



# Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der Zurückkehrenden

baua: Bericht

**Forschung  
Projekt F 2386**

R. Stegmann  
I. L. Schulz  
U. B. Schröder

**Psychische Erkrankungen  
in der Arbeitswelt:  
Betriebliche Wiedereingliederung  
aus der Perspektive der Zurückkehrenden**

**Ausgewählte Ergebnisse der qualitativen Teilstudie  
F 2386 einer Mixed-Methods-Follow-Up-Studie zu  
Entstehensbedingungen von psychischen Krisen  
und der Rückkehr in den Betrieb**

1. Auflage 2021  
Dortmund/Berlin/Dresden

Diese Veröffentlichung ist der Abschlussbericht zum Projekt F 2386 „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung: Mixed-Methods-Follow-Up-Studie zu Determinanten einer erfolgreichen Wiedereingliederung aus der Perspektive der Betroffenen. Projekt 2b Qualitative Teilstudie“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen/dem Autor.

Autorinnen/Autor: Ralf Stegmann, Inga L. Schulz, Ute B. Schröder  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

unter Mitwirkung von: Alexandra Sikora, Dr. Uta Wegewitz  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Titelfoto: alvarez/iStock.com

Umschlaggestaltung: Susanne Graul  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)  
Friedrich-Henkel-Weg 1 – 25, 44149 Dortmund  
Postanschrift: Postfach 17 02 02, 44061 Dortmund  
Telefon 0231 9071-2071  
Telefax 0231 9071-2070  
E-Mail [info-zentrum@buaa.bund.de](mailto:info-zentrum@buaa.bund.de)  
Internet [www.buaa.de](http://www.buaa.de)

Berlin: Nöldnerstraße 40 – 42, 10317 Berlin  
Telefon 030 51548-0  
Telefax 030 51548-4170

Dresden: Fabricestraße 8, 01099 Dresden  
Telefon 0351 5639-50  
Telefax 0351 5639-5210

Die Inhalte der Publikation wurden mit größter Sorgfalt erstellt und entsprechen dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte übernimmt die BAuA jedoch keine Gewähr.

Nachdruck und sonstige Wiedergabe sowie Veröffentlichung, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.



doi:10.21934/buaa:bericht20210127 (online)

[www.buaa.de/dok/8854882](http://www.buaa.de/dok/8854882)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Kurzreferat</b>	<b>6</b>	
<b>Abstract</b>	<b>7</b>	
<b>1</b>	<b>Hintergrund und Ziele der Studie</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Ansatz und Methodik</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>Wege in die psychische Krise: Erleben, Verhalten und Handeln aus Sicht der Interviewten</b>	<b>16</b>
3.1	Entstehensbedingungen der psychischen Krise	16
3.1.1	Überforderung durch Arbeitsbedingungen, -beziehungen und Einstellung zur Arbeit	17
3.1.2	Überforderung durch private und biografische Umstände bzw. Bedingungen	18
3.1.3	Überforderung durch Belastungs- und Beanspruchungskombinationen: Arbeit, private und biografische Umstände bzw. Bedingungen	19
3.1.4	Risikotypen und zugrundeliegende Handlungsorientierungen	19
3.2	Psychische Krisen: ein schleichender Prozess der Selbstentfremdung	30
<b>4</b>	<b>Prävention und Return to Work</b>	<b>36</b>
4.1	Prävention von psychischen Krisen und Erkrankungen	36
4.2	Allgemeine Anforderungen an eine erfolgreiche Rückkehr in den Betrieb	37
4.3.	Voraussetzungen für ein erfolgreiches BEM	38
<b>5</b>	<b>Faktoren einer erfolgreichen und nachhaltigen Wiedereingliederung</b>	<b>41</b>
5.1	Selbstwirksamkeit als individuelle Schlüsselkompetenz einer umfassenden RTW-Strategie aus individueller Selbstsorge und betrieblicher Fürsorge	41
5.2	Die Stufenweise Wiedereingliederung als integrierendes Instrument zwischen individueller Selbstsorge und betrieblicher Fürsorge	47
5.3.	Unterstützung durch Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen als betriebliches Schlüsselerlebnis	48
5.4	Organisationale Ressourcenorientierung als betriebliche Schlüsselkompetenz einer umfassenden RTW-Strategie	50
5.5	Nachhaltigkeit der Rückkehr: Theoretisches Modell einer ressourcenorientierten und nachhaltigen Wiedereingliederung	52
<b>6</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>55</b>
6.1	Diskussion der Studienergebnisse	55
6.2	Diskussion der methodischen Vorgehensweise	59
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>61</b>	
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>70</b>	

*„Betroffene erinnern uns immer wieder daran, nicht allen vermeintlichen Wahrheiten klinisch oder akademisch tätiger Psychiater anzuhängen, die ihre Erkenntnisse und Erfahrungen direkt umsetzen wollen, sondern den Menschen vor uns möglichst vorurteilslos zu sehen mit seiner Geschichte, seinen Leiden und seinen meist vielfältigen Versuchen, sich selbst zu helfen. Oft reicht es, diese Versuche zu unterstützen, manchmal müssen wir sie anstoßen.“ S. WEINMANN 2019, S. 26*

*„Die Dominanz des Leistungsprinzips in der technischen Zivilisation, [...] die immer mehr auf visuelle und digitale Signale eingeengte Wahrnehmung und nicht zuletzt die fortschreitende Verknappung der Zeit – all das läuft dem Leben in leiblicher Existenz zuwider. [...] Das Ein- und Ausatmen hat seine Zeitgestalt; man kann es nicht „machen“, perfektionieren oder beschleunigen, ohne in Atemnot zu geraten. Es wäre sinnlos und schädlich, „mehr Luft“ haben zu wollen. Wohl aber ist der Atem eine Weise des Leibseins und des Beisichseins, die sich meditativ so üben lässt, dass man von ihm immer mehr getragen wird.“ T. FUCHS 2015, S. 152*

## **Danksagung**

Wir möchten uns ganz herzlich bei all jenen bedanken, die diese Studie durch ihr Engagement und ihre Bereitschaft ermöglicht und unterstützt haben. Unser besonderer Dank geht an die Studienteilnehmenden und die Kliniken, die uns bei der Rekrutierung unterstützt haben.

Persönlich bedanken möchten wir uns bei unseren Kolleginnen Yvonne Martin und Hannah Ebenauer, die mit viel Engagement bei der Durchführung der Studie unterstützt und bei der Erstellung des Berichts mitgewirkt haben. Darüber hinaus bedanken wir uns bei Herrn Dr. Haaf von der Deutschen Rentenversicherung Bund, Herrn Dr. med. Unger von der Asklepios Klinik in Hamburg, Herrn Prof. Dr. med. Dietrich und Herrn Stark von der Burghof-Klinik in Rinteln, Herrn Prof. Dr. med. Köllner aus dem Reha-Zentrum Seehof in Teltow sowie bei Herrn Prof. Dr. med. Bassler und Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. Pfeiffer aus dem Rehasentrum Oberharz in Clausthal-Zellerfeld. Außerdem bedanken wir uns bei Christine Blome und Simon Schmiederer, die uns vor allem im ersten Jahr bei der Durchführung der Interviews und der ersten Auswertungsrunde unterstützt haben.

In besonderer Verbundenheit und Freundschaft widmen wir die vorliegende Arbeit unserer verstorbenen Kollegin Andrea Lorenz und sagen Danke dafür, dass wir Dich kennenlernen durften und für die engagierte Mitarbeit in unseren Projekten.

## Kurzreferat

**Titel** Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der Zurückkehrenden. Ausgewählte Ergebnisse der qualitativen Teilstudie<sup>1</sup> F 2386 einer Mixed-Methods-Follow-Up-Studie zu Entstehungsbedingungen von psychischen Krisen und der Rückkehr in den Betrieb.

**Hintergrund:** Return to Work (RTW) nach einer psychischen Krise ist ein komplexer Prozess, der noch nicht hinlänglich erforscht ist. Aktuelle Studien deuten an, dass eine Kombination aus medizinisch-therapeutischen und arbeitsbezogenen Maßnahmen im RTW-Prozess erfolgversprechend scheint. Darüber hinaus sind individuelle, soziale und betriebliche Faktoren wichtig. **Ziel** der Studie ist es, das Erleben, Verhalten und Handeln der zurückkehrenden Beschäftigten im RTW-Prozess von der Behandlung nach einer psychischen Krise bis zur Rückkehr in den Betrieb mit Blick auf eine erfolgreiche und nachhaltige Wiedereingliederung zu analysieren. **Methodik:** Die qualitative Teilstudie ist eingebettet in eine Mixed-Methods Längsschnittstudie. Aus dem Sample der quantitativen Studie (n=286) wurde ein qualitatives Subsample (n=32) ausgewählt. Mit den 32 zurückkehrenden Beschäftigten wurden narrativ fundierte Interviews zu drei Erhebungszeitpunkten geführt und mit der Dokumentarischen Methode der Interpretation nach R. Bohnsack ausgewertet. **Ergebnisse:** Als Entstehungsbedingungen für eine psychische Krise beschrieben die interviewten Beschäftigten die Arbeit und ihre Einstellung dazu oder private, biographische Umstände, aber auch Kombinationen dieser Faktoren. Aus den Interviews lassen sich drei Risikomuster der Rückkehr ableiten sowie sechs Typen rekonstruieren, die für den Weg in die Krise stehen. Zentrale Faktoren, die das Handeln der zurückkehrenden Beschäftigten bei der Wiedereingliederung positiv beeinflussen, sind: (1) die Selbstwirksamkeit (SW) und (2) ein prosoziales Coping der Zurückkehrenden, (3) die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Mitarbeitende, (4) die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, sowie (5) ein professionelles RTW-Coaching für Zurückkehrende mit besonderen Bedarfen. Die Nachhaltigkeit der Rückkehr wird nach einem Jahr an (a) einer positiven Einstellung gegenüber der Arbeit, (b) einer verbesserten Leistungs- und Belastungsfähigkeit, (c) einem souveränen Umgang mit der Erkrankung, (d) einer stabilen SW, (e) einem guten Klima im Arbeitsteam, (f) einer guten Balance zwischen Arbeit und Privatleben und (g) einem insgesamt positiven RTW-Verlauf festgemacht. **Schlussfolgerungen:** RTW kann insgesamt als kohärenter und kontinuierlicher Prozess verstanden werden. Gleichzeitig lässt sich eine erfolgreiche und nachhaltige Wiedereingliederung als ein ressourcenorientierter Prozess beschreiben. Die Erkenntnisse der Studie können zukünftig für die Weiterentwicklung der Früherkennung von psychischen Krisen im betrieblichen Kontext genutzt werden.

**Schlüsselwörter:** Psychische Erkrankungen, betriebliche Wiedereingliederung, betriebliches Eingliederungsmanagement, Return to Work, qualitative Studie, stufenweise Wiedereingliederung, Ressourcengewinn-, Ressourcenverlustspirale, Selbstwirksamkeitserwartung

---

<sup>1</sup> Die qualitative Teilstudie wurde mit Drittmitteln der Deutschen Rentenversicherung Bund finanziert

## Abstract

**Title:** Return to work after sickness absence due to common mental disorders from the employees' perspective. Findings of the qualitative study part F 2386 of a mixed-methods follow-up study regarding paths into crisis and return to work.

**Background:** Return to Work (RTW), especially after common mental disorders, is a complex process that has received little attention in German research so far. Quantitative studies indicate that a combination of medical-therapeutic and work-related measures might lead to a successful RTW. Qualitative studies conclude that individual, social and operational factors are important. **Objective:** The study aimed to analyse the experience, behaviour, and actions from the perspective of the returning employees in the RTW process with regard to its success and sustainability, starting with the treatment after a mental crisis up to the return to the workplace. **Methods:** The qualitative section of the study was part of a mixed-methods follow-up study. A qualitative sub-sample (n=32) was selected from the quantitative study sample (n=286). Narrative-based interviews were carried out at three measurement points. The digitally recorded interviews lasted around 45 minutes on average. They were transcribed and evaluated using the Documentary Method of Interpretation developed by Bohnsack. **Results:** The interviewees were predominantly highly motivated employees and just as motivated to return to work. They described various factors that contributed to the development of their mental crisis: the work itself and their attitude towards work, private and biographical circumstances as well as combinations of these factors. Three risk patterns can be derived from the interviews, which are relevant for the treatment process and RTW. Simultaneously, six types of orientations that reflect the employees' path into the crisis were reconstructed: the more complex the conditions are, the more difficult the RTW process becomes and requires different RTW strategies. Central factors that positively influence the behaviour and actions of the returning employees were identified as follows: (1) self-efficacy (SE) and (2) prosocial coping of the employees, (3) the social support of supervisors and colleagues, (4) the employer's duty of care, as well as (5) a professional RTW coaching for employees with special needs. After one year of return, the sustainability is determined by (a) a positive attitude towards work, (b) an improved performance and resilience, (c) a confident handling of the disease, (d) a stable SE, (e) a good atmosphere in the work team, (f) an adequate balance between work and private life and (g) an overall positive RTW trajectory. **Conclusions:** Overall, RTW can be understood as a coherent and continuous process. At the same time, successful and sustainable RTW can be described as a resource-oriented process. In this study, SE appears to be a central resource during RTW. Returning employees use their SE in order to actively manage the crisis and help shape the return equally. They succeed if they actively seek help and adopt an open-minded attitude towards cooperation, by applying positive interaction (prosocial coping). Besides, the findings from this study can be used for the development of actions to promote early detection of mental crises in the workplace.

**Keywords:** common mental disorders, operational integration management, return to work, qualitative study, gradual return to work, resource orientation, self-efficacy

# 1 Hintergrund und Ziele der Studie

Führend unter den psychischen Erkrankungen in Deutschland sind die Diagnosen (int.: common mental disorders [CMD]) Depressionen (affektive Störungen), Angststörung und die Zusatzdiagnose Burnout (vgl. JACOBI et al., 2016). In Deutschland zählen sie seit Jahren zu den Erkrankungen mit den durchschnittlich längsten krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten bei der Arbeit (vgl. TK, 2019; DAK, 2018) (int.: sickness absence). Sie machen 16 % (vgl. BAuA, 2019) aller Arbeitsunfähigkeitstage der deutschen Beschäftigten aus (vgl. BUNDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER, 2019). Während die Fallzahlen gering gestiegen sind und seit 2011 auf einem hohen Niveau stagnieren, stieg die Dauer der Krankschreibung stetig an. Sie ist mit derzeit durchschnittlich 35 Tagen (vgl. ebd.) deutlich länger als bei anderen Diagnosen wie beispielsweise Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit durchschnittlich 20 Tagen (vgl. BKK, 2019). Dementsprechend führen sie zu hohen direkten Kosten im Gesundheitswesen (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT, 2019) und hohen indirekten volkswirtschaftlichen Kosten infolge von Produktionsausfällen und Verlusten der Arbeitsproduktivität (vgl. BAuA, 2019; vgl. EUROPÄISCHE KOMMISSION, 2018).

Für die betroffenen Menschen bedeutet eine psychische Erkrankung einen Verlust an Lebensqualität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, nicht nur aufgrund der Einschränkung durch die Symptome, sondern auch durch überlange Arbeitsunfähigkeitszeiten und Stigmatisierungsängste (vgl. STEGMANN u. SCHRÖDER, 2018; vgl. DRV, 2018). Darüber hinaus sind 43% der krankheitsbedingten Frühverrentungen auf CMD zurückzuführen. Gleichzeitig nimmt das Risiko zu, arbeitslos zu werden.

Demgegenüber wirkt der Erhalt der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsplatzes (int.: Stay at Work [SAW]) als potenzieller Schutzfaktor der psychischen Gesundheit (vgl. DIETRICH u. STEGMANN, 2016). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Arbeitsfähigkeit psychisch erkrankter Beschäftigter durch eine professionelle Wiedereingliederung (int.: Return to Work [RTW]) nachhaltig zu sichern und den Verbleib bei der Arbeit zu fördern. RTW ist in diesem Sinne ein multidimensionaler Prozess (vgl. WEBER et al., 2015) – ein Prozess der Vernetzung von medizinisch-therapeutischen und betrieblichen Akteuren und Maßnahmen. (vgl. STEGMANN u. SCHRÖDER, 2016).

Internationale quantitative und qualitative systematische Übersichtsarbeiten liefern einen Überblick über Einflussfaktoren der Rückkehr in das Erwerbsleben. Demnach können

- arbeitsbezogene,
- individuelle und
- krankheitsbezogene Faktoren

den Erfolg von RTW beeinflussen (vgl. FURLAN et al., 2012; ARENDS et al., 2012; NIEUWENHUIJSEN et al., 2014; DE VRIES et al., 2018). Vor allem eine Kombination aus medizinisch-therapeutischen und arbeitsbezogenen RTW-Maßnahmen erscheint vor dem Hintergrund der vorhandenen Evidenz erfolgversprechend (vgl. SCHWARZ u. WEGEWITZ, 2018). Während die krankheitsbedingten und therapeutischen Faktoren relativ gut erforscht sind (vgl. DEWA et al., 2003, KESSLER et al., 2008;



LAGERVELD et al., 2010), sind die individuellen und arbeitsbezogenen Faktoren, insbesondere ihre Wechselwirkungen noch nicht ausreichend untersucht. Einzelne Studien deuten an, dass spezifische Rückkehrmaßnahmen wie bspw. eine Stufenweise Wiedereingliederung (vgl. HØGELUND et al., 2010; BÜRGER et al., 2011; HOEFESMIT et al., 2012) und allgemeinere Faktoren wie die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen (vgl. VERMER et al., 2013; NIEUWENHUIJSEN, 2013; GRAGNANO et al., 2018) die Wiedereingliederung positiv beeinflussen. Dahingegen wirken sich soziale Problemlagen wie Konflikte mit Vorgesetzten negativ auf die Rückkehr aus (vgl. NIEUWENHUIJSEN et al., 2004; HOLMGREN et al., 2007; LEMIEUX et al., 2011). Zu den individuellen Einflussfaktoren der Rückkehr zur Arbeit zählen unter anderem die Selbstwirksamkeit, die subjektiv eingeschätzte Arbeitsfähigkeit oder die subjektiv eingeschätzte RTW-Prognose (vgl. VICTOR et al., 2018; LAGERVELD, 2017; VOLKER et al., 2015). Sie werden zwar als Prädiktoren einer frühzeitigen und erfolgreichen Wiedereingliederung interpretiert, jedoch bleibt ungeklärt, inwieweit sie die Rückkehr auch nachhaltig, also langfristig prägen, wie betroffene Beschäftigte sie erleben und wie sie in Interaktion miteinander wirken.

