die Leistungseinschränkung zugefügten Einbußen im beruflichen Fortkommen oder auch in der Gestaltung der Freizeit, wohingegen Männer in vergleichbaren Situationen sich rühmen, wie sie extensiv mit der Medikation umgehen²⁴, um ihren Körper zu Leistung zu treiben, die er ohne diese nicht mehr erbringen könnte.

Die von Strauss und Corbin empfohlenen Memos zur Verdeutlichung des jeweiligen Erkenntnisstandes wurde in Form von Schaubildern angelegt. Die Schaubilder 1 und 2 zeigen, wie sich bei Männern und Frauen diese Rahmenbedingungen um den Kern der gesundheitlichen Einschränkungen gruppieren. Im Schaubild für die Frauen sind links die Situationen abgebildet, vor die sich Patientinnen gestellt sehen, die zum ersten Mal an einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung teilnehmen, und rechts finden sich Umstände und Bedingungen für Personen, die schon zum wiederholten Mal eine solche Behandlung durchlaufen. Im Schaubild für die Männer sind die Gedanken und Überlegungen dargestellt, die um die gewünschte Fortsetzung der Erwerbstätigkeit kreisen. Auch hier gibt es Personen, die zum ersten Mal an einer rehabilitationsmedizinischen Behandlung teilnehmen, und solche, die schon zum wiederholten Male an einer solchen Kur teilnehmen. Doch während

²³ Weiblich, 41 Jahre, unverheiratet, alleinlebend, keine Kinder: Ja, beruflich war das eigentlich auch ein Alptraum, als ich anfang zu arbeiten. Da kommt dann wieder neuer Stress auf einen zu, neue Belastungen. '77 bin ich angefangen zu arbeiten und bin dann auch ganz häufig krank gewesen und 'zig mal im Krankenhaus und Probezeit wurde dann auch verlängert, weil ich ja immer nicht da war. Und bin eigentlich immer das geblieben, was ich damals schon war. Damals hieß das Schreibkraft, heute heißt das eben Sekretärin. Da war nicht dran zu denken, eben auch nur annähernd eine Ausbildung zu machen oder, ich denke, ich hätte es einfach nicht gepackt, weil ich so schon immer damit beschäftigt war, überhaupt morgens aufzustehen und zur Arbeit zu gehen und dann wieder nach Hause zu kommen im Endeffekt.(Interview 2/00, Zeile 65-73)

²⁴ männlich, 58 Jahre, verheiratet, lebt mit Ehepartner, 2 erwachsene Kinderleben nicht mehr im Haushalt: wenn ich den Winter in die Firma gefahren bin, habe ich das Auto vorgeheizt, bin aus der Haustüre raus, die Luft angehalten, bis ich in der Garage beim Auto war, dann wieder 5-10 Sekunden, für mich eine Ewigkeit, weitergeatmet. In die Firma gefahren, ich hatte eine Ausnahmegenehmigung, ich darf in die Firma fahren, habe damals in einem großen Konzern gearbeitet, in der Firma [...], eingezäunt, hatte also eine Sondergenehmigung, bin bis vor das Büro gefahren, Luft angehalten, bis ich wieder im Gebäude war, wenn ich rausgegangen wäre, 2 Mal passiert, wäre ich da gelegen, zum Sterben bereit. Kein Mensch da, ich habe gedacht, vorbei, damals bekam ich noch das [...], ich habe das hier erzählt, das hat keiner geglaubt. Ich habe so ein komplettes Fläschchen reingehauen, bis es leer war, ach, das holt mich ein jetzt. Firma reingegangen, gemacht, als ob nichts wäre. Also nicht jetzt zum Arzt gegangen, normal weiter gearbeitet. (Interview 8/00, Zeile 69-79)

die Frauen für die Zukunft immer wieder alternative Gedanken zur Erwerbstätigkeit ventilieren, sind sich die Männer ganz sicher, was sie in der Zukunft wollen: Sie möchten erwerbstätige Ehemänner bleiben. Ihre Gedanken kreisen um die Frage, wie dieses Ziel erreicht werden kann. In beiden Schaubildern sind die Elemente hervorgehoben, denen für den Fortgang der Ereignisse ein besonderes Gewicht zukommt.

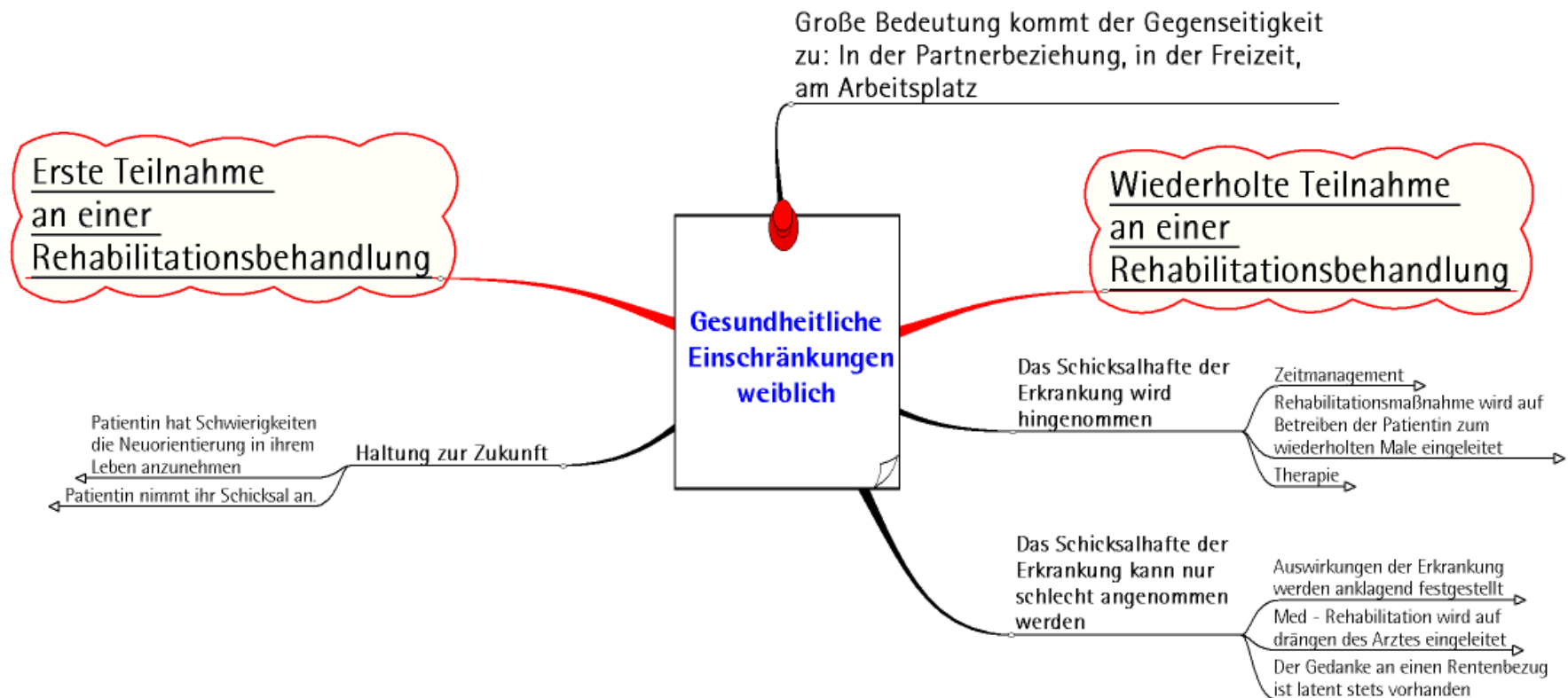


Abbildung 6, Auswirkungen gesundheitlicher Einschränkungen - weiblich

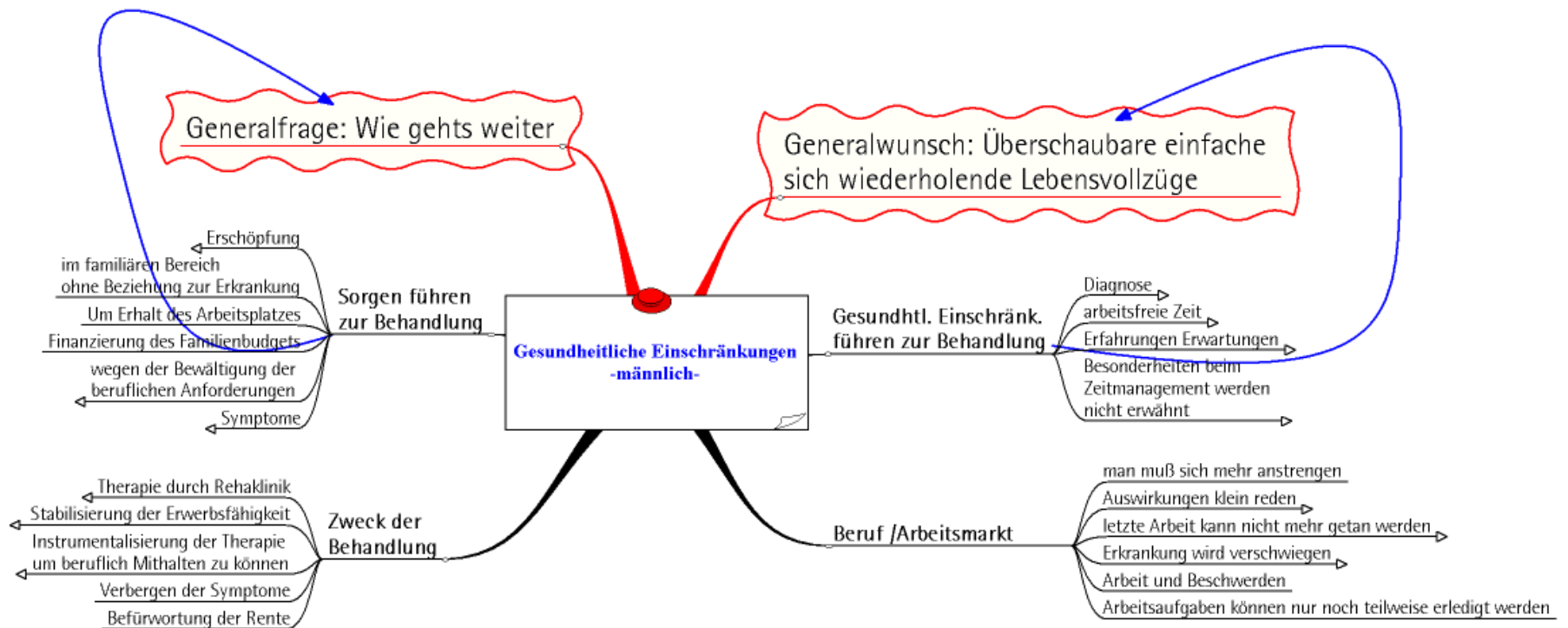


Abbildung 7, Auswirkungen gesundheitlicher Einschränkungen - männlich

Weibliche Bewältigungsmuster der gesundheitlichen Einschränkungen

Die weiblichen Interviewteilnehmerinnen lassen sich in einem ersten Schritt in diejenigen einteilen, die zum ersten Mal an einer rehabilitationsmedizinischen Behandlung teilnehmen und diejenigen, die schon zum wiederholten Male in einer solchen Behandlung stehen. Die beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Haltung zu den Ereignissen, die nach Ablauf der Behandlung sowohl am Arbeitsplatz als auch privat auf sie zukommen werden, die zwischen den Polen „zukunftsfröhlich“ und „ängstlich angespannt“ streut.

Da sind Patientinnen wie die Sekretärin im Interview 2/99; sie wollen zurück an ihren Arbeitsplatz, und sie haben auch keinen Zweifel an dieser Absicht. Diese Personengruppe hadert nicht mit ihrem Schicksal, hat gute Kontakte zu Freunden und Verwandten und ist sich sicher, dass das bisherige Leben eine gute Basis für die Bewältigung der Zukunft darstellt. Zu den Personen, die ihre nächste Zukunft absehen können, gehören aber auch jene, die dieser Zukunft mit einer ängstlichen Anspannung entgegen sehen. Im Interview berichten diese Personen, dass sie nur wenige Kontakte zu anderen Menschen unterhalten²⁵; freudlos sehen sie der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz entgegen, da sie davon ausgehen, dass weder die Vorgesetzten noch die Kollegen Entgegenkommen zeigen werden. Ihr Wunsch richtet sich eindeutig auf ein autonomes Zeitmanagement²⁶, von dem sie nicht wissen, wie sie es erreichen können. Ihre Absicht, an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren, ist ambivalent, soweit es für sie eine Alternative gibt, werden sie diese wählen. Während die Patientinnen, die mit gespannter Aufmerksamkeit in die Zukunft sehen, rückschauend ihr bisheriges Leben positiv bilanzieren und davon ausgehen, es stelle eine gute Grundlage für die Bewältigung der auf sie zukommenden Aufgaben dar, ziehen die Patientinnen, die ängstlich und unsicher in die Zukunft sehen, eine resignative Bilanz ihres bisherigen Lebens. Sie haben ein Gefühl der Sinnlosigkeit, wenn sie sich ihr Leben vergegenwärtigen. Die Patientin mit einer positiven Zukunftserwartung hingegen meinen, es lohne sich, für die Bewältigung der Aufgaben, die

²⁵ So erzählt die Patientin (Interview 1/99) zu ihren Sozialkontakten: >>habe einen Hund und mein Mann halt dazu<<(Zeile 71)

²⁶ Patientin S. hatte nach der Kindesgeburt Erziehungsurlaub genommen. Nach dem Tod ihres Kindes kehrt sie zur Arbeit zurück. Zunächst wollte sie nur eine Teilzeittätigkeit aufnehmen, ganz offensichtlich ein Kompromiss zur gewünschten häuslichen Tätigkeit. >>Dann wollte ich erst 75 % arbeiten, und das hat dann nicht geklappt, und dann habe ich eben angefangen<<.(Interview 21/99, Zeile 218f)

einem das Leben stellt, Arbeit auf sich zu nehmen und Energie zu investieren. An dieser Stelle werden Aspekte berührt, die Antonovsky in seinem Modell der Salutogenese beschrieben hat. Besonders den Bausteinen²⁷ des Kohärenzgefühls (**Sense of Coherence**) misst er eine große gesundheitsprotektive Bedeutung zu. Auf der rechten Seite des Schaubilds 1 finden sich die Personen, deren Erkrankung schon chronifiziert ist, und die zum wiederholten Male an der Behandlung teilnehmen. Auch hier sind zwei Gruppen zu unterscheiden, zum einen Personen, die es geschafft haben, ihre Erkrankung zu akzeptieren, und zum anderen Personen, denen die resignativen Gelassenheit fehlt, um die chronischen Erkrankung hinzunehmen.

Patientinnen, die ihre Alltagsanforderungen beherrschen, haben gelernt, ihre Erkrankung zu akzeptieren und ihre Lebensumstände auf das veränderte Leistungsniveau einzustellen. Sie arbeiten Teilzeit, damit sie ausreichend Zeit für ihre Erholung zur Verfügung haben, um anschließend wieder genügend Kraft für Freizeitaktivitäten mit anderen (siehe S. 48 und S. 123) zu haben. In ihren Interviews finden sich stets Aussagen, mit denen das erste Auftreten der Erkrankung erklärt wird; auch wenn diese Erklärungen häufig mystisch dunkel erscheinen, so wird den Betroffenen das Ereignis dadurch verstehbar²⁸. Die Frauen, die mit ihrem Alltag zurecht kommen, begreifen das, was sie tun, als eine lohnende Herausforderung. Aus ihrer Sicht ist es richtig erwerbstätig zu sein, und wenn sie Kinder haben, sind sie auch darüber froh,

²⁷ Das Kohärenzgefühl besteht aus drei Bausteinen

1. Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)
Hiermit ist die Fähigkeit gemeint, die willkürlich und zufällig auf einen zukommenden Reize und Informationen der Umwelt in strukturierte und verstehbare Muster umzuwandeln.
2. Gefühl der Handhabbarkeit (sense of manageability)
Hiermit ist die Überzeugung gemeint, dass man mit den Anforderungen der Umwelt zurecht kommt. Dabei geht es nicht darum, dass man diese Fähigkeiten in sich selbst hat, sondern auch die Fähigkeit, die sich aus der Hilfe anderer oder „göttlicher“ Eingebungen herleitet.
3. Gefühl der Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness)
Hiermit ist die Gabe gemeint, das Leben als eine insgesamt lohnenswerte Herausforderung zu begreifen. Für die Bearbeitung der sich daraus ergebenden Aufgaben ist man gerne bereit, Arbeit auf sich zu nehmen und Energie zu investieren. Dieser Bestandteil wird von Antonowski als der wichtigste Teil des SOC angesehen. (Siehe auch Bengel, Strittmacher 1999:24ff)

²⁸ Em, mir wird verschieden erzählt wie es begann, äm, wahrscheinlich hat meine Großmutter mich zu einem Feuer mitgenommen, wo wir zugucken wollten und, äh, dann brach wohl der erste Asthmaanfall aus. (Interview 1/00, Zeile 15 – 17)

obwohl ihnen die Doppelbelastung und die Erkrankung besonders zusetzen. Diese Frauen haben die von Antonovski genannten Bausteine²⁹ in ihr Leben eingefügt und darüber eine hinlängliche Zufriedenheit mit ihren Lebensumständen erreicht. Zu dieser Zufriedenheit gehört auch die regelmäßige Teilnahme³⁰ an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Aus Sicht dieser Patientinnen werden mit der Behandlung Ziele angestrebt, die mit den Begriffen Harmonisierung, Erholung³¹ und Aufklärung bezeichnet werden können, mithin Ziele, die während der Behandlung auch erreicht werden können.

Die Interviewpartnerinnen, die ihre Alltagsanforderungen als nur mit Mühe beherrschbar darstellen, beschreiben die gleichen Belastungen und Einschränkungen wie die gerade vorgestellte Gruppe, nur fehlt ihnen die Fähigkeit, die chronische Erkrankung mit resignativer Gelassenheit hinzunehmen. Im Vordergrund vieler Aussagen steht der Vergleich mit „gesunden“ Gleichaltrigen³² und den besseren Lebenschancen, die bei diesen vermutet werden, also der Rekurs auf das ungelebte Leben (siehe S. 63). Ähnlich verhält es sich mit den Aussagen zu ihren Freizeitaktivitäten; auch hier liegt der Unterschied nicht in dem, was beschrieben wird, sondern im Wie. Diese Personengruppe leidet unter ihrer Krankheit, weil sie meint, alle

²⁹ Es handelt sich hierbei um ein Gefühl des Vertrauens dass „erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und dass zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen“(Antonowski zitiert nach BENGEL, STRITTMACHER, WILLMANN 1999: 30).

³⁰ habe [mit, WLD] dreiunddreißig das erste Mal eine [...] Kurantrag gestellt, ähm, und dann doch, das wurde genehmigt, ähm, und kam dann gleich hierher und für mich kam schon 'ne große Wende mit der ersten Kur hier [...] es mein ganzes Körpergefühl sich stabilisierte, [...]. Seit ich, ähm, [mit, WLD] dreiunddreißig das erste Mal hierher kam, und dann habe ich das ja auch, jetzt ist das meine fünfte Kur, [Patientin ist zum Zeitpunkt des Interviews 42 Jahre alt] (Interview 1/00, 69-82)

³¹ verheiratet, 4 Kinder noch im Haushalt, lebt mit Ehepartner: so Kuren in dem Sinne als Entfernung von zu Hause, also zum häuslichen Rahmen, natürlich, ich hab jetzt gar nichts gesagt von der Arbeit, die ich zu Hause habe, ist ja auch Arbeit. Das ist einfach eine gewisse Zeit, die man braucht abzuschalten, als Mutter von 4 Kindern muss ich dazu sagen, und als, ja, einfach auch als Hausfrau. Sich hier einfach auch verwöhnen zu lassen, das gehört mit dazu, denk ich mir. Auf neue Ideen zu kommen, Leute zu sehen, die auch kränker sind als man selber. Ja, neue Impulse zu bekommen, und einfach auch mal Zeit zu haben, die Dinge dann auszuprobieren, die man angeboten bekommt. Das ist einfach, dazu braucht es Zeit (Interview 26/99, Zeile 192-199)

³² Ich meine eben nur, wenn dann der Dienst vorbei ist, dann ist man halt ziemlich kaputt, und andere, die wechseln also, die gehen durchs Drehkreuz, und es fällt alles ab (Interview 22/99, Zeile 142-144)

Menschen, die nicht an ihrer Krankheit leiden, hätten im Leben ein leichteres Los zu tragen³³. Diese Aussage trifft immer dann zu, wenn diese Frauen durch ihr Verhalten ihre Situation zusätzlich verschlimmern. Wenn sie also, weil sie nicht krank sein möchten, eine gezielte Therapie später als nötig einleiten³⁴, oder wenn sie sich beruflich Ziele setzen, die sie an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit fordern, weil es ihr Ziel ist, mindestens so leistungsfähig zu sein wie Menschen ohne ihre Grunderkrankung. Es passt zu diesen Persönlichkeitsaspekten, dass der Gedanke an den Rückzug vom Arbeitsmarkt bei diesen Patientinnen stets eine Rolle spielt, soweit sie die gewünschte „volle“ Integration nicht erreichen können.

Die ermittelten Muster und Verknüpfungen können für die Patientinnen in dem folgenden Modell gebündelt werden:

Bewältigung von Störungen der Lebensvollzüge durch das Auftreten von Leistungseinschränkungen

Weiblich

Der Einfluss gesundheitlicher Einschränkungen auf die Bewältigung der **alltäglichen privaten und beruflichen Lebensvollzüge** wird bei einer abhängig Beschäftigten so deutlich spürbar, dass die Betroffene entweder von sich aus oder nach massiver Intervention durch den behandelnden Arzt ihre erste medizinische Rehabilitationsmaßnahmen beantragt.

Mit dieser Maßnahme verbindet die Patientin die Hoffnung, dass sich durch ihre Teilnahme an der Behandlung der Gleichklang von alltäglichen und beruflichen Lebensvollzügen erneuert

³³ Privat hat es sehr oft auch noch den Hintergrund, dass ich einfach eingeschränkt lebe, weil ich manche Beziehungen nicht leben kann, weil die Leute Tiere haben, weil manches gar nicht mit, ich nicht mitmachen kann, dass Freunde machen. Und das empfinde ich manchmal schon auch doch als 'ne Einbuße in meinem Leben. Das bedeutet für mich, dass ich mit meiner Krankheit öfters zum Arzt muss, viel mehr freie Zeit auch aufbrauche mit dem, mich gesund zu halten, mich zu wieder stabilisieren und das beobachte ich dann schon, dass Freunde und andere Leute einfach mehr Zeit für sich haben, auch schöne Sachen zu machen, wo ich sagen muss „ich kann nicht mit ins Kino kommen, bin zu kaputt“ oder so. Und das finde ich schon schade. (Interview 1/00, Zeile 171-180)

³⁴ von meinem Arzt aus hieß es eben, dass ich wieder mal zur Kur muss oder ins Krankenhaus, weil ich öfters ins Krankenhaus musste zwischendurch. Ich hab das eigentlich immer abgelehnt, weil ich es nicht so gerne wollte, wegen den Kindern und so, weil ich jedes Jahr bald weg bin und das ist dann nicht so schön. Und dann hat mein Arzt jetzt zuletzt gesagt, dass er eben keine Verantwortung mehr übernimmt und dann hab ich irgendwann zugestimmt, und deswegen bin ich dann hier in Davos gelandet (Interview 6/99, Zeile 53-59)

und ihr die Erledigung der Berufsarbeit, der Hausarbeit wie der Aktivitäten in der Freizeit leichter fallen werde.

Patientinnen, die der Meinung sind, dass die Bewältigung der Zukunft eine Herausforderung sei, die manche Anstrengung lohne, werden alles daran setzen einen Kompromiss zwischen ihrer Leistungsfähigkeit, den Ansprüchen am Arbeitsplatz und den ihnen zugänglichen Unterstützungsmöglichkeiten zu finden. Diese Patientinnen erleben die Rehabilitationsbehandlung als eine zeitlich befristete, befriedigende Kompensation für diese Belastungen des Alltags. Da die Belastungen des Alltags, die zur Rehabilitation führten, auch nach der Kur fortbestehen, wird die Entlastung durch die Kur in regelmäßigen Abständen angestrebt. Die zweite oder jede weitere Rehabilitationsbehandlung wird von diesen Patientinnen angestrebt, weil sie die Kur als zum Lebenskonzept gehörend ansehen. Diese Patientinnen kehren nach der Kur rasch zu ihrer Arbeit zurück, da die Behandlung nur als Unterbrechung und nicht als Abbruch der Beschäftigung geplant war.

Patientinnen, die der Zukunft mit ängstlicher Anspannung entgegen sehen, stehen der Rückkehr zur Arbeit ebenfalls freudlos gegenüber. Sie erwarten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz keine Hilfe seitens ihrer Vorgesetzten oder ihrer Kollegen; sie werden sich um diese Hilfe auch nicht bemühen, und sie erwarten auch keine Hilfe von ihren Angehörigen und Freunden. Die Zukunft erscheint ihnen als Mühe. Sie stehen nach der ersten Kur der Beantragung einer zweiten Kur sehr skeptisch gegenüber stehen, da diese sie in vielerlei Formen mit der Möglichkeit konfrontiert, die eigene Zukunft gestalten zu können. Ein Gedanke, der diese Patientinnen ängstigt. Sie werden einer weiteren rehabilitationsmedizinischen Behandlung nur auf Druck ihres behandelnden Arztes zustimmen. Ihre Erwartungen an die Heilungserfolge sind in der Folge so hoch, dass sie nur enttäuscht werden können. Der Tatsache, dass die Behandlung auch die Möglichkeit der Erholung und der Besinnung einschließt, wird kaum Aufmerksamkeit zuteil. Auch diese Gruppe kehrt zur Arbeit zurück, wenn auch gedemütigt durch die Kapitulation vor der Krankheit.