Eine qualitative BAuA-Studie wiederum weist darauf hin, dass während der Rückkehr in den Betrieb

- therapiebezogene Faktoren (wie bspw. die therapeutische Begleitung der Stufenweisen Wiedereingliederung)
- arbeitsbezogene Faktoren (wie z. B. soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen, menschengerechte Gestaltung der Arbeit) und
- individuelle Faktoren (Selbstwirksamkeit, Umgang mit Arbeitsstress und Perfektionismus)

in ihrer Wechselwirkung relevant für eine gelingende Rückkehr in den Betrieb sind (vgl. STEGMANN u. SCHRÖDER, 2018).

Diese in erster Linie veränderbaren individuellen, therapiebezogenen und vor allem arbeitsbezogenen Faktoren und deren Wechselwirkungen nimmt die von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderte Mixed-Methods-Follow-Up-Studie zu *Determinanten einer erfolgreichen Wiedereingliederung nach psychischer Erkrankung* gezielt in den Blick. Sie untersucht in einem Paralleldesign den RTW-Prozess umfassend aus dem Blickwinkel der erkrankten und zurückkehrenden Beschäftigten, ausgehend von der Entstehung der Krise, über den Behandlungsverlauf bis hin zur Rückkehr in den Betrieb.

Die qualitative Teilstudie zielt in diesem Zusammenhang darauf ab:

- (1) das Erleben, Verhalten und Handeln im RTW-Prozess aus Sicht der zurückkehrenden Beschäftigten zu beschreiben,
- (2) die therapie-, arbeitsbezogenen und individuellen Faktoren in ihren Wechselwirkungen besser verstehen zu lernen und
- (3) die zugrundeliegenden Orientierungen der Interviewten in diesem Prozess zu rekonstruieren und durch eine entsprechende Typenbildung zu systematisieren.

RTW wird dabei als Prozess verstanden, der sich von der Entstehung der Krise, über die Behandlung bis zur vollständigen Rückkehr an den Arbeitsplatz erstreckt. Die im Folgenden ausgewählten Erkenntnisse beziehen sich dabei auf die individuellen und arbeitsbezogenen Aspekte der Wege in die Krise und der Rückkehr in den Betrieb.

## 2 Ansatz und Methodik

Die Mixed-Methods-Follow-Up-Studie untersucht den RTW-Prozess an der Schnittstelle zwischen medizinisch-therapeutischer und betrieblicher Ebene mit quantitativen und qualitativen Methoden. Dabei wird, wie bereits erwähnt, der Fokus auf die veränderbaren, individuellen, therapie- und arbeitsbezogenen Faktoren im Längsschnitt gelegt. Das Mixed-Methods-Design ermöglicht es, die auf unterschiedlichem Weg erlangten Erkenntnisse zu integrieren. Die quantitative Teilstudie untersucht, „welche“ individuellen und arbeitsbezogenen Determinanten die Rückkehr „in welchem Maße“ beeinflussen. Die qualitative Teilstudie erforscht hingegen, „wie“ diese individuellen, therapie- und arbeitsbezogenen Faktoren das Erleben, Verhalten und Handeln der zurückkehrenden Beschäftigten im RTW-Prozess beeinflussen, überdies ihre Wechselwirkungen und unter welchen Bedingungen sie sich positiv auf die Rückkehr auswirken. Eine Verknüpfung dieser Erkenntnisebenen („welche“ und „in welchem Maße“ mit dem „wie“) führt zu einem umfassenden Einblick in die aktuelle RTW-Praxis und die Erfahrungen der Studienteilnehmenden mit dieser.

Die Gesamtstichprobe der quantitativen Studie von 286 Personen basiert auf einer Gesamtpopulation aus rentenversicherten Personen zwischen 18 und 60 Jahren, die aufgrund einer psychischen Störung in klinischer oder rehabilitativer Behandlung waren und eine Rückkehr zur Arbeit anstrebten (vgl. SIKORA et al., 2019). Sie umfasst sozialversicherungspflichtige Beschäftigte mit Depressionen, Anpassungsstörungen und Angsterkrankungen. Diese 286 Studienteilnehmenden wurden im Zuge der quantitativen Teilstudie zum ersten Erhebungszeitpunkt t0 vor Beendigung des Klinikaufenthaltes befragt. Von dieser Gesamtstichprobe wurden 259 Studienteilnehmende (Loss to follow-up n=27, 9%) zu allen vier Erhebungszeitpunkten mittels Fragebögen telefonisch befragt (siehe Abb. 2) (vgl. ebd.).

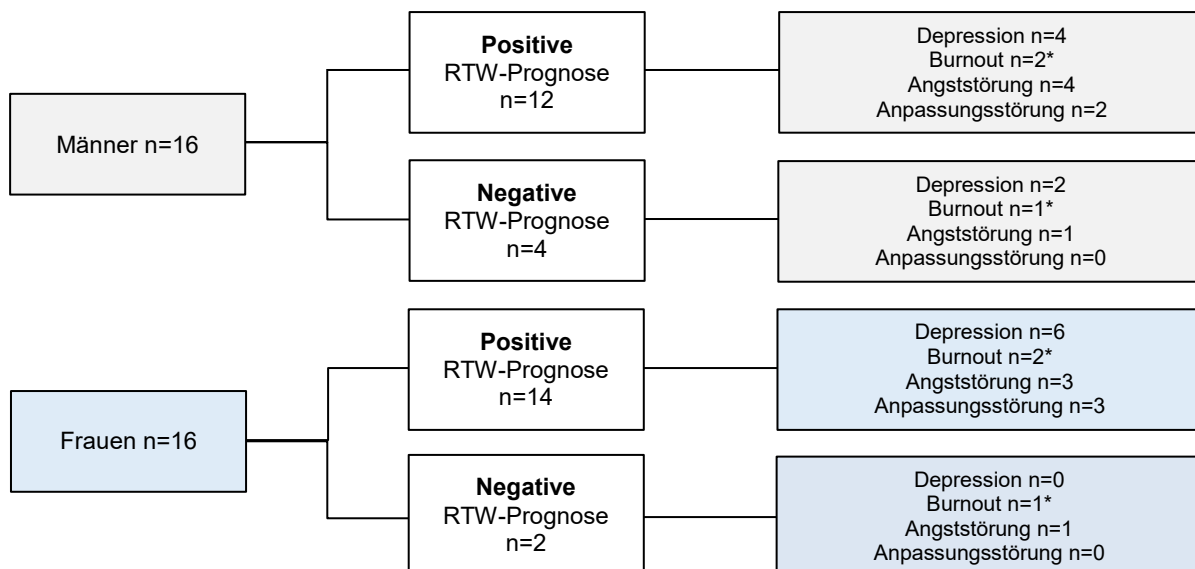


Abb. 1: Realisiertes qualitatives Subsample bezogen auf Geschlecht, subjektive RTW-Prognose und Diagnose  
\* im Zusammenhang mit der Diagnose Depression wurde die Zusatzdiagnose Burnout vergeben

Für die qualitative Teilstudie wurden aus der Gesamtstichprobe 32 Studienteilnehmende ausgewählt, die zu drei Erhebungszeitpunkten persönlich (t0) und telefonisch

(t1 & t2) interviewt wurden (96 Interviews). Darüber hinaus wurden mit 8 Personen zusätzlich Interviews geführt (24 Zusatzinterviews t0 bis t2)<sup>2</sup>. Die Geschlechterverteilung der Befragten ist gleichmäßig. Das Alter der Interviewten ist im Durchschnitt 48 Jahre. Sie arbeiten überwiegend in Betrieben mit mehr als 250 Beschäftigten (81%) und Vollzeit (84%). Knapp 20 % haben eine Führungsposition, 59 % haben eine überwiegend sitzende Tätigkeit und 72 % nennen einen Arbeitsbezug im Zusammenhang mit ihren Beschwerden. Analysiert und ausgewertet wurden alle Interviews der 32 Studienteilnehmenden.

Die Merkmale des qualitativen Samples entsprechen denen des quantitativen Samples. Darüber hinaus wurden in die qualitative Stichprobe im Sinne der Kontrastierung der Fälle gezielt Studienteilnehmende mit selbsteingeschätzter positiver (n=26) und negativer RTW-Prognose (n=6) aufgenommen (siehe Abb. 1). Die qualitative Befragung umfasste einen Erhebungszeitraum von einem Jahr (quantitativ 18 Monate).

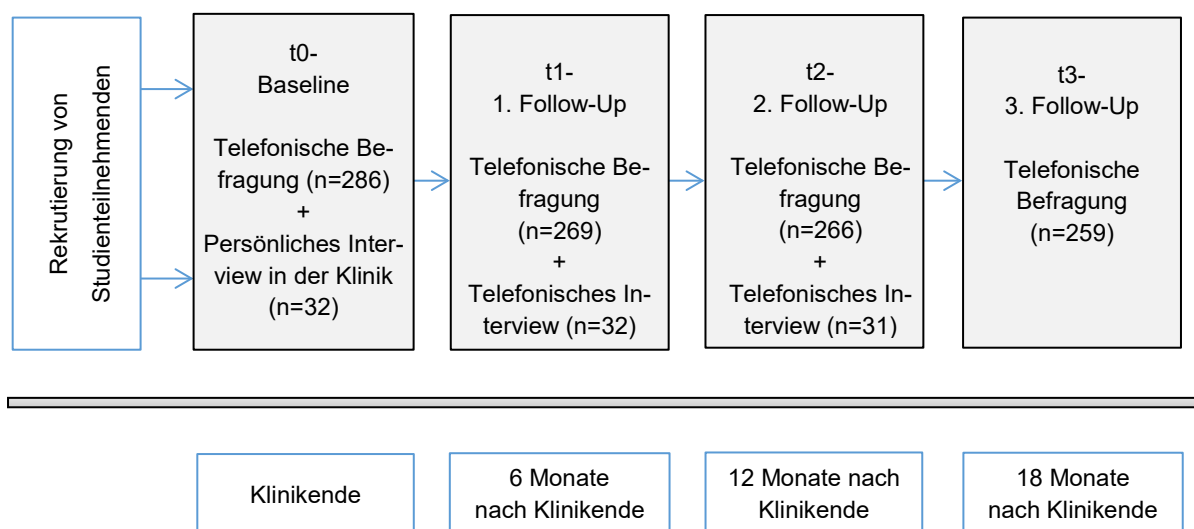


Abb. 2: Zeitlicher Verlauf der Befragungen in den qualitativen und quantitativen Teilstudien

Das Interview t0 fand zum Zwecke des persönlichen Kontaktaufbaus vor Ort in der Klinik statt, während die Interviews zu t1 und t2 telefonisch durchgeführt wurden. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug bei t0 und t1 ca. 45 Minuten. Die dritte Interviewsequenz t2 dauerte durchschnittlich 30 Minuten. Pro Person wurden somit drei Interviews mit einer Dauer von insgesamt ca. 2 Stunden geführt. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und für die anschließende Auswertung nach den Richtlinien TIQ (BOHNSACK, 2010) transkribiert.

Die narrativ fundierten und leitfadengestützten Interviews lassen sich in einen erzählgenerierenden und einen spezifisch nachfragenden Teil mit direktem Bezug zur For-

<sup>2</sup> Diese Zusatzinterviews wurden ebenfalls mit der Dokumentarischen Methode der Interpretation nach RALF BOHNSACK (2010) ausgewertet und für die Fallvergleiche und Ausdifferenzierung der Typenbildung herangezogen. Sie wurden insbesondere zur Validierung der Auswertungsergebnisse und in zwei Fällen als Ersatzinterviews in das ursprüngliche Sample miteinbezogen, da zwei Personen zu t0 bzw. t1 ihre Interviewteilnahme zurückgezogen haben. Außerdem wurden sie im Rahmen einer Masterarbeit, die sich mit dem spezifischen Aspekt der Selbstwirksamkeit im RTW-Prozess beschäftigt, als Datengrundlage genutzt und analysiert.

schungsfrage gliedern. Die Schwerpunkte der Interviews variieren im Verlauf der Erhebung von t0 zu t2 und berücksichtigen so den individuellen und nicht immer idealen Verlauf des RTW-Prozesses.

1. Zu t0 war vor allem das Erleben der Entstehungsbedingungen der psychischen Krise und der anschließende Klinikaufenthalt sowie der individuelle Umgang durch die Interviewten mit diesen Erfahrungen von Interesse. Aber auch bewertende Aspekte wie förderliche oder hinderliche Faktoren mit Hinblick auf die medizinisch-therapeutische Versorgung oder die Erwartungen an die anstehende Rückkehr in den Betrieb waren relevant.
2. Sechs Monate später zum Befragungszeitpunkt t1 lag der Schwerpunkt auf dem Erleben des Übergangs aus der Klinik zurück in den Betrieb und auf der aktuellen Arbeitssituation. Betriebliche Maßnahmen, soziale Unterstützung, förderliche und hemmende Faktoren der Rückkehr als auch individuelle Lernprozesse und Schlüsselerlebnisse waren vordergründig.
3. Die letzte Befragung ein Jahr nach der Entlassung aus der Klinik fokussierte auf den Verlauf und das Erleben der weiteren Rückkehr, die gegenwärtige berufliche und persönliche Situation der Interviewten sowie die Bewertung der Rückkehr und Einschätzung von deren Nachhaltigkeit.

Die Interviews zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 wurden anhand des rekonstruktiven Verfahrens der Dokumentarischen Methode der Interpretation nach BOHNSACK (2010) ausgewertet. Für jeden Interviewteilnehmenden wurden aufbauend auf den dokumentarischen Interpretationsschritten (Thematischer Verlauf, Formulierende und Reflektierende Interpretation), eine Fallbeschreibung angefertigt. Sie fasst die Rekonstruktion des Erlebens, Verhaltens und Handelns der Interviewten zu den drei Erhebungszeitpunkten zusammen.

Im komparativen Vergleich der 32 Fallbeschreibungen, der sowohl Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht, wurden Typenbildungen zu den folgenden Schwerpunkten im RTW-Verlauf vorgenommen (vgl. Kap. 3ff.):

- der Weg in die Krise: die Entstehungsbedingungen
- der Klinikaufenthalt: Umgang mit der Erkrankung/Krise
- der Weg zurück in die Arbeit: Wiedereingliederung und Nachhaltigkeit des RTW-Prozesses

Die komparative fallinterne und fallübergreifende Mehrebenenanalyse der Interviews, also der Vergleich innerhalb eines Falles zwischen den drei Erhebungszeitpunkten der Studie sowie der Vergleich der Fälle untereinander, ermöglicht es, aufgrund der Identifikation von Homologien und Kontrasten der Handlungspraxis und durch die Abstraktion der Orientierungsrahmen, individuell übergreifende Handlungsorientierungen herauszuarbeiten und diese in einer sinn genetischen Typenbildung<sup>3</sup> zu beschreiben.

---

<sup>3</sup> In einem praxeologischen Verständnis ist die Frage nach dem Sinn einer Handlung oder Äußerung diejenige nach der Struktur, nach dem generativen Muster oder der generativen Formel, dem Modus Operandi des handlungspraktischen Herstellungsprozesses. Die Identifikation dieses generativen Musters, also dessen Interpretation, setzt die Beobachtung einer Handlungspraxis voraus. Diese kann uns

Diese Typenbildung geht über den Einzelfall hinaus und bildet auf einer zusammenfassenden Ebene Gemeinsamkeiten eines Typs und Unterschiede bzw. Abgrenzungen zu den weiteren Typen ab. Die Typenbildung ist idealtypisch und zeigt sich in der Alltagspraxis in der Regel in Mischformen. Basis der sinngenetischen Typenbildung ist die Rekonstruktion und Abgrenzung zentraler (impliziter) Handlungsorientierungen, die sich anhand des in den Interviews beschriebenen Handelns mittels der Dokumentarischen Methode der Interpretation rekonstruieren lassen.

Die Dokumentarische Methode der Interpretation zeichnet sich vor allem durch ihre Besonderheit aus, den Zugang zu zwei unterschiedlichen Ebenen des Wissens zu ermöglichen (BOHNSACK et al., 2013). Zum einen ermöglicht sie den Zugang zur Ebene des expliziten Wissens. Dieses ist bewusstes und damit theoretisches sowie kommunizierbares Wissen, beispielsweise über Fähigkeiten oder Kompetenzen, aber auch Meinungen und Bewertungen. Zum anderen ermöglicht die Dokumentarische Methode einen Zugang zum impliziten Wissen, welches sich auf das unbewusste, verinnerlichte Können und Wissen bezieht sowie auf Erfahrungen und der damit verbundenen Handlungspraxis beruht. Dieses Wissen ist den Interviewten in der Regel reflexiv kaum zugänglich und kann aus diesem Grund begrifflich selten wiedergegeben werden (vgl. BOHNSACK u. NENTWIG-GESEMANN, 2010).

Die Rekonstruktion des impliziten Wissens gelingt über die Analyse von Interviewsequenzen, die das alltägliche Handeln anhand von konkreten Beispielen veranschaulichen. Die Beispiele ermöglichen die Rekonstruktion der darin eingebetteten Orientierungen und Strukturen, da sich das implizite Wissen durch Erlebnisse, Handeln in der Praxis und den damit verbundenen Erfahrungen aufschichtet und sukzessive verinnerlicht wird (vgl. konjunktiver Erfahrungsraum nach MANNHEIM, 1980). Das verinnerlichte Erfahrungs- und Handlungswissen bildet die Grundlage für die Herausbildung der individuellen Handlungsorientierungen. Diese sind dabei milieu-, geschlechts- und/oder organisationsspezifisch etc. geprägt bzw. geformt. Sie beeinflussen das Erleben, Verhalten und Handeln, aber auch die Ressourcen in einer psychischen Krise und haben so Einfluss auf die Bewältigung der Krise bzw. Erkrankung und die Rückkehr in den Betrieb. Um also die Entstehungsbedingungen der Krise und die Determinanten eines erfolgreichen und nachhaltigen RTW-Prozesses aus Perspektive der Beschäftigten zu verstehen, ist es daher notwendig, die Art und Weise der sozialen Handlungspraxis und die darin eingelassenen Handlungsorientierungen prozesshaft zu rekonstruieren.

Gleichzeitig wird die Interaktion zwischen impliziten individuellen Handlungsorientierungen und expliziten Bewertungen und Einschätzungen durch die zurückkehrenden Beschäftigten berücksichtigt. Die explizite Ebene der verdichteten Erfahrungen und Schlussfolgerungen in Bezug auf die Krisenbewältigung während und nach dem Klinikaufenthalt sowie die argumentativ erörterten förderlichen und hemmenden Faktoren der Rückkehr sind Teil der Analyse.