Einige Patientinnen, die annähernd das Rentenalter erreicht haben, werden für sich den Entschluß fassen, nicht mehr zur Arbeit zurück zu kehren und in der Folge auch alles daran setzen, den Rentenbezug zu erreichen.

Männliche Bewältigungsmuster der gesundheitlichen Einschränkungen

Die Behandlung wird in der Regel nicht eingeleitet, weil der Patient die Erkrankung als eine Bedrohung seiner physischen Existenz auffasst. Die Beschädigung seines Leibs durch und für die Arbeit ist so lange und soweit akzeptabel, wie die Schäden durch medizinische Behandlung eingrenzbar erscheinen und der Status als leistungs- und konkurrenzfähiger Arbeitnehmer erhalten bleibt³⁵. Wenn die Zerstörung der materiellen Basis der Arbeitsfähigkeit (Fischer-Rosenthal 1999, Novak 1993, Giegel 1993) soweit fortgeschritten ist, dass hausärztliche und fachärztliche Interventionen die Arbeitsfähigkeit nicht mehr stabil halten können, dann beginnen die Betroffenen sich Sorgen um all die Lebensbereiche zu machen, die mittelbar oder unmittelbar mit der Erwerbsfähigkeit und dem erzielten Einkommen zusammen hängen. Jetzt geraten als erstes die Symptome ins Blickfeld. Sie sind allgegenwärtig und häufig auch für den Laien zu erkennen. Sie führen zu sozialen Reaktionen, die bis in die Familie reichen³⁶ oder zur Aufforderung, der Betroffene möge was dagegen unternehmen³⁷. In unmittelbarem Zusammenhang mit der Betrachtung der Symptome steht die Frage: können die beruflichen Anforderungen noch bewältigt werden? Oder: Welche Arbeitsplätze kann ich mit diesem

³⁵ Ich bin also im Laufe des Monats April, vielmehr schon im Vorstadium, das war schon im Februar, hatte ich gewaltige Rückenschmerzen. Zunächst bin ich da natürlich nicht zum richtigen Facharzt gegangen, nicht zum Orthopäden gegangen, bin zu meinem Hausarzt. War immer im Glauben, ja, Hexenschuss, geht wieder weg, ne Spritze und fertig, alles gut. Dem war aber nicht so, und das ist mir zweimal passiert und zwar so stark, dass ich mich, ich konnte nicht mehr aufrecht gehen, ich war mit dem Kopf bald am Boden, ich konnte nichts mehr heben, ich konnte, bei der Verrichtung meiner Arbeit konnte ich nicht mal mehr 5 Kilo heben. Und ich habe trotzdem weiter gearbeitet, (Interview 14/99, Zeile 8-16)

³⁶ Aber diese, es hat natürlich schon Probleme gegeben, diese ewige Husterei, die ich hatte, das ist, das muss man ganz offen sagen, meiner Frau langsam aber sicher auf den Geist gegangen, weil wir konnten also, sie ist aus dem ehelichen Schlafzimmer ausgezogen, weil ich bin da nachts immer wieder aufgestanden, also schlafen muss man ja schließlich, also sie ist dann in ein anderes Zimmer gegangen usw. damit sie auch ihre Nachtruhe hat (Interview 5/99, Zeile 154-159)

³⁷ sie wissen, ich bin krank, ich habe das eben, und die sagen halt auch, tu mal was dagegen und schau dass das geheilt wird. (6/00, Zeile 89-91)

Leistungsvermögen³⁸ noch ausfüllen? Wenn die Erwerbstätigkeit am bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr fortgesetzt werden kann und ein neuer Arbeitsplatz nicht in Sicht ist, weil die Kräfte hierfür nicht mehr ausreichen, dann gerät das sorgsam austarierte Familienbudget ins Blickfeld³⁹. Zum Ende der Erzählungen werden familienorientierte Überlegungen geäußert. Hier ist an Sorgen im familiären Bereich zu denken, die in einigen Fällen so bedeutsam geworden sind, dass es den Anschein hat, „das Symptom“ biete die Möglichkeit, sich für einige Zeit zurückzuziehen und eine biographische Neuorientierung einzuleiten⁴⁰. In der letzten Passage des Interviews sprechen die Patienten über die Sorgen, die ihnen ihre Erschöpfung macht. Sie

³⁸ Also nicht mehr 8 Stunden am Tag, sondern höchstens noch vormittags. Und dann ist das halt vom Chef aus, wie's halt heut in der Lage ist, im Kleinbetrieb kann man halt keinen ersetzen, einfach sagen wir mal, dass er bloß 4 Stunden schafft und die anderen 4 Stunden fehlt. Da muss man einfach schon ran, und mehr samstags und das ist halt das Problem. In einem Großbetrieb geht das alles etwas einfacher, da kann man des eher vielleicht durch einen Wechsel im Betrieb eher noch realisieren. Und so halt nicht im Kleinbetrieb. Und dann ist das halt, dann bin ich arbeitslos geworden deswegen(Interview 3/99, Zeile 14-20)

³⁹ Das ist die zweite schwierige Frage für mich, weil ich bin zweimal verheiratet. Aus der ersten Ehe habe ich einen Sohn, der ist 21, schon ausgelernt, der verdient sein Geld. Da hab ich zweites mal geheiratet, meine Frau ist viel, viel jünger wie ich, sie wollte unbedingt Kinder haben, jetzt haben wir zwei kleine Kinder. Das ist das zweite Problem. Mit 540 DM Kindergeld und die Rente, das würd schon gehen, weil sie wird später mal wieder, wenn ich angenommen Rente bekomme,[...], da wird sie 1.000,- oder 1.200,- DM verdient sie mit einem Halbtagsjob. Finanziell wären wir einigermaßen gesichert. [...] Und wenn sie dann mal Heimarbeit macht zu Hause wie früher vor den Kindern, wo wir vorher gewohnt haben, da sie mal da ausgeholfen, das würd schon gehen. So ist das. (Interview 23/99, Zeile 114-126)

⁴⁰ Fangen wir mal mit der Familie an, ja. Weil das sind Dinge, die eigentlich belastender ist und auch irgendwie einen Schatten auf die Arbeit wirft, ja. Vor zwei Jahren ist mein Vater verstorben und das für mich so eine Art Entwurzelung, so habe ich das für mich empfunden und auch wie meine Mutter, meine Mutter lebt in Köln, mein Vater lebte auch in Köln und ich lebe in München. Ich bin das einzige Kind, habe da also große geographische Differenz zu denen, dann eben und meine Mutter ist mit dem Tod meines Vaters überhaupt nicht fertig geworden und hat also auch 2 Suizidversuche unternommen, (Interview 12/99; Zeile 25-31)

sind zu müde für die Durchführung der notwendigen Therapie⁴¹, ihnen fehlt die Kraft, um mit ihrem Partner am sozialen Leben teilzunehmen⁴², kurzum sie benötigen die gesamte freie Zeit, um sich zu erholen. All diese Überlegungen kreisen um die Frage: Wie kann die Gefährdung meiner Rolle als erwerbstätiger Ehemann abgewendet werden? Und bezogen auf den nächsten Schritt in die unmittelbar vor ihnen liegende Zukunft verdichtet sich das Anliegen zur Bitte, man möge dem Patienten doch sagen: „Wie's weiter geht?“. Wenn der Patient zum wiederholten Male an einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung teilnimmt, dann hat er in der Zwischenzeit erlebt, dass er nach der Rückkehr aus der Klinik Lösungen für seine Integration an den Arbeitsplatz, für die notwendige Erholung, für die therapeutische Versorgung und für viele andere Anliegen gefunden hat. Standen bei der Einleitung der ersten Kur noch überindividuelle, allgemein erwartbare Ängste und Sorgen Pate, so hat das jahrelange Leben mit den gesundheitlichen Einschränkungen das Gewebe der Sorgen wesentlich feiner ausgesponnen. Die Sorgen, wie es nach der Kur beruflich und privat weitergeht, haben sich dabei genau so reduziert wie die Hoffnungen, was mit der Kur erreicht werden könnte⁴³. Die Rehabilitationsbehandlung ist in ein Stadium des >>ich kann immer wieder<< (Gerhardt 1986:27) eingetreten, das so lange Gültigkeit hat, wie die Rahmenbedingungen stabil bleiben. In den Interviews berühren die Patienten die Punkte, von deren Stabilität ihre Erwartung des >>ich kann immer wieder<< abhängen, was zugleich auch die Punkte sind, an denen sich ihre krankheitsbedingte Verletzlichkeit besonders deutlich zeigt. Das heißt, die allgemeinen Sorgen, die bei den Patienten vorherrschen, die zum ersten Mal an der rehabilitationsmedizinischen

⁴¹ Es ist das, was man eben bei einem 12 - 14-stündigen Job, da reicht mir eben die Zeit nicht aus. Ich kann nicht morgens um 5, vor 5 Gymnastik machen oder sonst was, oder schwimmen gehen beziehungsweise wenn man dann abends um 20 Uhr nach Hause kommt, die Ehefrau hat dann das Abendbrot gerichtet. Dann sagt die, „Ja spinnst du, jetzt willst du noch eine halbe Stunde auf den Sportplatz oder machst da Übungen und das und das.“(Interview 14/99, Zeile 95-98)

⁴² Und die Frau hat mir vorgehalten, so kanns net weiter gehen. Es gibt auch andere Menschen, die sind genauso krank wie du und die leben auch mit ihrer Krankheit und ich isolier mich also immer mehr, aber die Frau ist nicht der Typ, um daheim zu bleiben und den M. zu pflegen.(Mayer, Zeile 282-285) ...wenn ich abends heimkam, war ich ausgelaugt, ich wollte nichts mehr. Da sagt die Frau zu mir, wir gehn kegeln (Interview 14/99, Zeile 401-402)

⁴³ Mir geht es hier oben zwar sehr gut, ich garantiere, dass, wenn ich wieder zu Hause bin in 3 Wochen, dann ist es das Gleiche wieder.(4/00, Zeile 29-31)

Behandlung teilnehmen, sind jetzt sehr spezifischen Sorgen gewichen. Aus der allgemeinen Sorge um den Arbeitsplatz sind spezifische Erfahrungen geworden:

- Die Arbeitsaufgaben können nur noch teilweise erledigt werden⁴⁴.
- Die Ausführung der Arbeitsaufgaben führt zu gesundheitlichen Einschränkungen⁴⁵.
- Es ist gelegentlich klug, die Erkrankung zu verschweigen⁴⁶.
- Das Schädigende an der jetzigen Arbeit wird erkannt, die Umschulung ausgeschlagen, um den eingespielten Alltag zu stabilisieren⁴⁷.
- Die riskanten Arbeitsinhalte werden erkannt und klein geredet⁴⁸.

⁴⁴ Man macht halt überall ein bisschen weniger, also auch im Beruf, wenn es nicht so läuft, dann bleibt das halt liegen (7/00, Zeile 273-274)

⁴⁵ Aber zugegebenermaßen ich natürlich, je nach Land, ob Europa, Afrika oder Süd-Ost-Asien, sehr hohe Luftfeuchtigkeit, schon unter teilweise erheblichen Beschwerden gelitten habe. Und das zu einer Behinderung meiner Arbeit geführt hat, da besteht kein Zweifel. (Interview 24/99, Zeile 82-85)

⁴⁶ Ich bin auch mehrfach mit Personalberatern in Berührung gekommen, mit denen ich darüber ganz offen gesprochen habe und die auf Grund ihrer Erfahrung dann auch sagten, darüber doch besser nicht zu sprechen. Und das zeigt ganz deutlich auf, dass man solche Dinge wie Asthma, Diabetes, eine leichte Gehbehinderung, was immer es sein mag, doch in erster Linie für sich behält und nicht gleich es in der Form publik macht. (Interview 5/00, Zeile 353-356)

⁴⁷ Nein. Wobei anzumerken ist, dass mir mehrmals von Seiten meiner behandelnden Ärzte nahegelegt worden ist, umzuschulen. Ja, mehr einen Beruf aufzugreifen oder zu erlernen, der mehr an meinen Wohnort gebunden sei und nicht so häufig mit Reisen verbunden sei. Das heißt also, nicht nur die Reisen im Auslandsgeschäft, sondern eben auch eine Hektik, die vielleicht andere Berufe in dieser Form nicht mit sich bringen (Interview 5/00, Zeile 102-106)

⁴⁸ wir arbeiten im Bereich Lebensmittel, Metzgerei, und da ist es dann auch sehr kalt, Wechsel zwischen warmer und kalter Luft, wo man ab und zu rein muss, aber das ist nicht das Tägliche. Das ist ein paarmal im Monat, dass das vorkommt. Und unter der Woche ab und zu ein paar Tage, wo das zutrifft. 35 Jahre, geschieden, keine Kinder, lebt alleine (Interview 23/99, Zeile 75-79)

An die anfänglichen Sorgen wegen der eingeschränkten Teilhabe am sozialen Leben und dem Umstand, dass die arbeitsfreie Zeit in Ruhezeit verwandelt wird, haben sich die Betroffenen gewöhnt, so dass Besonderheiten des Zeitmanagements nach einem jahrelangen Leben mit der Krankheit nicht mehr angesprochen werden. Neue Einschränkungen, die zu Beginn der Erkrankung noch nicht deutlich sichtbar waren, nehmen in den Erzählungen jetzt einen breiten Raum ein. Es sind dies die schützend stützenden Faktoren im Leben des Betroffenen. An erster Stelle steht die Bedeutung von hilfsbereiten Freunden und Arbeitskollegen, die Hilfe der Familie⁴⁹, aber auch die Hilfe in Gruppen von ähnlich Erkrankten, wie sie sich z.B. durch die Teilnahme an einer Behindertensportgruppe ergibt. Im Rückblick auf die jetzt doch schon sehr lange Geschichte der Erkrankung wird den Patienten auch jeweils deutlich, wie lang und windungsreich der Weg⁵⁰ war, den ein jeder gehen musste, bis seine Erkrankung richtig diagnostiziert, und die für ihn richtige Therapie gefunden war.

Zusammenfassend sieht ein jeder, dass seine Erwerbsfähigkeit, dass die Stabilität seines Alltags von einer Vielzahl an Faktoren abhängig ist, die seiner Kontrolle nur sehr bedingt zugänglich sind, so dass auf der einen Seite der Wunsch nach überschaubaren, einfachen, sich wiederholenden Lebensvollzügen plausibel erscheint. Gleichzeitig finden sich bei den

⁴⁹ Ja, ich tu gern ein bisschen Rad fahren. Ich hab mir jetzt letztes Jahr sogar so ein Rennrad gekauft, und mein Schwager tut auch Rad fahren, und jetzt fahren wir am Wochenende, wenns schön ist. Und mein Hobby ist, ich hab mir jetzt so ein kleines Wohnmobil gekauft und geh also gern in Urlaub. Und wenn, dann immer Richtung Süden, wo es warm und angenehm ist. Weil ich fühl mich da am wohlsten von den Gelenken her. Also das ist mein Hobby. Und durch das, dass man halt weg ist, kann man sich halt auch mal was kaufen und was zusammenbasteln, dann gehts auch nicht ganz so ins Finanzielle. Das ist halt auch ein Riesenvorteil. Nur muss eben die Frau auch mitmachen.[Hervorhebung WLD] Das ist klar. Ich bin ja verheiratet und hab eine Tochter.(Interview 18/99, Zeile 118-125)

⁵⁰ Ja, zuerst geht man zum Hausarzt. Es hat immer geheißen, Verspannungen. Dann hat man Massagen gemacht, im Gegenteil, es ist schlimmer geworden statt besser zum Teil. Also das ist ja, wenn das irgendwie gereizt wird, noch schlimmer wie vorher. Der Hausarzt wusste dann auch nicht mehr weiter, und dann bin ich mal nach Stuttgart zu einer Rheumatologin, Fr. Dr. Salz..... Die hat einen Test gemacht und die hat das dann an den Blutwerten festgestellt. Ich glaube, von der war damals die erste Kur gerade in so einer Rheumaklinik. Die hat das dann praktisch in die Wege geleitet. Und durch das bin ich dann eigentlich hier. Ich weiß, dass ich jetzt ein Bechterew - Patient bin und dass ich ein paar mal in der Kur war. Also ich geh halt in Kur, ich kann da immer wieder raus und das seit 5-6 Jahren. Meistens, wenns nimmer geht, dann macht man Ich glaube, das geht vielen so. Wenn man wieder etwas spürt, wo man eigentlich früher hätte was machen sollen. (Interview 18/99, Zeile 190-199).

Patienten, die schon zum wiederholten Male mit einem Intervall von 1 bis 3 Jahren an einer rehabilitationsmedizinischen Behandlung teilnehmen, viele, die mit sehr großer Härte gegen sich selbst an ihrer Arbeit festhalten. Sie nehmen im Falle einer Erkrankung Urlaub, um nur ja nach außen keinen Zweifel an ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit aufkommen zu lassen. Sie erhöhen die Medikation und beißen die Zähne zusammen und sind enttäuscht, dass ihnen kein Kollege und kein Vorgesetzter diese Anstrengung dankt. Sie strengen sich an, weil sie den Besitz des Arbeitsplatzes zum Ausweis ihrer Normalität, ihrer „Gesundheit“ umdefiniert haben. Unter diesen Umständen steigt die Bedeutung des Arbeitsplatzes, weshalb sich die Betroffenen noch mehr anstrengen müssen, damit die Stabilität ihres Arbeitsverhältnisse nicht aus Gründen ins Wanken⁵¹ gerät, die von ihnen zu verantworten wären.

Die ermittelten Muster und Verknüpfungen können für die Patientinnen im folgenden Modell gebündelt werden:

Bewältigung von Störungen der Lebensvollzüge durch das Auftreten von Leistungseinschränkungen

Männlich

Ein Krankheitsgeschehen verändert die Bewältigung der **alltäglichen beruflichen und/oder privaten Lebensvollzüge**. Die Behandlung der Erkrankung, ob nun ambulant oder in einer Akutklinik, macht deutlich, dass nicht mit einer vollständigen Heilung gerechnet werden kann. Im Zentrum der hierdurch ausgelösten Überlegungen stehen Befürchtungen, die sich auf die Labilisierung

- des Beschäftigungsverhältnisses,
- der familiären Strukturen,
- der Einbindung in das soziale Umfeld

beziehen.

⁵¹ Meiner Ansicht nach ist der Arbeitnehmer ab einem gewissen Alter, wenn er krank ist, total ungeschützt. [...] Meiner Ansicht nach ist vom Gesetzgeber und auch von den Krankenkassen her und von der Rentenkasse, ist also wenig da. Finde ich jetzt. [...] Eine Schutz hat man nicht, daß man weiß, wenn man krank ist im Alter, dann muß halt mal durchschnaufen, ok, es ist zwar schlimmer, aber du bist nirgendwo gesichert, man hilft Dir, von seiten des Arbeitgebers sowieso nicht, kann er auch gar nicht. Wir haben eine freie Marktwirtschaft und es geht nichts. (4/00, Zeile 181 – 189)

Mit der Rehabilitationsbehandlung verbindet der Patient den Wunsch, Antworten auf die Frage der Bewältigung der gestörten privaten und beruflichen Lebensvollzüge zu erhalten. Es ist sein Ziel, zu stabilen, regelmäßig sich wiederholenden Lebensvollzügen zurückkehren zu können.

Soweit der Patient zum einen die Strukturen der für ihn zentralen Felder überblicken kann, und zum anderen sich auszumalen vermag, welche Handlungsoptionen er in diesem Rahmen hat, und er zum letzten die Kompetenzen besitzt, den bestehenden Rahmen auszunutzen, wird er sehr rasch nach Abschluss der Behandlung an seinen Arbeitsplatz zurückkehren. In dem Maße, wie das handhabbare Bild dieser drei Bestimmungsfaktoren trüber wird, um so mehr verzögert sich die Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz.

Gelingt es dem Patienten nach seiner ersten Kur, die nunmehr bei ihm bestehenden Einschränkungen als gegeben hinzunehmen, und erkennt er den Wert der Kur darin, dass sie die Symptome gelindert hat und ihm durch den Abstand zum Alltag die Möglichkeiten einer biographischen Neuorientierung erleichtert hat, dann wird der Patient in der Folge die Wiederholung dieser Behandlung anstreben.

Kommt es zu einer Wiederholung der Behandlung und wurde diese vom Patienten angestrebt, dann heißt das Behandlungsziel Verringerung der Sorgen in den zentralen Feldern

- Beschäftigung,
- familiäre Strukturen,
- Einbindung in das soziale Umfeld

durch Verminderung der Symptome, durch Distanz zum Alltag und die sich hierdurch eröffnenden Möglichkeiten, neue Handlungspläne in ihrer vielfältigen Komplexität durchdenken zu können. Die Entlastung von den Aufgaben der Selbstversorgung, die wohltuende Wirkung der Behandlungen, die erfahrene Zuwendung durch Ärzte und Therapeuten schafft ein Gefühl des Getragen Werdens, das die Erholung fördert, wodurch dann im Zusammenwirken mit der durch die Zuwendung unterstützten psychischen Stabilisierung die Kräfte freigesetzt werden, die für eine vorausschauende Restrukturierung des Alltags am Wohn- und Arbeitsort benötigt werden. In der Regel erfolgt nach der Beendigung der Kur die reibungslose Rückkehr an den vormaligen Arbeitsplatz, da von den Kurteilnehmern die Kur als Unterbrechung der Arbeitstätigkeit geplant war, um sich eine Pause vom Alltag zu ermöglichen. Die Kur diene der Stabilisierung der Beschäftigungsverhältnisse.

Die Erwerbsfähigkeit chronisch Kranker beruht zu einem erheblichen Anteil auf der tatkräftigen Unterstützung der Familie, da diese Personen ihren Kontakt zur Mitwelt über ihre Familie herstellen und die Erledigung der meisten häuslichen Arbeiten und vieler Entscheidungen an ihre Ehepartner abgetreten haben. Sobald die Familienangehörigen diese Arbeit nicht mehr selbstverständlich übernehmen, steht die Erwerbsfähigkeit des chronisch Kranken in Frage.

C.3. Modell - was steuert die Geschwindigkeit der Rückkehr zur Erwerbsarbeit

Die Forschungsfrage lautet: Was steuert die Geschwindigkeit, mit der die Patienten nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung zur Arbeit zurückkehren?

Nach Auswertung der Interviews liegt folgende Antwort nahe:

Die Teilnehmenden verbinden mit der Behandlung das Ziel, ihren Alltag besser bewältigen zu können.

Der Alltag der Teilnehmenden unterliegt geschlechtsspezifischen Unterschieden. Für Männer wird der Alltag ganz offensichtlich von ihrer Vollzeiterwerbstätigkeit bestimmt und von all dem, wofür diese Vollzeiterwerbstätigkeit und der darüber erworbene soziale Status steht, während der Alltag der Frauen sich aus dem Gleichklang von Erwerbstätigkeit, Tätigkeit im Haushalt und ihrer Funktion als Mutter und Ehefrau zusammensetzt.

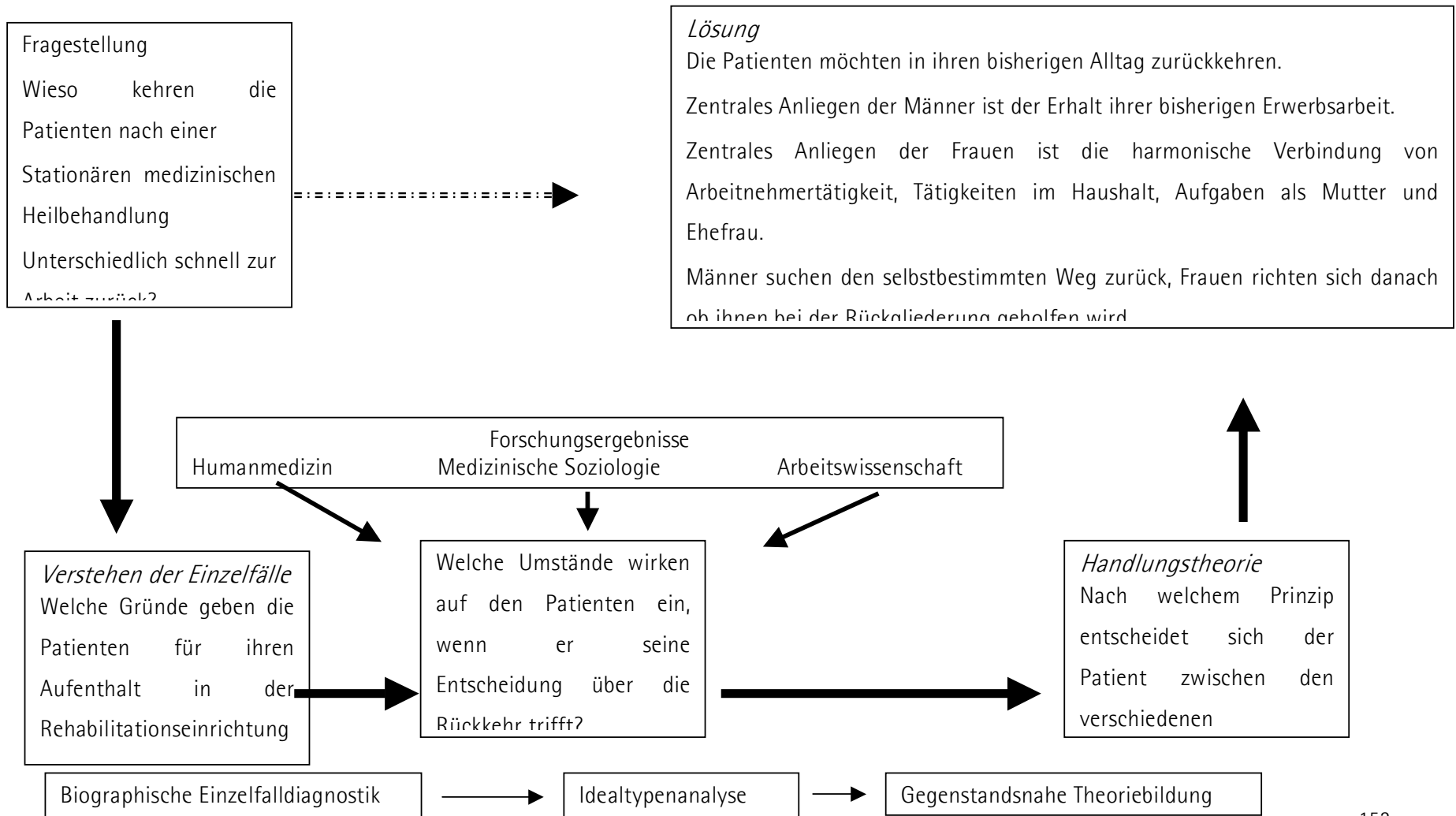
Die Geschwindigkeit, mit der die Teilnehmer nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zur Arbeit zurückkehren, hängt von ihrer Fähigkeit ab, die Rückkehr in ihren Alltag zu Konditionen zu meistern, die ihnen akzeptabel erscheinen.