---

entweder unmittelbar gegeben sein oder auf dem Wege von Erzählungen und Beschreibungen der Erforschten. Das generative (Sinn-) Muster bezeichnen wir – wie gesagt – als Orientierungsrahmen oder auch als Habitus. Eine darauf gerichtete (praxeologische) Typenbildung bezeichnen wir mit einem Begriff von MANNHEIM (1980, 85ff) als eine sinngenetische. (BOHNSACK et al., 2013, S. 248)

Über die Inklusion dieser zwei unterschiedlichen Wissensdimensionen können Gelingenprozesse der Rückkehr, aber auch Prozesse des Scheiterns differenzierter untersucht und aufgearbeitet werden. Die Auseinandersetzung mit den handlungsleitenden Orientierungen bezogen auf das Erleben der Krise, die Art und Weise der Bewältigung und die Bedingungen der Rückkehr in den Betrieb bietet einen Ansatz, um zu erklären, weshalb RTW-Maßnahmen in ihrer Wirkung divergieren. Während bspw. für Menschen mit einer übermäßigen Leistungsorientierung Maßnahmen zur Unterstützung der Selbstreflexion, Abgrenzung und Feedbackgespräche mit dem Arbeitgeber sinnvoll erscheinen, sind diese Maßnahmen für Menschen, die ihre Situation als ausweglos und sich selbst als wenig selbstwirksam erleben, in der Regel nicht ausreichend, um eine erfolgreiche Wiedereingliederung zu gewährleisten (siehe Kap. 3 ff). Auf dieser Basis können durch den Einsatz der Dokumentarischen Methode der Interpretation Handlungsempfehlungen zur nachhaltigeren Gestaltung des RTW-Prozesses abgeleitet werden.

### **3 Wege in die psychische Krise: Erleben, Verhalten und Handeln aus Sicht der Interviewten**

#### **3.1 Entstehensbedingungen der psychischen Krise**

Ein Verständnis und Verstehen des RTW-Prozesses beginnt mit der Vorgeschichte, mit dem nachzuvollziehenden Verlauf der Krise – in dem das Erleben, Verhalten und Handeln der zurückkehrenden Beschäftigten im Prozess sichtbar wird. Abhängig von der subjektiv erfahrenen Krise entwickelt sich so ein spezifisches Verständnis der Krise bzw. Erkrankung. Über ein kognitives und emotionales Verstehen gelangen die Verarbeitung und Bewältigung der Erkrankung und im günstigsten Fall führt sie zu konkreten RTW-Strategien der Interviewten.

Unabhängig von den drei unten aufgeführten allgemeinen Entstehensbedingungen beschreiben und erleben die Interviewten den Weg in die Krise als einen schleichenden Prozess, in dem sich vorhandene Ressourcen (z. B. Zeit, soziale Kontakte, Arbeitsbeziehungen, Anerkennung, Wertschätzung, Verlässlichkeit, Handlungs- und Entscheidungsfreiheit, Autonomie, Selbstwirksamkeit) durch übermäßige äußere Anforderungen und zu hohe innere Ansprüche zusehends verschleifen (siehe Kap. 3.2). Dem entsprechen eine hohe Verausgabensbereitschaft und eine perfektionistische Genauigkeit im Verhalten und Handeln. Gleichzeitig gehen damit eine abnehmende Distanzierungsfähigkeit, ein nicht ausreichend achtsamer Umgang mit Emotionen, eine geringe Selbstsorge sowie eine leiblich<sup>4</sup> erfahrene Erschöpfung während der sich zuspitzenden Krise einher.

Vor diesem Hintergrund lassen sich drei zentrale Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen aus den Interviews rekonstruieren, die entscheidend für die Entstehung der psychischen Krise sind:

- 1) Eine Überforderung entsteht durch die Arbeitsbedingungen, -beziehungen und die Einstellung zur Arbeit bzw. durch die subjektive Bedeutung, die die Arbeit für die Interviewten hat.
- 2) Eine Überforderung entwickelt sich durch private und biografische Umstände und Bedingungen sowie die subjektive Bedeutung, die diese für die Interviewten haben.
- 3) Eine Überforderung kommt durch eine Kombination aus Punkt eins und zwei zustande.

---

<sup>4</sup>„Der Leib meint (...) das Lebendige, Gelebte und Gespürte, ebenso wie die lebendige Erscheinung, die „leibhaftige“ Gegenwart eines Menschen“. (FUCHS, 2015, S. 147)



### 3.1.1 Überforderung durch Arbeitsbedingungen, -beziehungen und Einstellung zur Arbeit

Wenn die Interviewten eine Überforderung durch die Arbeitsbedingungen und -beziehungen und ihre Einstellung zu dieser erleben, dann lassen sich daraus folgende drei Gruppen von belastungs- und beanspruchungsintensiven Konstellationen rekonstruieren:

#### 1. Die Gruppe der Hochleistenden, die immer bereit ist, ein hohes Arbeitspensum zu bewältigen:

Diesen Beschäftigten erscheint Nichts zu viel. Sie übernehmen zusätzliche neue Aufgaben und streben danach, sich selbst und ihr Arbeitsergebnis zu optimieren. Sie beschreiben eine Entgrenzung der Arbeit, die durch ihr Handeln und die betrieblichen Bedingungen forciert wird. Gleichzeitig haben sie den Anspruch, ihre Arbeit „perfekt“ zu machen. Sie haben einen „Null-Fehler-Anspruch“. Daraus ergibt sich für sie ein Spagat zwischen steigenden Arbeitsanforderungen und perfektionistischer Arbeitseinstellung, der auf Dauer nur durch Mehrarbeit und Arbeiten in der Freizeit aufrechterhalten werden kann. Diesem Spagat bzw. Diktat der Arbeit werden sukzessive alle anderen Lebensbereiche untergeordnet – das Privatleben verebbt und die Erholungsfähigkeit nimmt ab, während das Gefühl bleibt, ständig hinter sich selbst, den eigenen Ansprüchen und den Arbeitsanforderungen zurückzubleiben. Die Arbeit und die Ansprüche werden nie weniger, obwohl die Verausgabungsbereitschaft stetig zunimmt. Hochleistende verlieren in diesem Prozess die Kontrolle über ihre Grenzen, ihre vitalen Bedürfnisse und Belastungsfähigkeit.

*Beruflicher Ehrgeiz* ↔ *Selbstoptimierung* ↔ *Entgrenztes Arbeiten*

#### 2. Die Gruppe der Professionellen<sup>5</sup>, die durch Rationalisierung, Technisierung und Digitalisierung ihrem Qualitätsanspruch nicht mehr gerecht werden und in Konflikt mit ihrem beruflichen Selbstverständnis geraten:

Diese Gruppe beschreibt und erlebt einen Konflikt zwischen ihren persönlichen Wertmaßstäben und den ökonomischen Interessen des Betriebs, der nur noch als ein einseitiges Austauschverhältnis wahrgenommen wird. Die algorithmisch gesteuerte Dienstleistung<sup>6</sup>, wie sie bei Paketdiensten üblich ist, ist beispielgebend für diesen Wandel in der Arbeitswelt. Im Mittelpunkt stehen eine verdichtete Arbeitszeit und eine Beschleunigung der Arbeitsaufgaben, die autonome Handlungs- und Entscheidungsspielräume bei der Arbeit einschränken. Zeitsouveränität geht durch Zeitstress verloren. Diese Entwicklungen konkurrieren mit den Ansprüchen der Interviewten (Sorgfalt,

<sup>5</sup> Berufliche Professionalität ist in diesem Sinne die Fähigkeit, das eigene Können, Wissen und die damit verbundene Einstellung (Arbeitsethos) im beruflichen Alltag, z. B. im Kontakt mit Kunden und Klienten oder in Bezug auf eine anspruchsvolle Aufgabe einbringen und umsetzen zu können. Berufliche Professionalität ist somit mehr als ein spezifisches Fachwissen, es ist gleichermaßen werteorientiertes Verhalten bzw. Handeln und in der beruflichen Sozialisation erworbenes Handlungs- und Erfahrungswissen. Es ist in diesem Sinne ein beruflicher Habitus (vgl. BOURDIEU, 1997) und Ausdruck beruflicher Sozialisation, in dem gesellschaftliche und individuelle Werte bzw. Normen der Pflichterfüllung in einem spannungsreichen Wechselverhältnis stehen (vgl. KRAIS u. GEBAUER, 2002). In der psychischen Krise geraten die damit verbundenen Werte und Normen so stark in Konflikt miteinander, dass die Befriedigung eigener Bedürfnisse durch den Druck von äußeren Anforderungen bzw. die erlebte Überforderung in der Wahrnehmung der Interviewten nicht mehr möglich erscheint.

<sup>6</sup> Siehe „Wenn die Roboter kommen“ unter: <https://www.zeit.de/2019/37/kuenstliche-intelligenz-arbeitsplatz-roboter-jobs-algorithmen>

Qualität der Arbeitsleistung, Kundenorientierung, Verlässlichkeit etc.). Sie beschreiben und erleben in dieser Situation Konflikte, die zu Frustrationen führen und mit Gefühlen der Wut und Angst einhergehen. Die Interviewten erfahren sich in dieser Situation immer seltener handlungsfähig. Die Distanz zur Arbeit geht zunehmend verloren. Deshalb erleben und beschreiben sie sich im Krisenverlauf immer mehr fremdbestimmt bis ohnmächtig und den Umständen ausgeliefert.



### **3. Die Gruppe der Anerkennungs-Kompetenzträger<sup>7</sup>, die ihre Identität wesentlich mit beruflicher Wertschätzung und Anerkennung für ihre Arbeitsleistung verbindet:**

Diese Gruppe beschreibt und erlebt überwiegend einen Konflikt mit den direkten Vorgesetzten, die ihnen diese Anerkennung und Wertschätzung versagen. Daraus entwickeln sich Konflikte, die ihre bisherige berufliche Entwicklung und in letzter Konsequenz ihre Person in Frage stellen. Die Konflikte entstehen oft durch einen Vorgesetztenwechsel. Sie lassen sich differenzieren in (1) Genderkonflikte, wenn weibliche Führungskräfte in „typischen Männerberufen“ ankommen, (2) Führungskonflikte, wenn Führungskräfte aus der Perspektive der Interviewten ihrer Vorgesetztenrolle nicht gerecht werden und (3) Übertragungskonflikte, in denen verdrängte Gefühle und Erwartungen aus der Kindheit oder Jugend auf neue soziale Beziehungen übertragen und reaktiviert werden. Die Konflikte eskalieren und führen zu dem Gefühl des Ausgeliefertseins. Enttäuschung, Wut oder Angst nehmen zu, das Gefühl der Ohnmacht und der Verlust der Handlungsfähigkeit prägen in der Krise die Wahrnehmung der Interviewten.



#### **3.1.2 Überforderung durch private und biografische Umstände bzw. Bedingungen**

Die Interviewten beschreiben meist kritische Lebensumstände und -ereignisse, die durch ihre Kumulation und ein übermäßiges Engagement der Interviewten diesbezüglich in die Krise führen: Probleme mit Kindern, Pflege und Tod von Angehörigen und Trennung bzw. Scheidung sind typische Beispiele dafür. Diese Gruppe sorgt sich um den sozialen Zusammenhalt, fühlt sich u. a. für die Probleme der Familie, Kinder, Eltern verantwortlich und hilft immer dann, wenn Hilfe und Unterstützung benötigt werden. Sie zeichnen sich durch ein hohes soziales Engagement aus, sind die perfekten Teamplayer und Familienmenschen. Sie sorgen für andere, engagieren sich für die Gemeinschaft und laufen so Gefahr, die Bedürfnisse der anderen über die eigenen zu stellen und sich dabei selbst zu vergessen. Das eigentliche krisenauslösende Moment liegt in der Summe kritischer Lebensereignisse und dem Anspruch jedem und allem gerecht werden zu wollen. Auch hier zeigt sich das Muster aus hoher Verausgabungsbereitschaft und nicht ausreichender Abgrenzungsfähigkeit, das letztendlich in die

<sup>7</sup> Anerkennung bezieht sich hier vor allem auf die Arbeitsleistung in einem Team. Die Anerkennung zielt in diesem Sinne vor allem auf eine Wertschätzung der gesamten Person ab und wird i.d.R. an der Rolle im bzw. an der Bedeutung für das Arbeitsteam festgemacht.

Krise führt. Die Interviewten bringen ihr aufopferndes Verhalten und Handeln, mehr als alle anderen Interviewten, in Verbindung mit ihrer Biografie und den damit in Zusammenhang stehenden Verletzungen. Sie thematisieren vermehrt Missbrauch und Gewalterfahrungen in der Kindheit sowie emotionale Vernachlässigung und Überforderung durch die Eltern oder andere wichtige Bezugspersonen. Gleichzeitig sprechen sie offen über ihr fragiles Selbstbild und wie sie dies schon ihr Leben lang beschäftigt. Die Interviewten dieser Gruppe interpretieren ihre Sensibilität für die Bedürfnisse und Belange ihrer Mitmenschen vor diesem biografischen Hintergrund.

### **3.1.3 Überforderung durch Belastungs- und Beanspruchungskombinationen: Arbeit, private und biografische Umstände bzw. Bedingungen**

Die Interviewten beschreiben und erleben in der Zeit vor ihrem Klinikaufenthalt sowohl schwierige Lebensumstände als auch belastende und beanspruchende Arbeitsbedingungen. Gleichzeitig streben sie an, allen Anforderungen gleichermaßen gerecht zu werden. Die Vielschichtigkeit der schwierigen Lebensumstände zeigt sich im Verlauf der Krise bei einer kleinen Gruppe von Interviewten als besonders problematisch, insbesondere in Bezug auf die Rückkehr in den Betrieb. Sie erleben ihre Krise als existenzielle Bedrohung, weil sie sich von der Vielzahl der Probleme und „Baustellen“ in ihrem Leben überfordert fühlen. Zu dieser Gruppe gehören die, deren subjektive RTW-Prognose negativ ausfällt, deren Selbstwirksamkeit besonders gering ist, die unter den gegebenen Bedingungen für die Krankheitsverarbeitung und -bewältigung mehr Zeit benötigen und deshalb deutlich später zur Arbeit zurückkehren als andere Interviewte. Außerdem finden sich gerade in dieser Gruppe Interviewte, die vermehrt Exit-Strategien (z. B. Rentenantrag aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen, Umschulung) verfolgen. Diese Exit-Strategien werden anvisiert, weil eine intensiviertere professionelle Hilfe im RTW-Prozess in der Regel ausbleibt.

### **3.1.4 Risikotypen<sup>8</sup> und zugrundeliegende Handlungsorientierungen**

Den zuvor beschriebenen Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen liegen sechs zentrale Handlungsorientierungen zugrunde, die maßgeblich das Erleben, Verhalten und Handeln der Interviewten im RTW-Prozess bestimmen. Sie beeinflussen den Weg in die Krise, den Umgang mit der Erkrankung und die Rückkehr in den Betrieb.

Handlungsorientierungen sind uns in der Regel nicht bewusst, beeinflussen aber unser Handeln, sie strukturieren unser Handeln sozusagen vor. Damit verbinden sich gewisse Handlungsmuster, die für den einzelnen als typisch angesehen werden können. Es handelt sich gewissermaßen um implizites Handlungswissen – ein Wissen, das wert- und normorientiert<sup>9</sup> ist, das eng mit unserer Persönlichkeit und Sozialisation verbunden ist und unsere individuellen Erfahrungen in Gruppen und Gemeinschaften

---

<sup>8</sup> Vgl. auch HOBFOLL und BUCHWALD (2004b), Burnout aus ressourcenorientierter Perspektive, Lehrkräfte vom Risikotyp A und B, Seite 251.

<sup>9</sup> Normorientiert meint hier Verhalten und Handeln orientiert an normativen Erwartungen, Werten und Rollen. Diese wiederum sind Ausdruck einer Verpflichtung und Verantwortung gegenüber individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Standards, die im menschlichen Verhalten und Handeln des Einzelnen in einem ausgleichenden Sinne integriert werden müssen. Krisenhaft werden dieses Verhalten und Handeln, wenn die individuellen Standards und die damit verbundenen Interessen und Bedürfnisse, in

bzw. Milieus widerspiegelt. Es ist gut in unser Alltagshandeln integriert und Ausdruck dessen, wie wir uns in der Welt orientieren. Es deutet an, was für uns relevant und von Bedeutung ist. In diesem Sinne ist es über Lebenssituationen und -phasen hinweg relativ stabil. Durch Krisenerfahrungen und damit verbundenen existentiellen Zweifeln, Ängsten und Fragen, können diese Orientierungen teilweise bewusst reflektiert und in Frage gestellt werden. Sie können zu neuen Einsichten bzw. Handlungsoptionen führen, die aber vor dem Hintergrund der bisherigen Lebensgewohnheiten, die Teil unserer Persönlichkeit und Sozialisation sind, verändert werden müssen. Diese Situation macht deutlich, warum eine psychische Krise hohe Anforderungen an die Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien der Zurückkehrenden stellt. Sie sind angehalten, in einer existentiell schwierigen Situation Unsicherheit zuzulassen und mit dem offenen Ausgang umzugehen und sich im Zuge dessen zu verändern. Also in gewisser Art und Weise ihr bisheriges Erleben, Verhalten und Handeln zu reflektieren und neue Wege zu gehen. Deshalb wird diese Situation von den Interviewten auch als emotionale Schwerstarbeit beschrieben und von Expertinnen und Experten so eingeschätzt (vgl. auch STEGMANN u. SCHRÖDER, 2018).

Die aus den Interviews heraus rekonstruierten Handlungsorientierungen und das damit verbundene erfahrungsgeleitete Handeln dokumentiert sich in den Erzählungen der Interviewten. Im Rahmen von Fallvergleichen konnten diese individuellen Orientierungen zu Typen<sup>10</sup> verdichtet und abstrahiert werden. Hierbei handelt es sich um idealtypische Unterscheidungen, infolgedessen sich der RTW-Prozess aus Sicht der Interviewten vertiefend differenzieren bzw. beschreiben lässt:

Tab. 1: Zentrale Handlungsorientierungen bzw. Typen von Interviewten

<b>Werteorientierung</b>	<b>Verhältnisorientierung</b>	<b>Sinnorientierung</b>
Leistungsorientierung	Professionalitätsorientierung	Selbstorientierung
Helferorientierung	Anerkennungsorientierung	
Verantwortungsorientierung		

In den vertiefenden Analysen zeigt sich u. a. wie diese handlungsleitenden Orientierungen im RTW-Verlauf mit den äußeren Anforderungen und Kontextbedingungen interagieren und sich wechselseitig verstärken, wie dies im vorherigen und in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben wird. Gleichzeitig führen diese Analysen zur Identifi-

---

Konflikt mit dem sozialen und gesellschaftlichen geraten, also eine übermäßige Anpassung an soziale und gesellschaftliche Standards stattfindet.

<sup>10</sup> Typen weisen in diesem Sinne über das subjektive, individuelle hinaus, verweisen auf die Einbettung der Interviewten in gemeinsam geteilte Lebenswelten und ähnliche Erfahrungshintergründe. Sie dienen der Identifizierung charakteristischer und spezifischer Merkmale und ermöglichen so ein tiefergehendes Verständnis in Bezug auf das Erleben, Verhalten und Handeln in der sich entwickelnden psychischen Krise. In diesem Sinne dienen sie dazu Handlungsverläufe besser zu verstehen und entsprechende Handlungsentwürfe zu skizzieren und die damit verbundenen Strategien einzuordnen bzw. zu überprüfen und „der sinnhaften Einordnung von Erfahrungen und Erwartungen, auf deren Basis Individuen ihre Alltagswelt konstruieren“ (vgl. SCHMIDT-HERTHA u. TIPPELT, 2011).

kation von **Risikotypen**, die Potenziale für die Früherkennung aber auch für die individuelle und betriebliche RTW-Strategie in sich bergen. Dies kann gelingen, wenn man sich die Risikotypen im RTW-Verlauf bewusst macht und die sich daraus ergebenden Impulse für Verhaltens- bzw. Einstellungsänderungen sowie für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen bzw. -beziehungen nutzt. Sie können wesentlich zu einer gelingenden und nachhaltigen Wiedereingliederung beitragen. Auf Basis der Handlungsorientierungen werden im Folgenden entsprechende Risikotypen beschrieben. Die Darstellung verfolgt das Ziel, wesentliche Konstellationen für die Praxis nachvollziehbar zu explizieren.

### **I Die Gruppe der Wertorientierten**

Charakteristisch ist für diese Gruppe, dass sie sich auf dem Weg in die Krise als Menschen beschreiben, die bis zum Zusammenbruch selbstbestimmt agieren. Sie folgen ihren inneren Überzeugungen und handeln in erster Linie wertorientiert. Sie erleben sich nicht von äußeren Umständen getrieben, selbst wenn die Anforderungen der (Arbeits-)Umwelt hoch sind, beschreiben sie diese als Herausforderung, die sie selbstbewusst und aus eigenem Antrieb angehen, selbst wenn sie in der Krise ihre Bewältigungsmöglichkeiten verschleifen. In der kritischen Phase der zunehmenden Überforderung interpretieren sie die Krise entsprechend als persönliches Versagen und nicht als eine Überforderung durch äußere Umstände. Diese allgemeine Wertorientierung lässt sich durch folgende drei zentrale Orientierungen und die sich auf dieser Basis ergebenden Risikotypen näher differenzieren:

#### ***Erstens durch eine überfordernde Leistungsorientierung***

*Ich gerate in die Krise, weil ich überehrgeizig bin, die Arbeit gleichzeitig hohe Anforderungen stellt und ich zu viel arbeite, auch in der Freizeit. Meine Arbeit muss immer perfekt sein und ich jederzeit voll leistungsfähig. Die Arbeit ist mein Lebensinhalt, dem ordne ich, wenn nötig alles andere unter und am Ende bleibe ich dabei selbst auf der Strecke.*

Diese Gruppe von Interviewten zeichnet eine extrem hohe Leistungsbereitschaft bei der Arbeit aus. Arbeit und Leistung sind die zentralen Werte im Leben der Interviewten. Diesen Werten ordnen sie alles andere unter, ihre privaten Bedürfnisse und Beziehungen kommen dabei zu kurz. Sie beschreiben sich als äußerst selbstbestimmt und extrem belastungsfähig. Ihre Arbeitsergebnisse müssen 150-prozentig perfekt sein. Sie wollen beruflich weiterkommen, erfolgreich sein und sind es auch. Wenn es sein muss, funktionieren<sup>11</sup> sie bis zum Umfallen. In der Krise brechen sie buchstäblich ein, während in ihrem Erleben eine Welt für sie zusammenbricht. Für diese Menschen ist die Krise existenziell, da diese und der Zusammenbruch ihre bisherige Handlungsorientierung vollkommen in Frage stellen. Die psychische Krise erleben sie als berufliches und in diesem Sinne als persönliches Versagen. In dieser Orientierung zeigt sich ein **Risikotyp A**.

---

<sup>11</sup>Funktionieren meint hier einen Prozess, in dem sich leiblich lebendige und fühlende Wesen auf ein technisches Funktionieren reduzieren. Die Interviewten verwenden in diesem Kontext selbst technische Metaphern wie z. B. 'meine Festplatte' hatte bisher immer 'funktioniert' und dann 'ging gar nichts mehr'. Gleichzeitig wird in diesem Prozess das alltägliche Leben immer mehr als ein mechanischer Prozess beschrieben: „Über Monate hat sich das ausgedehnt, ich bin eigentlich nur noch auf Arbeit gefahren, nach Hause, Haushalt und schlafen und so ging das über Monate, bis ich irgendwann nicht mehr schlafen konnte“.

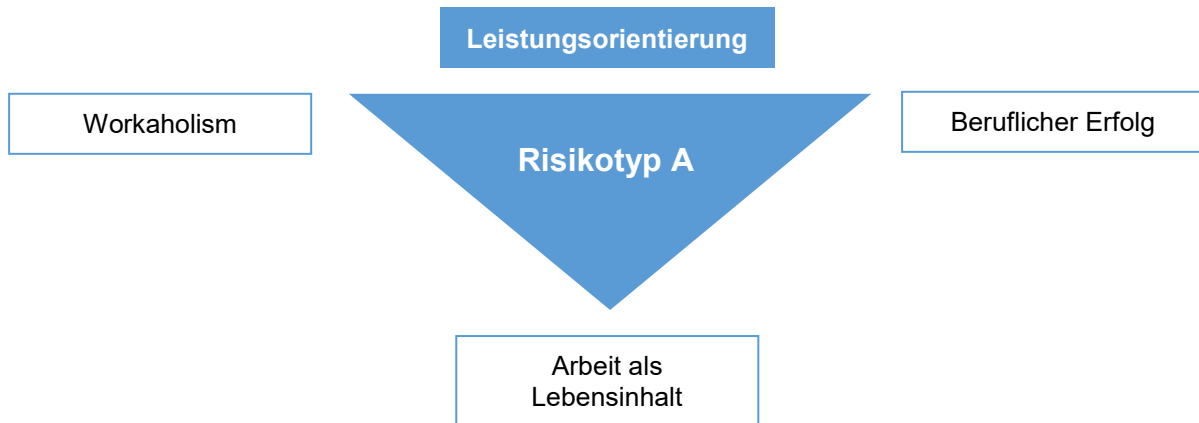


Abb. 3: Risikotyp A

### **Risikotyp A: Selbstoptimierung - „Höher, schneller, weiter“**

Menschen des Risikotyps A investieren ihre Ressourcen mit übermäßigem Ehrgeiz in die Arbeit sowie in ihr berufliches Weiterkommen. Sie vernachlässigen dafür zunehmend ihr Privatleben und damit wesentliche Persönlichkeitsanteile von sich selbst. Sie verschleifen auf diesem Weg ihre Ressourcen. Leistung und Erfolg sind handlungsleitend für ihr Selbstverständnis und ihr Selbstbewusstsein. Selbstbestätigung durch Leistung und Erfolg ist der dominante Faktor in ihrem Leben und Maßstab für ihre Zufriedenheit. Spaß an der Arbeit und beruflicher Erfolg befeuern die Leistungs- und Verausgabebereitschaft. Die Aufgaben, Anforderungen bei der Arbeit sowie Mehrarbeit nehmen so beständig zu und wenn nötig, wird zuhause weitergearbeitet. Jede neue Aufgabe wird als positive Herausforderung interpretiert. Die beruflichen Aufgaben werden mit perfektionistischer Genauigkeit erledigt. Die Interviewten erleben sich in dieser Situation als grenzenlos belastbar. Die Freizeit wird in diesem Prozess immer seltener zur Erholung genutzt. Die Zeit, in der die Arbeit nicht präsent ist, wird immer weniger – die Balance zwischen Arbeit und Privatleben geht verloren. Die Erholungsfähigkeit nimmt ab, es kommt zu Schlafstörungen und diffuse Befindlichkeitsstörungen werden nicht als Stress- oder Überforderungssymptome wahrgenommen oder ignoriert. Alle Ressourcen werden zuletzt dafür verwendet, wenigstens noch bei der Arbeit zu funktionieren, d. h. die fachliche Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten, das restliche Leben bleibt auf der Strecke.

### **Zweitens durch eine überfordernde Helferorientierung**

*Ich gerate in die Krise, weil ich mich im Helfen, Gebraucht-werden-wollen verliere und erschöpfe. Ich helfe und unterstütze, wo ich kann. Für mich selbst bleibt da kaum Zeit. Ich bin immer für die Menschen da, die mir wichtig sind: Ich helfe ihnen im Alltag und löse mit ihnen Probleme, wenn es irgendwie geht. Zuerst kommen die Kinder, die Partnerin oder der Partner, die Kollegen, Freunde, Klienten und zuletzt ich selbst. Meine eigenen Interessen und Bedürfnisse vernachlässige ich dabei. Mein Lebensinhalt ist es, für andere da zu sein.*

Die Interviewten aus dieser Gruppe überengagieren sich privat und/oder beruflich für andere Menschen. Im Da-Sein für andere, im Gebraucht-Werden(-Wollen) finden sie ihren Wert im Leben. In ihren Schilderungen geht es ihnen immer um konkrete Menschen, die sie in ihrer Situation oder mit ihren Aufgaben nicht alleingelassen haben – um ihre Kinder, die Partnerin oder den Partner, Freunde, Kolleginnen und Kollegen

und/oder Klienten. Sie unterstützen, entlasten und helfen in schwierigen Lebenssituationen. Es ist für sie befriedigend, andere Menschen darin zu unterstützen, deren Bedürfnisse zu erfüllen. Dies geht so weit, dass sie sich immer weniger um ihre ureigenen Interessen und Bedürfnisse kümmern. Sie verlieren sich im Helfen und werden sich selbst fremd. Die psychische Krise erleben sie als zunehmenden Selbstverlust und in diesem Sinne als ein Aufgerieben-Werden im Da-Sein bzw. Mensch-Sein für andere. In dieser Orientierung manifestiert sich der **Risikotyp B I**.

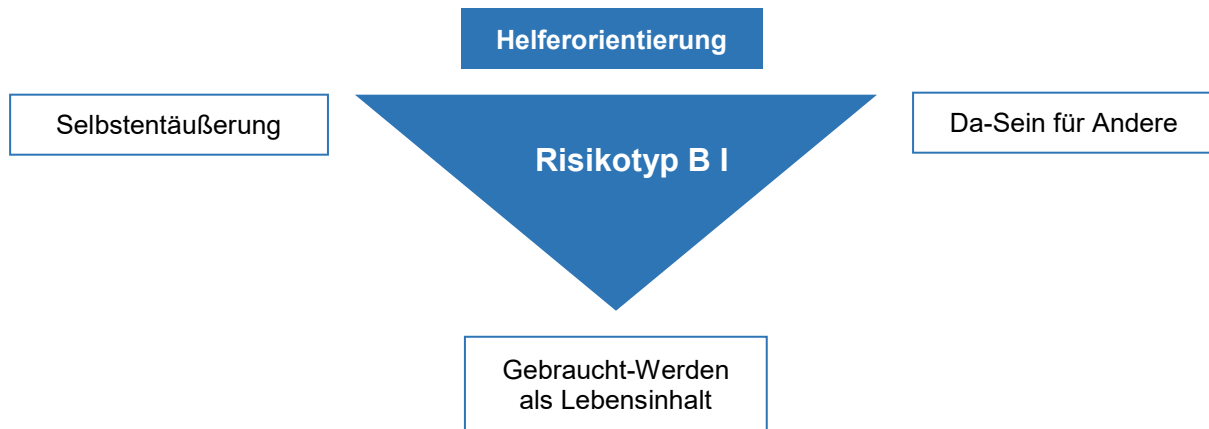


Abb. 4: Risikotyp B I

### **Risikotyp B I: Soziale Selbstausbeutung – „Wenn helfen zum Muss wird“**

Menschen des Risikotyps B I investieren ihre Ressourcen mit übermäßigem Engagement für ihnen wichtige Menschen; sie helfen und unterstützen, wenn sie gebraucht werden. Sie vernachlässigen dafür sich selbst, ihr eigenes Leben – ihre Hobbys, Interessen, ihre Bedürfnisse nach Eigenzeit und verschleißten so ihre Ressourcen. Gebraucht werden und Gebraucht-werden-wollen ist handlungsleitend für Ihr Selbstverständnis und Selbstbewusstsein. Selbstbestätigung durch Hilfe und Unterstützung für konkrete Menschen ist das bestimmende Moment in ihrem Leben und Ausdruck ihrer Zufriedenheit. Privat wie beruflich engagieren sie sich mit einem hohen Anspruch für Menschen, die ihre Unterstützung benötigen. Damit verbinden sie ihre eigene Würde und die der Hilfesuchenden: Mensch-Sein steht für sie im Mittelpunkt. Je mehr sie sich für andere engagieren, desto öfter erleben und beschreiben sie die Hilfe, die sie leisten als einseitig. An diesem Punkt angelangt, laufen sie Gefahr, sich selbst auszubeuten – insbesondere dann, wenn sie in sozialen Berufen tätig sind, in denen die beruflichen Anforderungen und der Hilfebedarf sehr groß sind. Ein hoher (ethischer) Anspruch, die Ansprüche der Hilfesuchenden sowie hohe Arbeitsanforderungen und eine geringe Abgrenzungsfähigkeit führen in Wechselwirkung zu massiver sozialer Selbstausbeutung. Im Krisenmodus leben diese Menschen nur noch für andere bis zur Erschöpfung und durchbrechen so den Schutzmechanismus ihrer Ressourcen. Sie entäußern sich sozusagen ihrer selbst für andere – was bleibt ist eine innere Leere, sie selbst ohne eigene, persönliche Bedürfnisse und Interessen.

### ***Drittens durch eine überfordernde Verantwortungsorientierung***

*Ich gerate in die Krise, weil ich ständig bzw. überall für jeden und alles Verantwortung übernehme, nur nicht für mich. Jemand muss ja Verantwortung übernehmen: für die Familie, das Arbeitsteam, für die Gemeinschaft und niemand kann das besser als ich. Wenn ich die Verantwortung übernehme, dann weiß ich auch, dass es gut gemacht*

*wird. Auch wenn ich die große Verantwortung manchmal als Last, als lästige Pflicht erlebe, kann ich nicht anders, ich muss es machen. Wenn ich alles unter Kontrolle habe, fühle ich mich besser. Ich rufe immer zuerst „hier“, wenn es darum geht Verantwortung zu übernehmen: Ich manage die Familie, engagiere mich im Elternvorschuss, kümmere mich um meine pflegebedürftigen Eltern und ihren Haushalt und habe eine Schlüsselposition in unserem Arbeitsteam – an mir kommt niemand vorbei. Ich packe Sachen an.*

Die Interviewten aus dieser Gruppe engagieren sich privat und/oder beruflich übermäßig für das 'Funktionieren' einer Gemeinschaft: in der Familie, Arbeit und Vereinen etc. Verantwortungsbewusstsein und ein tief verwurzeltes Pflichtgefühl sind zentrale Werte in ihrem Leben. Sie erleben und beschreiben sich als diejenigen, die alles managen, den Überblick und oft auch die alleinige Kontrolle haben. Sie sind die perfekten Familienmanager, die tragenden und treibenden Kräfte in einem Arbeitsteam. Nur wenn sie perfekt sind, können sie den Überblick und die Kontrolle behalten. Ihr Tag wird durch zusätzliche Verpflichtungen immer länger, bis sie sich wie Menschen mit einer Helferorientierung in ihrem Engagement für andere erschöpfen und verlieren. Die psychische Krise erleben sie als einen zunehmenden Kontrollverlust über sich bzw. andere und in diesem Sinne als ein Aufgerieben-Werden zwischen innerer Selbstverpflichtung und äußeren Pflichten. Auch hier dokumentiert sich ein ähnlicher **Risikotyp B II**.

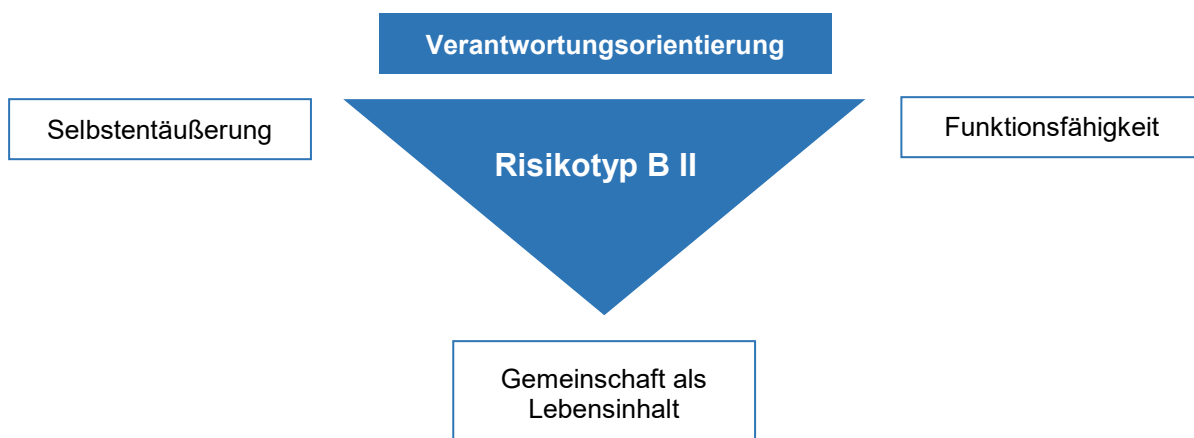


Abb. 5: Risikotyp B II

### **Risikotyp B II: Soziale Selbstaussbeutung – „Alles zusammenhalten und unter einen Hut bringen“**

Menschen des Risikotyps B II investieren mit übermäßigem Engagement ihre Ressourcen in das Funktionieren von Gemeinschaften. Sie vernachlässigen dafür ihre eigenen Interessen, Bedürfnisse und wenn es sein muss auch ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit. Gemeinschaften und ihr organischer Zusammenhalt sind handlungsleitend für ihr Selbstverständnis, ihre soziale Stellung und damit verbunden für ihr Selbstwertgefühl. Sie leben für die Familie, für das Arbeitsteam, ja für soziale Netzwerke, die ihnen für ein funktionierendes Gemeinwesen relevant erscheinen. Sie übernehmen gerne Verantwortung, egal wieviel Arbeit bzw. Stress damit verbunden ist. Sie erleben und beschreiben dies überwiegend als eine (moralische) Selbstverpflichtung. Problematisch ist, dass sie sich in vielen Bereichen (beruflich wie privat) für das Funktionieren



einer Gemeinschaft engagieren. Sie sind davon überzeugt, dass sie am besten geeignet sind, Verantwortung für andere zu übernehmen und diese gewissenhaft auszuführen. Wie im Fall der Helferorientierung verlieren sie durch ihr übermäßiges Engagement den Kontakt zu sich selbst und erschöpfen sich bis zur psychischen Krise. Sie beschreiben und erleben in dieser Phase oft deutliche Erschöpfungsanzeichen wie beispielsweise Panikattacken. Die psychische Krise erleben sie vor allem als Kontrollverlust – die Ereignisse verselbständigen sich, lassen sich nicht mehr managen, nicht mehr kontrollieren. Man wird sich selbst fremd. In der Krise dominieren deshalb Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit.