Dabei gehen Männer davon aus, dass Planung und Realisierung der Rückkehr von Ihnen ausgehen müssten. Das heißt, Männer, deren Fähigkeiten auf diesem Gebiet gut ausgebildet sind, kehren rasch zurück, die anderen fragen „wie geht's weiter?“ und kehren deutlich verzögert zurück.

Bei den Frauen wird die Rückkehr bestimmt von dem Ausmaß der von ihnen bereits erfahrenen und erwarteten Hilfe und Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen sowie durch den Beistand und Rückhalt, den sie verlässlich von ihren nächsten Angehörigen erwarten. Frauen, denen diese Unterstützung nicht oder nur mangelhaft zu Teil wird, kehren ungern und verzögert zur Arbeit zurück.

Wenn die Teilnahme an einer Rehabilitationsbehandlung vom Gedanken der „Kur“ dominiert wird, kehren die Teilnehmer schnell an ihren Arbeitsplatz zurück, da in diesen Fällen keine Störung der sozialen und beruflichen Integration vorliegt.

C.4. Struktur des Modells



Was steuert die Geschwindigkeit der Rückkehr zur Erwerbsarbeit

Die Forschungsfrage lautet: Was steuert die Geschwindigkeit mit der die Patienten nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung zur Arbeit zurückkehren?

Nach Auswertung der Interviews liegt folgende Antwort nahe:

- Die Teilnehmenden verbinden mit der Behandlung das Ziel ihren Alltag besser bewältigen zu können.
- Der Alltag der Teilnehmenden unterliegt geschlechtsspezifischen Unterschieden. Für Männer wird der Alltag ganz offensichtlich von ihrer Vollzeiterwerbstätigkeit bestimmt und von all dem wofür diese Vollzeiterwerbstätigkeit und der darüber erworbene soziale Status steht, während der Alltag der Frauen sich aus dem Gleichklang von Erwerbstätigkeit, Tätigkeit im Haushalt und ihrer Funktion als Mutter und Ehefrau zusammensetzt.
- Die Geschwindigkeit mit der die Teilnehmer nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zur Arbeit zurückkehren hängt von ihrer Fähigkeit ab die Rückkehr in ihren Alltag zu Konditionen zu meistern, die ihnen als akzeptabel erscheinen.
- Dabei gehen Männer davon aus, dass Planung und Realisierung der Rückkehr von Ihnen ausgehen müssten. Das heißt Männer deren Fähigkeiten auf diesem Gebiet gut ausgebildet sind kehren rasch zurück, die anderen fragen „wie geht's weiter?“ und kehren deutlich verzögert zurück.
- Bei den Frauen wird die Rückkehr bestimmt von dem Ausmaß der von ihnen bereits erfahrenen und erwarteten Hilfe und Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen sowie durch den Beistand und Rückhalt den sie verlässlich von ihren nächsten Angehörigen erwarten. Frauen denen diese Unterstützung nicht oder nur mangelhaft zu Teil wird kehren ungern und verzögert zur Arbeit zurück.
- Nach wiederholter Teilnahme an einer Rehabilitationsbehandlung verläuft die Rückkehr zur Arbeit zügiger, weil sich für die Bewältigung dieser Aufgabe bereits Routinen ausgebildet haben.

Hypothesen:

1. Wenn bei Männern, die zum ersten Mal an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, die Fähigkeit zur Handlungsplanung gut ausgebildet ist, dann werden sie rascher zur Arbeit zurückkehren, als die Männer bei denen diese Fähigkeit weniger gut ausgeprägt vorhanden ist.
2. Wenn Männer oder Frauen zum wiederholten mal (= drei und mehr Maßnahmen innerhalb von 10 Jahren) an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, dann kehren sie rascher zur Arbeit zurück als die Teilnehmer zum ersten mal an einer stationären medizinischen Rehabilitation teilnehmen.
3. Wenn bei Frauen, die zum ersten mal an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen das Gefühl vorherrscht sie würden bei der Rückkehr in ihren Alltag von Vorgesetzten und Kollegen sowie von ihren nächsten Angehörigen unterstützt, dann werden sie rascher zurückkehren als die Frauen, die mit keiner oder nur sehr eingeschränkter Unterstützung rechnen.
4. Das Ausmaß in dem Teilnehmer an einer stationären medizinischen Rehabilitation angespannt, verunsichert und/oder voller Sorgen auf die Umstände schauen, unter denen Sie wieder zur Arbeit und in Ihren Alltag zurückkehren sollen, bestimmt die Geschwindigkeit mit der Sie den Übergang von der Klinik zurück zur Arbeit bewältigen.
5. Je bedeutsamer für Teilnehmer die wiederholt (= drei und mehr Maßnahmen innerhalb von 10 Jahren) an einer stationären rehabilitationsmedizinischen Behandlung teilnehmen der Aspekt Wohlbefinden / Erholung als Motiv für die Teilnahme an der Maßnahme ist , desto rascher kehren sie nach der Behandlung an ihren vormaligen Arbeitsplatz zurück.

D Die Beobachtungsreihen der Studie

Die vorliegende Studie ist eine mehrschichtige Untersuchung, die aus zwei sich ergänzenden Teilstudien besteht. Diese Teiluntersuchungen verwenden verschiedene Befragungstechniken, werden verschieden ausgewertet und haben jeweils ihren eigenen Ablauf und folgen ihren eigenen „Gesetzen“. Deshalb soll an dieser Stelle ein Überblick über das methodische Vorgehen zeigen, wie sich die qualitative und die quantitative Untersuchung im Rahmen der Gesamtstudie ergänzen.

Mit Hilfe qualitativer Verfahren wurde zunächst ermittelt, welche Erwartungen, Bilder, Ziele, Ängste Hoffnungen, Konzepte und Einschätzungen zum Thema der beruflichen Integration nach der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitation in den Patienten derzeit existieren. Hierzu diente die Erhebung einer längsschnittlichen Individualperspektive mittels der biographischen Interviews.

Die Interviewerhebung erfolgte in zwei Stufen, zunächst im Juni und Juli 1999, und nach deren Auswertung wurden im April 2000 nochmals einige Interviews aufgezeichnet, um den Zusammenhang zwischen Erkrankung und Leistungswille des Patienten genauer erfassen zu können.

Die Auswertung der ersten Staffel der Interviews und die Betrachtung der vorliegenden Forschungsergebnisse aus den Bereichen der Medizin, medizinischen Soziologie und der Arbeitswissenschaft auf Aussagen zu den Gründen, die auf den Erhalt der beruflichen Integration Einfluss nehmen könnten, fand parallel statt. Bei den im Nachfolgenden dargestellten Hypothesen zu den Gründen einer mehr oder minder raschen Rückkehr an den Arbeitsplatz haben sich beide Beobachtungsreihen gegenseitig verstärkt. So hat die Auswertung der Interviews dazu geführt, in den Studien nach Hinweisen auf Zusammenhänge zu suchen, die sich in den Interviews abzeichneten (z.B. bei den Überlegungen zur Reziprozität), und umgekehrt hat die Auswertung der Literatur die Aufmerksamkeit für all die Aussagen geschärft, in denen die Patienten ihren Umgang mit physisch belastender Berufarbeit schilderten.

D.1. Hypothesen

Die nachfolgenden Hypothesen wurden aus den forschungsleitenden Modellen abgeleitet, die nach Auswertung der Literatur und der Interviews die größte Bedeutung für die Vorhersage des Erhalts der beruflichen Eingliederung haben. Mit diesen Hypothesen werden die Gemeinsamkeiten aller bis jetzt erfassten Beziehungsstrukturen einer Überprüfung durch die prospektiv zu erfassenden Testdatensätze zugeführt. Nachfolgend wird der Kern einer jeden Modellaussage wiederholt; es folgen die hieraus abgeleiteten Hypothesen und die Operationalisierung des Überprüfungsverfahrens.

Die Hypothesen zu den Idealtypen

Für den Idealtypus „Schnelle Rückkehr zum Arbeitsplatz“ wurden die folgenden Bestimmungsmomente herausgestellt:

1. Die Person besitzt in einem hohen Umfang der Fähigkeit/Möglichkeit ,sich Ziele zu setzen und diese zu erreichen.
2. Die Person hat das Gefühl, dass ihr Einsatz am Arbeitsplatz und die Fürsorge seitens des Arbeitgebers oder der Gesellschaft in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen.
3. Die Fähigkeit, sich in der Freizeit zu erholen und befriedigende Kontakte zur Mitwelt zu unterhalten, ist gegeben.

An diesen durch die Auswertung der Interviews gefundenen Kriterien wird deutlich, dass die Überprüfung des Idealtypus, der ja ein „Gedankenbild“ (M.Weber) und keine Hypothese im Sinne einer prüfenden Statistik ist, nur mit Einschränkungen durch einen Fragebogen gelingen kann, da die Bestimmungsmomente bereits zusammengesetzte Bedingungen enthalten. Der Idealtypus, als ein „Gedankenbild“ der verstehenden Soziologie Max Webers, wurde aus den Interviews gewonnen und könnte als Ganzes, durch die Verfolgung jedes einzelnen Lebensschicksals über einen längeren Zeitraum in seiner Richtigkeit überprüft werden, wie dies in der Studie „Patientenkarrieren“ von Uta Gerhard geschehen ist. Im Rahmen dieser Studie werden die Bestimmungsmomente in Hypothesen übersetzt, deren Haltbarkeit dann durch eine Fragebogenerhebung überprüft wird.

Hypothese zum Bestimmungsmoment 1

Wenn bei Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, die

Fähigkeit zur Handlungsplanung gut ausgebildet ist, dann werden sie rascher⁵² zur Arbeit zurückkehren als die Patienten, bei denen diese Fähigkeit weniger gut ausgeprägt ist.

Operationalisierung⁵³

Die Fähigkeit, sich Ziele zu setzen und diese zu erreichen, setzt voraus, dass die Person in der Lage ist, einen Zukunftsentwurf aufzustellen; dies wird mit den Fragen 53, 54, 55 nach den lang- und kurzfristigen Plänen für die Zukunft aufgegriffen.

Das Setzen und systematische Erreichen von Zielen setzt als eine nüchtern kalkulierende Herangehensweise voraus (Bochnik 1999:1-7); diese verträgt sich nicht mit den ängstlich bangenden Aspekten, die mit der Frage nach den Sorgen zur Gesundheit und zur Berufsaufgabe (Item 112 + 115 sowie 113 + 116) angesprochen werden, deshalb wird die Verneinung dieser Fragen als ein weiterer Indikator berücksichtigt.

Hypothese zum Bestimmungsmoment 2

Wenn Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, das Gefühl haben, dass Ihren Leistungen am Arbeitsplatz und innerhalb der Gesellschaft äquivalente Gaben durch den Arbeitgeber und die Gemeinschaft gegenüber stehen, dann werden sie zu den Personen gehören, die nach der Entlassung aus der Klinik schneller zu ihrer Arbeit zurückkehren als die Personen, bei denen das nicht der Fall ist.

Operationalisierung

Die in diesem Bestimmungsmoment angesprochene Reziprozität (siehe Seite 77) wird durch die Fragen zur Gegenseitigkeit (Item 58, 59, 60, 61) im Verhältnis des Beschäftigten zu seinem Arbeitgeber, zur Gesellschaft und zu seinem Lebenspartner abgebildet.

⁵² Hierbei sollen die 75% der Patienten, die zuerst an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, als „schnelle Rückkehrer“ angesehen werden, gegenüber den 25% der „langsamen Rückkehrer“. Wenn im Folgenden von der Kriteriumsvariablen gesprochen wird, dann ist damit, entsprechend der genannten Aufteilung, die schnelle, respektive langsame Rückkehr zur Arbeit gemeint.

⁵³ Die Fragen, aus denen sich die Skalen zusammen setzen, die Antwortalternativen, der Algorithmus, mit dem der Prädiktor gewonnen wurde, sowie erste statistische Kennwerte (Mittelwert, Median, Min, Max, Standardabweichung, Cronbach's Alpha) befinden sich in der Anlage.

Hypothese zum Bestimmungsmoment 3

Wenn Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, in der Lage sind sich in der Zeit von einem Schichtende bis zum nächsten Schichtbeginn ausreichend zu erholen und ihnen darüber hinaus ein befriedigender Kontakt mit ihrer Umwelt möglich ist, dann werden sie schneller zur Arbeit zurückkehren als Patienten die sich weniger gut erholen können und denen diese Kontakte nicht zur Verfügung stehen.

Operationalisierung

Die Hypothese richtet sich auf die >>sekundäre Reproduktion<< des Arbeitnehmers, zum einen durch Erholung und Schlaf, und zum anderen durch sozialen Austausch im Familien- und Freundeskreis. Zum einen wird daher nach Aspekten der Zufriedenheit mit dem Austausch innerhalb der Familie und der Freizeitgestaltung gefragt (Items 63, 64), und zum anderen nach der Passung von Leistungsvermögen und Leistungsanspruch am Arbeitsplatz. Letztere Fragen richten an den behandelnden Arzt, der erstens beurteilen soll, ob die freie Zeit vom Schichtende des einen Tages bis zum Schichtbeginn am nächsten Tag für die physiologische Erholung als ausreichend erscheint (Item 100), und dem zweitens als Prüf- und Ergänzungsfrage die Aufgabe gestellt ist, einzuschätzen, wie sehr sich der Patient bei der Arbeit anstrengen muss, um den Leistungsnormen am Arbeitsplatz zu entsprechen (Items 101, 102, 103).

Die Hypothese zum soziogenetischen Modell

Aus der Erforschung des Zusammenhangs von Krankheit und belastenden Lebensumständen oder umgekehrt von Gesundheit und stützend-schützenden Lebensumständen hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten ein soziogenetisches Paradigma entwickelt. Die Grundaussage dieses Forschungszweiges ist: „Soziale Faktoren sind eine wesentliche Determinante bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheiten.“(Waltz 1981: 41) Bei Personen, deren sozialer Status weniger günstig ist, sei es

- dass sie für ihre Leistung gering entlohnt werden,
- dass ihr Arbeitsplatz immer wieder bedroht ist,
- dass ihnen besonders hohe Leistungen abverlangt werden, damit sie ihren Status sichern oder damit sie in Zukunft einmal aufsteigen,

werden dauerhafte Gratifikationskrisen ausgelöst. Die Intensität der beruflichen Verausgabung ist das Ergebnis des Wechselspiels zwischen der Beanspruchungsseite und der Verausgabungsbereitschaft des Betroffenen (Siehe Seite 41).

Mit dem **Anforderungs-Kontroll-Modell** konnte Karasek (1990) zeigen, dass die Kombination von hohen beruflichen Anforderungen und geringem beruflichen Entscheidungsspielraum zu hohem Distress führt. Kam für den Betroffenen noch soziale Isolation am Arbeitsplatz hinzu, dann erhöhte sich der Distress enorm. Das Modell der **beruflichen Gratifikationskrisen** ergänzt das Anforderungs- Kontroll Modell. So geht dieses Modell davon aus, dass sich die hohe Verausgabung am Arbeitsplatz aus den Anforderungen und Verpflichtungen und aus den übersteigerten beruflichen Kontrollbestrebungen des Beschäftigten zusammensetzt. Erst wenn diese Kombination mit einem als gering eingeschätzten Einkommen, geringer Anerkennung/Ausgrenzung und/oder niedriger Statuskontrolle in Zusammenhang steht, sind pathogene Reaktionen zu erwarten. Die Richtigkeit dieser Überlegungen konnte Siegrist (1996) zeigen, der mit sozialepidemiologischen Prädiktorvariablen Herz-Kreislaufkrankungen vorhersagen konnte.

Die vom soziogenetischen Modell prognostizierte Verbindung der Einflussvariablen: Status, Beanspruchung, Verausgabungsbereitschaft mit physischer Erkrankung und erhöhtem Sterberisiko wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen. Wir gehen davon aus, dass die gleichen Einflüsse auch zu einem Rückzug aus dem Arbeitsleben führen können. Entweder, weil die Personen so sehr erkranken, dass ihnen die Fortsetzung der Arbeitnehmertätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann, oder, weil sie durch die Erfahrung ihrer Situation so entmutigt sind, dass sie nicht mehr die Kraft aufbringen, die für den Kampf um den Erhalt ihrer beruflichen Eingliederung notwendig ist.

Hypothese

Wenn die Situation von Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, am Arbeitsplatz durch massive Gratifikationsdefizite gekennzeichnet ist, dann werden sie langsamer zur Arbeit zurückkehren als Patienten, deren Beschäftigungssituation nicht durch Gratifikationsdefizite gekennzeichnet ist.

Operationalisierung

Soweit sich aus den Fragen 8, 12 und 19 eine Einordnung des Patienten in die unterste Statusgruppe ergibt (Deck, Röckelein 1999: 88) und der Patient die Frage nach einer

Arbeitslosigkeitsperiode innerhalb der letzten drei Jahre bejaht (Frage 48), wird das als **ein** Indikator für das Vorliegen von Gratifikationsdefiziten angesehen. Ein **weiterer** Indikator ergibt sich durch die Mittelwertbildung der den Fragen 58, 59, 60 (Unterstützungsleistungen des Arbeitgebers und der Gesellschaft) zugeordneten Punktwerte. Zeigen beide Indikatoren in die gleiche Richtung, dann sollen die in der Hypothese formulierten massiven Gratifikationsdefizite als gegeben angenommen werden.

Die Hypothese zum Konstrukt der beruflichen Leistungsanforderung

Die Abfolge von Belastung -> Beanspruchung -> Überforderung ergibt sich als Folge einer unzureichenden Passung von beruflichen Anforderungen und persönlicher Leistungsfähigkeit. Sie ist ein Indikator dafür, dass die von der Arbeitsaufgabe vorgegebene Belastung und die Fähigkeiten der Arbeitsperson nicht übereinstimmen.

Sind die Arbeitsinhalte einer Person wesentlich auf das Verausgaben von physischer Kraft angelegt, und ist die physische Leistungsfähigkeit nach einer Erkrankung dauerhaft gemindert, dann ergeben sich rasch „schwer wiegende psychosoziale Transitionen wie Berufswechsel, frühzeitige Verrentung und Verlust des Arbeitsplatzes [...] Diese Mehrfachbelastung dürfte ein Grund dafür sein, dass sie [Menschen mit physisch belastenden Tätigkeiten, W.L.D.] im allgemeinen im Rehabilitationsprozess schlechter abschneiden.“ (Waltz 1981:106)

Bei einer Vielzahl von chronisch degenerativen Erkrankungen steht am Ende der Behandlung eine geringere physische Belastbarkeit, die bei einer Schreibtischtätigkeit meist eine deutlich geringere Auswirkung auf die Berufsfähigkeit hat als bei einer handwerklichen. Vom Nachlassen des physischen Leistungsvermögens geht also für Personen, die an ihrem Arbeitsplatz wesentlich auf die Verausgabung von Kraft angewiesen sind, ein erhebliches Arbeitsplatzrisiko aus. Gleiches gilt, wenn nach überwundener Erkrankung die Erholungszeit, die für das Durchhalten eines weiteren Arbeitstages erforderlich ist, länger währt als die Stunden, die zwischen dem offiziellen Arbeitsende und dem Beginn der Arbeit des nächsten Tages liegen. Einschränkungen von Konzentration, Tempo und Gedächtnisleistungen werden, soweit sie nicht durch Verkürzung der Belastungszeiten (Teilzeitarbeit) und damit Verlängerung der Erholungszeiten kompensiert werden können, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur firmeninternen Umsetzung oder, wenn das nicht möglich ist, zur Entlassung führen.

Hypothese

Wenn die Situation von Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, am Arbeitsplatz durch ein deutliches Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen am Arbeitsplatz und dem individuellen Leistungs- und Erholungsvermögen gekennzeichnet ist, dann werden sie langsamer zur Arbeit zurückkehren als Patienten, deren Beschäftigungssituation nicht durch dieses Ungleichgewicht zwischen Leistungs- und Erholungsvermögen gekennzeichnet ist.

Operationalisierung

Die Leistungsanforderungen am Arbeitsplatz werden mit den Fragen an den Beschäftigten ermittelt (Fragen 37 – 44); diesen steht die Frage zur Leistungsfähigkeit/Erholungsfähigkeit des Patienten (Frage 100), so wie sie vom behandelnden Arzt gesehen wird, und die Frage nach der Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung (Frage 64) gegenüber. Diese Frage nimmt den Gedanken auf, dass die Zeit, die für die Kompensation der Ermüdung erforderlich ist, vom Ausmaß derselben und den individuellen physiologischen Voraussetzungen abhängt. Da sich die arbeitsfreie Zeit in Schlafenszeiten und Zeiten der Erholung durch sozialen Austausch aufteilt und die Zufriedenheit mit dieser Aufteilung lebensgeschichtlich schwankt, soll die Frage nach der (aktuellen) Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung die individuelle Erträglichkeit von Belastung und Erholung erfassen.

Die Hypothese zum Konstrukt der Handlungsmöglichkeiten

Dem Konstrukt der Handlungsmöglichkeiten wird der strukturiert individualistische Theorieansatz (Büschges 1996) zugrunde gelegt. Hierbei werden Annahmen über die Individuen (hier: die Personen mit einer Funktionseinschränkung) mit Annahmen über die sozialen Situationen, in denen sich diese Individuen befinden (hier: die Bedingungen am Arbeitsplatz, die Reaktionen der Mit- und Umwelt, das Selbstkonzept der Betroffenen), verknüpft. Das Konstrukt geht dabei stets davon aus, dass die interessierenden Handlungen der Person (hier: die Entscheidung die Erwerbsarbeit rasch oder verzögert wieder aufzunehmen) sich nicht allein durch Rückgriff auf Beweggründe des Handelnden erklären lassen. Das will heißen, dass die Interaktionen des Handelnden mit seiner sozialen Umwelt, der sozialen Ordnung, in welcher der Handelnde lebt, sowie den sozialen Institutionen und deren Funktionieren, und was davon dem Handelnden bekannt ist, in der Analyse Berücksichtigung

finden müssen. Jede Handlung, so ließe sich diese Theorie zusammen fassen, kann heuristisch als Produkt kultureller Rahmenbedingungen, institutioneller Regeln, situationsbezogener Gegebenheiten und persönlichkeitspezifischer Faktoren aufgefasst werden. Am Ende der Klinikbehandlung sieht sich der Patient auf der einen Seite mit bleibenden Funktionseinschränkungen gegenüber den Zwängen der zukünftigen beruflichen Anforderungen konfrontiert. Auf der anderen Seite stehen seine persönlichen Erwartungen und Neigungen, was die Gestaltung seines zukünftigen Lebens angeht.

Bei der Entscheidung, wie vorzugehen ist, dürften folgende Überlegungen von Bedeutung sein:

- Wie groß ist der Aufwand zur Realisierung einer alternativen Tätigkeit oder der Rente?
- Abwägung der materiellen Folgen von Weiterbeschäftigung, alternativer Beschäftigung oder Rente.
- Reaktionen der für ihn bedeutsamen Anderen (Bezugsgruppen) auf die verschiedenen Handlungsalternativen.

Hypothese:

Wenn sich Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, ein Ende ihrer Beschäftigung wünschen, sich über den Weg zu diesem Ziel bereits informiert haben und von ihren wichtigen Gesprächspartnern in diesem Vorhaben unterstützt werden, dann werden sie langsamer zur Arbeit zurückkehren als Patienten, bei denen diese Bedingungen nicht vorliegen.

Operationalisierung

Aus den Antworten auf die Fragen zu „Rente/Beruf“ (Fragen 34, 31, 22, 29) und „Zukunftsplanung“ (Fragen 53, 54, 56, 57, 61) wird ein Mittelwert gebildet, der als Prädiktor für die Kriteriumsvariable dient.

Die Hypothese zum Konstrukt der rationalen Handlungsplanung

Die Frage nach der rationalen Handlungsplanung chronisch Kranker wird in den Sozialwissenschaften kontrovers diskutiert (siehe Borgetto 1997: 15ff). Zum einen wird argumentiert, das Handeln der Patienten werde durch relevante Institutionen bestimmt, und zum anderen wird die Rationalität des Handelns allein bei den chronisch Kranken gesehen. Die Entscheidung zur verzögerten Rückkehr in den Beruf oder zur Rente wird so einmal auf den

Rat des Hausarztes zurückgeführt, in anderen Studien wird eine momentane psychische Fehlhaltung des Versicherten gesehen. Grundlage eines dritten Erklärungsansatzes ist die Annahme, das System der sozialen Sicherung verführe den Patienten zu der Entscheidung, sich aus dem Erwerbsleben zurückzuziehen, da er durch die großzügigen sozialen Ausgleichszahlungen nur einen kleinen ökonomischen Nachteil in Kauf nehmen müsse.

Die Frage nach den Bezugspunkten der Handlungsrationalität thematisiert die Handlungsziele der Patienten, die zum einen die Fortsetzung des Erwerbslebens, den Ausstieg aus dem Erwerbsleben oder das Abwarten weiterer Entwicklungen rational planen. Die Überlegungen zur Handlungsrationalität gehen davon aus, dass der Patient seine Ziele mit rationalen Mitteln anstrebt, und dass diese Ziele mit dem nachvollziehbaren Lebensentwurf des Patienten in einem engen Zusammenhang stehen. Wenn von den Inhalten der angestrebten Handlungsziele abgesehen wird, dann kann festgehalten werden: der Weg zu einem Ziel, das schon mehrfach oder immer wieder erreicht worden ist, kann gut und vollständig geplant werden; der Weg zu einem neuen Ziel kann nur in Etappen geplant werden, weil die Ereignisse auf dem Weg zum Ziel nicht überblickt werden können. Die in diesem Zusammenhang entworfenen Fragen richten sich daher auf einen inkonsistenten Handlungsentwurf, der ein Merkmal für den beginnenden Ausstieg aus dem Erwerbsleben darstellen kann.

Hypothese

Wenn Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, zum Ende der Behandlung nicht wissen, wie es in ihrem Leben weiter gehen soll, dann werden sie langsamer zur Arbeit zurückkehren als Patienten, bei denen diese Bedingungen nicht vorliegen.

Operationalisierung

In der Hypothesenformulierung wird die Unbestimmtheit der Zukunftsplanung aufgenommen⁵⁴, die sich in jeder Interviewauswertung findet. Bei der Formulierung der

⁵⁴ „Es sollte deutlich geworden sein, dass die meisten biographisch relevanten Handlungsschemata keineswegs der Modellvorstellung zweckrationalen Handelns entsprechen; das trifft selbst für biographische Entwürfe und situationsgebundene, problemlösende Kontrollschemata nicht zu. Es kann in der Regel nicht davon die Rede sein, dass bei Aufnahme eines biographischen Handlungsschemas eine distanzierte, sezierende und umfassende Problemanalyse stattfindet, dass der Gesamtbereich der Antizipationsalternativen abgeschritten sowie der Wert bzw. die Tragbarkeit der Alternativen abgewogen sowie seine spezifizierte Lösung angesteuert wird.“(Schütze 1981: 86)

Antworten wurde das sequentiell Planende des Lebensalltags berücksichtigt (Fragen 53, 54 55), das sich an der Volksweisheit „eins nach dem anderen“ orientiert.

Die Hypothesen zum Modell des Erhalts der beruflichen Integration

1. Hypothese des Rückkehrmodells Wenn bei Männern, die zum ersten Mal an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, die Fähigkeit zur Handlungsplanung gut ausgebildet ist, dann werden sie rascher zur Arbeit zurückkehren als die Männer, bei denen diese Fähigkeit weniger gut ausgeprägt vorhanden ist.

Operationalisierung

Siehe Vorgehen bei der Überprüfung der Hypothese zum Konstrukt der rationalen Handlungsplanung (siehe S. 162).

2. Hypothese des Rückkehrmodells Wenn Männer oder Frauen zum wiederholten Mal an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, dann kehren sie rascher zur Arbeit zurück als Teilnehmer, die zum ersten Mal an einer stationären medizinischen Rehabilitation teilnehmen.

Operationalisierung

Die Anzahl der in den letzten 5 Jahren durchlaufenen stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen werden bei den Teilnehmern erhoben und als Prädiktor der Kriteriumsvariablen genutzt.

3. Hypothese des Rückkehrmodells Wenn bei Frauen, die zum ersten Mal an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, das Gefühl vorherrscht, sie würden bei der Rückkehr in ihren Alltag von ihrem nächsten Angehörigen unterstützt, dann werden sie rascher zurückkehren als die Frauen, die mit keiner oder nur sehr eingeschränkter Unterstützung rechnen.

Operationalisierung

Die Antworten auf die Frage 61 werden als Prädiktor benutzt. Dabei wird nur die Aussage >>Wird mich unterstützen<< als Unterstützung im Sinne der Hypothese verstanden; alle anderen Antwortalternativen werden als ausgebliebene Unterstützung gewertet.

4. Hypothese des Rückkehrmodells Männliche Teilnehmer an einer stationären medizinischen Rehabilitation, die angespannt, verunsichert und/oder voller Sorgen auf die Umstände

schauen, unter denen sie wieder zur Arbeit und in Ihren Alltag zurückkehren sollen, kehren langsamer zur Arbeit zurück als die Männer, bei denen diese Kriterien nicht vorliegen.

Operationalisierung

Zu Beginn und zum Ende seiner Behandlung wird der Patient vom Arzt nach seinen Sorgen hinsichtlich der Gesundheit, der Aufgabe seines Berufs und nach der Einschätzung seines beruflichen Leistungsvermögens befragt (Fragen 112 – 117). Personen, die sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung über Sorgen, respektive über ein eingeschränktes berufliches Leistungsvermögen berichten, werden als sorgenvoll im Sinne der Hypothese angesehen.

5. Hypothese des Rückkehrmodells Teilnehmerinnen an einer stationären rehabilitationsmedizinischen Behandlung, für die der Aspekt Wohlbefinden / Erholung als Motiv für die Teilnahme an der Maßnahme eine erhebliche Rolle spielt, kehren nach der Entlassung aus der Klinik rascher an ihren vormaligen Arbeitsplatz zurück als Personen, die diesem Aspekt eine geringere Bedeutung zumessen.

Operationalisierung

Die Dimension: Wohlbefinden / Erholung wird mit den entsprechenden Fragen des Frem 17 erhoben (Fragen 24, 26, 30, 32, 36); dabei soll die Trennlinie zwischen der mehr oder minder großen Bedeutung, die die Teilnehmerin der Erholung zumisst, durch den Median definiert werden.

Weitere Hypothesen

In Forschungsergebnissen, die sich um die Ermittlung von Prädiktoren für die Rückkehrwahrscheinlichkeit zur Arbeit bei Herzinfarktpatienten nach Bypassoperation bemühten, fanden sich Hinweise auf Fragen und Fragestellungen, die sich im Zusammenhang jener Studien als wertvoll erwiesen haben. Einige dieser Fragen, mit denen die Methodik dieser Studie, die das Handeln und Entscheiden des Patienten ins Zentrum stellt, ergänzen werden kann, wurden in den Fragebogen aufgenommen.

Bei der Suche nach Prädiktoren für die postoperative Erwerbstätigkeit, bzw. Frühberentung fand sich in der Studie von Stanton (1983:911) zu den Möglichkeiten, die Erwerbstätigkeit von Patienten nach dem Durchlaufen einer Bypassbehandlung vorherzusagen, der Hinweis auf die verlässliche Prädiktionskraft der zustimmenden Antwort auf die Frage „Do you feel that you

will be able to go back to work after surgery?". Die Frage wurde übersetzt⁵⁵ und in den Fragenkatalog aufgenommen.

Hypothese zur Rückkehrentscheidung

Patienten, die auf die Frage „Gehen Sie davon aus, dass Sie nach Abschluss der medizinischen Behandlung zur Arbeit zurückkehren werden?“ zustimmend antworten, werden schneller zur Arbeit zurückkehren als Patienten, die diese Fragen verneinen.

Hypothesen zur Einschätzung des Krankheitsverlaufs

Petrie (1996) sucht in seiner Studie, die sich auf Patienten nach einem Herzinfarkt bezieht, Prädiktoren für die Rückkehrgeschwindigkeit zur Arbeit und erkennt dabei keinen Zusammenhang zwischen Art und Schwere der Erkrankung und einem selbständigen Leben nach der Klinikentlassung, aber sehr deutliche Zusammenhänge zwischen der Art, wie der Proband seine Krankheit einschätzt, und seiner Rückkehr in die Arbeit oder zu einem selbstbestimmten Leben. Den hier angesprochenen Wert der >>relativen Gesundheit<< unterstreicht Antonovsky. Er beschäftigt sich mit der Frage „Was erhält Menschen gesund“⁵⁶ und kritisiert in diesem Zusammenhang die dichotome Trennung von Gesund und Krank und erachtet das relative Maß an Gesundheit, dass jemand erreicht hat oder zu erreichen hofft, als eine Variante, wenn es um die Erklärung des Gefühls geht, gesund oder krank zu sein. Bei der Suche nach den Verhaltensweisen, die Krebspatienten auszeichnen, die ihre Krankheit sehr lange überlebt haben, zeigen Stierlin und Grossarth-Maticek (2000:92ff) auf, dass auch das Vertrauen der Patienten auf die Richtigkeit des ärztlichen Handelns als ein lebensverlängernder Tatbestand anzusehen sei. Diese Überlegungen führten zu dem Gedanken, das Ausmaß der durch den Arzt oder den Patienten eingeschätzten Genesung und der Genesungserwartung als Prädiktor für die Rückkehrgeschwindigkeit anzusehen.

Hypothese (Ausmaß der Genesung – Einschätzung durch Arzt oder Patient)

Patienten, deren Gesundheitszustand sich während der Behandlung verbessert, werden schneller zurückkehren als die Patienten, deren Gesundheitszustand im Verlauf der Behandlung gleich bleibt oder bei denen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintritt.

⁵⁵ Frage 64 : Gehen Sie davon aus, dass Sie nach Abschluss der medizinischen Behandlung zur Arbeit zurückkehren werden?

⁵⁶ Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well (Antonovsky 1987); Bengel, Strittmacher, Willmann, (1999)

Operationalisierung

Soweit der Wert der Frage 110a größer ist als der Wert der Frage 110c, wird davon ausgegangen, dass **der Arzt** den Gesundheitszustand des Patienten als gebessert ansieht.

Soweit der Wert der Frage 111a größer ist als der Wert der Frage 111c, wird davon ausgegangen, dass **der Patient** seinen Gesundheitszustand als gebessert ansieht.

Hypothese (Ausmaß der Genesungserwartung - Arzt)

Patienten, bei denen der Arzt erwartet, dass sich ihr Gesundheitszustand während der Behandlung verbessern wird, kehren schneller zur Arbeit zurück als Patienten, bei denen der Arzt davon ausgeht, dass die Behandlung zu keiner Verbesserung des Zustandes führen wird.

Operationalisierung

Soweit der Wert der Frage 110a größer ist als der Wert der Frage 110b, wird davon ausgegangen, dass **der Arzt** eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten erwartet.

Hypothese (Ausmaß der Genesungserwartung - Patient)

Patienten, die erwarten, dass sich ihr Gesundheitszustand während der Behandlung verbessern wird, kehren schneller zur Arbeit zurück als Patienten, die davon ausgehen, dass die Behandlung zu keiner Verbesserung ihres Zustandes führen wird.

Operationalisierung

Soweit der Wert der Frage 111a größer ist als der Wert der Frage 111b, wird davon ausgegangen, dass **der Patient** eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes erwartet.

D.2. Struktur der Erhebung

Im Nachfolgenden wird die Erhebung in ihrer zeitlichen und inhaltlichen Gliederung dargestellt. Es geht mithin um die Frage: an welchen Patienten wurde wann was erhoben, und in wie weit darf die Auswahl der Befragten als korrektes Abbild aller Teilnehmer an einer medizinischen Rehabilitation angesehen werden.

Ablauf der Studie

1.10.98 Themenstellung (Bewilligung der Forschungsmittel durch den VDR)

Juni bis September 1999 Expertengespräche

Entwicklung der Fragestellung

Vorstudie

Biographisch diagnostische Interviews mit 60 Rehabilitanden (Dern, Hanes 2001)	Auswertung einer im Rehabilitationskrankenhaus Ulm durchgeführten Vorstudie zur Instrumentenentwicklung
--	---

	Qualitative Studie	Quantitative Studie
Mai 1999	Erstellen eines Interviewleitfadens	Entwicklung eines Ansatzes für die quantitative Studie
Juni-Juli 1999	Aufzeichnung biographischer Interviews	Modifikation des Untersuchungsdesigns
August 1999	Transkription der Interviews	Methodendiskussion
September - Dezember	Biographisch diagnostische Auswertung der Einzelinterviews	Fragebogenentwicklung
Januar - März 2000	Idealtypenanalyse der Interviews	Pretest Information der beteiligten

Januar – März 2000	Idealtypenanalyse der Interviews	Pretest Information der beteiligten Klinikleitungen Information der kooperierenden Ärzte
April – Mai 2000	Aufzeichnung biographischer Interviews (Ergänzungserhebung)	1. Datenerhebung
Oktober – Dezember 2000	Analyse der Interviews zur Entwicklung eines gegenstandsnahen Modells des Handelns der Betroffenen	Rückfrage zur 1. Datenerhebung Datenerfassung und erste Auswertungsschritte
Februar – März 2001		2. Datenerhebung
August – Oktober 2001		Rückfrage zur 2. Datenerhebung Datenerfassung und Datenauswertung

Abbildung 8, Zeit- und Ablaufplan der Studie

Überlegungen zur Definition der Grundgesamtheit "stationäre medizinische Rehabilitanden"

Die Fragestellung bezieht sich auf sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerinnen, die zur Stabilisierung ihrer Erwerbsfähigkeit⁵⁷ an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten des Rentenversicherungsträgers teilnehmen. Mit einer Beschreibung der Personen, die im Jahr 1999 an einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung teilnahmen, wird zunächst ein Bild der Situation gezeichnet, auf die sich die Forschungsfrage bezieht.

⁵⁷ SGB VI, § 9 (Aufgabe der Rehabilitation)

(1) Die Rentenversicherung erbringt medizinische, berufsfördernde und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern, oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern.

Die Leistungen zur Rehabilitation haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreicher Rehabilitation nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.

Im Jahre 1999 wurden 717 388 medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Rentenversicherer durchgeführt⁵⁸. Davon waren 612 279 stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (VDR Rehabilitationsstatistik 1999, Tabelle 003.00A). Die verbleibenden Maßnahmen entfallen auf Maßnahmen, die teilstationär oder ambulant durchgeführt wurden. Es nahmen geringfügig mehr Männer als Frauen an den Maßnahmen teil (55% Männer und 45 % Frauen), dabei dauerten die Maßnahmen im Mittel 31 Tage(s.o.,Tabelle 001.00M).

Alter der Teilnehmenden bei Abschluss der Maßnahme (s.o. Tabelle 014.00MRV)				
Bis 39 Jahre	40 – 49 Jahre	50 – 59 Jahre	60 und mehr Jahre	Durchschnittsalter
19 %	26,5 %	40,8 %	13,7 %	49,5 Jahre

Abbildung 9, Alter der Teilnehmer an einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung im Jahre 1999

⁵⁸ Die Rentenversicherer finanzieren diese Maßnahmen nur, soweit die Betroffenen die Bedingungen des §11 SGB VI erfüllen; für alle anderen zahlt die gesetzliche Krankenversicherung. Die im weiteren genannten Zahlen beziehen sich nur auf die Maßnahmen, die von den verschiedenen gesetzlichen Rentenversicherungsträgern finanziert wurden.

§ 11 SGB VI (Versicherungsrechtliche Voraussetzungen)

(1) Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, die bei Antragstellung

1. die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben oder
2. eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen.

(2) Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, die

1. in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben,
2. innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind oder
3. vermindert erwerbsfähig sind oder bei denen dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist, wenn sie die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Die Verteilung der Maßnahmen auf die Diagnosegrundgruppen sah wie folgt aus:

1. Diagnose Diagnosegrundgruppe (s.o. Tabelle 042.00M)	Anzahl der Teilnehmer	
Krankheiten von Skelett/Muskel/Bindegewebe	262 871	42,9%
Krankheiten des Kreislaufsystems	76 139	12,4%
Stoffwechselkrankheiten	27 658	4,5%
Krankheiten der Atmungsorgane	22 155	3,6%
Neubildungen	50 129	8,2%
Krankheiten der Harn- / Geschlechtsorgane	3 304	0,5%
Psychische Erkrankungen	103 619	16,9%
Krankheiten der Nerven und der Sinnesorgane	14 131	2,3%
Krankheiten der Haut	7 076	1,2%
Sonstige Krankheiten	24 509	4%
Keine Aussagen möglich	20 688	3,5%
Insgesamt	612 279	100%

Abbildung 10, Diagnosegruppen der Teilnehmer an einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung im Jahre 1999

Begründung de Auswahlkriterien

Ziel des Projekts ist es, ein Verfahren zu entwickeln, mit dem sich die Geschwindigkeit vorhersagen lässt, mit der beschäftigte Teilnehmer nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme an ihren vormaligen Arbeitsplatz zurückkehren werden. Das aus den Interviews entwickelte Modell soll ebenso wie die zuvor besprochenen Modelle und Konstrukte anhand von Hypothesen auf den Wert für die Vorhersage der Kriteriumsvariable überprüft werden. Die Überprüfung soll mit prospektiven Daten geschehen, die durch eine schriftliche Befragung der Patienten und der behandelnden Ärzte gewonnen werden.

Das Höchstalter der Personen, die in die Erhebung einbezogen werden, wurde auf 60 Jahre festgelegt, da 60-Jährige zum Zeitpunkt der Untersuchung noch einen Anspruch auf Rentenbezug haben, sofern sie bereit sind einen Abschlag in der Rentenhöhe hinzunehmen. Da diese Personen sich auf Grund eigener Entscheidungen aus dem Erwerbsprozess zurückziehen

können, erschien es denkbar, dass sie die Rückkehr nach dem Durchlaufen einer Rehabilitationsmaßnahme hinauszögern, einen Rentenantrag stellen und versuchen, bis zur Bewilligung der Rente Krankengeld zu beziehen.

Die Einschlusskriterien sahen vor, dass nur Personen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung in einem ungekündigten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis standen in die Untersuchung einbezogen werden. Damit sollten zum einen Selbständige und Beamte von der Teilnahme ausgeschlossen werden, und zum anderen kann nur so die in der Fragestellung der Studie enthaltene Erwartung erfüllt werden, dass die Betroffenen nach Abschluss der Behandlung an ihren Arbeitsplatz zurückkehren.

Des weiteren sollten Personen nicht befragt werden, die zum Zeitpunkt der Befragung bereits einen Rentenantrag gestellt hatten. Von diesen Personen wird angenommen, dass sie zunächst die Entscheidung ihres Antrags abwarten, und dass sie mit dieser biographischen Orientierung bereits Inhalte ins Auge gefasst haben, die außerhalb der Erwerbstätigkeit liegen.

Datenerhebung und Fallzahlen

Die Daten wurden in denselben Kliniken⁵⁹ (siehe Seite **83**) erhoben, in denen auch die Interviews mit den Patienten durchgeführt wurden. Es fanden dabei alle Patienten Berücksichtigung, die von dem kooperierenden Arzt in einem bestimmten Zeitraum betreut wurden und die gerade genannten Kriterien erfüllten. Der kooperierende Arzt sprach die Patienten auf die Untersuchung an, händigte ein Informationsblatt zur Studie aus⁶⁰ und stand für eventuelle Rückfragen zur Verfügung. Der Arzt gab dann die Fragebogen aus und sammelte sie auch wieder ein. Er reichte die Fragebögen der Patienten zusammen mit seinen Angaben weiter. Die Nachbefragung der Patienten zum Datum ihrer erneuten Arbeitsaufnahme erfolgte zentral. Die Patienten wurden zunächst von der Einrichtungsleitung angeschrieben. In diesem Schreiben wurde ihnen für die bisherige Mitarbeit gedankt, die Bedeutung des Vorhabens für den Patienten wurde bezeichnet und der Patient darauf hingewiesen, dass er in wenigen Tagen einen zweiten sehr kurzen Fragebogen erhalten werde. Der Rückfragebogen zur Arbeitsaufnahme wurde dann mit einem Anschreiben (in dem nochmals dem Patienten für dessen Mitarbeitsbereitschaft gedankt wurde) und einem Freiumschlag verschickt. Nach 14

⁵⁹ Im Verlaufe des Forschungsprozesses wurde zusätzlich zu den bereits genannten Kliniken noch die orthopädische Rehabilitationsklinik in Bad Collberg gewonnen, die sich an der Datenerhebung beteiligte.

⁶⁰ Alle Anschreiben und Fragebögen befinden sich in der Anlage

Kalendertagen erfolgte bei den Patienten, die noch nicht geantwortet hatten, eine schriftliche Erinnerung.

Für die beiden Erhebungszeiträume ergab sich damit das nachfolgende Bild:

Rehakrankenhaus für:	Erhebungszeitraum				Gesamt	
	Mai und November 2000		Februar/März und August/September 2001		N 1. Erhebung	N Rückfrage N / %
	N 1. Erhebung	N Rückfrage N / %	N 1. Erhebung	N Rückfrage N / %		
Krankheiten der Atmungsorgane	33	26	49	36	82	62
Krankheiten von Skelett/Muskeln/Bindegewebe	70	51	107	81	177	132
Neubildungen	8	8	12	10	20	18
Krankheiten der Haut	2	2	0		2	2
Summe	113	87 / 76,9 %	168	127 / 75,6 %	281	214 / 76,1%

Abbildung 11, Fallzahlen der Datenerhebung 1999 und 2000

Die Auswertung stützt sich damit auf 283 Datensätze; auf die Befragung zum Datum ihrer Arbeitsaufnahme antworteten 214 Studienteilnehmer. Die Ermittlung der Prädiktoren kann sich damit auf 214 Datensätze stützen.

Die unterschiedlichen Erhebungsgrößen im Jahr 2000 und 2001 gehen auf die unterschiedliche Auslastung der Kliniken im jeweiligen Erhebungszeitraum zurück. Im Jahre 2000 waren noch die Folgen des Wachstums und des Beschäftigungsförderungsgesetzes (siehe S. 13) zu spüren.

Repräsentativitätskriterien

Es wurde bereits darauf verwiesen, dass die Auswahl der mit den Interviewverfahren als auch mit dem Fragebogen untersuchten Personen nicht durch ein Zufallsverfahren oder ein systematisches Verfahren (Atteslander 1991:312f) zustande gekommen ist. Sie ergab sich vielmehr durch die im Rahmen des Forschungsverbundes, in dem die Arbeit durchgeführt wurde, kooperierenden Kliniken und Ärzte. Da nicht jede Untersuchungseinheit die gleiche Chance, hatte in die Erhebung einbezogen zu werden, können die Ergebnisse auch nicht als repräsentativ für die Teilnehmer an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme angesehen werden. Aus der Studie können sich aber Hinweise auf Zusammenhänge ergeben, die dann weitere repräsentative Überprüfungen rechtfertigen können. Zunächst wird die Struktur der erhobenen Daten dargestellt. Hierbei werden nur die Aspekte betrachtet, denen in der bisherigen Diskussion ein möglicher Einfluss auf die Geschwindigkeit, mit der ein Teilnehmer an einer stationären medizinischen Rehabilitation zur Arbeit zurückkehrt, zugesprochen wurde. Soweit möglich, werden diesen Daten die Ergebnisse der Totalerhebung der stationären Rehabilitationsteilnehmer des VDR für das Jahr 1999 gegenübergestellt; bedeutende Abweichungen der Studienpopulation von der Gesamtheit können so erkannt werden und bei der Interpretation der Ergebnisse Berücksichtigung finden. In keinem Fall soll auf diesem Wege die Gültigkeit der zufälligen Studienpopulation zur Stichprobe hin erhöht werden⁶¹. Durch die im Jahresabstand wiederholte Durchführung der Erhebung wurde die Konstanz der beobachteten Phänomene gesichert. Dem Ziel der Konstanzsicherung diene auch die Verteilung der Erhebung auf Kliniken unterschiedlicher Fachrichtungen und mit landsmannschaftlich unterschiedlich zusammengesetzter Klientel sowie die große Anzahl der Ärzte⁶², die in das Projekt eingebunden waren.

⁶¹ Ein verbreiteter Ansatz [...] zur Untersuchung der Bruttogültigkeit ist ein Vergleich mittels Interviews gewonnener Häufigkeitsverteilungen mit amtlichen Unterlagen. Die Zahl der so überprüfbaren Merkmale ist selbstverständlich recht begrenzt, und der Schluß von einer hier beobachteten hohen Gültigkeit auf eine vergleichsweise Gültigkeit nicht überprüfter Merkmale nicht überzeugend. (Scheuch 1967, S. 176)

⁶² An der Erhebung im Jahre 2000 nahmen 17 Ärzte und Ärztinnen, an der des Jahres 2001 18 Ärzte und Ärztinnen teil, 10 Ärzte arbeiteten in beiden Jahren an der Erhebung mit.