## **II Die Gruppe der Verhältnisorientierten**

Das Charakteristische für diese Gruppe und ihre Orientierungen ist, dass sich die Interviewten auf dem Weg in die Krise zunehmend als fremdbestimmt beschreiben und erleben. Sie folgen zwar auch ihren inneren Überzeugungen und handeln dabei auch werteorientiert, sie erleben sich dabei aber immer mehr von den äußeren Bedingungen und Verhältnissen abhängig. In der kritischen Phase der Krise, stellt sich dadurch ein Gefühl der Ohnmacht, der Machtlosigkeit, des Ausgeliefert-Seins an die Situation ein. Diese allgemeine Verhältnisorientierung lässt sich durch zwei zentrale Orientierungen und entsprechende Risikotypen spezifizieren:

### ***Viertens durch eine überfordernde Professionalitätsorientierung***

*Ich gerate in die Krise, weil ich gewisse Vorstellungen von der Ausübung meiner Tätigkeit habe, die nicht mehr zu den heutigen Arbeitsbedingungen und -anforderungen passen. Ich will meine Arbeit ordentlich und sorgfältig machen, damit ich stolz sein kann, auf das, was ich geleistet habe. Aber die betrieblichen Rahmenbedingungen, die Arbeitsverdichtung und die geringe Zeit, die mir zu Verfügung steht, lassen das nicht zu. Das stresst mich, macht mich wütend und lässt mich verzweifeln.*

Diese Gruppe von Interviewten zeichnet sich durch ein sehr ausgeprägtes Arbeitsethos aus. Sie identifizieren sich mit ihrer Arbeit und waren über lange Zeit in ihrem Arbeitsleben stolz auf die Qualität und Professionalität ihrer Arbeit, mit der sie i.d.R. einen hohen gesellschaftlichen Nutzen verbinden. Sie wollen ihre Arbeit gut machen und das bedeutet für sie vor allem sehr sorgfältig und genau zu arbeiten. Sie schätzen ihr Produkt bzw. ihre Dienstleistung und denken dabei vor allem an die Kundinnen und Kunden. Sie stehen zu ihrer Arbeitseinstellung und den damit verbundenen Werten und versuchen einen Spagat zwischen Personalknappheit, Arbeitsverdichtung, Termin- und Zeitdruck, dem Mentalitätswandel der jüngeren Generation und ihrem sozialisierten Anspruch an die Qualität ihrer Arbeit. Sie beschreiben und erleben in diesem Kontext Konflikte, die sie nicht aushalten und für sich nicht lösen können. In der psychischen Krise erleben sie sich durch Kontextbedingungen fremdbestimmt und nicht mehr handlungsfähig. In dieser Orientierung zeigt sich der **Risikotyp C I**.

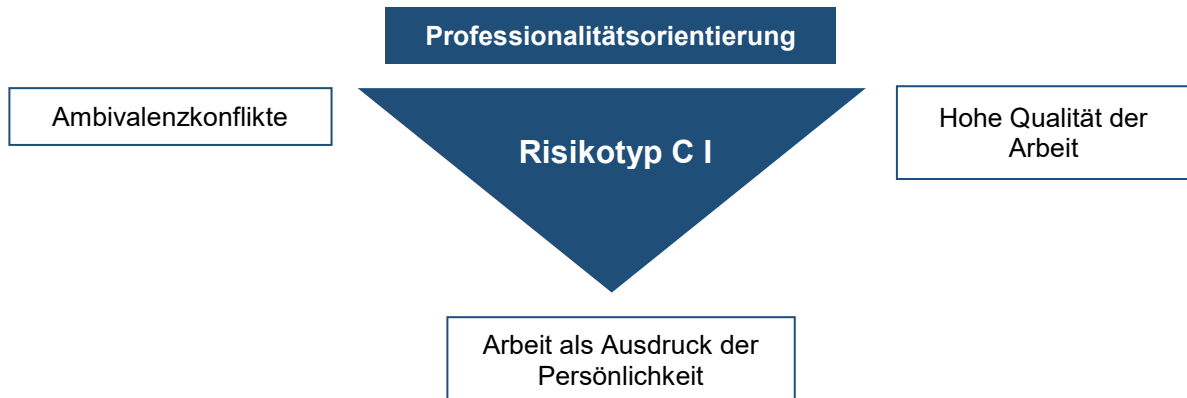


Abb. 6: Risikotyp C I

### **Risikotyp C I: Identitätserosion – „Entwertung beruflicher Fähigkeiten und Kompetenzen“**

Menschen des Risikotyps C I investieren ihre Ressourcen gegen eine übermäßige Vereinnahmung ihrer Arbeitskraft durch Digitalisierung und Rationalisierung. Sie finden sich in der „neuen Arbeitswelt“ nicht wieder und die daraus entstehenden Konflikte bestimmen zunehmend ihr (Arbeits-)Leben. Auf diesem Weg verschleissen sie ihre Ressourcen. Sorgfältiges Arbeiten und die gewissenhafte Erledigung der täglichen Aufgaben sind handlungsleitend für Ihr Selbstverständnis. Ihre berufliche Identität stärkt so ihre persönliche Identität. Ihr ausgeprägtes Arbeitsethos ist der dominierende, weil identitätsstiftende Faktor in ihrem Leben und Maßstab für ihre Zufriedenheit. In dem Maße wie ihnen die Bestätigung durch ihre Arbeit verloren geht, nehmen ihre inneren Konflikte zu und spiegeln sich in Arbeitskonflikten wider. Jeder neue Kompromiss stellt die eigene Identität in Frage. Die betrieblichen Vorgaben und Arbeitsbedingungen werden als übermächtig beschrieben und erlebt. Sie schränken die eigene Handlungsfähigkeit immer stärker ein und machen qualitativ hochwertige Arbeit bzw. sorgfältiges Arbeiten in ihrem Sinne unmöglich. Vor diesem Hintergrund verstricken sie sich in Konflikte mit Vorgesetzten und den jüngeren Kolleginnen bzw. Kollegen. Schwarz-Weiß-Denken beherrscht die Wahrnehmung und das Handeln. Gereiztheit, Frust und Aggressivität oder absolute Passivität dominieren immer mehr den Arbeits-Alltag. Das Leben wird in der Krise zur desillusionierenden Einbahnstraße und von einem Gefühl der Ausweglosigkeit bestimmt.

#### ***Fünftens durch eine überfordernde Anerkennungsorientierung:***

*Ich gerate in die Krise, weil ich bei der Arbeit zu wenig Anerkennung und Wertschätzung erfahre und dies als Geringschätzung meiner Person und Leistung empfinde und dadurch Konflikte vor allem mit Vorgesetzten entstehen, die eskalieren und für die ich keine Lösung habe.*

Für diese Gruppe von Interviewten stehen die Anerkennung und Wertschätzung durch Vorgesetzte im Mittelpunkt. Sie gehen in ihrer Tätigkeit auf und für einige ist es ihr Traumberuf. Sie wollen qualitativ hochwertige Arbeit leisten und arbeiten gerne im Team. Sie beschreiben sich als sehr zuverlässig sowie engagiert und erleben sich als nützliches Mitglied im Arbeitsteam. Sonderdienste, neue Aufgaben und stellvertretende Leitungstätigkeiten werden von ihnen als willkommene Herausforderung gesehen. Ein gutes Arbeitsklima ist ihnen wichtig. Von zentraler Bedeutung ist für sie, dass ihnen Respekt entgegengebracht wird und sie mit den Vorgesetzten auf Augenhöhe

kommunizieren. Probleme entstehen, wenn sich ihre Position, ihr Gruppenstatus ändert und sie nicht mehr die Anerkennung und Wertschätzung erfahren, die bisher ihr Arbeitsleben geprägt hat. Dies geschieht meist durch einen Vorgesetztenwechsel und damit verbundenen grundlegenden Veränderungen im Arbeitsteam. Die Interviewten erleben und beschreiben in diesem Kontext eine nachlassende Anerkennung und Wertschätzung ihrer Arbeitsleistung und das deuten sie gleichfalls als Geringschätzung ihrer Person. Die Arbeitssituation wird zunehmend durch Konflikte mit ihren Vorgesetzten bestimmt. In dieser Situation fühlen sie sich immer weniger handlungsfähig und fremdbestimmt. In dieser Orientierung manifestiert sich auch eine Ausprägung des **Risikotyp C II**.



Abb. 7: Risikotyp C II

### **Risikotyp C II: Identitätserosion – „Statuskonflikt als Einbahnstraße“**

Menschen des Risikotyps C II investieren ihre Ressourcen in ihren Beruf bzw. Berufung und suchen darin Anerkennung und Wertschätzung von Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen. Berufliche Anerkennung ist zentral für ihr Selbstverständnis und ihre Identität. Berufliche Identität und Identifikation ist der Maßstab für die persönliche Identität und Integrität. Wird ihnen diese Anerkennung und Wertschätzung in ihrer beruflichen Tätigkeit versagt, verschleißten sie in den damit einhergehenden Konflikten ihre Ressourcen. Im Mittelpunkt stehen hier Konflikte mit ihren Vorgesetzten, die einen schleichenden beruflichen Statusverlust bewirken. Die Interviewten erleben und beschreiben ihre Vorgesetzten als diejenigen, die ihnen ihren bisherigen Status im Arbeitsteam streitig machen und ihnen die bis dato vorhandene Anerkennung und Wertschätzung versagen. Sie reiben sich in diesen Konflikten auf, ohne adäquate Lösungen zu finden und flüchten in die Isolation. Gleichzeitig entstehen neue Schwierigkeiten und Konflikte – die Freude an der Arbeit geht verloren, die Motivation sinkt und durch die Beziehungskonflikte entsteht eine Quelle für negativen Dauerstress, die zu Gereiztheit, Aggressivität oder völliger Passivität („innerer Kündigung“), Konzentrationsproblemen bei der Arbeit und einer zunehmenden Fehlerquote führen. Die Konflikte bei der Arbeit dominieren in der Krise auch das Privatleben. Abschalten und auf Distanz gehen, erscheint nicht mehr möglich. In der Krise bleibt ihr beruflicher Status, ihr Beruf als Berufung, ihr Traumberuf auf der Strecke – übrig bleibt ein Gefühl der Leere, Ohnmacht und Ausweglosigkeit.

### III Sinnorientierung

Das Besondere hier ist, dass die Interviewten ihre Lebensumstände, ihr Verhalten und Handeln als sinnentleert beschreiben und erleben. Sie haben den Faden in ihrem Leben verloren. Die gesamte Lebenssituation und die bisherige persönliche Entwicklung werden infrage gestellt. Sie ziehen ihr bisheriges Leben, ihren Lebensweg in Zweifel und finden keinen Halt und keine Bestätigung mehr in ihrem täglichen Tun. Ihre psychische Krise erleben und beschreiben sie als eine Lebenskrise.

#### **Sechstens eine überfordernde Orientierungslosigkeit**

*Ich gerate in die Krise, weil ich keinen Sinn mehr in meinem Verhalten und Handeln sehe bzw. erlebe, weil ich uneins mit mir und meinem Leben bin. Mir ist die Orientierung verloren gegangen. Ich weiß nicht mehr, was ich will und wie es weitergehen soll.*

Diese Gruppe von Interviewten unterscheidet sich fundamental von den anderen. Bei ihnen ist nicht die Orientierung Ausdruck der Überforderung bzw. Krise, sondern im Gegenteil die vorherrschende Orientierungslosigkeit bzw. der fehlende Kompass für ein sinnhaftes Leben. Die darin sich ausdrückende Sinnkrise ist Treiber der psychischen Krise – z. T. verbunden mit Alkoholproblemen. Diese Sinnkrise legt sich wie Mehltau über alle Lebensbereiche. Ohnmacht, Selbstzweifel, Angst und depressive Episoden, ja Passivität bestimmen zunehmend den Alltag. Aus dieser Gruppe konnte kein Risikotyp rekonstruiert werden. Während bei allen anderen Interviewten verinnerlichte Werte und äußere Anforderungen Impuls, Anlass für die Überforderung bzw. Krise waren, verkehrt sich hier dieses Verhältnis in sein Gegenteil. Fehlende Werte und die Bedeutungslosigkeit des eigenen Tuns führen über innere und äußere Konflikte in die Überforderung bzw. psychische Krise. Die Sinnkrise als solche aber, lässt sich nicht näher ausdifferenzieren, bleibt in den Erzählungen und den Schilderungen vage und ist auch für die Befragten wenig greifbar.

#### **Gemeinsamkeiten der Risikotypen und Handlungsorientierungen**

Das verbindende Handlungsmuster zwischen den Risikotypen und den zugrundeliegenden, rekonstruierten Handlungsorientierungen<sup>12</sup> ist das „Aufgerieben werden“ bzw. das sich „Aufreiben lassen“ zwischen den äußeren Anforderungen und inneren Ansprüchen. In diesem „Aufreiben lassen“ bzw. „Aufgerieben werden“ dokumentiert sich einerseits ein Druck zur Anpassung, der seinem Wesen nach zu einer Überangepasstheit an soziale Normen und Werte tendiert (vgl. Handlungsorientierungen wie Leistungs-, Pflicht- und Verantwortungsgefühl), andererseits aber auch anhaltende Insuffizienzgefühle – egal was man tut, es ist nie genug. Die Zeit verrinnt den Interviewten dabei zwischen den Händen, will heißen der Tag hat nie genug Stunden. Das Zeitempfinden ist im Erleben, Verhalten und Handeln überwiegend linear. Die zur Verfügung stehende Zeit wird als eine Abfolge von Verpflichtungen gegenüber Kindern, Partnerin oder Partner und Eltern, Terminen und Deadlines bei der Arbeit etc. wahrgenommen und geht einher mit dem Erleben von (Arbeits-), (Zeit-)Druck, Stress, Angst, Aggressionen und Frustration bei denen man verschleißt. Dieser Zustand und Verlauf gehen auf Kosten primär vitaler Bedürfnisse und Interessen, für die immer weniger Zeit bleibt, für die man sich immer weniger Zeit nimmt. Vor diesem Hintergrund

---

<sup>12</sup> Abgesehen von der Sinnorientierung, die als ein Heraustreten, -fallen aus der Zeit und seinen bisherigen Lebensbezügen interpretiert werden kann. Das Sein verliert seinen Zweck und sein Ziel und dies erstreckt sich über alle Lebensbereiche. Die Situation bzw. der Zustand wird als ein Stillstand erlebt und beschrieben – weder die persönlichen Beziehungen, die Arbeitsbeziehungen noch die Arbeit oder andere Dinge machen Sinn. Alles wird infrage gestellt.

beschreiben die Interviewten eine zunehmende Erholungsunfähigkeit und ein Nachlassen sozialer Aktivitäten (Vernachlässigung sportlicher Aktivitäten, Vernachlässigung von Freundschaften und Hobbys). Sie erleben sozusagen eine Ressourcenverlustspirale<sup>13</sup>. FUCHS charakterisiert diesen Prozess als einen fortschreitenden Prozess der Desynchronisierung, der einen selbstbestimmten und achtsamen Umgang mit sich und der Umwelt – durch das einseitig lineare Zeitempfinden und den damit verbundenen Zeitstress – blockiert und vitale Lebensprozesse stört bzw. erschöpft bis hin zu psychischer Dekompensation.

*„...Wir stehen sehr unter Verkaufsdruck. Und das ist halt nicht so einfach [...] und der Terminkalender sollte nach Möglichkeit auch immer voll sein, das heißt aber auch nicht, wenn abends achtzehn Uhr die Geschäftsstelle schließt; dass wir keine Beratung mehr machen. Und an den kurzen Tagen, [...] da fanden nachmittags manchmal noch Schulungsveranstaltungen oder auch Kundenveranstaltungen statt. Und dort wurden teilweise auch die Veranstaltungen so gestaltet, dass sie nicht als Arbeitszeit gegolten haben. [...] das heißt; man hat dort Freizeit im Prinzip investiert. [...] man hat sich teilweise auch Weiterbildungsprüfungen unterzogen; die mich auch immer sehr belastet hatten. [...] und das wurde dann auch immer schlimmer. Also ich hab dann auch manchmal versucht zu sagen: Nee; ich hab keine Lust dorthin zu gehen, aber letztendlich kam dann wieder der Leiter und meinte, einer von uns möchte gehen, und ich bin nun diejenige; die keine kleinen Kinder mehr hat. Alle anderen; die sind irgendwie anderweitig eingebunden oder arbeiten nicht Vollzeit, und da hab ich mich immer wieder hinreißen lassen und bin dann zu irgendwelchen Sachen gegangen, [...] wo mir die Freizeit dann noch=n Stück genommen wurde, gefehlt hat. Nee, und also wirklich abschalten, wenn du dann nach Hause kommst, kannst du weder in der Woche noch dann so richtig am Wochenende.“ (BAuA Projekt F 2386<sup>14</sup>)*

Die Interviewten empfinden diesen Prozess im Verlauf der psychischen Krise als Selbstentfremdung, die sich langsam und fast unmerklich ergibt (siehe Kap. 3.2): „Burnout beginnt dort, wo Menschen ihre körperlichen und seelischen Regenerationsprozesse vernachlässigen, indem sie immer mehr oder immer angestrenzter arbeiten. Daraus entwickelt sich eine Spirale. Sie schlafen immer weniger, sie essen immer hektischer, arbeiten noch mehr und haben für nichts anderes mehr Zeit. Die Tagesstruktur und der Lebensrhythmus gehen verloren, Anspannung und Unzufriedenheit steigen und die Betroffenen geraten mehr und mehr in Rückstand, in eine Desynchronisierung, die schließlich in die Depression münden kann.“ (FUCHS, 2019, S. 41f).

*„Und als mir das denn auch mal so bewusst wurde; wie ist überhaupt deine Schlafphase. ich hatte ja sogar nachts oder abends am Nachttisch habe ich einen Zettel*

<sup>13</sup> Siehe dazu: „Conversation of Resource Theory“ (vgl. HOBFOLL u. BUCHWALD, 2004a). Grundlage der Theorie ist die Annahme, dass Menschen bestrebt sind, sich Ressourcen anzueignen, zu erhalten, zu erweitern und zu schützen. Der Verlust von relevanten Ressourcen bedeutet negativen Stress und schränkt die Handlungsfähigkeit der Betroffenen ein. Der Erhalt und Zugewinn von Ressourcen dagegen, wird mit Wohlbefinden und erweiterter Handlungsfähigkeit assoziiert. „In der Anwendung des COR-Modells auf Burnout sind es die arbeitsbezogenen Anforderungen, z. B. hohe Arbeitsbelastungen, Rollenkonflikte und mangelndes Feedback, die mit tatsächlichen oder drohenden Ressourcenverlusten einhergehen. Burnout entsteht also, wenn Menschen mit ihren Ressourcen den stressreichen Arbeitsanforderungen nicht gerecht werden oder die antizipierten Ergebnisse nicht den getätigten Ressourceninvestitionen entsprechen.“ (HOBFOLL u. BUCHWALD, 2004b, S. 248f)

<sup>14</sup>Diese Bezeichnung steht für Zitate aus den Interviews der qualitativen Teilstudie.