Die Unterschiede zwischen den beiden Erhebungsjahren bewegen sich in engen Grenzen; die Unterschiede zur Totalerhebung des VDR sind allerdings auffällig. So sind die Teilnehmer der Studie 3 bis 5 Jahre jünger als im bundesweiten Durchschnitt; und das Verhältnis der Geschlechter ist in der Studie mit einem Frauenanteil von knapp 60% genau umgekehrt schief zu den Angaben des VDR, nach denen die Männer mit 54 % der Teilnehmenden eindeutig dominieren⁶³. Der Vergleich des Familienstandes zeigt, dass hier die Unterschiede zwischen den Jahren nicht sehr groß sind und sich auch nur unwesentlich von denen der VDR Auswertung unterscheiden. Bei der Betrachtung des beruflichen Status zeigen sich auffällige Abweichungen bei der Kategorie Meister / Polier. In der Statistik des VDR wird nur jeder 100. Teilnehmer dieser Gruppe zugerechnet, in der Studienpopulation hingegen ordnet sich etwa jeder 10. dieser Gruppe zu. Nimmt man alle Arbeiter zusammen (Arbeiter, Facharbeiter, Meister/Polier), dann ist die Abweichungen zur Auszählung des VDR nur noch mäßig. Das legt den Schluss nahe, dass die Studienteilnehmer die Funktion Meister/Polier sehr weit ausgelegt haben. Die Schichteinteilung der Studienteilnehmer nach dem von Deck und Röckelein (1999) vorgeschlagenen Verfahren zeigt den von den Autorinnen beschriebenen „Bauch“, also dass die „vereinfachte Berechnung der Schichtindizes zu einer etwas umfangreicheren Mittelschicht und einer etwas schwächer besetzten Oberschicht“ (Deck, Röckelein 1999:89) führt. Denn nur jeder 7. Teilnehmer gehört der Ober- oder Unterschicht an. Zur Mittelschicht gehören damit etwa 70 % der Studienteilnehmer. Bei der Darstellung der arbeitswissenschaftlichen Überlegungen zur Belastungsanalyse wurde nach den belastenden Umständen am Arbeitsplatz und dem Ausmaß der hierbei erlebten Beeinträchtigung gefragt. Schon eine einfache Auszählung zeigt, dass die Anzahl der tatsächlichen Einschränkungen am Arbeitsplatz die Anzahl der Beeinträchtigungen bei weitem übersteigt. Was den Gedanken nahe legt, die Betroffenen können oder wollen sich das Ausmaß der tatsächlich auf sie einwirkenden Erschwernisse nicht eingestehen. Bei dieser (Fehl-) Einschätzung könnte die Dauer der Betriebszugehörigkeit in dem Sinne von Bedeutung sein, dass sich die Beschäftigten bei sehr langer Betriebszugehörigkeit an die Arbeitsumstände gewöhnt haben. Die Auswertung zeigt, dass jeder zweite Befragte 11 und mehr Jahr beim selben Arbeitgeber beschäftigt ist, und nur jeder fünfte erst seit 5 Jahren oder kürzer zur Belegschaft gehört.

⁶³ Die Tabellen werden in der Anlage wiedergegeben.

Bei der Frage nach der Geschwindigkeit, mit der ein Teilnehmer nach der Behandlung zur Arbeit zurückkehrt, liegt der Gedanke der Genesung oder Heilung, die durch die Behandlung erreicht wurde, nahe. In der Studie wurde der behandelnde Arzt gebeten, den Gesundheitszustand des Patienten bei der Aufnahme und bei der Entlassung einzuschätzen, gleichzeitig sollte er angeben, wie die Patienten ihren Zustand zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung einschätzten. Es nimmt nicht wunder, dass die Ärzte die Behandlungsergebnisse etwas besser einschätzen als die Patienten. Die unterschiedliche Einschätzung des Genesungsgewinns zwischen Arzt und Patient ist für die Teilnehmerinnen an einer Behandlung erheblich größer, als das bei den Männern der Fall ist. Auch die Geschwindigkeit, mit der die Teilnehmer und Teilnehmerinnen nach Beendigung der medizinischen Behandlung an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, differiert erheblich. Frauen kehren erheblich schneller zur Arbeit zurück, als das bei Männern der Fall ist. In wie weit der Grund hierfür in den geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Zugangswegen zur Rehabilitation zu suchen ist, die weiter oben beschrieben wurden (siehe S. 138 und S. 143), wird sich bei der Überprüfung der Hypothesen zeigen.

D.3. Ergebnisse

Ziel des Projekts ist es, ein Verfahren zu entwickeln, mit dem sich die Geschwindigkeit vorhersagen lässt, mit der beschäftigte Teilnehmer an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme an ihren vormaligen Arbeitsplatz zurückkehren werden. Bevor dieses Ziel erreicht werden kann, sind die Ergebnisse der Hypothesenprüfung und die Ergebnisse der unterschiedlichen Zugangswege zur Lösung der Aufgabe zu betrachten. Die mathematische Prüfung der Hypothesen wie auch die Betrachtung der methodischen Ergebnisse sind somit als Zwischenschritte auf dem Weg zur Beschreibung der Prädiktoren für die Vorhersage der Rückkehrgeschwindigkeit anzusehen. Bei der Betrachtung der mathematischen Ergebnisse der Hypothesenprüfung wird daher ein großzügiges Maß ($p=0.15$) für die wahrscheinliche Beziehung des Prädiktors zur Kriteriumsvariablen angelegt, um nicht vorschnell Variablen zu entfernen, denen bei einer multivariaten Betrachtung mit der Methode der logistischen Regression noch Bedeutung zukommen kann. Bereits bei der Auswertung der Interviews wurde gezeigt, dass sich die Bewältigungsmuster für die gesundheitlichen Einschränkungen zwischen den Geschlechtern unterscheiden; bei der ersten Betrachtung der Ergebnisse zeigte sich, dass die Rückkehrgeschwindigkeit, je nach Geschlecht, deutlich unterschiedlich ausfällt. Um keinen Zusammenhang zu übersehen, wird daher jede Hypothese zum einen an allen Daten überprüft, und zum anderen für die Geschlechter getrennt ausgewertet, soweit die Hypothese nicht geschlechtsspezifisch eingegrenzt ist.

Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Die Hypothesen zu den Idealtypen

(1)⁶⁴ Wenn bei Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, die Fähigkeit zur Handlungsplanung gut ausgebildet ist, dann werden sie rascher zur Arbeit zurückkehren als die Patienten, bei denen diese Fähigkeit weniger gut ausgeprägt ist.

Für alle Teilnehmer Pr (Kruskal – Wallis-Test): $<.0001$

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0002

⁶⁴ Die Hypothesen werden nummeriert, um bei der anschließenden Interpretation der Ergebnisse Verwechslungen auszuschließen.

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0014

Mit hoher Wahrscheinlichkeit beeinflusst die Handlungsplanung die Rückkehrgeschwindigkeit der Studienteilnehmer.

(2) Wenn Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, das Gefühl haben, dass Ihren Leistungen am Arbeitsplatz und innerhalb der Gesellschaft äquivalente Gaben durch den Arbeitgeber und die Gemeinschaft gegenüber stehen, dann werden sie zu den Personen gehören, die nach der Entlassung aus der Klinik schneller zu ihrer Arbeit zurückkehren als die Personen, bei denen das nicht Fall ist.

Für alle Teilnehmer Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.1346

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.9327

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0767

Mit hoher Wahrscheinlichkeit beeinflusst die soziale Unterstützung / Reziprozität die Rückkehrgeschwindigkeit der Männer.

Eine Beziehung zwischen der Rückkehrgeschwindigkeit der Frauen und der von ihnen erfahrenen Unterstützung / Reziprozität konnte nicht nachgewiesen werden.

(3) Wenn Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, in der Lage sind, sich in ihrer Freizeit so gut zu erholen, dass sie einen weiteren Schichtzyklus problemlos abarbeiten können, dann werden sie rascher zur Arbeit zurückkehren als die Patienten, deren Erholungsfähigkeit weniger gut ausgeprägt ist.

Für alle Teilnehmer Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.3406

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.6147

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.3475

Eine Beziehung zwischen der Erholungsfähigkeit und der Rückkehrgeschwindigkeit der Studienteilnehmer konnte nicht nachgewiesen werden.

Die Hypothese zum soziogenetischen Modell

(4) Wenn die Situation von Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, am Arbeitsplatz durch massive Gratifikationsdefizite gekennzeichnet ist, dann werden sie langsamer zur Arbeit zurückkehren als Patienten, deren Beschäftigungssituation nicht durch Gratifikationsdefizite gekennzeichnet ist.

Bei N= 212 lagen nur bei einer Person die oben genannten Kriterien für massive Gratifikationsdefizite vor, daher entfällt eine Auswertung.

Die Hypothese zum Konstrukt der beruflichen Leistungsanforderung

(5) Wenn die Situation von Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, am Arbeitsplatz durch ein deutliches Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen am Arbeitsplatz und dem individuellen Leistungs- und Erholungsvermögen gekennzeichnet ist, dann werden sie langsamer zur Arbeit zurückkehren als Patienten, deren Beschäftigungssituation nicht durch dieses Ungleichgewicht zwischen Leistungs- und Erholungsvermögen gekennzeichnet ist.

Für alle Teilnehmer Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.4278

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.8925

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.3301

Eine Beziehung des Verhältnisses „Leistungsvermögen zu Erholungsfähigkeit“ mit der Rückkehrgeschwindigkeit konnte bei den Studienteilnehmern nicht nachgewiesen werden.

Die Hypothese zum Konstrukt der Handlungsmöglichkeiten

(6) Wenn sich Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, ein Ende ihrer Beschäftigung wünschen, sich über den Weg zu diesem Ziel bereits informiert haben und von ihren wichtigen Gesprächspartnern in diesem Vorhaben unterstützt werden, dann werden sie langsamer zur Arbeit zurückkehren als Patienten, bei denen diese Bedingungen nicht vorliegen.

Für alle Teilnehmer Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0020

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0316

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0816

Mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit beeinflusst das Ausmaß der Handlungsmöglichkeiten, die ein Patient besitzt, die Rückkehrgeschwindigkeit, wenn sein Interesse an einem Rentenbezug hoch ist.

Die Hypothese zum Konstrukt der rationalen Handlungsplanung

(7) Wenn Patienten, die zum Zeitpunkt der Teilnahme an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem ungekündigten Beschäftigungsverhältnis stehen, zum Ende der Behandlung nicht wissen, wie es in ihrem Leben weiter gehen soll, dann werden sie langsamer zur Arbeit zurückkehren als Patienten, bei denen diese Bedingungen nicht vorliegen.

Für alle Teilnehmer Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0004

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0044

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.2116

Die Wahrscheinlichkeit, dass weibliche Studienteilnehmer ,die zum Ende der Behandlung nicht wussten, wie es in ihrem Leben weiter gehen sollte, verzögert zur Arbeit zurückkehrten, ist sehr groß.

Bei männlichen Studienteilnehmern konnte eine Beziehung zwischen dem Wissen oder Nicht-Wissen um die nächsten Handlungsschritte nach der Entlassung aus der Klinik und der Rückkehrgeschwindigkeit nicht nachgewiesen werden.

Die Hypothesen zum Modell des Erhalts der beruflichen Integration

(8) Wenn bei Männern, die zum ersten Mal an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, die Fähigkeit zur Handlungsplanung gut ausgebildet ist, dann werden sie rascher zur Arbeit zurückkehren, als die Männer, bei denen diese Fähigkeit weniger gut ausgeprägt vorhanden ist.

Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0548

Bei Männern, die zum ersten Mal an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, ist es wahrscheinlich, dass die Handlungsplanung Einfluss auf die Rückkehrgeschwindigkeit nimmt.

(9) Wenn Männer oder Frauen zum wiederholten Mal an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, dann kehren sie rascher zur Arbeit zurück als Teilnehmer, die zum ersten Mal an einer stationären medizinischen Rehabilitation teilnehmen.

Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.1886

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.5820

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0893

Es ist wahrscheinlich, dass bei männlich Studienteilnehmern die wiederholte Teilnahme an einer Rehabilitation Einfluss auf die Rückkehrgeschwindigkeit nimmt.

Bei den weiblichen Studienteilnehmern konnte keine Beziehung nachgewiesen werden zwischen der wiederholten Teilnahme an einer Rehabilitation und der Geschwindigkeit, mit der sie zur Arbeit zurückkehren.

(10) Wenn bei Frauen, die zum ersten Mal an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, das Gefühl vorherrscht, sie würden bei der Rückkehr in ihren Alltag von ihrem nächsten Angehörigen unterstützt, dann werden sie rascher zurückkehren als die Frauen, die mit keiner oder nur sehr eingeschränkter Unterstützung rechnen.

Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0528

Bei den Frauen der Studie, die zum ersten Mal an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen, gibt es wahrscheinlich einen Zusammenhang zwischen der erfahrenen Unterstützung und der Rückkehrgeschwindigkeit.

(11) Männliche Teilnehmer an einer stationären medizinischen Rehabilitation, die angespannt, verunsichert und/oder voller Sorgen auf die Umstände schauen, unter denen sie wieder zur Arbeit und in Ihren Alltag zurückkehren sollen, kehren langsamer zur Arbeit zurück als die Männer, bei denen diese Kriterien nicht vorliegen.

Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0,0053

Es ist sehr wahrscheinlich, dass bei Männern, der Umfang der Sorgen, mit dem sie auf die Umstände ihres Alltags schauen, Einfluss auf die Geschwindigkeit nimmt, mit der sie zur Arbeit zurückkehren.

(12) Teilnehmerinnen an einer stationären rehabilitationsmedizinischen Behandlung, für die der Aspekt Wohlbefinden / Erholung als Motiv für die Teilnahme an der Maßnahme eine erhebliche Rolle spielt, kehren nach der Entlassung aus der Klinik rascher an ihren vormaligen Arbeitsplatz zurück als Personen, die diesem Aspekt eine geringere Bedeutung zumessen.

Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0240

Bei den weiblichen Studienteilnehmern nimmt der Wunsch nach Erholung sehr wahrscheinlich Einfluss auf die Geschwindigkeit, mit der sie an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren.

Weitere Hypothesen

(13) Patienten, die auf die Frage „Gehen Sie davon aus, dass Sie nach Abschluss der medizinischen Behandlung zur Arbeit zurückkehren werden?“ zustimmend antworten, werden schneller zur Arbeit zurückkehren als Patienten, die diese Fragen verneinen.

Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0001

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0039

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0128

Es ist sehr wahrscheinlich, dass Studienteilnehmer, die die Frage nach ihrer Rückkehrabsicht bejahten, schneller zur Arbeit zurückkehrten als Teilnehmer, die diese Frage verneinten.

Patienten, deren Gesundheitszustand sich während der Behandlung verbessert, werden schneller zurückkehren als die Patienten, deren Gesundheitszustand im Verlauf der Behandlung gleich bleibt oder bei denen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintritt.

(14) Einschätzung durch den Arzt

Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0502

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.1473

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.1970

Die Wahrscheinlichkeit, dass die vom Arzt eingeschätzte Veränderung des Gesundheitszustands die Rückkehrgeschwindigkeit der Studienteilnehmer beeinflusst hat, ist gering.

(15) Einschätzung durch den Patienten

Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.8602

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.5230

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.6611

Ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Veränderung des Gesundheitszustandes durch den Patienten und der Rückkehrgeschwindigkeit konnte nicht nachgewiesen werden.

(16) Patienten, bei denen der Arzt erwartet, dass sich ihr Gesundheitszustand während der Behandlung verbessern wird, kehren schneller zur Arbeit zurück als Patienten, bei denen der Arzt davon ausgeht, dass die Behandlung zu keiner Verbesserung des Zustandes führen wird.

Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.0971

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.1831

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.2979

Die Wahrscheinlichkeit, dass die Erwartungen des Arztes hinsichtlich einer möglichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Studienteilnehmer Einfluß auf deren Rückkehrgeschwindigkeit genommen hat, kann nicht ausgeschlossen werden.

(17) Patienten, die erwarten, dass sich ihr Gesundheitszustand während der Behandlung verbessern wird, kehren schneller zur Arbeit zurück als Patienten, die davon ausgehen, dass die Behandlung zu keiner Verbesserung ihres Zustandes führen wird.

Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.3589

Für Frauen: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.9913

Für Männer: Pr (Kruskal – Wallis-Test): 0.1829

Ein Zusammenhng der Rückkehrgeschwindigkeit mit der Genesungserwartung der Patienten konnte nicht ermittelt werden.

Zusammenfassung der Hypothesenprüfung

Zusammenfassend sehen die Ergebnisse der Hypothesenprüfung wie folgt aus:

(Nummer der Hypothese) Hypothese	Alle Teilnehmer	Frauen	Männer
(1) Bedeutung der Handlungsplanung	++ ⁶⁵	++	++
(13) Bedeutung des Rückkehrabsicht	++	++	++
(6) Bedeutung der Handlungsmöglichkeiten bei vorliegendem Rentenwunsch	++	++	+
(7) Bedeutung der nächsten Handlungsschritte	++	++	--
(14) Bedeutung der Veränderung des Gesundheitszustands aus der Sicht des Arztes	+	+	--
(16) Bedeutung der ärztlichen Genesungserwartung	+	--	--
(2) Reziprozität seitens der Gemeinschaft	+	--	+
(12) Bedeutung des Aspekts Erholung für Frauen, die an einer med. Reha teilnehmen		++	
(10) Bedeutung Unterstützung durch Lebenspartner bei der ersten med. Reha für Frauen		+	
(11) Bedeutung von Sorgen für Männer, die an einer med. Reha teilnehmen			++
(9) Bedeutung der wiederholten Teilnahme an einer med. Reha	--	--	+
(8) Bedeutung der Handlungsplanung für Männer bei der ersten med. Reha			+
(3) Bedeutung der Erholungsfähigkeit	--	--	--
(15) Bedeutung der Veränderung des Gesundheitszustands aus der Sicht des Patienten	--	--	--

⁶⁵ $p \leq 0.05 = ++$; $p > 0.05$ and $\leq 0.15 = +$; $p > 0.15 = --$

(17) Bedeutung der Genesungserwartung des Patienten	--	--	--
(5) Bedeutung der beruflichen Leistungsanforderung	--	--	--
(4) Bedeutung der Gratifikationsdefizite (Soziogenese)	Keine Aussage möglich		

Abbildung 12, Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Die große Bedeutung der Fähigkeiten, die eigenen Wünsche mit den Strukturen der umgebenden Gesellschaft abzugleichen und darauf aufbauend einen Plan zu entwerfen, der einen dem Ziel näher bringt, wird durch die Auswertung unterstrichen. Hierbei ist es ohne große Bedeutung, ob man ganz allgemein fragt >>wissen sie wie' s weiter geht? (Hypothese 7)<<, oder ob man nur die Personen nach ihrer Handlungsplanung und ihrer Abstimmung mit der Mitwelt fragt, die ihren Rentenwunsch zu erkennen geben (Hypothese 6), oder ob man in die Fragen nach der Zukunft auch die Zukunftserwartungen (ängstlich versus positiv gestimmt) aufnimmt (Hypothese 1). Die große Bedeutung wird auch dadurch unterstrichen, dass die Handlungsplanung für beide Geschlechter von Bedeutung ist, obwohl sich zeigt, dass den nächsten Handlungsschritten bei den Männern keine Vorhersagekraft zukommt. Wenn die Kenntnis der nächsten Handlungsschritte für die Rückkehrgeschwindigkeit ohne Bedeutung ist, dann kann das als Hinweis darauf gedeutet werden, dass Männer schematischer handeln. Als Bestätigung dieser Annahme kann auch das Ergebnis gedeutet werden, dass eine wiederholte Teilnahme an einer med. Reha. bei Männern zu einer beschleunigten Rückkehr zur Arbeit führt. Wer etwas mehrfach tut, der bildet für sein Handeln eine Routine aus, die ihn der Planungen enthebt. Die Notwendigkeit der Planung wird immer dann besonders deutlich, wenn der Patient während der Teilnahme an der med. Reha. die Umstände seines Lebens evaluierend betrachtet und dabei bemerkt, dass eine Rückkehr an die Stelle, von der aus er in die Behandlung aufgebrochen ist, nicht so einfach möglich ist, wie er sich das wünscht. In dieser Situation macht sich der Patient >>Sorgen<<. Wenn Sorgen vorliegen, dann ist die Fähigkeit der Handlungsplanung besonders gefragt, und zwar einer Handlungsplanung, die sich mit der Gewissheit, dass die anstehenden Probleme gelöst werden können, einig weiß.

Diese Schlüsselstellung ergibt sich bei den Frauen aus dem Blick auf die Einstellung des Lebenspartners zu ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz. In dieser vielfach überdeterminierten Frage verdichtet sich die Beziehung der Paarbeziehung zueinander. Hat die befragte Frau den Eindruck, ihr Partner stehe ohne Einschränkung zu ihrem Tun und Handeln, dann gelingen die Planungsschritte. Ist dies nicht der Fall, dann verschiebt sich die Aufmerksamkeit weg von der Arbeitsaufnahme hin zu dem Paarproblem. Die Bedeutung eines Wahrnehmungsrahmens, der

die Umstände des Alltagslebens als Ehefrau, die Belastungen der Arbeit und das Streben nach Harmonie mit dem eigenen Körper zum Ausdruck bringt, zeigt sich in der Bedeutung, die bei den Frauen dem Aspekt der Erholung, der Kur in der med. Reha. zukommt. Soweit die med. Reha von den untersuchten Frauen als Erholung, als Unterbrechung der Erwerbs- und Alltagstätigkeit aufgefasst wird, ergeben sich kaum Probleme, wieder in den Alltag zurück zukehren, denn die Fortsetzung der Erwerbstätigkeit stand bei der Beantragung der Rehabilitation außer Frage.

Von großer Bedeutung sind die Hypothesen 3, 4, 5, die verworfen werden mussten. Die Hypothese zur Soziogenese basiert auf komplexen Theorien der medizinischen Soziologie, die schon vielfach (Barrera 1980, 1981; Deppe 1975; Eckenrode 1983; Geyer 1997; Hollingshead, Redlich 1975; Kohn, Schooler 1983; Marmot 1994; Schwarzer 1989) auf ihre Bedeutung hin untersucht wurden. In einem Überblicksartikel zur bisher erschienenen Literatur beschreibt Waltz (1981) die Schwierigkeiten, für die theoretischen Überlegungen einen exakten Nachweis zu führen:

Ausgehend von der Überlegung, dass soziale Faktoren eine „wesentliche Determinante bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheiten“(a.a.O. S.41) sind, ergeben sich zwei Richtungen; krankmachend sind die Stressoren, und schützend wirken Copingverhalten und soziale Netze. Entwickelt wurde dieses Modell in der Ursachenforschung; es wird vermutet, dass es auch für die Rehabilitationsforschung von Bedeutung ist.(a.a.O. 43) Die abhängige Variable ist in der Ursachenforschung die Erkrankung. In der Rehabilitationsforschung wird die abhängige Variable weiter gefasst. Man versucht zu erklären, wie chronische Kranke mit ihrem gesundheitlichen und / oder sozialen Problem fertig werden. Erschwerend kommt hinzu, dass der Rehabilitationserfolg ein multidimensionales Phänomen ist, hier sind somatische, psychologische, soziale und ökonomische Indikatoren zu berücksichtigen. Für die Richtigkeit des Modells, dass geringe soziale Ressourcen und hoher Stress zu sozialen Problemen führen, fanden sich Belege, wenn die Exposition mit den schädigenden Ereignissen über Jahre anhielt und die Ressourcen über Jahre stabil blieben. Die Datenerfassung in dieser Studie konnte den längsschnittlichen Charakter des hier skizzierten Vorgehens nicht abbilden und daher auch keinen Zusammenhang aufzeigen. In der Auswertung der lebensgeschichtlichen Erzählungen wird die Bedeutung von wenig Unterstützung und viel Belastung für die Entwicklung von Ausstiegsszenarien allerdings deutlich (siehe Interview 4/99 S.100). Wie umgekehrt auch die

stützend, schützende Seite von großer Unterstützung bei der Bewältigung von dauerhafter beruflicher Belastung (siehe Interview 2/99 S.85) deutlich herausgearbeitet werden konnte.

Die Hypothesen 3 und 5 basieren auf Ergebnissen der Arbeitswissenschaft (Hackstein 1977; Landau, Stübler 1992; Landois 1960; Luczak, Rohmert, Landau 1992; Schaarschmidt, Arold, Kieschke 2000; Strasser 1982; Westermayer, Dammer 1995). In der Hypothese 5 wurde der Zusammenhang von Erholungsfähigkeit und dauerhafter Erwerbsfähigkeit operationalisiert. Die bei der Fragenformulierung berücksichtigten Überlegungen⁶⁶ lassen den Gedanken außer

⁶⁶ Bei der Frage an den behandelnden Arzt „Ermitteln Sie bitte in einem Gespräch mit dem Patienten, inwieweit die Zeit vom Schichtende des einen Tages bis zum Schichtbeginn am nächsten Tag für die Erholung des Patienten ausreichen wird?“ wurden nachfolgende Überlegungen zu Grunde gelegt:

Ermüdung kann sich durch verschiedene Indizien zeigen, z.B.

- durch Verschlechterung einer Arbeitsleistung (unregelmäßige oder auch fallende Leistung),
- durch die Änderung physiologischer Größen (z.B. steigende Herzschlagfrequenz, zunehmende elektrische Muskelaktivität usw.) oder z.B.
- durch ein subjektives Ermüdungsempfinden.

All dies kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten passieren. Die Ermüdungsprozesse können zudem durch Freizeitaktivitäten ausgelöst werden, die sich im Rahmen unseres Untersuchungssettings nicht gegen eine arbeitsbedingte Ermüdung abgrenzen lassen. Im Rahmen der Fragestellung wird der Zusammenhang von Ermüdung -> Erschöpfung -> Erholungsunfähigkeit -> Erkrankung und der Zeit untersucht, die zwischen der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik und der Wiederaufnahme der Arbeit vergeht. Aus dieser Sicht ist es unerheblich, aus welchen Gründen sich die Erholungsunfähigkeit des Arbeitnehmers ergibt, weshalb auch eine Schulung des beurteilenden Arztes hinsichtlich der verschiedenen „Ermüdungsmodelle“ (Physiologische Reaktionen, Leistungsveränderungen, Müdigkeitsgefühl), die bei der Beurteilung zum Ansatz kommen können, nicht erforderlich ist. Gleiches gilt für die Frage: Wann ist ein Ermüdungsrest abgebaut:

- wenn sich der Patient subjektiv erholt fühlt,
- wenn er wieder voll leistungsfähig ist,
- wenn bestimmte physiologische Messgrößen sich im Normbereich befinden?