*und=n Stift immer liegen gehabt; falls mir nachts wieder was eingefallen ist, habe ich gleich notiert; Aber letztendlich zwei Stunden hat man denn mal betrachtet habe ich immer nur maximal geschlafen und dann ist also die ganze Erholungsphase auch nicht da gewesen; [...] Weil ich nicht abschalten konnte.“ (BAuA Projekt F 2386)*

Dieser Prozess der Desynchronisierung zeigt sich in den Interviews am deutlichsten anhand der Arbeitszeit. Durch die Entgrenzung und Intensivierung wird eine selbständige Gestaltung der Arbeitszeit und Arbeitsaufgabe immer schwieriger. Auch eine Gestaltung regenerativer Zeiten der körperlichen und psychosozialen Erholung im Wechselspiel mit den eigenen Ansprüchen an die Arbeit gelingt nicht mehr und reibt selbstwirksames Handeln zwischen diesen Ansprüchen zusehends auf. In den Schilderungen der Interviewten dokumentiert sich in diesem Aufgerieben-Werden in einem erweiterten Sinn der Prozess der Selbstentfremdung, in dem ein Mangel an Subjektsein aufscheint - ein Zurückweichen des Subjekt-Ichs gegenüber dem Objekt-Ich (vgl. MUNDT et al., 1991), eine Verdinglichung des Leibseins (vgl. FUCHS, 2015).

*„Ja, ich bin gut im Funktionieren, ich funktioniere schon mein ganzes Leben lang. [...] das ist so mein Thema, dass ich einfach nicht auf mich gucke, sondern immer nur guck, wie=s anderen geht, und ja, einfach funktioniere, das habe ich so aus meiner Kindheit mitbekommen.“ (BAuA Projekt F 2386)*

### **3.2 Psychische Krisen: ein schleichender Prozess der Selbstentfremdung**

Da der RTW-Prozess als ein zusammenhängender und kontinuierlicher Prozess beschrieben werden kann (vgl. ANDERSEN et al., 2012), war eine zentrale Frage der vorliegenden Studie, wie die Interviewten den Weg in die Krise erleben und dies das Verhalten und Handeln beeinflusst, insbesondere im weiteren Verlauf der Rückkehr zur Arbeit.

Die überwiegende Mehrheit der Interviewten beschreiben aktuelle Ereignisse und Anforderungen in den letzten ein bis drei Jahren als krisenauslösend. Nur einzelne stellen konkrete Bezüge her zu ihrer Biografie und sehen ihre psychische Erkrankung als einen „roten Faden“, der sich durch ihr bisheriges Leben zieht. Dieses Verhältnis muss aber im Umkehrschluss nicht heißen, dass es bei der Mehrheit der Interviewten keine biografischen Umstände und Bedingungen gibt, die auf eine gewisse Disposition hinweisen, wie bei denjenigen Interviewten, die einen „roten Faden“ erkennen. Gleichwohl beschreiben alle Interviewten die Entstehung der psychischen Krise als einen schleichenden Prozess, der sich über ein Jahr bzw. mehrere Jahre aufgeschichtet hat – im Einzelfall bis zum Zusammenbruch.

Diesen sich über einen längeren Zeitraum krisenhaft entwickelnden Prozess beschreiben die Interviewten einerseits als einen Prozess des Ignorierens, „Nicht-Wahrhaben-Wollens“ und „Nicht-Verstehens“ von Symptomen, andererseits aber auch als einen der Loyalität und des „Verpflichtet-Seins“ gegenüber Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzten sowie Kindern, Partnerin und Partner, Eltern und den eigenen Ansprüchen gegenüber. In diesem Erleben und Beschreiben der fortschreitenden psychischen Krise dokumentiert sich gleichzeitig auf einer tieferliegenden Ebene ein kontinuierlicher

Prozess der Selbstentfremdung, der sich durch folgende Eigenschaften charakterisieren lässt: durch (1) eine Vernachlässigung bzw. ein Nicht-Wahrhaben-Wollen eigener Bedürfnisse und Interessen, (2) einen Verlust positiver Emotionsbewältigung<sup>15</sup>, (3) einen individuell erlebten Kontroll- und Steuerungsverlust im Verhalten und Handeln, (4) durch einen Rückzug auf ein 'rationales Programm'<sup>16</sup>, dass die 'Funktionsfähigkeit' in Bezug auf bestimmte berufliche und/oder private Anforderungen aufrechterhält, der in Einzelfällen zu einem 'Funktionieren bis zum Umfallen' führt.

Im Mittelpunkt der schleichenden Selbstentfremdung steht der Verlust einer positiven Emotionsbewältigung und damit einhergehend der Verlust gesunderhaltender Ressourcen (vgl. Kap. 3.1). Emotionen übernehmen in der Regel eine steuernde bzw. moderierende Rolle. Sie zeigen uns im Normalfall, ob eine Situation den eigenen Bedürfnissen entspricht oder verändert werden sollte (vgl. LAZARUS, 1991). Findet eine derart steuernde Emotions- und Situationsbewältigung nicht mehr statt, entsteht die folgenreiche von FUCHS beschriebene Desynchronisierung von Tages- bzw. Lebensrhythmen (vgl. Kap. 3.1.4). Dieser Mechanismus einer positiven Emotionsbewältigung, das deuten die Schilderungen der Interviewten an, scheint im Verlauf einer psychischen Krise durch eine Unter- bzw. Überregulierung von negativen Emotionen bzw. Gedanken (vgl. BARNOW, 2012) zunehmend außer Kraft gesetzt. Dies wiederum führt zu einer Vernachlässigung grundlegend vitaler Bedürfnisse und Interessen. Die Interviewten geraten in Konflikt mit den äußeren Anforderungen spezifischer Lebenswelten im privaten und beruflichen Bereich und den damit verbundenen inneren Ansprüchen in Bezug auf die Bewältigung der äußeren Anforderungen.

Genauer explizieren lässt sich dieses Ineinanderwirken von äußeren Anforderungen und inneren Ansprüchen und der damit verbundenen Selbstentfremdung bspw. entlang der in Kapitel 3.1 beschriebenen Überforderung durch die Arbeitsbedingungen, -beziehungen und Einstellung zur Arbeit.

---

<sup>15</sup> Positive Emotionsbewältigung meint hier eine integrierende Form der Bewältigung, in der Emotionen wahrgenommen, zugelassen und bewertet werden. Eine positive Emotionsbewältigung führt in diesem Sinne zu einem Mehr an Handlungsmöglichkeiten und erhöht unsere Anpassungsfähigkeit im Umgang mit herausfordernden Lebensumständen bzw. -situationen. Dieser gesunderhaltende Mechanismus positiver Emotionsbewältigung versagt im Verlauf einer psychischen Krise zunehmend und versagt in der akuten Krise vollständig.

<sup>16</sup> Die Verwendung technischer Begrifflichkeiten trägt in diesem Kontext in besonderer Art und Weise dem Prozess der Selbstentfremdung, insbesondere dem Verlust einer positiven Emotionsverarbeitung und -bewältigung Rechnung.

Tab. 2: Arbeitsanforderungen und Einstellung zur Arbeit als krisenauslösendes Moment bei der Gruppe der Hochleister (vgl. Kap. 3.1)

Arbeitsbedingungen als äußere Anforderungen	Einstellung zur Arbeit als innere Ansprüche
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einseitige Aufgabenorientierung bzw. Shareholder-Value-Orientierungen</li> <li>▪ hohe Arbeits-(zeit)-verdichtung</li> <li>▪ hohe Erwartungshaltung von Vorgesetzten bei gleichzeitig geringer Wertschätzung durch diese</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ perfektionistische Genauigkeit bei der Aufgabenerfüllung: „Null-Fehler-Quote“ als Anspruch</li> <li>▪ ausgeprägte Leistungs- und/oder Karriereorientierung</li> <li>▪ besondere Loyalität bzw. Verpflichtung gegenüber Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten</li> </ul>

Eine einseitige Shareholder-Value-Orientierung, eine hohe Arbeits-(zeit)-Verdichtung sowie ein entsprechend ausgeprägtes Leistungsdenken der Vorgesetzten bei gleichzeitig geringer Wertschätzung der Beschäftigten in Verbindung mit einem perfektionistischen Anspruch, einer ausgeprägten Leistungsorientierung und/oder einer besonderen Loyalität gegenüber den Kolleginnen und Kollegen und einzelnen Vorgesetzten führen über ständige Mehrarbeit, Arbeiten in der Freizeit und eine nachlassende Erholungsfähigkeit in die psychische Krise, in der eine adaptive emotionale Bewältigung der Situation, ein angemessener Ausgleich von Bedürfnissen bzw. Interessen immer weniger geleistet werden kann. Dies führt in der Konsequenz zu eskalierenden Konflikten, die in der Krise irgendwann als nicht mehr steuerbar erlebt werden.

*„Ich spürte starke Anspannung, ich habe kaum Emotionen gehabt und war an vielen Stellen auch nicht bereit, Emotionen mit anderen zu teilen. Das ist das grobe Bild und hatte mich, sag ich mal, allen Dingen hingegeben, die dann nur meine Tätigkeit, aktives Anbringen von Fachwissen anging, [...] Freizeitgestaltung fand nicht statt, es war so, dass keine Motivation da war, irgendetwas anderes zu tun.“ (BAuA Projekt F 2386)*



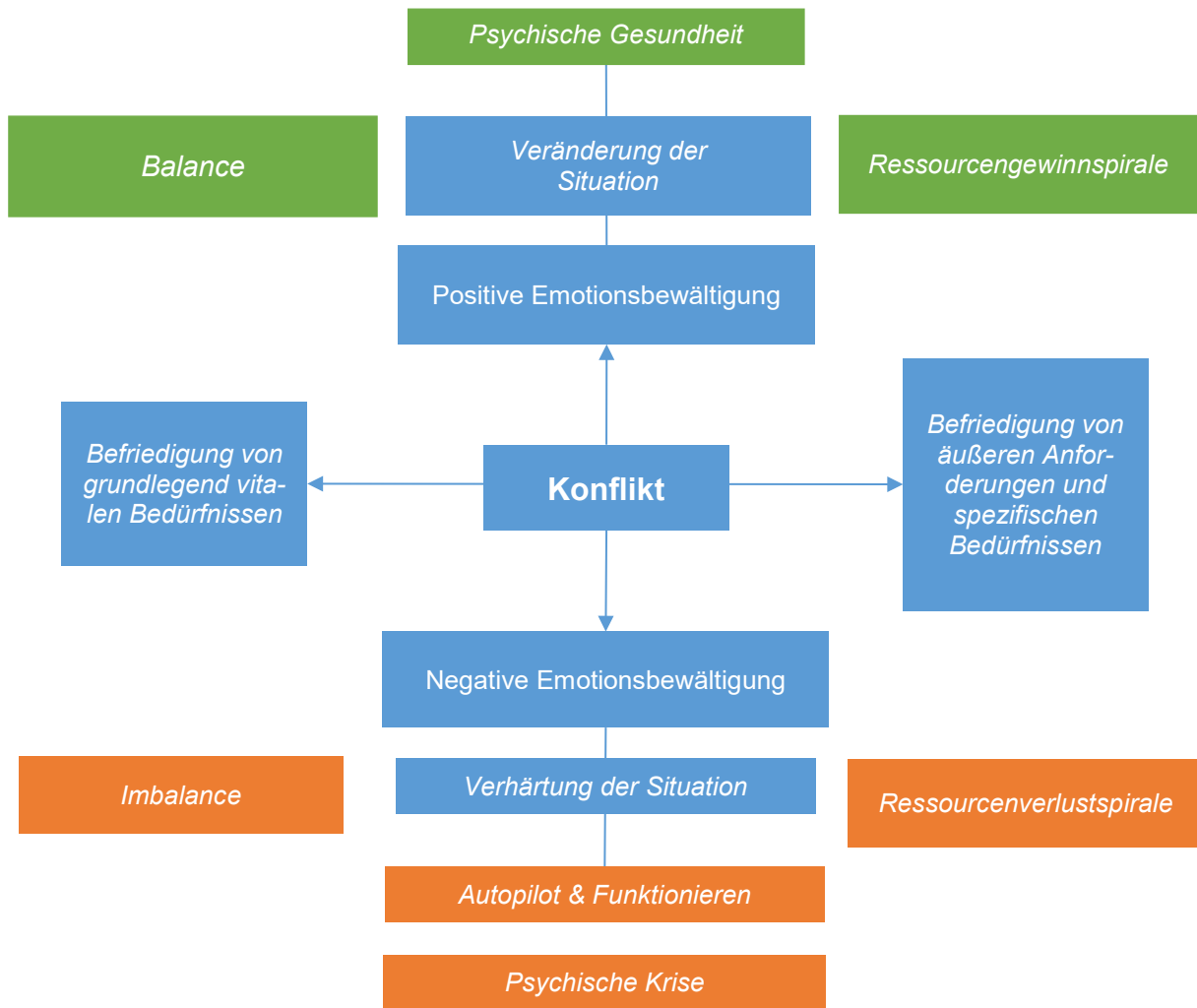


Abb. 8: Psychische Krise als schleichender Prozess der Selbstentfremdung

*„Ja, völlig ausgebrannt. Und ich konnte nachher gar nicht mehr von einer Besprechung zur nächsten abschalten. Also ich bin gedanklich noch in der vorherigen Besprechung gewesen, und habe also den Ballast schon mitgenommen in die neue Besprechung, und da wollte man natürlich auch richtig zuhören, aber es klappte gar nicht mehr. Und dann habe ich festgestellt, ja es geht gar nix mehr. Also der Kopf hat gestreikt; (..) Also technisch gesprochen, würde ich sagen, wenn mein Gehirn eine Festplatte wäre, hat sie vollständig gestreikt. Und das war für mich dann auch das Schlimmste: weil gerade im Kopf ist halt das Wichtigste gewesen, was man tagtäglich fürs Doing brauchte, und plötzlich war da eine Leere; kam ich nicht mehr an die Daten ran. Da war für mich die Welt zusammengebrochen. [...] dann kam ich in diese Heulsituation hab mich dann auch als Versager plötzlich betrachtet [...].“*  
(BAuA Projekt F 2386)

Diese Konflikte zwischen grundlegend vitalen Bedürfnissen und Interessen des Ausgleichs, der Achtsamkeit gegenüber sich selbst und der Pflege sozialer Beziehungen einerseits und beruflicher Anforderungen, aber auch beruflicher Bedürfnisse und Interessen andererseits, eskalieren über eine Vernachlässigung der grundlegend vitalen

Bedürfnisse und den Verlust positiver Emotionsbewältigung. Damit einher gehen Gefühle der Überforderung, der Erholungsunfähigkeit, des „Ausgebrannt-Seins“, Angst, Panik und/oder Wut, der „inneren Leere“, der Nutz- und Wertlosigkeit sowie existenziell erscheinende Selbstzweifel bis hin zum körperlichen bzw. psychischen Zusammenbruch und ernstzunehmenden Suizidgedanken.

Was folgt, ist die Einsicht, durch einen sogenannten „Autopiloten“, d. h. durch ein automatisch ablaufendes Programm als Mensch „auf der Strecke geblieben zu sein“, wie dies einzelne Interviewte auf den Punkt bringen. Dieser Maximalpunkt ist zugleich der Gipfelpunkt der Selbstentfremdung bzw. Krise und es folgt die Einsicht, dass es „so nicht weitergeht“.

*„Ich war am Boden zerschlagen, muss ich sagen, weil aus der Situation, ich hatte drei Jobs sozusagen parallel zu betreiben. Und ich war Perfektionist und wollte natürlich überall hundert Prozent geben und dabei bin ich selbst auf der Strecke geblieben.“ (BAuA Projekt F 2386)*

*„Dann muss ich sagen, ich habe einen ziemlich anstrengenden Beruf. Und dann kommt noch dazu, dass ich eine ziemlich schwierige Beziehung habe. Das kam dann jetzt auch noch obendrauf; dann habe ich eine Gürtelrose bekommen, (.) da hat mein Körper wieder geschrien, und da wurde ich dann krankgeschrieben, und dann war ich bei einem Psychiater und der hat mir dann gleich die Einweisung in die Hand gedrückt [...] und die haben mich sofort aufgenommen [...] ich konnte einfach nicht mehr, ich hatte auch Suizidgedanken. [...] Einen Tag später und ich hätte wahrscheinlich nicht mehr gelebt; weil das hätte ich nicht länger ertragen können.“ (BAuA Projekt F 2386)*

*„Und da war für mich sozusagen klar, ich brauche psychologische Hilfe“ (BAuA Projekt F 2386)*

Dieser schleichende Prozess kann gleichermaßen als ein Prozess des sukzessiven Ressourcenverlustes (vgl. BUCHWALD et al., 2004) charakterisiert werden und als ein Steuerungsverlust über die eigene Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit interpretiert werden. Ein Prozess also, in dem das Gefühl der Selbstsicherheit und Selbst-Bewusstheit verlorengelht und in dem sich das Selbst letztlich überfordert und erschöpft. Nach FUCHS et al. (2019) wird diese Überforderung und Erschöpfung durch ein defizitäres Gefühl getrieben, „permanent hinter den eigenen Ansprüchen der Selbstoptimierung zurückzubleiben und der Sorge, den gesellschaftlichen Herausforderungen des Innovationsimperativs nicht nachzukommen und gleichsam zurückgelassen zu werden“ (FLATSCHER, 2019, S. 150). Dieses Gefühl kann gleichzeitig auch mit dem von TELLENBACH geprägten Begriff der Remanenz assoziiert werden (vgl. TELLENBACH, 1961). TELLENBACH spricht in diesem Kontext von einem *Typ Melancholicus* „mit perfektionistischer Genauigkeit, ausgeprägter Leistungsorientierung und Neigung zu symbiotischen Abhängigkeitsbeziehungen [...] diese Menschen sind besonderen Risiken, depressiv zu erkranken, ausgesetzt – etwa, wenn sie vor sich selbst und vor anderen in Schuld geraten, hinter ihren hohen Ansprüchen zurückzubleiben“ (FUCHS u. BERGER, 2011, S. 3).