Bei der Frage „Reichen die physischen Kräfte des Patienten / der Patientin für die Bewältigung der beschriebenen Tätigkeit aus?“ lassen sich verschiedene physische Kräfte unterscheiden:

- Muskelkräfte, wie man sie für kraftbetonte Arbeiten benötigt (z.B. Handhaben von Lasten),
- die Stabilität des Herz-Kreislaufsystems oder

acht, dass die Arbeit natürlich auch fortgesetzt werden kann, wenn der Ermüdungsrest nicht ausgeglichen werden kann. Der Arbeitnehmer wird sich dann auf Dauer schädigen; diese Schädigung wird nach unterschiedlich langer Zeit auch zu Folgeproblemen wie verlängerter Arbeitsunfähigkeit oder Ähnlichem führen. Dieser zeitliche Aspekt und die sozialen und psychologischen Umstände, unter denen diese Selbstschädigung stattfindet, wird von der Hypothese 5 nicht berücksichtigt. Bei der Bestandserhebung zu einem Stichtag konnte daher

-
- die physischen Kräfte, wie sie z.B. vom Hand-Arm-System beim schnellen, hochrepetitiven Maschineschreiben benötigt werden,
 - die Stabilität von Wirbelsäule und Bandscheiben, die u.U. bei ungünstigen Körperhaltungen beansprucht werden.

Diese Unterscheidungen sind für eine vollständige Arbeitsanalyse unerlässlich. Diese Untersuchung geht jedoch der Überlegung nach, dass eine sich stetig wiederholende, physische Überlastung bei der Arbeit zu Erschöpfung, Erholungsdefiziten und Folgeerkrankungen führt, die dann als Antwort auf diese Situation eine verzögerte Rückkehr zur Arbeit nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik (als Ausweichreaktion) zur Folge haben kann. Unsere summarische Abfrage stellt einen Prozess des Abwägens dar. Der Gesamtheit der physisch belastenden Tätigkeitsinhalte wird die Gesamtheit der physischen Leistungsmöglichkeiten des Probanden gegenüber gestellt.

In der Frage nach den psychischen Kräften des Patienten im Abgleich zu den psychischen Anforderungen an seinem Arbeitsplatz ergibt sich ein ähnliches Bild. Auch hier ließe sich fragen: Was sind psychische Kräfte? Ist damit die Fähigkeit gemeint,

- lange Zeit konzentriert zu arbeiten (z.B. Konstrukteur), oder
- die Fähigkeit viele Entscheidungen unter hohem Zeitdruck zu fällen (z.B. Börsenmakler), oder
- die Fähigkeit mit monotonen Situationen umgehen zu können (z.B. im Überwachungsstand einer automatisierten Anlage), oder gar
- die Fähigkeit mit sozial schwierigen Situationen umgehen zu können (z.B. Pflegepersonal auf Intensivstationen)?

Auch hier richtet sich unsere Hypothese auf das Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen am Arbeitsplatz und der Belastbarkeit des Patienten. Ergeben sich hierbei gravierende Ungleichgewichte und bestehen diese auf Dauer, dann werden sich hieraus Folgen ergeben, die über Erschöpfung und Erholungsunfähigkeit zur Erkrankung und von dort zu neuen berufsbiographischen Entscheidungen führen werden. Auch richtet sich unsere Frage auf die Summe der beruflichen Anforderungen und die Fähigkeit des Patienten diese zu meistern. Eine detaillierte Analyse der Ursachen der mangelhaften Passung von Beanspruchung am Arbeitsplatz und der subjektiven Fähigkeit diese zu bewältigen wird hier nicht angestrebt.

kein Zusammenhang ermittelt werden. Bei der Interviewauswertung hingegen zeigten sich solche Phänomene sehr deutlich (siehe Dern, Hanses 2001). Ähnliches gilt für den Aspekt der beruflichen Leistungsanforderungen. Wer auf Dauer unter gesundheitsschädigenden Arbeitsumständen arbeitet, wird in der Regel erkranken und dann Folgelasten zu tragen haben. Die gewählte Abfrage der Belastungen am Arbeitsplatz war für diesen Zweck zu grob, weshalb kein Zusammenhang ermittelt werden konnte.

Methodische Ergebnisse

Das Ziel der Studie ist es, die Gründe für die unterschiedliche Rückkehrgeschwindigkeit zur Arbeit von Patienten aufzuklären, die an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben. Die Entscheidung zur schnellen oder verzögerten Rückkehr ergibt sich bei keinem der Patienten plötzlich zum Ende der Behandlung; sie ist in jedem Fall das mehr oder minder bewusste Produkt einer langen Erfahrungsreihe. Bei der Überprüfung der Hypothesen zeigte sich, dass immer dann, wenn es gelang, für die Darstellung der Hypothesen Fragen zu finden, mit denen für die Befragten der Aspekt der Erfahrungsreihe angesprochen wurde, sich die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs mit der Rückkehrgeschwindigkeit ermitteln ließ. Sobald die Fragen den Charakter der Statuserhebung hatten, wie das ganz offensichtlich bei den Fragen nach den Belastungen am Arbeitsplatz der Fall war, war es nicht möglich, eine Beziehung zwischen dieser Momentaufnahme und der Rückkehrgeschwindigkeit nachzuweisen. Die Tatsache, dass Handeln immer in der Zeit stattfindet, und dass die Vorläufer dieses Handelns, also die Erfahrungen und die daraus abgeleiteten Entscheidungen immer in der individuellen Lebenszeit angelegt und als Erinnerungsspuren abgelegt sind, legt als Erhebungsinstrument dieser Vorgänge ein fallrekonstruktives Verfahren nahe. (Hildenbrand 1995) In dieser Studie wurden die lebensgeschichtlichen Ereignisse mit einem biographische Interview erhoben und anschließend mit der Methode der biographischen Diagnostik (Dern, Hanses 2001) ausgewertet.

Anders als bei einer Panel- oder Trenduntersuchung, bei der dieselben Variablen in derselben Operationalisierung denselben Personen zu verschiedenen Zeiten vorgelegt werden (Nehnevajsa 1967, Schnell, Hill, Esser 1999: 226ff), wird der Patient im biographischen Interview angeregt, sein Handeln in der Zeit ausführlich zu erzählen. Das Aufdecken der in den Interviews enthaltenen Sinnhorizonte (Dern, Hanses 2001) und die Verdichtung der Texte mit der Methode der Idealtypenanalyse (Gerhard 1986, 1991, 1991a, 1995, 1999) und der Grounded Theory (Strauss, Corbin 1996, Charmaz 2000) führte zur Bezeichnung geschlechtsspezifisch differenter Bewältigungsmuster der durch die gesundheitlichen Einschränkungen hervorgerufenen veränderten Lebenssituation. Diese Bewältigungsmuster wurden nun in Fragen umgesetzt, mit denen für die Befragten der Aspekt der Erfahrungsreihe angesprochen wurde, um das Punktueller einer Querschnittserhebung, mit der langfristig angelegtes Handeln nicht erfasst werden kann, auszugleichen.

Bedeutung der Biographischen Interviews und ihrer Auswertung

Wenn wir das Tun der Patienten, in unserem Fall also ihre mehr oder minder schnelle Rückkehr zur Arbeit, anschauen und uns fragen, welche Beweggründe sie für ihr Tun haben, und was für sie im Leben große Bedeutung besitzt, dann wird unsere Aufmerksamkeit auf den Kern ihres Handelns gelenkt. Die Basis für die nähere Untersuchung dieses >>Kerns<< wurde mit der Aufzeichnung biographischer Interviews gelegt. In den Erzählungen dieser Interviews dominiert der Handlungsaspekt; es wird von etwas erzählt; man kann nicht seine Haltung zu etwas erzählen. In der Auswertung der Erzählungen wird deutlich, dass das Handeln der Personen strukturiert, planmäßig und nach festen Regeln erfolgt, die sich den Betroffenen jedoch nur zu einem mehr oder minder kleinen Teil erschließen. „Ein Vergleich von Ergebnissen der formalen und inhaltlichen Textstrukturanalyse und den Eigentheorien der Interviewpartner, mit denen der Erzähler sich selbst den Fortgang der Geschichte erklärt, zeigt meist, dass die Menschen sehr viel mehr von Ihrem Leben ‚wissen‘ und darstellen können, als sie in ihren Theorien über sich und ihr Leben aufgenommen haben.“ (Hermanns 1995:185) Handlungen sind biographisch organisiert, das heißt, sie folgen aufeinander, und sie führen in der Erinnerung zur Aufschichtung von Erfahrungen. Bei geeigneten Erzählanreizen greift der Erzähler auf das zurück, was ihm sein Gedächtnis gerade anbietet, und wählt daraus die Teile, die ihm zur Verdeutlichung seines Anliegens geeignet erscheinen. Er erzählt von seinem Handeln, er spricht über die Sinnhorizonte, in die er sein Handeln eingebettet sieht, und er informiert uns, mit dem Hintergrund, vor dem er seine Erzählung stattfinden lässt, über den Rahmen, dem sein Handeln langfristig treu bleibt. Mit dieser Handlungsbetrachtung haben wir, sowohl folgen- als auch indikationsorientiert, einen theoretischen, methodischen und bewertungsseitigen Grundgedanken zum Verständnis des Erzählers in der Hand. Das biographische Interview und besonders dessen dreimalige Auswertung, einmal im Rahmen der Idealtypenanalyse, dann mit den Mitteln der Biographischen Diagnostik und zuletzt mit den Instrumenten der Grounded Theory, hat das langfristig angelegte des Handelns deutlich gemacht und dabei gleichzeitig aufgezeigt, dass nicht nur das Einmalige der individuellen Lebensgeschichte das Handeln bestimmt, sondern dass sich, wie Annelie Keil schreibt: „In den Protokollen der Biographie eines jeden einzelnen Menschen [...] die gattungsgeschichtlichen Anteile mit den gesellschaftlichen und kulturellen Anteilen [mischen, WLD] und im gegenseitigen Durchdringen das bilden, was wir Lebensgeschichte nennen.“ (Keil 1999: 74) Die überindividuellen gesellschaftlichen und kulturellen Anteile im Handeln konnten isoliert und in den Hypothesen überprüft werden. Der

Wert der Interviewauswertung lag in diesem Fall darin, dass es die Auswertung erlaubte, einige handlungsbestimmende Aspekte zu erkennen, die auf das Handeln von Patienten am Ende ihrer medizinischen Rehabilitationsbehandlung Einfluss nehmen.

Die Notwendigkeit ein neues, ein verändertes Handeln zu entwerfen, zeigte sich in den Interviews immer dann, wenn die bisherigen Routinen nicht mehr zum Ziel führten. Dies war der Fall, wenn das alltagspragmatische Handeln, mit dem sich die Betroffenen bisher durch die Welt geholfen haben, unter Druck geriet und Bausteine abhanden kamen, die zuvor in ihrer Bedeutung gar nicht erkannt werden konnten, weil sie so dicht mit der Person verwoben waren, dass sie dem Blick auf die eigenen Lebensumstände verborgen blieben. Da waren zum einen die physische Integrität, die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, und zum anderen das stützende Korsett der Ressourcen in Form der familiären Unterstützung und Hilfen. Den Anker der von den Interviewten entworfenen Sinnhorizonte ihres Lebens bildeten diese drei Aspekte. Hier kann in der Einzelauswertung zwar noch zwischen der von außen kommenden Bewertung dieser Gesichtspunkte und der sinnstiftenden Evaluation des Handelns durch die Person unterschieden werden, doch für die Betroffenen und ihre Handlungsentscheidung hat diese Unterscheidung keine Bedeutung. Ihre Handlungskompetenz bleibt erhalten, solange diese alltagspragmatischen Handlungsvollzüge verlässlich gegeben sind. Die Personen verfügen dann über eine Bewusstheit, mit der sie ihr Alltagshandeln steuern können; sobald aber ein reflexiver Wechsel zwischen der gegenwärtigen und einer veränderten zukünftigen Lebenspraxis erforderlich wird, weil eine der Ankerketten gerissen ist, kommt es zu Irritationen zum sehr kleinräumigen, heuristischen Suchen nach dem nächsten Schritt, zum Stillstand.

Die biographischen Erzählungen haben die Anstöße zum Verstehen dieser Verhaltenseigentümlichkeiten gegeben und darüber den Fortgang der Studie bestimmt. Ohne die Auswertung der Interviews wäre das Formulieren der gezielten Hypothesen und das allmähliche Entwickeln eines Verständnisses für den Erfahrungsraum, in dem die Rückkehrentscheidung fällt, nicht möglich gewesen.

Bedeutung der Forschungsergebnisse der medizinischen Soziologie und der Arbeitswissenschaften

Die Forschungsergebnisse der medizinischen Soziologie und der Arbeitswissenschaften bezeichnen Tatbestände, die bei einer genügend großen Verdichtung als einfach und plausibel erscheinen. So dürfte die Folgerung, die Waltz zum Ende einer Literaturübersicht formuliert,

leicht nachvollziehbar sein: Sind die Arbeitsinhalte einer Person wesentlich auf das Verausgaben von physischer Kraft angelegt, und ist die physische Leistungsfähigkeit nach einer Erkrankung dauerhaft gemindert, dann ergeben sich rasch „schwerwiegende psychosoziale Transitionen wie Berufswechsel, frühzeitige Verrentung und Verlust des Arbeitsplatzes.“(Waltz 1981:106) Ähnliches kann von der Definition der Arbeitswissenschaften gesagt werden: Beeinträchtigungsfreiheit ist solange gegeben, wie die Forderungen am Arbeitsplatz unterhalb der Leistungsgrenze des Arbeitnehmers liegen. Die Leistungsgrenze kann durch eine hohe Motivation, aber auch durch Doping, durch Neigung zum Workaholic oder Ähnliches angehoben werden(Strasser 1982: 39).

Die Schwäche dieser theoretischen Aussagen liegt darin, dass sie nicht ausreichend deutlich machen, dass das Richtige ihrer Inhalte sich im einzelnen Leben nur in der zeitlichen Erstreckung abbilden kann. In der obigen Aussagen von Walz wird die ganze Lebens- und häufig auch Leidensgeschichte auf die Worte „dauerhaft gemindert“ zusammengezogen. In der arbeitswissenschaftlichen Definition wird der zeitliche Aspekt gar nicht erwähnt. Vielleicht, weil es doch auf der Hand liegt, dass nur ein länger andauerndes Ungleichgewicht zwischen Forderungen und Leistungsmöglichkeiten zu ernsthaften gesundheitlichen Problemen führen wird. Sooft in einer biographischen Erzählung diese Themen berührt werden, erscheinen sie in einem lebensgeschichtlich selbstverständlichen Kontext, der sich dem Zuhörer in seiner unmittelbaren Zwanghaftigkeit sofort erschließt. So werden die von Walz bezeichneten „Transitionen“ in der Erzählung vor dem Hintergrund des Leids und der Verzweiflung erzählt. Die sich aus dem gleitenden Übergang von der Vollbeschäftigung zum langfristig Erkrankten und Leistungsgeminderten und den für den Betroffenen damit verbundenen existentiellen Bedrohungen, zum Beispiel seine Miete nicht mehr bezahlen zu können, können vom Zuhörer unmittelbar nachempfunden und als mögliche Variante der sozialen Realität evaluiert werden. Die Beeinträchtigungsfreiheit der Arbeitswissenschaft, die leicht als das „Wohlbefinden“ des Gesunden missverstanden werden kann, wird im Interview auch als das Bild sichtbar, dass sich der Betroffene von sich und seinem Leistungsvermögen macht. Was dann bedeuten kann, dass er für „seine“ Beeinträchtigungsfreiheit Grenzdefinitionen findet, die deutlich von der ärztlichen Einschätzung abweichen, und die es ihm erlauben sich noch aus den Ressourcen der autonom geschützten Reserven zu bedienen. Dieser Raubbau wird uns von dem Patienten vor dem Hintergrund der von ihm grandios entworfenen eigenen Leistungsfähigkeit vorgeführt. Dem Zuhörer soll imponiert werden, und er soll gleichzeitig verführt werden, sich auf die

Traumwelt des Erzählers einzulassen, in der die Kräfte niemals schwinden. Die Kenntnis der Forschungsergebnisse der Arbeitswissenschaft und der medizinischen Soziologie hilft, diesen alltagsweltlichen Verstehens- und Verklärungsangeboten zu widerstehen und die Tatsachen der jeweiligen Erzählung in ihrem zeitlichen Ablauf zu rekonstruieren und darüber ein tatsachengebundenes Verständnis des Ereignisablaufs zu erreichen. Auf dem Weg von der Beobachtung zur Theorie hat sich der Schwerpunkt notwendigerweise von der sich im einzelnen Leben ergebenden Ereignisfolge auf die Beschreibung des sich daraus ergebenden Zusammenhangs verschoben; die dem Einzelleben zugehörige Lebenszeit, in der sich die Zusammenhänge ergeben, sind bei der Theorieformulierung nicht mehr wichtig. Bei der Formulierung von Fragen, mit denen die aus den Theorien abgeleiteten Hypothesen überprüft werden sollten, blieb die Aufmerksamkeit am Zusammenhang der sinntragenden Ereignisse hängen. Die Bedeutung der zeitlichen Erstreckung, in der die Verknüpfungen erst ihre Wirkung entfalten können, war nach Auswertung der Interviews so selbstverständlich, dass sie bei der in diesem Zusammenhang erfolgten Fragenformulierung keine Berücksichtigung fand. Eine Beziehung zwischen den sinntragenden Bestandteilen der Hypothesen konnte mit den Antworten auf diese >>zeitlosen<< Fragen nicht ermittelt werden.

Anwendungspraktische Ergebnisse

Ziel der Studie ist es, die unterschiedliche Rückkehrgeschwindigkeit zur Arbeit nach der Entlassung aus der stationären medizinischen Rehabilitation vorherzusagen. Mit der Hypothesenprüfung wurden Aspekte ermittelt, die für die unterschiedliche Rückkehrgeschwindigkeit von Bedeutung sind. Bei der Betrachtung der Hypothesen, konnte gezeigt werden, dass Aspekte der Handlungsplanung auf die Rückkehrgeschwindigkeit Einfluss nehmen. Von großer Bedeutung wäre es nun, wenn zum einen aufgezeigt werden könnte, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Vorhersage der unterschiedlichen Rückkehrgeschwindigkeit möglich ist, und zum anderen, ob, und wenn ja, auf welchem Wege den Personen, die verzögert zur Arbeit zurückkehren, geholfen werden könnte, ihre Rückkehr zu beschleunigen. Um die Wahrscheinlichkeit der Vorhersage zu ermitteln, wird geprüft, inwieweit die Zielgröße (rasche oder verzögerte Rückkehr zur Arbeit) durch die ermittelten Einflussgrößen vorhergesagt werden kann. Untersucht wird dies mit einem Regressionsmodell, in das die Fragebogenvariablen multivariat eingehen. Auf diese Weise können auch die Wechselwirkungen zwischen den Variablen geprüft werden. Wie schon zuvor aufgezeigt, wird

diese Auswertung geschlechtsgetrennt durchgeführt, da auch geschlechtspezifische Einflussgrößen ermittelt wurden.

Die in der Anlage wiedergegebenen Prädiktorkombinationen für die Vorhersage der schnellen Rückkehr oder der verzögerten Rückkehr zeigen, dass sich mit einem Modell aus drei Bausteinen bei den weiblichen Studienteilnehmern ein Korrelationskoeffizient von $R^2 = 0.06$ bis $R^2 = 0.71$ ermitteln ließ. Bei den männlichen Studienteilnehmern lagen die Ergebnisse für drei Bausteine zwischen $R^2 = 0.003$ und $R^2 = 0.39$. Betrachtet man die fünf Merkmalkombinationen mit dem größten Aufklärungswert, dann wird deutlich, dass nur bei den Frauen die Unterstützung durch den Lebenspartner einen bedeutenden Einfluß hat. Nur bei den Männern haben die Aussagen zur Unterstützung durch die Gesellschaft, die Sorgen über die Situation am Arbeitsplatz und die Häufigkeit der Teilnahmen an einer Rehabilitationsmaßnahme Bedeutung. Für beide Geschlechter sind

- die Fähigkeit zur Handlungsplanung,
- die tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten,
- der Wunsch zur Arbeit zurückzukehren,
- und die relative Genesung während der Behandlung aus der Sicht des Arztes

von großer Bedeutung für die Vorhersage der Rückkehrgeschwindigkeit. Die bis jetzt ermittelten Zusammenhänge (siehe Schaubild „Anwendungspraktische Ergebnisse“) können damit als Grundlage für eine breiter angelegte Untersuchung genutzt werden, deren Ziel die Entwicklung eines Fragebogens ist, mit dem sich die Rückkehrgeschwindigkeit der Befragten mit einer tolerablen Irrtumswahrscheinlichkeit vorhersagen läßt.

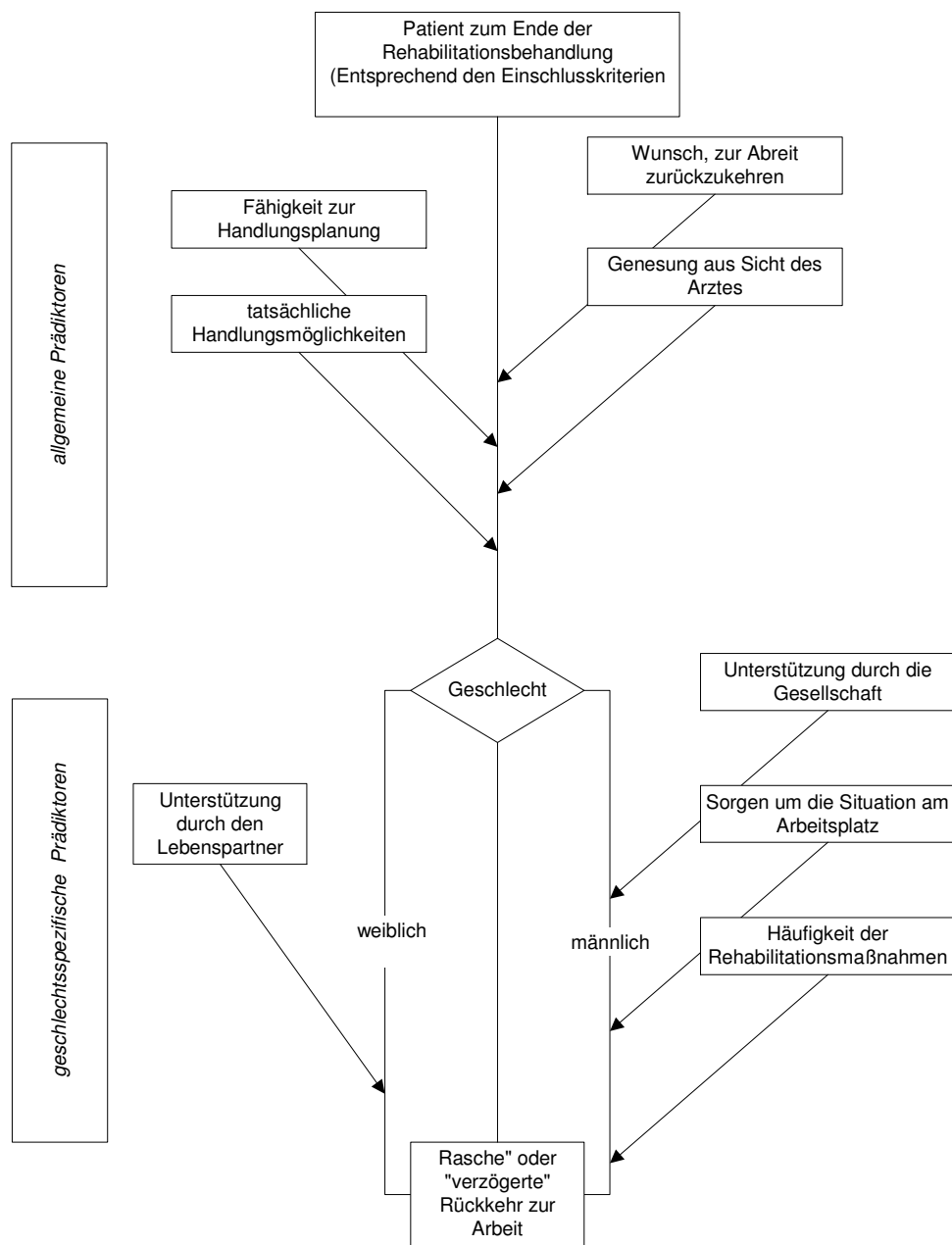


Abbildung 13, Anwendungspraktische Ergebnisse

Die als sehr bedeutsam ermittelten Zusammenhänge zeigen, dass Patienten, die nicht wussten, wie es mit ihnen nach der Entlassung aus der Klinik weiter gehen sollte, die ihrem Partner nicht vertrauten oder von ihrem Arbeitgeber keine Unterstützung erwarteten, vielfach verzögert zurückkehrten. Die Fähigkeit dieser Menschen Handlungspläne zu entwerfen, die sie ihrem Ziel näher bringen, war schlecht ausgebildet. Wie die Interviewauswertung gezeigt hat, war es darüber hinaus für viele Patienten schwer, ein konkretes Ziel zu definieren, das ihre Zukunftswünsche gebündelt enthielt. Die Schwierigkeiten der Zielfindung wurden dann ergänzt um die Mühen, die es diesen Menschen bereitete Handlungspläne zu entwerfen, die sie ihrem Ziel näher bringen. Das Wunschziel war in kaum einem Fall der Rentenbezug, das Wunschziel war eine Arbeit zu Bedingungen, die gesundheitlich und persönlich zumutbar erschienen. Wenn diesen Personen geholfen werden könnte, ihr Wunschziel zu erreichen, dann wäre das ein ökonomischer Vorteil für den Versicherer und sowohl ein ökonomischer als auch ein psychosozialer Gewinn für die Versicherten.

Für die Patienten, bei denen das umstandslose Zurückkehren an den vormaligen Arbeitsplatz auf Grund gesundheitlicher Störungen nicht möglich war, stand zum Zeitpunkt der Interviews stets die Frage: „Wie soll das Leben / Wie soll es mit mir weiter gehen?“ im Vordergrund. Für die Lösung ihrer lebensgeschichtlich neuen Handlungsprobleme fehlte ihnen jede Vorlage. Zuviele Bereiche ihres Lebens waren gleichzeitig betroffen; ihre bürgerliche Existenz war für sie einer ernsthaften Bedrohung ausgesetzt. Um in dieser Situation zu einer langfristig tragbaren Handlungsplanung zu kommen, wäre ein hohes Maß an Besonnenheit erforderlich gewesen, was den Patienten häufig nicht zu Gebote stand. Beratung, die hier helfen könnte, hätte die Aufgabe, die Lebens- und Erwerbsbiographie der Patienten, deren Fähigkeiten und deren Schwächen wie auch die objektiven Hilfen der Gesellschaft ins Kalkül zu nehmen, um auf dieser Basis das weitere Vorgehen mit dem Patienten zu planen. Wenn man nun die Patienten, die in einer Rehabilitationsklinik behandelt werden, auftrennen könnte in diejenigen, die ohne fremde Hilfe schnell und leicht wieder zu ihrer Arbeit zurückkehren, und den Personenkreis, dem dies nicht gelingt, dann könnte die vorhandene Beratungskapazität auf die Patienten mit Schwierigkeiten konzentriert werden. Wird jetzt die Beratung so verändert, dass sie sich auf die stets wieder auftretenden Schwierigkeiten der Klientel optimal einrichtet, nämlich auf die Probleme beim Entwerfen ausführbarer Handlungsschritte, dann ergibt sich ein fallbezogenes Beratungskonzept, das hohen Nutzen für alle Beteiligten verspricht. Dieses Beratungskonzept könnte mit einem Evaluationskonzept auf seinen ökonomischen Nutzen untersucht werden.

Der anwendungspraktische Nutzen dieser Studie besteht also zum ersten darin, bei Patienten, die aus einem Beschäftigungsverhältnis heraus in die medizinische Rehabilitation eingetreten sind, die Rückkehrgeschwindigkeit vorherzusagen. Zum zweiten kann dadurch die in den Einrichtungen vorhandene Beratungskapazität auf die Patienten konzentriert werden, die ohne Beratung höchst wahrscheinlich verzögert zur Arbeit zurück kehren. Zum dritten ist deutlich geworden, dass die Gründe für die Verzögerung geschlechtsspezifisch differieren und daneben um das Feld der Handlungsfähigkeit kreisen, woraus sich ein gezieltes Beratungskonzept entwickeln läßt.

E Die Störung der Handlungsvollzüge, eine theoriegeleitete Interpretation und Deutung der Studienergebnisse

Die Antwort auf die Frage, was bestimmt die Geschwindigkeit, mit der Teilnehmer an einer medizinischen Rehabilitation zur Arbeit zurückkehren, steht im engen Zusammenhang mit dem Ausmaß, in dem die regelhaften Lebensvollzüge der Teilnehmer betroffen sind. Das Zyklische des Alltagslebens wird durch Störungen des „ich kann immer wieder“ (Schütze 1981) bedroht. Chronische Erkrankungen führen über Veränderungen der physischen und/oder psychischen Leistungsfähigkeiten zum Zerschlagen der bisherigen Lebens- und Arbeitsstrukturen. Hierdurch wird die Geltung des Gedankens „ich kann immer wieder“ aufgehoben, „die >>sukzessive Kompetenzreduktion<< [...] zwingt den Patienten dazu, [...] nur noch vorläufige und hilflose Handlungsversuche zustande zu bringen“ (Gerhard 1986: 27). Die Störung der alltäglichen Lebensvollzüge löst die Suche nach einem Weg aus, wie diese Störung aufgehoben und wie mit einem erneuerten Lebenskonzept die alte Regelmäßigkeit wieder erreicht werden kann. Eine Form, in der die Störung der regelmäßigen Lebensvollzüge nach Außen in Erscheinung tritt, ist die verzögerte Rückkehr zum Arbeitsplatz. In den aufgezeichneten Interviews bildete sich die Labilisierung (Voges 1994: 202 ff) der Arbeits- und Lebensvollzüge ab.

Der Schluss auf die Labilisierung ergab sich im Interview aus einer Störung im Zeitaufbau des Erzählten. Die Tatsache, dass Erzählungen einen in der Vergangenheit liegenden Anfang haben und sich auf die Zukunft hin erstrecken, ist so alltäglich, dass sie erst dann auffällig wird, wenn der Erzähler den Anfang einer Erzählung unterschlägt und so dem Zuhörer kein vollständiges Bild übermittelt. Insoweit ist es in erzählten Alltagssituationen selbstverständlich, dass jemand der eine schwere Arbeit ausführt und jetzt an Verschleißerscheinungen in den Gelenken leidet, diese oder eine andere schwere Tätigkeit schon lange ausübt, oder dass er von der Konstitution für eine solche Tätigkeit keine Voraussetzungen mitbringt, oder dass er einen Unfall hatte ... In jedem Fall wird das punktuelle der schweren Tätigkeit immer vom Zuhörer mit einer dazu gedachten zeitlichen Erstreckung in Verbindung gebracht, weil nur so das Ereignis verständlich wird. Dieser Gestaltschließungszwang des Zuhörers ist so sehr alltagsweltliche Routine, dass er erst in einer gezielten Interviewauswertung in den Blick gerät, im alltagsweltlichen Gespräch hingegen unbeachtet bleibt. Nur in den Lücken der Erzählung, die auf die unzulängliche Sicherheit des Erzählers, wie er denn zukünftig mit der Arbeit umgehen soll, zurückzuführen

sind, deuten sich die Schwierigkeiten an, die einer nahtlosen Rückkehr an den Arbeitsplatz entgegenstehen.

Solchen Erklärungen, die auf die Struktur der Umstände verweisen, die einen Arbeitnehmer zur verzögerten Arbeitsaufnahme führen, wird gerne entgegengehalten, dass das System der sozialen Sicherung den Patienten zu der Entscheidung verführe, sich aus dem Erwerbsleben zurückzuziehen, da er durch die großzügigen sozialen Ausgleichszahlungen nur einen kleinen ökonomischen Nachteil in Kauf nehmen müsse. Dieser Gedanke findet eine Rechtfertigung in dem Umstand, dass es keine Arbeitsmotive gibt „so wie Hunger ein Motiv für das Essen ist: Nur Wenige verspüren ein drängendes Bedürfnis, arbeitstäglich 7 Uhr mit dem gewissenhaften Müllräumen, Schraubenfertigen, Trockenlegen inkontinenter Bettlägeriger oder Briefesortieren zu beginnen. Bei der Arbeit besteht keine unmittelbare Bedürfnis-Tätigkeits-Beziehung!“ (Hacker 1998: 307) Von hier aus zu schließen, dass es dann doch besser sei nicht zu Arbeiten und Sozialleistungen zu beziehen, lässt außer Acht, dass es neben dem Motiv einer Arbeit nachzugehen, um seinen Lebensunterhalt zu finanzieren noch vielfältige Beziehungen eines Erwerbstätigen zu seiner Arbeitstätigkeit und ihren Rahmenbedingungen gibt, die einen bedeutenden Platz in seinem Leben und Erleben einnehmen und die sämtlich gesellschaftlich vermittelt sind. (siehe Hacker 1998: 308) Wenn aber die Arbeitstätigkeit eine so bedeutende Rolle für den Erwerbstätigen hat, weshalb kehrt er dann vielfach so verzögert zu ihr zurück? Die Rückkehr des Arbeitnehmers zur Arbeit wäre danach nicht nur von seinem Interesse an der Arbeit abhängig, sondern auch von seiner Fähigkeit die Hürden zu überwinden, die er vor sich sieht, wenn sein Ziel die Rückkehr zur Arbeit ist. Hierbei handelt es sich offensichtlich um ein Planungsproblem. Gesucht ist der Weg der vom Ausgangspunkt (Entlassung aus der Klinik mit Leistungseinschränkungen) zum Ziel (Wiedereingliederung beim vormaligen Arbeitgeber an einen zumutbaren Arbeitsplatz) führt.

Um die Struktur der Planung, mit der ein vorgegebenes Ziel erreicht werden kann, zu beschreiben, wird auf die arbeitspsychologischen Ausführungen Hackers (1998) zurückgegriffen.

Hacker beschreibt den Aufbau der Planung bei Verwirklichung von Produktions- und Fertigungszielen in der Industrie. Dort geht es um die kognitive Vorbereitung bewusster Prozesse, die einen schöpferischen intellektuellen Erkenntnisprozess zur Voraussetzung haben, der wiederum auf eine neue Lösungsroutine zielt (Hacker 1998:239). Unter diesen

Voraussetzungen könnte die Art des Lösungswegs zum einen von den Besonderheiten des Planenden und zum anderen von der Eigenart des Problems abhängen.

Die Art der Lösungsvorschläge hinge also zum einen vom Planungstyp der planenden Person ab. Es könnte sich um einen eher fernzielorientierten oder um einen mehr nahzielorientierten Planer handeln. Ist jemand vom Typ her ein Fernzielplaner, und verfügt er auch über die Fähigkeiten für dieses Vorgehen und lassen die Bedingungen dieses Vorgehen auch zu, dann wird er immer fernzielorientiert planen mit dem Vorteil, dass er eine außerordentlich günstige Belastungsbilanz hat, weil er die Teilschritte, die dem Fernziel unterzuordnen sind, auf Grund der großen Antizipationsweite seinen Bedürfnissen entsprechend arrangieren kann.

Der nahzielorientierte Planer hat hingegen nur eine „Schritt – für – Schritt – Planung“. Er plant mehr oder weniger reaktiv und sieht sich damit immer wieder größeren situativen Überraschungen und Belastungen konfrontiert.

Wenn die Umstände wenig durchschaubar sind, kann der fernzielorientierte Planer in eine Nahzielplanung übergehen müssen. Und wenn auch diese Nahzielplanung keinen Schluss mehr zulässt, wie denn das Ziel zu erreichen sei, dann kann er, wenn er entsprechende Anlagen mitbringt, zur Strategie eines Hasardeurs tendieren, weil für ihn keine Durchschaubarkeit mehr gegeben ist und er sich nur noch mit Chaos konfrontiert sieht. Gleiches kann für den Nahzielplaner gelten, der sich unüberschaubaren Situationen gegenübergestellt sieht.

Zum zweiten bestimmt die zu lösende Aufgabe den Lösungsweg. Es gibt Aufgaben die nur gelingen können, wenn das Fernziel, das erreicht werden soll, vollständig klar ist. Zum Beispiel muss bei einem großen Bauvorhaben ein vollständig klares Bild vom fertigen Objekt bestehen, weil die Determination des Fertigen für die sinnvolle Ausführung zwingend ist; so wird die Art und Tiefe der Gründung eines Gebäudes unter anderem von der Geschosshöhe des geplanten Baus bestimmt. Auch hat die Art wie der Bau ausgeführt werden soll ob z.B. in Skelettbau oder als Gleitbetonbau gravierende Bedeutung für andere Teilschritte, so dass man ohne Kenntnis des Endproduktes nicht einen Schritt weiter kommt.

Es gibt allerdings auch Aufgaben, die man tatsächlich mit heuristischen Techniken angehen kann. Diese Technik kommt bei chemischen oder biologischen Versuchsreihen zur Anwendung. Das Vorantasten mit heuristischen Techniken dient in diesen Fällen sowohl dem Ermitteln von gesicherten Zusammenhängen als auch von gesicherten negativen Ergebnissen. Dieses Vorgehen steuert sich nach dem Effekt der jeweils schon zurückgelegten Schrittfolgen oder Schrittkombinationen. Während dieser Arbeit kann, in Abhängigkeit von den Ergebnissen

sowohl das Ziel als auch der Weg, auf dem das Ziel erreicht werden soll, immer wieder geändert werden.

Dieses Modell der typ- und aufgabenorientierten Planung kann nur sehr begrenzt auf den Entwurf von biographischen Handlungsstrategien Anwendung finden. Bedeutende Unterschiede bestehen darin, dass die Umstände, auf die man im Leben trifft, nicht vorhergesehen werden können, wie physikalische Richtwerte beispielsweise in der Baustatik. Es ist diese Kontingenz, die es auch dem Fernzielplaner nicht erlaubt, einen vollständigen Handlungsentwurf auf ein viele Handlungsschritte in der Zukunft liegendes berufliches Integrationsziel aufzustellen. Wenn das Fernziel technisch handhabbarer wird, wie zum Beispiel beim Kauf eines neuen und dem Verkauf eines alten Kraftfahrzeugs, dann dürfte der Fernzielplaner leichter zu einem vollständigen Handlungsplan gelangen, wie er von Schütz (1974)⁶⁷ vorgestellt wird, und damit Vorteile vor dem Nahzielplaner erreichen.

⁶⁷Die Handlungskonzeption von Alfred Schütz (Schütz 1974) beschäftigt sich mit dem, was dem Handeln zugrunde liegt. Zentraler Bestandteil dieser Handlungskonzeption ist der Handlungsentwurf. In ihm finden sich die beiden Eckpunkte der Rationalität, Intentionalität und Reflexivität in der Form reflektierter Pläne und Entscheidungen wieder. Ein Handlungsentwurf nimmt eine als abgelaufen vorgestellte Handlung vorweg. Dies bedeutet auf die Fragestellung der Studie bezogen, dass die Patienten die Fortsetzung des Erwerbslebens, den Ausstieg aus dem Erwerbsleben oder das Abwarten der weiteren Entwicklungen als abgelaufen vorgestellte Handlung vorwegnehmen und die dazu notwendigen Schritte bis hin zu der Ebene entwerfen, auf der die einzelnen Schritte als nicht weiter auflösungsbedürftig, weil fraglos gegeben und selbstverständlich erscheinen. Für diesen Ansatz ist zentral, dass die Patienten ihre Handlungsziele, die die Handlungsentwürfe handlungswirksam werden lassen, reflektieren. Der Entwurf einer Handlung wird aber erst dann handlungswirksam, wenn der Wille hinzutritt, den Entwurf auch in die Tat umzusetzen. Dieser Wille tritt in der Regel dann hinzu, wenn ein erwünschter oder angestrebter Zustand als Folge der Verwirklichung der entworfenen Handlung zu erwarten ist, d. h. ein Handlungsziel besteht. Die auf eine solche Folge gerichtete Unterlassung einer Handlung ist in diesem Sinne ebenfalls als Handlung anzusehen. Der Handlungsentwurf wird durch ein Ziel motiviert, das mit dem Entwurf angestrebt werden soll. Dieses Motiv besteht bereits vor dem Handlungsentwurf. Ein realisierbarer Handlungsentwurf setzt voraus, dass die vom Patienten eingeplanten Schritte, Methoden und Handlungen auch tatsächlich im Rahmen seiner Möglichkeiten liegen und dass die damit entworfenen Teilhandlungen auch regelmäßig zu dem bezweckten Ziel führen. Soweit die geplanten Handlungen sich auf Vorgehensweisen beziehen, die von dem Patienten auch tatsächlich genutzt werden können und die üblicherweise auch zu den angestrebten Zielen führen, wird von einem vollständigen Handlungsentwurf gesprochen.

Für die Planung eines Lebenswegs⁶⁸ ist ein vollständiger Handlungsentwurf dagegen nur schwer vorstellbar. Logisch rationale Aufgliederungen der Handlungsplanungen führen zu keinem Ergebnis mit dem alltagspraktisches Handeln hinreichend erklärt werden kann. Die Überlegungen Hackers oder auch von Schütz können im Alltag nur Bedeutung gewinnen, wenn die handelnde Person unbeeindruckt von der Mit- und Umwelt ihren Weg verfolgt.

Das heuristische Vorgehen Schützes (1981), der in seinem Aufsatz „Prozessstrukturen des Lebensablaufs“ aus der Vielfalt der Biographien, die diesen zugrundeliegenden Handlungsmuster herausgearbeitet hat, zeigt woran sich das Handeln im Alltag orientiert. Er stellt als erstes heraus, dass der Biographieträger, seine signifikanten Interaktionspartner und auch ferner stehende Dritte erwarten, dass sich eine Biographie entlang gesellschaftlich verbürgter Richtlinien entwickelt. Neben den gesamtgesellschaftlichen Vorgaben, wie der Lebenslauf auszusehen habe, treten spezielle Lebenslaufmuster, die in der Ausbildung und im Beruf vermittelt werden. Einer Ankündigungsphase („ich werde Maschinenbauingenieur“) folgen -zeitlich versetzt - Phasen der Aktivität und des Handelns. Während der Ankündigungsphase bezieht sich die Person auf das Wissen, das allen ohne besondere Mühe zur Verfügung steht - die Handlungsplanung ist also sehr vage und ungenau. Erst in der späteren Phase, wenn das Handlungsschema abgearbeitet wird, kommt es zu einer konkreteren Planung. Ist die geplante Karriere an eine komplizierte und langdauernde Ausbildung gekoppelt, dann kann der Biographieträger die einzelnen Schritte, die von ihm zu bewältigen sind, am Anfang nicht absehen. Sein erfolgreiches Durchlaufen der Karriere ist also weniger von seinen eigenen aktiven Handlungsplanungen als von dem ausführen gesellschaftlich vorgegebener Planungsschritte abhängig. Wird hierbei die Kapazität des Betroffenen zu flexibler Handlungsplanung überfordert kommt es zu negativen Verläufen, also zur Karriere als Versager, als Alkoholiker, Arbeitsloser u.s.w. .

Das Leben, so können diese Überlegungen zusammengefasst werden, organisiert sich entlang tradierter biographischer Verläufe in denen immer Handlungsoptionen angelegt sind, in denen immer Entwürfe enthalten sind, die aber auch stets vom Scheitern bedroht sind und die

⁶⁸ Zum Beispiel: Ein Lastwagenfahrer will nach Implantation einer Hüftgelenkprothese wieder an seinen Arbeitsplatz in der Kiesgrube zurückkehren, in dem insgesamt nur 10 Menschen arbeiten von denen 8 Lastwagen fahren. Er weiß, dass eine Fortsetzung seiner Fahrtätigkeit zum sehr schnellen Verschleiß seiner Prothese führt, was gravierende Gesundheitsfolgen nach sich ziehen wird. Er weiß nicht was er alternativ tun soll.

natürlich auch gar nicht Geplantes enthalten. Alles wirkt zusammen und gibt dem Leben seine besonderen Eigenheiten.

Diese Beschreibung hilft die Verlaufsmuster der Interviewerzählungen zu erkennen und macht darüber hinaus deutlich, wie bedeutend die Orientierung an den in der Gesellschaft bestehenden Handlungsoptionen ist. In einem weiteren Schritt soll nun geklärt werden auf welchem Wege die Auswahl aus der Vielzahl der Handlungsmöglichkeiten vonstatten gehen kann.

Wie kommt der Mensch angesichts seiner beschränkten Handlungsoptionen mit der in der Welt enthaltenen Vielfalt zu Rande? Der von Luhmann eingeführte „Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität“, das Vertrauen (Luhmann 1973), ergänzt die Überlegungen von Schütze und lässt deutlich werden, auf welchem Wege die Handelnden soviel Sicherheit erlangen, dass sie auf den Erfolg ihrer Handlungen vertrauend Entscheidungen treffen, die sie ihrem Ziel näher bringen sollen. Angesichts der überwältigenden Unsicherheit, die jeder Planung entgegensteht, wird nach Luhmann Vertrauen auf das Erreichen der geplanten Ziele durch folgende Basisschritte erreicht:

- Die Überführung der Gegenwart in einen dauerhaften Zustand
Der Vertrauende setzt darauf, dass der Zukunftshorizont der jeweils gerade aktuellen Gegenwart auch eintreten wird. Indem er das tut, stabilisiert er die Gegenwart. So wird das Momenthafte der Gegenwart in einen dauerhaften – wenn sich auch kontinuierlich wandelnden – Zustand überführt.

„Der Boden dieses Weltentwurfs aber, [...] ist die faktisch dauernde Gegenwärtigkeit des aktuellen Erlebens.“ (Luhmann 1973:15)

- Vielfältige Handlungsabsichten anderer Menschen können das eigene Handeln zunichte machen.

Durch das Handeln der Vielen wird die Sozialordnung komplexer und variantenreicher. Diese Struktur verliert auf der einen Seite zunehmend den Charakter des Vorhersehbaren und bedarf auf der anderen Seite zunehmend der Koordination und der Festlegung auf die Zukunft hin. „Erst in dem Maße, als der andere Mensch nicht nur als Gegenstand in der Welt, sondern als alter ego ins Bewußtsein tritt, als Freiheit, die Dinge anders zu sehen und sich anders zu verhalten, wird ihre Komplexität in einer ganz neuen Dimension sichtbar, für die vorerst keine angemessenen Formen der Erfassung und Absorption zur Verfügung stehen.“(Luhmann 1973: 19) Das Vertrauen

wechselt die Ebene, es richtet sich nun auf die nächst abstraktere Stufe auf das Sozialsystem selbst, das Vertrauen gründet in daher der Stabilität der Rahmenbedingungen

- Durch Subjektivierung wird die Unsicherheit vor der Vielfalt durch das Vertrauen in einen oder einige bekannte Menschen reduziert. Im Rahmen einer zu treffenden Entscheidung dient Vertrauen dazu zwischen Entscheidungsalternativen abzuwägen. „Vertrauen reflektiert Kontingenz“ (Luhmann 1973: 25) Das Besondere des Vertrauens ist es, dass äußere Unsicherheiten nach innen in die handelnde Person verlegt werden. Die Person ist weniger differenziert als die Umwelt, das ist der erste Schritt zur Reduktion von Komplexität, der zweite ist dann die Subjektivierung des Problems (>>dabei kann ich mich auf meinen Freund Paul verlassen<<) „Das System setzt innere Sicherheit an die Stelle von äußerer Sicherheit ...“ (Luhmann 1973: 28). Die Reduktion von Komplexität die durch Vertrauen bewirkt wird, bezieht sich auf die Komplexität die durch die (Handlungs-) Freiheit des anderen in die Welt gekommen ist.
- Der Handelnde setzt auf seine Willensleistung. Er weiß, dass ihm Informationen fehlen, er setzt sich über diesen Tatbestand hinweg und handelt trotzdem. Vertrauen wird so zu einer Willensleistung: >>ich will arbeiten gehen<<

Die von Schütze geschilderten Handlungsmuster der Biographie und die Ausführungen Luhmanns zur Produktion von Handlungssicherheit durch Vertrauen weisen gleichsinnig der Vernetzung von Handlungen eine große Bedeutung zu. Schütze spricht das Prinzip des Vertrauens zur Reduktion der Komplexität nicht an, sondern schildert den Wirkmechanismus, wenn er darlegt, dass es beim Anstreben eines Ziels, das weit in der Zukunft liegt, erforderlich ist, sich vertrauend auf vorhandene Handlungsrouitinen einzulassen, ohne Gewähr, dass diese tatsächlich zum angestrebten Ziel führen. Die bisherigen Überlegungen machen deutlich: Angesichts der überwältigenden Unsicherheit, ob mit dem eingeleiteten Handeln das beabsichtigte Ziel erreicht werden kann, orientiert sich Handeln zum einen am Herkömmlichen, es vertraut auf die stützende Kraft der Menschen, die dem Handelnden nahe stehen und ihn in seinem Tun bestärken, und es setzt auf die Festigkeit des eigenen Wollens, mit dem das Handeln beginnt und das es immer wieder in Gang hält. Die individuelle Fähigkeit, schon vor Beginn des Handelns die Rahmenbedingungen der Gesellschaft wie auch die des persönlichen Netzwerks richtig zu erkennen kann als Kräfte und Zeit sparende Fernzielplanung angesehen werden. Der jeweils einzuschlagende Weg wird sich nicht vollständig vorhersehen lassen und

daher den Handelnden immer wieder auf heuristischen Techniken der Nahzielplanung verweisen, mit denen er sich schrittweise dem Ziel nähert.