In der Konsequenz führt dies dazu, dass ein Großteil der Interviewten auch krank zur Arbeit geht. Im Vordergrund steht hier meist das Gefühl der Verantwortung gegenüber

den Kolleginnen und Kollegen: *‘Ich kann die doch nicht im Stich lassen, die brauchen mich doch’*, im Einzelfall aber auch die Loyalität gegenüber wohlgesonnenen Vorgesetzten, denen sich die Interviewten auch freundschaftlich verbunden fühlen. Darüber hinaus erleben und beschreiben sich die Interviewten in dieser Situation aber auch als Kolleginnen bzw. Kollegen, die sich schlecht abgrenzen bzw. selbst Grenzen setzen können. Im Hintergrund wirkt erschwerend der beschriebene Arbeitsdruck und die Einsicht, *‘dass die Arbeit ja von irgendjemand gemacht werden muss’*. Die Interviewten gehen in dieser Situation selbst dann noch zu Arbeit, wenn sich ernsthafte und behandlungsbedürftige Erkrankungen abzeichnen und funktionieren, wie oben beschrieben, im Einzelfall bis *‘zum Umfallen’*.

*„Ja; das hat sich so ausgewirkt, dass ich eigentlich die Monate davor immer viele Überstunden gemacht habe, mitunter Samstagarbeit. [...] Über Monate hat sich das ausgedehnt und ich eigentlich nur noch auf Arbeit gefahren bin und nach Hause, Arbeit, Haushalt und schlafen und so ging das über Monate. Bis ich dann irgendwann, nicht mehr so gut schlafen konnte; wo ich gedacht habe, ich bin eigentlich noch gar nicht ausgeruht im Auto, aber ich bin trotzdem gefahren, weil da immer gewisse Termine waren. Irgendwann hatte ich dann auch Probleme beim Autofahren, [...] und es war eigentlich am Ende so, dass ich kaum noch Auto fahren konnte, dass ich dann mit öffentlichen Verkehrsmitteln auf Arbeit gefahren bin. [...] Und dann bin ich mehr oder weniger verzweifelt in die Sprechstunde bei meinem Hausarzt gegangen [...] und der hat dann gesagt, [...] er müsste mich mal für eine Woche rausnehmen. Manchmal müsste man einen auch länger rausnehmen; aber, dass er da mich meint, war mir nicht bewusst. Bin dann in psychotherapeutischer Behandlung gewesen und mir wurde dann eigentlich erst klar, [...] dass das Angstsymptome sind, aber auf den Gedanken wäre ich nie gekommen.“ (BAuA Projekt F 2386)*

*„Und durch meine Arbeit bedingt, habe ich mich auch selten krankschreiben lassen. Weil ich weiß, was das dann nach sich zieht für meine Kollegen, wenn dann plötzlich jemand ausfällt, und der Kalender mit Terminen voll ist. Deswegen bin ich auch meistens dann auf Arbeit gegangen, obwohl mir=s eigentlich innerlich gar nicht danach war. Den Spaß, den ich auf Arbeit vorneweg hatte, der wurde auch immer weniger. War weg. Ja; und [...] das wurde mir dann auch mehr oder weniger bewusst, dass eben dieser Stress auf Arbeit; dass ich damit auch nicht mehr umgehen konnte.“ (BAuA Projekt F 2386)*

## **4 Prävention und Return to Work**

### **4.1 Prävention von psychischen Krisen und Erkrankungen**

Der schleichende Verlauf einer psychischen Krise bis hin zur manifesten Erkrankung und längeren Arbeitsunfähigkeit macht deutlich, dass im Vorfeld präventive Interventionen möglich und sinnvoll sind. Warum dies bisher größtenteils nicht erfolgt, liegt unter Berücksichtigung der Ergebnisse der qualitativen Studie einerseits daran, dass die Interviewten selbst die Krise erst dann wirklich wahrnehmen, wenn die Symptome eindeutig sind. Eine Vielzahl körperlicher Symptome, die im Vorfeld einer psychischen Erkrankung auftreten können, werden von den Interviewten und oftmals auch von ihren Hausärzten fehlinterpretiert. Darüber hinaus werden sie i.d.R. nicht in einem Gesamtkontext, d. h. im Kontext mit den Anforderungen und Überforderungssituationen in den spezifischen Lebenswelten gesehen. In der Konsequenz führt dies zu dem beschriebenen Prozess der Selbstentfremdung, der vor allem durch eine Vernachlässigung eigener Interessen und Bedürfnisse gekennzeichnet ist und der eine realitätsnahe emotionale Bewältigung der Situation verhindert. Andererseits muss davon ausgegangen werden, dass im betrieblichen Alltag psychische Beeinträchtigungen von Kolleginnen sowie Kollegen und Vorgesetzten zwar wahrgenommen werden, aber nicht rechtzeitig gehandelt wird oder diese bis zur akuten Phase betrieblich unerkannt bleiben. Aus der beschriebenen Situation lassen sich drei zentrale allgemeine Interventionen ableiten: (1) die Sensibilisierung von Mitarbeitenden und Führungskräften zum Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen und Krisen (Umgang mit Ressourcen, mit Stress und negativen Gefühlen, Erholungsfähigkeit und hilfreiche Emotionen, Selbstfreundschaft aufbauen und pflegen, Achtsamkeit und Entspannung – vgl. ECKERT u. TARNOWSKI, 2017), (2) die Schulung von Vorgesetzten zum Umgang mit psychisch beeinträchtigten Beschäftigten sowie (3) Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, die geeignet sind, länger andauernde psychische Überforderungssituationen von Mitarbeitenden und Vorgesetzten frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden (vgl. STEGMANN u. WRAGE, 2019).

Maßnahmen der Früherkennung sind bspw. eine ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung, eine betriebsärztliche Sprechstunde und insbesondere eine Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (vgl. ROTHERMUND et al., 2019). Letztere bietet einerseits die Möglichkeit, psychisch herausfordernde Situationen und Beeinträchtigungen frühzeitig zu erkennen und durch kurzzeittherapeutische Interventionen im Einzelfall eine psychische Krise bzw. Erkrankung frühzeitig abzuwenden. Gleichzeitig kann sie dazu dienen, überfordernde Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen zu erkennen und diese im Arbeitsschutzausschuss anonym und aggregiert zu erörtern und darauf aufbauend ggf. präventive Maßnahmen zu initiieren (vgl. GISSENDANNER et al., 2019). Andererseits bietet sie im Falle einer manifesten psychischen Erkrankung die Möglichkeit, frühzeitig eine Behandlung im medizinisch-therapeutischen Versorgungssystem in die Wege zu leiten und dadurch Präsentismus bzw. unnötige Arbeitsunfähigkeitszeiten zu vermeiden.

## 4.2 Allgemeine Anforderungen an eine erfolgreiche Rückkehr in den Betrieb

Je komplexer die Problemlagen der Interviewten, desto länger dauert unter den vorherrschenden medizinisch-therapeutischen und betrieblichen Bedingungen die Arbeitsunfähigkeit an und entsprechend die Rückkehr in den Betrieb. Je länger sich aber die Rückkehr in den Betrieb hinzieht, desto unwahrscheinlicher wird sie. Diese Ausgangssituation deutet einen besonderen Handlungsbedarf für eine spezifische Risikogruppe an, deren Risiko arbeitslos bzw. frühverrentet zu werden, relativ hoch ist. In dieser Gruppe von Interviewten finden sich vermehrt Personen, die bereits von sich aus Exit-Strategien (wie bspw. selbst zu kündigen, eine Umschulung anzustreben oder eine Rente beantragen zu wollen) verfolgen. Diese Gruppe weist vorwiegend folgende Merkmale auf: (1) eine längere Krankheitsgeschichte, die sich meist wie ein roter Faden durch ihr Leben zieht, (2) dementsprechend schwerwiegende biografische Erlebnisse, die krankheitsbestimmend sind, (3) zusätzlich kritische Lebensereignisse im Verlauf der psychischen Krise (wie bspw. Trennung von Partnerin oder Partner, Pflege bzw. Tod eines Angehörigen etc.), (4) Stress auf der Arbeit. Aus dieser schwierigen Ausgangssituation, in der es keinen stabilisierenden Faktor mehr im Leben und Verlauf der Krise der Interviewten gibt, ergeben sich die Voraussetzungen, die die Rückkehr in die Arbeit erschweren:

- eine vergleichsweise auffallend niedrige Selbstwirksamkeit
- eine selbsteingeschätzte negative RTW-Prognose
- eine langsam voranschreitende Krankheitsbewältigung und -verarbeitung in Folge der komplexen Problemlagen
- eine fehlende RTW-Strategie sowie
- eine nicht vorhandene professionelle Begleitung über die Zeit der Behandlung in der Klinik hinaus, die die weitere Krankheitsbewältigung und -verarbeitung kontinuierlich therapeutisch begleitet und Rückkehrängste und Blockaden der Zurückkehrenden ernst nimmt und gemeinsam mit ihnen bewältigt.

Je mehr dieser Faktoren im individuellen Fall zutreffen, desto schwieriger wird die Rückkehr und desto mehr sind die Zurückkehrenden, dies zeigen die Interviews, auf eine professionelle Hilfe und Unterstützung angewiesen. Ohne eine entsprechende Unterstützung, kehrt diese Gruppe nur in Ausnahmefällen an ihren Arbeitsplatz zurück und wenn sie zurückkehren, dann im Schnitt vier bis sechs Monate später als die zweite Gruppe der Interviewten.

Die zweite Gruppe der Rückkehrenden beschreibt sich im Vergleich zu der ersten Gruppe als weniger belastet und zeichnet sich durch eine weniger komplexe Problemlage aus. Sie beschreiben meist nur ein zentrales Problem bspw. die Überforderung durch die Arbeit und ihre Einstellung zur Arbeit oder schildert überschaubare private Probleme, die sich oft im Verlauf der Behandlung oder im Anschluss daran auflösen. Nichtsdestotrotz erleben und erfahren die Interviewten dieser Gruppe ihre psychische Krise als ein einschneidendes Erlebnis, überwiegend als eine Zäsur und mitunter als existenzielle Krise. Sie schaffen es aber, diese Krise und Erkrankung relativ zügig während der Behandlung aktiv zu bewältigen und entwickeln vor dem Hintergrund ihrer Lebenswelten ganz konkrete RTW-Strategien. Sie wissen ziemlich genau, was sie brauchen, um an ihren Arbeitsplatz zurückkehren zu können, d. h. was sie persönlich

zu einer erfolgreichen Wiedereingliederung beitragen können und was sie sich von ihrem Vorgesetzten, von ihren Kolleginnen und Kollegen und ihrem Betrieb an Unterstützung wünschen. Sie lassen sich entsprechend durch folgende Ausgangslage charakterisieren:

- eine vergleichsweise gute, wenn auch noch fragile Selbstwirksamkeit,
- eine selbsteingeschätzte positive RTW-Prognose
- eine fortgeschrittene Krankheitsverarbeitung und -bewältigung in Folge einer übersichtlichen Problemlage
- eine konkrete RTW-Strategie entlang ihrer Vorgeschichte und Lebenswelt und
- ein entsprechendes Zutrauen die Rückkehr weitgehend selbstbestimmt mit punktueller Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleginnen bzw. Kollegen zu meistern.

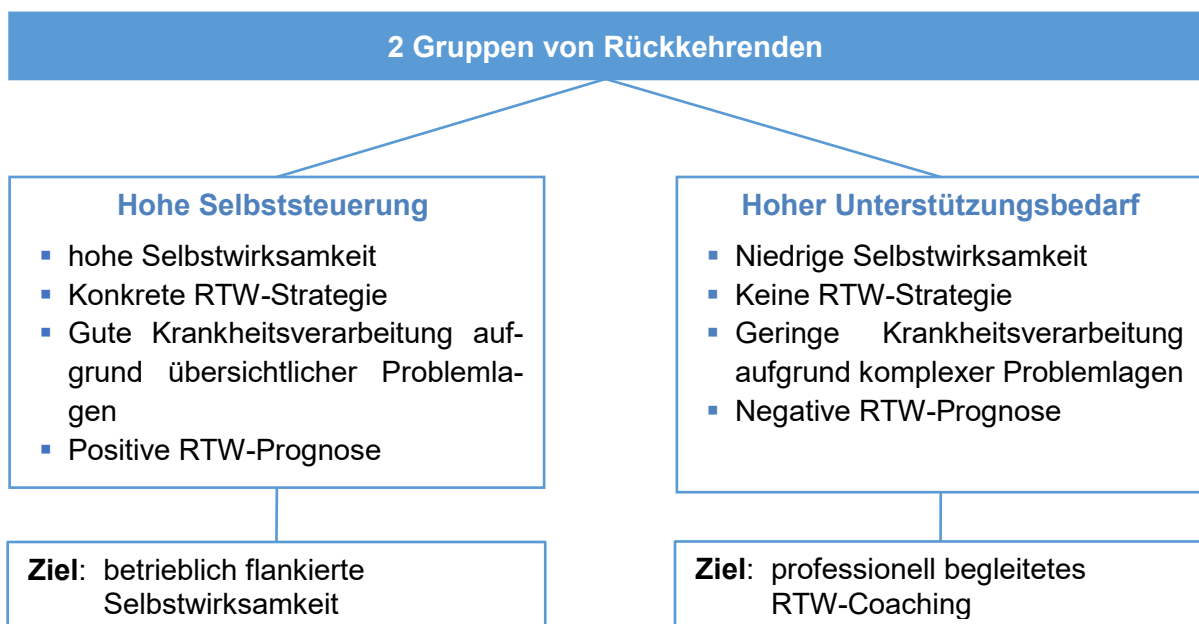


Abb. 9: Rückkehrende mit hoher Selbststeuerung und hohem Unterstützungsbedarf

Während für die Risikogruppe der Zurückkehrenden das Ziel ist, die Selbstwirksamkeit durch ein professionell begleitetes RTW-Coaching prozessorientiert sukzessive zu stabilisieren und in diesem Zusammenhang die Rückkehr von langer Hand vorzubereiten und durch gesundheitsförderliche soziale und betriebliche Interventionen zu unterstützen, kommt es bei der Gruppe mit einer hohen Selbststeuerung vor allem darauf an, sie in ihrer Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit zu unterstützen und ihren Wünschen und Bedürfnissen in Bezug auf die Rückkehr entgegenzukommen – sowohl in Bezug auf ihre individuellen als auch ihre betrieblichen Veränderungswünsche.

### 4.3. Voraussetzungen für ein erfolgreiches BEM

In beiden Fällen wäre ein funktionierendes Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) besonders geeignet diese Prozesse zu steuern. Wenn die Interviewten das BEM als sinnvoll und hilfreich beschreiben, erfüllt es eine emotional stabilisierende

Funktion, in dem es einerseits Vertrauen in den Prozess der Rückkehr schafft und andererseits individuell sinnvolle, betriebliche Maßnahmen wie bspw. die Stufenweise Wiedereingliederung (STWE) im Dialog mit den Zurückkehrenden unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse vorbereitet und umsetzt. Dadurch entsteht Handlungssicherheit, Erfolge stellen sich ein und die Selbstwirksamkeitserfahrungen können sich stabilisieren (siehe Kap. 5.1). Einzelne Interviewte berichten sogar, dass dieser BEM-Prozess das stabilisierende Moment in ihrem Rückkehrprozess war, während private Probleme eher destabilisierend gewirkt haben. Problematisch ist allerdings, dass das BEM nur selten genutzt wird und die wenigen Erfahrungen mit dem BEM im qualitativen Sample sehr unterschiedlich ausfallen. Die Einschätzungen reichen von einer professionellen Unterstützung, über eine Alibifunktion bis hin zu kontraproduktiven Maßnahmen während der Wiedereingliederung, die den Erfolg der Rückkehr zu nichtemachen.

Zusätzlich zu der steuernden und stabilisierenden Funktion des BEM, in dem die individuelle Selbstsorge und betriebliche Fürsorge im günstigsten Fall zusammenfallen, lassen sich anhand der beschriebenen Gruppen, Rückkehrende mit unterschiedlichen Bedarfen während der Wiedereingliederung (WE) skizzieren.

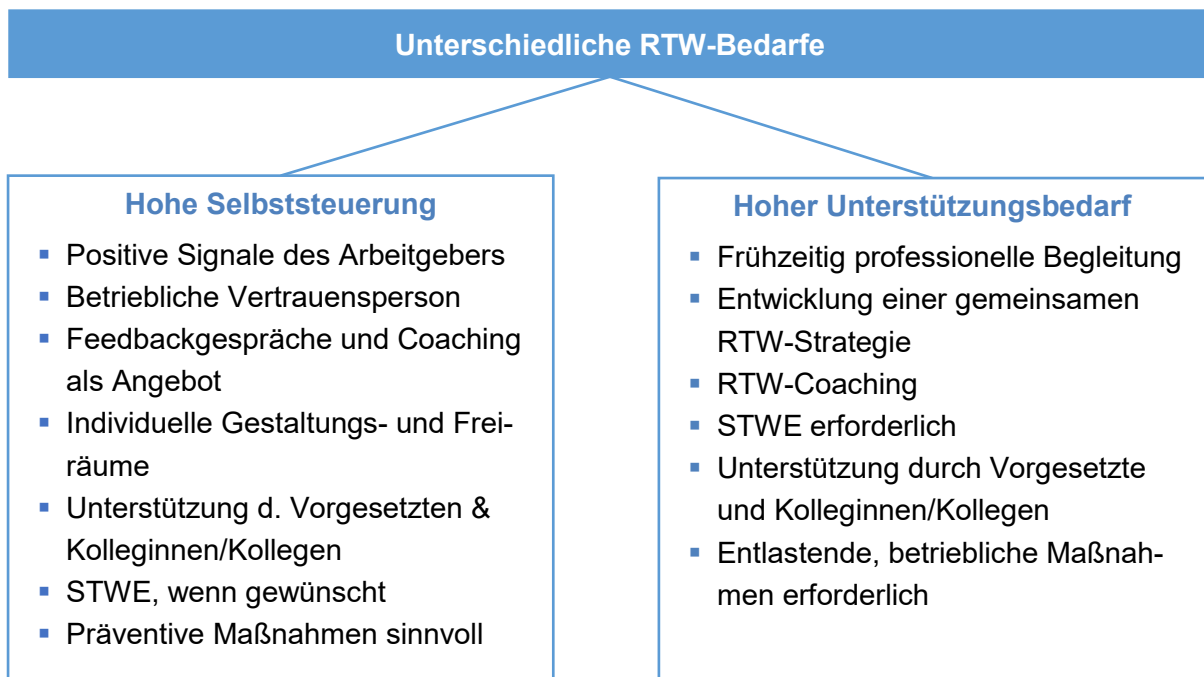


Abb. 10: Betrieblich flankierte Selbstwirksamkeit und professionell begleitetes RTW-Coaching

Die Gruppe mit der hohen Selbststeuerung benötigt vor allem (1) positive Signale des Arbeitgebers (Akzeptanz gegenüber der Rückkehr, Bereitschaft flexibel auf die Anforderungen der Wiedereingliederung zu reagieren, betrieblich sinnvolle Maßnahmen zu ermöglichen etc.), (2) eine betriebliche Vertrauensperson, (3) Feedbackgespräche bzw. ein Coaching als Angebot, das in schwierigen Situationen, genutzt werden kann, (4) Gestaltungs- und Freiräume, die es den Zurückkehrenden ermöglichen, individuelle Verhaltens- und Einstellungsänderung im betrieblichen Alltag zu verfestigen, (5) soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleginnen bzw. Kollegen und (6) die Möglichkeit zur STWE, wenn sie von den Zurückkehrenden gewünscht wird. (7) Für diese Gruppe erscheinen darüber hinaus präventive Maßnahmen im Betrieb sinnvoll.