Vor diesem Hintergrund kann die Verknüpfung, der für beide Geschlechter bedeutenden Prädiktoren zur Bestimmung der Rückkehrgeschwindigkeit, wie folgt erklärt werden. Die Fähigkeit zur Handlungsplanung (*die Fernzielplanung*), die tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten (*die Nahzielplanung*), der Wunsch zur Arbeit zurückzukehren (*die Festigkeit des eigenen Wollens*) und die relative Genesung während der Behandlung aus der Sicht des Arztes (*die stützende Kraft der Menschen denen der Betroffene vertraut*), entsprechen den oben beschriebenen grundlegenden Mechanismen, die das Handeln bestimmen. Die Gründe, die die schnelle oder langsame Rückkehr steuern, ergeben sich darüber hinaus aus lebenspraktischen Besonderheiten der Befragten, die sich geschlechtsspezifisch unterscheiden. Das Ausmaß, in dem bei Männern der Erwerbsstatus gesichert oder in Frage gestellt wird, nimmt erheblichen Einfluss auf die Rückkehrgeschwindigkeit. Durch die Erwerbstätigkeit erfahren und festigen die Männer der Studienpopulation das Vertrauen in die Beziehungen zu Arbeitskollegen und Vorgesetzten, auf das sie sich bei zukünftigen Handlungsplanungen stützen. Ernsthafte Zweifel, ob und in wie weit sie ihrer Erwerbsarbeit am alten Arbeitsplatz in der Zukunft nachgehen können, fordern zur Lösung des Problems zielgerichtetes Handeln. Dieses setzt Vertrauen in die Richtigkeit des gewählten Vorgehens voraus. Wenn das Vertrauen in die Richtigkeit des Vorgehens zu einem großen Teil über das Vertrauen in die Verlässlichkeit der Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten am Arbeitsplatz erreicht wurde, dann wird die handlungsverzögernde Bedeutung deutlich, die durch den Entzug dieser Unterstützungsgruppe ausgelöst wird.

Wenn die Frauen der Studienpopulation davon ausgingen, dass ihr Lebenspartner nicht mehr hinter ihren beruflichen Entscheidungen zur Rückkehr in den Beruf steht, dann hatte das erheblichen Einfluss auf die Rückkehrgeschwindigkeit. Das Bedeutsame der Paarbeziehung für die Zukunftsgestaltung dürfte, bei Gefährdung dieser Solidarbeziehung, den Blick zunächst auf die Möglichkeiten der Stabilisierung derselben lenken, bevor weitere Planungen in den Griff genommen werden. Die Kraft die von der Stabilität der Paarbeziehung auf die Planung der nächsten Lebensschritte ausstrahlt, zeigt sich demnach im nacheinander der Aufmerksamkeit: zuerst nach innen auf die Paarbeziehung dann nach außen auf die Arbeitsbeziehung.

Bei den Männern steht die verzögerte Rückkehr in einem engen Zusammenhang mit dem Verlust wichtiger Interaktionspartner. Die Nichtverfügbarkeit von Kollegen und Vorgesetzten

führt dazu, dass das System, dass die für das Handeln erforderliche Reduktion von Komplexität ermöglichte, eine erhebliche Schwächung erfährt.

Bei den Frauen steht die verzögerte Rückkehr in einem engen Zusammenhang mit dem Verlust des Vertrauens in den Lebenspartner. Allein dieser Vertrauensverlust führt dazu dass das System, dass die für das Handeln erforderliche Reduktion von Komplexität ermöglichte, eine erhebliche Schwächung erfährt.

Es sind demnach für beide Geschlechter traditionell bürgerliche Vorstellungen, die das für die Vorhersage der Rückkehrgeschwindigkeit bedeutsame Verhalten steuern.

F Literatur

- AHRENS, S. (1979): *Interaktionsmuster der ambulanten Arzt-Patient-Beziehung in der Allgemeinpraxis*. Aus: Siegrist, J.; Hendel-Kramer, A. (Hrsg.): *Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziolog. Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung*. München, Wien, Baltimore (Urban&Schwarzenberg). S. 83-112.
- ALHEIT, Peter (1999): *Reading Body Stories. Zur >>leibhaftigen<< Konstruktion der Biographie*. Aus: Alheit, Peter; Dausien, B.; Fischer-Rosenthal u.a. (Hrsg.): *Biographie und Leib*. Gießen (Psychosozial-Verlag). S. 223-244.
- ASH, P. (1995): *Predictors of returning to work*. In: *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23. Jg., H. 2, S. 205-210.
- ASSMANN, Jan (1999): *Das kulturelle Gedächtnis. Schrift, Erinnerung und politische Identität in frühen Hochkulturen* München (Beck).
- ATTESLANDER, Peter; BENDER, C.; CROMM, J. (1991): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin, New York (Walter de Gruyter).
- BALINT, Michael (1972): *Angstlust und Regression. Beitrag zur psychoanalytischen Typenlehre*. Reinbeck bei Hamburg (Rowohlt).
- BARRERA, M. (1981): *A method for the assessment of social support networks in community survey research*. In: *Connections*, 3. Jg., S. 8-13.
- BAUMANN, Zygmunt (1999): *Unbehagen in der Postmoderne*. Hamburg (Haburger Edition).
- BECK, Ulrich; ERDMANN ZIEGLER, Rautert (1977): *Eigenes Leben - Ausflüge in die unbekannte Gesellschaft, in der wir Leben*. München (Beck).
- BEHRENS, Johann (2001): *Was uns vorzeitig "alt aussehen" lässt. Arbeits- und Laufbahngestaltung - Voraussetzung für eine länger andauernde Erwerbstätigkeit*. In: *Das Parlament*, H. B3-4, S. 14-22.
- BEISSNER, K.L.; SAUNDERS R.L.; MCMANIS, B.G. (1996): *Factors related to successful work hardening outcomes*. In: *Physical Therapy*, 76. Jg., H. 11, S. 1188-1201.
- BENGEL, Jürgen; STRITTMACHER, Regine; WILLMANN, Hildegard (1999): *Was erhält Menschen gesund? Antonowskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln

- (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). (= Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. 6).
- BIEFANG, Sibylle (1986): *Messung von psychosozialen Erfolgs- und Prädiktorvariablen*. Ulm, Habil.-Schrift. Als Manuskript gedruckt.
- BIEFANG, Sibylle; POTTHOF P.; SCHLIEHE (1999): *Assessmentverfahren für die Rehabilitation*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe).
- BLASCHKE, D.; PLATH, H.-E. (1994): "Beruf" und "berufliche Verweisbarkeit". In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 27. Jg., H. 4, S. 300-322.
- BOCHNIK, H. J. (1999): *Grundsätze und begriffliche Werkzeuge zur ärztlichen Ganzheitsorientierung*. Aus: Bochnik, H.J.; Hackhausen, W. (Hrsg.): *Personenorientierte Diagnostik und Begutachtung: Fehlervermeidung und Qualitätsverbesserung*. München, Jena (Urban und Fischer). S. 1-44.
- BORGETTO, Bernhard (1997): *Die koronare Bypassoperation als berufsbiographischer Wendepunkt. Eine medizinsoziologische Studie zur Handlungsrationaltät bei chronisch kranken Patienten*. Heidelberg, Diss. Als Manuskript gedruckt.
- BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, L.J.D. (1996): *Reflexive Anthropologie*. Frankfurt a.M. (Suhrkamp).
- BÜSCHGES, G.; ABRAHAM, M.; FUNK, W. (1998): *Grundzüge der Soziologie*. 3., völlig überarb. Aufl. München, Wien (Oldenbourg).
- CHARMAZ, Kathy (2000): *Grounded Theory. Objectivist und Constructivist Methods*. Aus: Denzin, Norman K.; Lincoln, Y.S. (Hrsg.): *Handbook of Qualitative Research. Second Edition*. Thousand Oaks (Sage). S. 509-535.
- CRÉPAU, FRANCOIS, SCHERZER, P. (1993): *Predictors and Indicators of Work Status after Traumatic Brain Injury: A Metaanalysis*. In: *Neuropsychological Rehabilitation*, 3. Jg., H. 1, S. 5-35.
- CURTIUS, F. (1968): *Vom medizinischen Denken und Meinen*. Stuttgart.
- DAUSIEN, Bettina (1996): *Biographie und Geschlecht. Zur biographischen Konstruktion sozialer Wirklichkeit in Frauenlebensgeschichten*. Bremen (Donat).
- DECK, R.; RÖCKELEIN, E. (1999): *Zur Erhebung soziodemographischer und sozialmedizinischer Indikatoren in den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbünden*. Aus: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften". Empfehlungen der Arbeitsgruppen "Generische Methoden", "Routinedaten" und "Reha-Ökonomie"*. Frankfurt am Main. (=DRV-Schriften. 16) S. 84-102.

- DECK, R.; ZIMMERMANN, M.; KOHLMANN (1998): *Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen*. In: *Die Rehabilitation*, 37. Jg., S. 140-146.
- DEPPE, Hans -Ulrich (1975): *Zur Geschichtlichen Dimension in der Medizinischen Soziologie*. Aus: Deppe, Hans - Ulrich; Regius, Michael (Hrsg.): *Seminar: Medizin, Mensch, Geschichte*. Frankfurt am Main (Suhrkamp). S. 11-28.
- DERN, Wolfgang (1999): *Fallbeispiel einer berufsbiographischen Integrationsstörung*. Aus: Seyd, Wolfgang; Nentwig, A.; Blumenthal, W. (Hrsg.): *Zukunft der beruflichen Rehabilitation und Integration in das Arbeitsleben*. Ulm (Universitätsverlag). S. 129-135.
- DERN, Wolfgang (2000): *Biographisches Erzählmateriale als Beitrag zur Schnittstellenanalyse im Reha-System*. In: *Das Gesundheitswesen*, 62. Jg., S. A92.
- DERN, Wolfgang; HANSES A. (2001): *Berufsfindung und Biographie. Biographische Diagnostik als Zugang zu den Sinnhorizonten und Ressourcen der Menschen in der beruflichen Rehabilitation*. In: *Die Rehabilitation*, 40. Jg., S. 289-303.
- ECKENRODE, J. (1983): *The mobilisation of social support: some individual constraints*. In: *American Journal of Community Psychology*, 11. Jg., S. 509-528.
- FISCHER-ROSENTHAL, Wolfram (1999): *Biographie und Leiblichkeit. Zur biographischen Arbeit und Artikulation des Körpers*. Aus: Alheit, Peter; Dausien, B.; Fischer-Rosenthal u.a. (Hrsg.): *Biographie und Leib*. Gießen (Psychosozial-Verlag). S. 15-43.
- FONTANA, Andrea; FREY, J.A. (2000): *The Interview. From Structured Questions to Negotiated Text*. Aus: Denzin, Norman K.; Lincoln, Y.S. (Hrsg.): *Handbook of Qualitative Research. Second Edition*. Thousand Oaks (Sage). S. 645-672.
- FREUD, Anna (1978): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. München (Kindler).
- GEMJSÄGER, Werner; DILL, Manfred (1977): *Arbeits- und Berufsförderung von Behinderten: Berufliche Rehabilitation* Stuttgart, Berlin (Kohlhammer).
- GERHARDT, Uta (1986): *Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie*. Frankfurt (Suhrkamp).
- GERHARDT, Uta (Hrsg.) (1991): *Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie*. Frankfurt a. Main (Suhrkamp).

- GERHARDT, Uta (1991a): *Idealtypische Analyse von Statusbiographien bei chronisch Kranken*. Aus: Gerhardt, Uta (Hrsg.): *Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie*. Frankfurt a. Main (Suhrkamp). S. 9-60.
- GERHARDT, Uta (1995): *Typenbildung* Aus: Flick, Uwe; Kardoff, E.v.; Keupp (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim (Beltz, Psychologie Verlags Union). S. 434-439.
- GERHARDT, Uta (1999): *Herz und Handlungsrationalität*. Frankfurt am Main (Suhrkamp).
- GEYER, S. (1997): *Ansätze zur Erklärung sozial ungleicher Verteilung von Krankheit und Mortalitäten*. In: *Gesundheitswesen*, 59. Jg., S. 36-40.
- GLINKA, Hans-Jürgen (1998): *Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen*. Weinheim, München (Juventa).
- HACKER, Winfried (1998): *Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Huber).
- HACKSTEIN, Rolf (1977): *Arbeitswissenschaft im Umriß. Bd. 2 : Grundlagen und Anwendungen*. Essen (Giradet).
- HANSES, Andreas (1996): *Epilepsie als biographische Konstruktion. Eine Analyse von Erkrankungs- und Gesundungsprozessen anfallskranker Menschen anhand erzählter Lebensgeschichten*. Bremen (Donat).
- HANSES, Andreas (2000): *Biographische Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Über die Notwendigkeit und Möglichkeit eines hermeneutischen Fallverstehens im institutionellen Kontext*. In: *Neue Praxis*, 30. Jg., H. 4, S. 357-379.
- HANSES, Andreas (2001): *Angewandte Biographieforschung in der Sozialen Arbeit. Erörterungen zu "Abkürzungsverfahren" biographischer Analysen in praxisorientierter Forschung*. In: *Neue Praxis Jahrbuch Empirische Forschung*, Bd. 1, Im Druck.
- HARVEY, C.A.; PANTELIS, C.; TAYLOR (1996): *The Camden schizophrenia surveys. II. High prevalence of Schizophrenia in an inner London borough and its relationship to socio-demographic factors*. In: *British Journal of Psychiatry*, 168. Jg., H. 4, S. 418-426.
- HERMANNNS, Harry (1995): *Narratives Interview*. Aus: Flick,Uwe; Kardoff, E.v.; Keupp (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim (Beltz, Psychologie Verlags Union). S. 182-185.

- HILDENBRAND, Bruno (1995): *Fallrekonstruktive Forschung*. Aus: Flick, Uwe; Kardoff, E.v.; Keupp (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim (Beltz, Psychologie Verlags Union). S. 256-260.
- HOFFMANN, H.; KUPPER Z. (1997): *Relationships between social competence, psychopathology and work performance and their predictive value for vocational rehabilitation of schizophrenic outpatients*. In: *Schizophrenia Research*, 23. Jg., H. 1, S. 69-79.
- HOLLINGSHEAD, August; REDLICH, Fredrick (1975): *Der Sozialcharakter psychischer Störungen*. Frankfurt am Main (Fischer).
- IAB KURZBERICHT NR.3 / 7.5.1999: *Kann der harte Kern der Arbeitslosigkeit durch einen Niedriglohnsektor aufgelöst werden? Eine Analyse der Arbeitslosen nach Verweildauer und Reintegration*. Nürnberg.
- JACOBI, E.; GAUS, W. (1997): *Abschlußbericht an die Landesversicherungsanstalt Württemberg über das Forschungsprojekt "Entwicklung eines Patientenkontos als Basis für die Rehabilitationsforschung"*. Ulm.
- KARASEK, R.; THEORELL, T. (1990): *Healthy Work*. New York (Basic Books).
- KEIL, Annelie: *Zur Leibhaftigkeit menschlicher Existenz*. Aus: Alheit, Peter; Dausien, B.; Fischer-Rosenthal u.a. (Hrsg.): *Biographie und Leib*. Gießen (Psychosozial-Verlag) 1999. S. 73-90.
- KOHN, M.; SCHOOLER, C. (1983): *Work and Personality. An Inquiry into the Impact of Social Stratification*. Norwood (Ablex).
- KOHUT, Heinz (1976): *Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt a. Main (Suhrkamp).
- KÜTEMAYER, Mechthild (1999): *Der Körper als Kompaß in der Lebensgeschichte*. Aus: Alheit, Peter; Dausien, B.; Fischer-Rosenthal u.a. (Hrsg.): *Biographie und Leib*. Gießen (Psychosozial-Verlag). S. 91-110.
- LANDAU, Kurt; STÜBLER, Elfriede (Hrsg.) (1992): *Die Arbeit im Dienstleistungsbetrieb. Grundzüge einer Arbeitswissenschaft der personenbezogenen Dienstleistung*. Stuttgart (Eugen Ulmer).
- LANDOIS, Leonard; ROSEMAN, Rudolf (1960): *Lehrbuch der Physiologie des Menschen*. München, Berlin (Urban & Schwarzenberg).
- LOCKER, Heinrich (1983): *Handlungskonzepte und subjektive Vorstellungen von Rehabilitationsberatern*. Essen, Diss. Als Manuskript gedruckt.

- LUCZAK, H.; ROHMERT, W.; LANDAU (1992): *Arbeitsaufgabe, Anforderung und Belastung*. Aus: Landau, Kurt; Stübler, Elfriede (Hrsg.): *Die Arbeit im Dienstleistungsbetrieb. Grundzüge einer Arbeitswissenschaft der personenbezogenen Dienstleistung*. Stuttgart (Eugen Ulmer). S. 81-123.
- LUHMANN, N. (1973): *Vertrauen*. Stuttgart (Enke).
- MACDONALD, S; JOHNSON, C.J.: *Utility of a verbal reasoning test in indicating vocational readiness following traumatic brain injury*. In: *Brain Injury*, 10. Jg. (1996), H. 7, S. 531-542.
- MALEC, J.F.; SMIGIELSKI, J.S.; DEPOMPOLO (1993): *Outcome evaluation and prediction in a comprehensive-integrated post-acute outpatient brain injury rehabilitation programme*. In: *Brain Injury*, 7. Jg., H. 1, S. 15-29.
- MARMOT, M.G. (1994): *Sozial differentials in health within and between populations*. In: *Daedalus*, 123. Jg., S. 197-215.
- MARMOT, M.G.; SYME, S.L. (1976): *Acculturation and Coronary Heart Disease in Japanese - Americans*. In: *American Journal of Epidemiology*, 104. Jg., S. 225.
- MAUSS, Marcel (1999): *Die Gabe. Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften* Frankfurt a. Main (Suhrkamp).
- MECHANIC, D. (1978): *Medical Sociology*. New York (Free Press).
- MILLER, D.L.; JOE, J.R. (1993): *Employment barriers and work motivation for Navajo rehabilitation clients*. In: *International Journal of Rehabilitation Research*, 16. Jg., H. 2, S. 107-117.
- MUTHNY, F.A.; BULLINGER, M.; KOHLMANN (1999): *Variablen und Erhebungsinstrumente in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung - Würdigung und Empfehlungen*. Aus: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften". Empfehlungen der Arbeitsgruppen "Generische Methoden", "Routinedaten" und "Reha-Ökonomie"*. Frankfurt am Main. (=DRV-Schriften. 16) S. 53-74.
- NEHNEVAJSA, Jiri (1967): *Analyse von Panel-Befragungen*. Aus: König, René (Hrsg.): *Handbuch der Empirischen Sozialforschung. 1. Band. Zweite veränderte, durch einen Anhang und Register erweiterte Auflage*. Stuttgart (Ferdinand Enke). S. 197-208.
- NOVAK, Horst (1993): *Gesundheit: Medizinische, psychologische und soziologische Konzepte*. Aus: Gawatz, Reinhard; Novak, P. (Hrsg.): *Soziale Konstruktion von Gesundheit*.

- Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte*. Ulm (Universitätsverlag Ulm). S. 13-32.
- NOZU, M. (1995): *Evaluating work-personality insufficiency of schizophrenic patients; an assessment of employability in psychiatric rehabilitation*. In: *Seishin Shinkeigaku Zasshi. Psychiatria et Neurologia Japonica*, 97. Jg., H. 4, S. 217-238.
- PARSONS, Talcott (1959): *The Social System*. Glencoe, Illinois (The Free Press).
- PELL, S.D.; GILLIES, R.M.; CARSS (1997): *Relationship between use of technology and employment rates for people with physical disabilities in Australia: implications for education and training programmes*. In: *Disability and Rehabilitation*, 19. Jg., H. 8, S. 332-338.
- PETRIE, K.J.; WEINMAN, J.; SHARPE (1996): *Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study*. In: *BMJ (Clinical Research Ed.)*, S. 1191-1194.
- PLATH, Hans-Eberhard (1997): *Behinderung und das Problem der Einfacharbeit*. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 30. Jg., H. 2, S. 424-431.
- PLATH, Hans-Eberhard (2000): *Arbeitsanforderungen im Wandel, Kompetenzen für die Zukunft - Eine folgenkritische Auseinandersetzung mit aktuellen Positionen*. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, H. 4, S. 1-11.
- POTTHOFF, P. (1997): *Index for rehabilitation eligibility" for screening social insurance workers*. In: *Gesundheitswesen*, 59. Jg., H. 6, S. 362-371.
- RAABE, Wolfgang (2000): *Ein Schlag aus heiterem Himmel. Die Anwendung der medizinischen Anthropologie Victor von Weizzäckers auf die Biographie einer vom Schlaganfall betroffenen Frau*. Bremen (Universitätsbuchhandlung). (= Werkstattberichte des Instituts für angewandte Biographie- und Lebensweltforschung.)
- RASPE, H. (1983): *Aufklärung und Information im Krankenhaus*. Göttingen (Vadenhoeck&Ruprecht). (= Beiheft zur Zeitschrift Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. 17)
- RICHTER, Peter; HACKER, W. (1998): *Belastung und Beanspruchung. Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*. Heidelberg (Roland Asanger Verlag).
- ROBBINS, R.A.; MOODY, D.S.; HAHN (1966): *Psychological testing variables as predictors of return to work by chronic pain patients*. In: *Perceptual and Motor Skills*, 83. Jg., H. 3.2, S. 1317-1318.

- ROGERS, E.S.; ANTHONY, W.A.; COHEN (1997): *Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients*. In: *Community Mental Health Journal*, 33., H. 2, S. 99-112.
- ROHMERT, W.; RUTENFRANZ, J. (1975): *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen*. Bonn (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung).
- ROSENTHAL, Gabriele (1995): *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen* Frankfurt a.M., New York (Campus).
- SCHAARSCHMIDT, Uwe; AOLD, H.; KIESCHKE, U. (2000): *Die Bewältigung psychischer Anforderungen durch Lehrkräfte*. Potsdam.
- SCHAUB, Eberhard (1997): *Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation*. Aktuelles Presseseminar des VDR am 17./18. November 1997 in Würzburg, Frankfurt.
- SCHNELL, Rainer; HILL, Paul B.; ESSER (1999): *Methoden der empirischen Sozialforschung. 6., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage*. München, Wien (R. Oldenbourg).
- SCHUNTERMANN, Michael F. (o.J.): *Behinderung nach ICF und SGB IX - Erläuterungen und Vergleich*. Frankfurt a.Main
- SCHÜTZ, Alfred (1974): *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*. Frankfurt am Main (Suhrkamp).
- SCHÜTZE, F. (1981): *Prozeßstrukturen des Lebensablaufs*. Aus: Matthes, J.; Pfeifenberger, A.; Stosberg (Hrsg.): *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Nürnberg. S. 67-156.
- SCHWARZER, R.; LEPPIN, A. (1989): *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse*. Göttingen, Toronto, Zürich (Hogrefe).
- SIEGRIST, Johannes (1995): *Medizinische Soziologie: mit 13 Tabellen. 5., neu bearbeitete Aufl.* München, Wien, Baltimore (Urban und Schwarzenberg).
- SIEGRIST, Johannes (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttinge, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe).
- STANTON, B.A.; JENKINS, C.; DENLINGER (1983): *Predictors of Employment Status After Cardiac Surgery*. In: *Journal of the American Medical Association*, H. 249, S. 901-911.

- STIERLIN, Helm; GROSSARTH-MATICEK, Ronald (2000): *Krebsrisiken - Überlebenschancen. Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme). (= Systemische Medizin)
- STRAATON, K.V.; MAISIAK, R.; WRIGLEY (1995): *Musculoskeletal disability, employment, and rehabilitation*. In: *Journal of Rheumatology*, 22. Jg., H. 3, S. 505-513.
- STRASSER, Helmut (1982): *Arbeitswissenschaftliche Methoden der Beanspruchungsermittlung. Beanspruchungsprofile unter dem Aspekt der Ausführbarkeit und Erträglichkeit menschlicher Arbeit*. Stuttgart (Genter).
- STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet (1996): *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim (Beltz).
- TALO, S.; HAMALAINEN, A.; KERVILA (1993): *Mental health and functioning: a case analysis of rehabilitation patients*. In: *International Journal of Rehabilitation Research*, 16. Jg., H. 3, S.221-231.
- THOMPSON J.P., et al. (1995): *Some outcome predictors for use in vocational rehabilitation planning*. In: *Psychological Report*, 76. Jg., H. 2, S. 423-426.
- VDR REHABILITATIONSSTATISTIK (1999): *Rehabilitation des Jahres 1999, Band 134*. Würzburg.
- VDR-STATISTIK (1999): *Rentenbestand am 31.12.1999; Band 132* Würzburg.
- VOGES, Wolfgang (1994): *Mißbrauch des Rentensystems. Invalidität als Mittel der Frühberentung*. Frankfurt/Main, New York (Campus).
- VONDERACH, Gerd; HERRMANN, Vera; BEYER, Eileen (1996): *Lebensgeschichte und berufliche Rehabilitation. Eine empirisch - soziologische Untersuchung in Berufsförderungswerken*. Münster (Lit Verlag).
- WALTZ, Edwin Millard (1981): *Soziale Faktoren bei der Entstehung der Bewältigung von Krankheit - ein Überblick über die empirische Literatur*. Aus: Badura, Bernhard (Hrsg.): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung*. Frankfurt am Main (Suhrkamp). S. 40 - 119.
- WASSILEWSKI, Rainer (1982): *Erfolge berufsfördernder Maßnahmen im Rehabilitationskrankenhaus Ulm*. Nürnberg.
- WEBER, Max (1988): *Die "Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis*. Aus: Winkelmann, Johannes (Hrsg.): *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen (Mohr). S. 146-214.

- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (2001): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Entwurf der deutschen Fassung - nur für den Ausbildungsgebrauch* - Frankfurt am Main.
- WESTERMAYER, Gerd; DAMMER, I. (1995): *Belastung*. Aus: Flick,Uwe; Kardoff, E.v.; Keupp (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim (Beltz, Psychologie Verlags Union). S. 288-294.
- WIEDEMANN, Peter (1995): *Gegenstandsnahe Theoriebildung*. Aus: Flick,Uwe; Kardoff, E.v.; Keupp (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim (Beltz, Psychologie Verlags Union). S. 440-445.
- WOLF, S. (1966): *Mortality from myocardial infarction in Roseto*. In: The journal of the American Medical Association, 195. Jg., H. 2. S. 186.