Im Gegensatz dazu benötigt die Risikogruppe (1) eine professionelle RTW-Begleitung schon während des Klinikaufenthalts beginnend und darüber hinaus, (2) eine frühzeitige und differenzierte Vorbereitung der Rückkehr, um im gemeinsamen Dialog eine konkrete RTW-Strategie zu entwickeln, (3) in jedem Fall eine STWE, um kurzfristig Überforderung zu vermeiden und die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen sukzessive zu festigen, (4) ein begleitendes, professionelles Coaching, (5) die Unterstützung von Vorgesetzten und Kolleginnen bzw. Kollegen sowie (6) entlastende bzw. präventiv wirkende Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, um langfristig Überforderung zu vermeiden.

Insgesamt verlangt dies nach einem am Einzelfall orientierten Vorgehen, das vor allem von qualifizierten, betrieblichen Fachkräften in Kooperation mit den behandelnden Ärzten unterstützt wird.



## 5 Faktoren einer erfolgreichen und nachhaltigen Wiedereingliederung

### 5.1 Selbstwirksamkeit als individuelle Schlüsselkompetenz einer umfassenden RTW-Strategie aus individueller Selbstsorge und betrieblicher Fürsorge

*„[...] Und als ich in dieser Situation dann war, nicht mehr zu sagen, du bist nichts wert, dir wird nie wieder was gelingen, [...] das war ein schwerer Weg bis dahin, habe ich mir gesagt, du bist krank, dir wird geholfen [...] und du arbeitest selbst dran, dass dir geholfen wird.“ (BAuA Projekt F 2386)*

Die Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwirksamkeitserwartung wird gemeinhin als personale Ressource der Bewältigung von insbesondere anspruchsvollen inneren und äußeren Herausforderungen interpretiert (vgl. BANDURA, 1999). Ihr Ursprung liegt in der persönlichen Überzeugung, mittels eigener Kompetenzen die gewünschte Handlung erfolgreich ausführen zu können (vgl. BANDURA, 1996, 1999; SCHWARZER, 2000). Aus den Erzählungen der Interviewten konnte rekonstruiert werden, dass sie im RTW-Prozess eine individuelle Schlüsselkompetenz zur Bewältigung der Krise einerseits und zur nachhaltigen Verhaltensänderung andererseits ist. In diesem sukzessiven Prozess ist die Überzeugung der eigenen Selbstwirksamkeit modifizierbar (vgl. BROUWER, 2010) und interagiert vor allem mit sozialen, betrieblichen und mitunter auch mit strukturellen Ressourcen, dies machen die Interviews deutlich (vgl. auch HOBFOLL, 1992).

Die Befragten schildern in den Interviews einen Verlust ihrer Handlungsfähigkeit im Verlauf der sich zuspitzenden psychischen Krise, der mit einem Verlust an Selbstwirksamkeitserwartungen einhergeht. Als Mediator wirkt hier eine „selbstüberfordernde“ Handlungsorientierung (z. B. eine übermäßige Leistungsorientierung, Pflicht- bzw. Verantwortungsorientierung; siehe Kap. 3.1.4). Damit verbunden sind belastungs- bzw. beanspruchungsintensive Arbeitsbedingungen und -beziehungen (z. B. hohes Arbeitspensum, Arbeitszeitverdichtung, Überstunden und Konflikte; siehe Kap. 3.1). Vor diesem Hintergrund erleben die Interviewten ein wachsendes Gefühl der Ohnmacht gegenüber den inneren Ansprüchen und äußeren Anforderungen. Der krisenverstärkende Faktor ist in diesem Kontext die abnehmende Abgrenzungsfähigkeit gegenüber den Ansprüchen und Anforderungen sowie eine Vernachlässigung vitaler Bedürfnisse und Interessen, was sich negativ auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung auswirkt und selbstwirksames Handeln unterminiert.

In diesem Prozess verlieren die Interviewten das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Aber auch wesentliche Ressourcen, die ein Umsteuern in der Krise wahrscheinlicher machen können, sind von diesem Verlust betroffen (z. B. Verlust der Erholungsfähigkeit, Abnahme sozialer Kontakte, Unterdrückung des emotionalen Erlebens, Kompensation von Arbeitsdruck und Arbeitspensum durch noch mehr Überstunden und Arbeiten in der Freizeit). Durch dieses Verhalten und Handeln erleben sie ihr (Arbeits-)Leben zunehmend als Überforderung. Menschlich relevante Eigenzeit im Sinne von Achtsamkeit gegenüber den physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen wird durch diese Überforderungssituation und zugunsten des Bestrebens der Befragten,

weiterhin „funktionieren“ zu wollen, immer mehr zurückgedrängt. Dies kann bis zur völligen Erschöpfung, psychisch akuten Krisen oder Erkrankung führen. Die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen nehmen in dieser Phase stetig ab (vgl. auch BANDURA, 1999; SCHWARZER u. JERUSALEM, 2002; BARYSCH, 2016). Sie werden abgelöst durch ein Gefühl der Ohnmacht bzw. Machtlosigkeit<sup>17</sup> gegenüber den inneren Ansprüchen und äußeren Anforderungen. Die Interviewten erfahren eine Ressourcenverlustspirale (vgl. auch HOBFOLL, 1992).

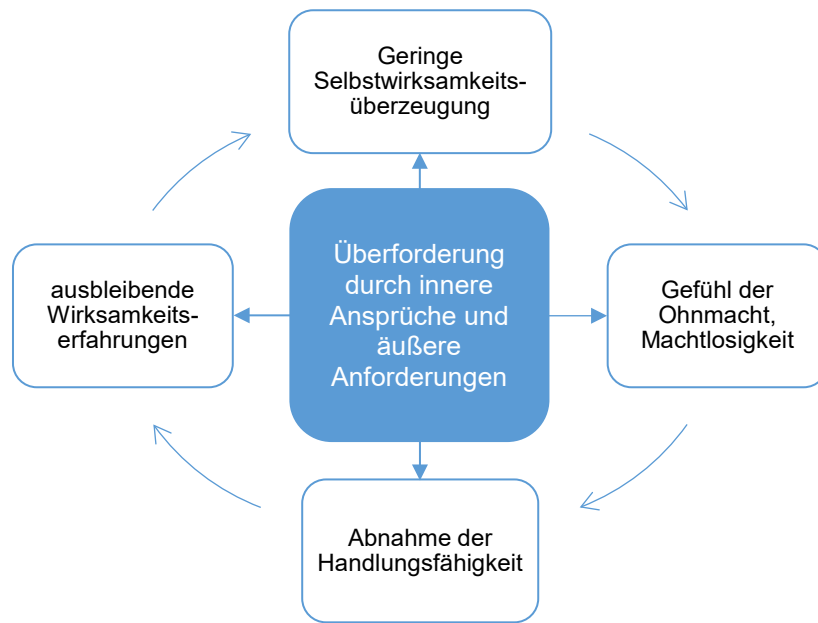


Abb. 11: Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im Verlauf einer psychischen Krise

Dementsprechend nimmt das Belastungs- und Beanspruchungserleben in der Akutphase zu und eine erfolgreiche Stressbewältigung wird immer unwahrscheinlicher. Misserfolge werden von den Interviewten in dieser Phase als persönliches Versagen interpretiert, das selbstwertschädigend auf die eigene Unfähigkeit zurückgeführt wird. Folgerichtig nimmt im Erleben der Eindruck zu, das eigene Verhalten und Handeln nicht mehr adäquat steuern zu können bzw. nicht mehr handlungsfähig zu sein.

*„Und merkte einfach, dass ich diese Situation auch einfach nicht mehr geschafft hab. Das hat mich dann so auch runtergezogen und so belastet, dass ich in Situationen kam, die mich dann - da wusste ich dann einfach nicht mehr weiter“ (BAuA Projekt F 2386)*

<sup>17</sup> Dieses Gefühl der Ohnmacht bzw. Machtlosigkeit entsteht im Krisenverlauf auf einer vorbewussten Ebene und bezieht sich auf das Erleben nicht mehr effektiv sein zu können, sich selbst und seine Umwelt nicht mehr in dem Sinne gestalten zu können, wie dies bisher der Fall war (vgl. OSTERFELD, 2005). Die Interviewten erleben in diesem Prozess einen Kontroll- und Steuerungsverlust auf unterschiedlichen Ebenen, der sich auf ihre Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit, auf ihr Selbst oder auf ihre äußere Umwelt bezieht und in der Konsequenz ihre Handlungsfähigkeit und ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugungen einschränkt bzw. verschleißt. Letztlich aber stellt die Krise bei allen ein tieferliegendes Selbstverständnis in Frage, nämlich: die gängige postmoderne Ich-Orientierung sich völlig frei, spontan, unabhängig und ohne Vor- und Maßgaben selbst bestimmen zu können (vgl. BECKER, 2005).

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen interagieren im Krisenverlauf demzufolge mit den persönlichen Ansprüchen (wie bspw. Perfektionismus, Verausgabebereitschaft, Verantwortungs- und Pflichtgefühl gegenüber Kolleginnen und Kollegen, Partnerin und Partner, Kindern, Familie), überfordernden Arbeitsbedingungen bzw. -beziehungen (Arbeitsdruck und Konflikte u. a.) und/oder mit privaten Problemen. Je komplexer die krisenauslösenden und -verstärkenden inneren Ansprüche und äußeren Anforderungen, desto stärker werden die Selbstwirksamkeitserwartungen geschwächt, dies zeigen die Fallvergleiche zwischen den Interviews. Vor dem Hintergrund einer nachhaltigen Wiedereingliederung müssen diese Ansprüche und Anforderungen im Zentrum der individuellen, sozialen und betrieblichen Passung der Rückkehr stehen (vgl. STEGMANN u. SCHRÖDER, 2018). Die Zurückkehrenden sollten einerseits die Möglichkeit haben, erste Verhaltensänderungen in Auseinandersetzung mit der Arbeit und/oder ihrem privaten Umfeld zu verfestigen und in die alltägliche Routine zu integrieren. Andererseits sollten die persönlichen Veränderungen durch präventive betriebliche Maßnahmen und Interventionen unterstützt werden, insbesondere dann, wenn ein konkreter Arbeitsbezug besteht (siehe Kap. 3.1.1). Dazu zählen u. a. eine gut vorbereitete Stufenweise Wiedereingliederung (STWE) sowie Maßnahmen zur Begrenzung von Mehrarbeit, aber auch Veränderungen der Arbeitsorganisation bzw. sinnvolle Verteilung von Arbeitsaufgaben, um neuen Überforderungssituationen vorzubeugen. Idealerweise sind diese eingebettet in ein intaktes BEM und das Selbstverständnis des Betriebs als lernende Organisation im kooperativen Suchprozess der Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Die kontrastierenden Fallvergleiche untermauern den Stellenwert der Selbstwirksamkeitserwartung als eine individuelle Schlüsselkompetenz im Erleben, Verhalten und Handeln der Interviewten während des RTW-Prozesses. Interviewte, die sehr komplexe Entstehungsbedingungen und Überforderungssituationen für die psychische Krise beschreiben (siehe Kap. 3.1.3), unterscheiden sich im weiteren RTW-Verlauf in ihrer Selbstwirksamkeit deutlich von denjenigen, die über weniger komplexe Faktoren und Bedingungen berichten (siehe Kap. 3.1.2 und 3.1.1). Sie benötigen entsprechend länger für die Rückkehr, sofern sie überhaupt zurückkehren. Ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugungen sind im Zuge dessen deutlich geringer als die der anderen Interviewten. Der Auf- und Ausbau neuer Ressourcen, um die Rückkehr zu bewältigen oder sogar positiv zu gestalten, bedarf eines umsichtigen Vorgehens seitens der zurückkehrenden Interviewten und der Betriebe.

Alle Interviewten beschreiben die erste Zeit der Rückkehr als eine sensible Phase. Das Vertrauen in sich selbst, die Vorgesetzten, das Team bzw. die Situation am Arbeitsplatz muss sich neu entwickeln. Eine gesundheitsförderliche Auseinandersetzung mit den eigenen, hohen Ansprüchen muss in der täglichen Arbeit gelingen, d. h. eine Verhaltensänderung bezogen auf Routinen und Gewohnheiten muss nachhaltig verfolgt, Angst vor Versagen und Stigmatisierung überwunden werden. Die Interviewten erleben und beschreiben die Wiedereingliederung insofern als eine besondere Herausforderung, in der sie neu Erlerntes transferieren und neu ausrichten müssen. Der Wiedereinstieg ist dementsprechend ein fragiler Zustand und bedeutet mitunter „emotionale Schwerarbeit“ (vgl. STEGMANN u. SCHRÖDER, 2018).

*„Der Übergang, wenn Sie aus so einer Reha kommen, ist wahnsinnig schwierig. Sie sind entschleunigt. Und Sie haben viele Dinge, die Sie beschäftigen. Ich würde sogar über Ängste sprechen, die mit Begegnungen der Menschen, die Sie hinterlassen haben, also im Privaten, genauso im Firmenbereich zu tun haben.“ (BAuA Projekt F 2386)*

*„Ja, irgendwie hatte ich einfach nur Panik da wieder anzufangen, ((atmet hörbar ein)) So, was sagen die? Was machen die? Also praktisch wegen dem Verhalten der ((atmet hörbar ein)) Mitarbeiter, anderen also Kollegen, obwohl ich da bei den Kollegen weniger Angst hatte wie bei unserem Chef. Und der hat sich aber echt, muss ich sagen, mir gegenüber super verhalten. [...] Er hat mir Zeit gegeben mich im Laden umzugucken, hat mir Neues erklärt und alles ganz in Ruhe, also ich hatte wirklich Zeit, da hat keiner hinter mir gestanden, das muss aber schneller gehen, oder so. [...] Es wurde ordentlich erklärt und dann sagte er auch so ((atmet hörbar ein)) wie ich den zweiten oder dritten Abend ging, dann freu ich mich auf=ne neue gute Zusammenarbeit, dann sagte er noch, also er war wohl ganz zufrieden auch.“ (BAuA Projekt F 2386)*

In dieser sensiblen Phase erleben die Interviewten Bewältigungs- bzw. Wirksamkeitserfahrungen<sup>18</sup> als besonders stabilisierend für die Neuausrichtung des Verhaltens und Handelns.

Hohe Selbstwirksamkeitserwartungen und selbstwirksames Handeln gehen einher mit dem wahrgenommenen Maß an eigener Handlungsfähigkeit und vermitteln den zurückkehrenden Interviewten die Möglichkeit, sich zunehmend auf Augenhöhe mit den direkten Vorgesetzten und Kolleginnen sowie Kollegen zu befinden. Diese Kernkompetenz der Interviewten steht in Wechselwirkung mit ihrer individuellen RTW-Strategie. Im günstigsten Fall zeichnet sie sich durch ein prosoziales Coping aus, das vor allem durch ein emotionales Bewältigungshandeln der Krise markiert wird. Die Interviewten achten im Rückkehr- und Wiedereingliederungsprozess darauf, sich besser auf Basis ihrer individuellen Bedürfnisse abzugrenzen und somit einer erneuten Überforderung vorzubeugen.

*„[...] ich hatte parallel, als ich dann am ersten Dezember wieder auf Arbeit war, beantragt Teilzeit erstmal zu gehen. Also selbst wenn der Stationsarzt in der Klinik eingeschätzt hat, dass ich voll wieder gehen könnte, [...] hab ich von mir aus, das erstmal so beantragt; einfach um sicher zu gehen, damit man wirklich wieder richtig Fuß fasst und nicht etwa wieder rückfällig wird.“ (BAuA Projekt F 2386)*

*„Die alte B wird es nicht mehr geben, weil die hat ja auf nichts geachtet bei sich. Die alte B hat ja fast rund um die Uhr gearbeitet, die hat sich Arbeit mit nach Hause genommen, [...] Privatleben kannte sie so gut wie nicht und hat alles perfekt gearbeitet; perfektionistisch veranlagt. [...] Die neue B sagt: „Nee“. Ist natürlich schwer;*

---

<sup>18</sup> Der Ausdruck Bewältigungserfahrungen oder auch Wirksamkeits-, Kontroll- oder Steuerungserfahrungen rekurriert auf den Begriff der Mastery Experiences (Herausforderungen und Anforderungen erfolgreich zu meistern; Handlungserfolge) nach A. BANDURA (2008, S. 169): „People's beliefs about their efficacy can be developed by four main sources of influence. The most effective way of creating a strong sense of efficacy is through mastery experiences. Successes build a robust belief in one's personal efficacy. Failures undermine it, especially if failures occur before a sense of efficacy is firmly established“

*wollen wir mal ganz offen sagen; also ich kann nicht einfach Perfektionismus ausschalten. Aber ich arbeite daran zu sagen: Es reicht“ (BAuA Projekt F 2386)*

Zu einer erfolgreichen Abgrenzung und Neuausrichtung kann aus Perspektive der Interviewten wesentlich beitragen, die eigenen Wünsche und Interessen besser auszubalancieren, die Belastungsgrenzen besser einzuschätzen sowie neue Stressbewältigungsstrategien in die Arbeit zu integrieren. Hierbei ist es wichtig, aktiv die Unterstützung durch Vorgesetzte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzufordern, anzunehmen und auch zu erhalten. Prosoziales Coping, wie es die Interviewten im günstigsten Fall erleben und beschreiben, ist als aktives Zugehen auf die Vorgesetzten und Kolleginnen bzw. Kollegen sowie gemeinsames Bewältigungshandeln mit dem Ziel einer erfolgreichen und nachhaltigen Rückkehr zu verstehen. Prosoziales Coping (vgl. HOBFOLL u. BUCHWALD, 2004a) und gemeinsames Bewältigungshandeln ist in diesem Sinne positives, umsichtiges, emotionales Coping, welches stabilisierend wirkt und die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, selbstwirksames Handeln und die Handlungsfähigkeit stärkt.

*„Und mit meiner Chefin, die früher meine direkte Vorgesetzte war; sagt also so, dass sie schon regelmäßig auch gerne mit mir reden möchte und ich auch schon gesagt habe, wenn das nicht reicht; was ich bringe; dann möchte man mir, das auch sagen. Nicht, dass man jetzt irgendwie sagt, oh, den können wir nicht ansprechen oder so was, sonst fällt er wieder aus, oder passiert irgendwas. Ich habe gesagt; also ich möchte schon wissen, wenn die mehr erwarten als das, was ich mache. Und das wäre völlig in Ordnung, und man versichert mir halt; also man würde mich dann auch ansprechen. Ja; also wie gesagt; so im Büro, da fühle ich mich wirklich wohl“ (BAuA Projekt F 2386)*

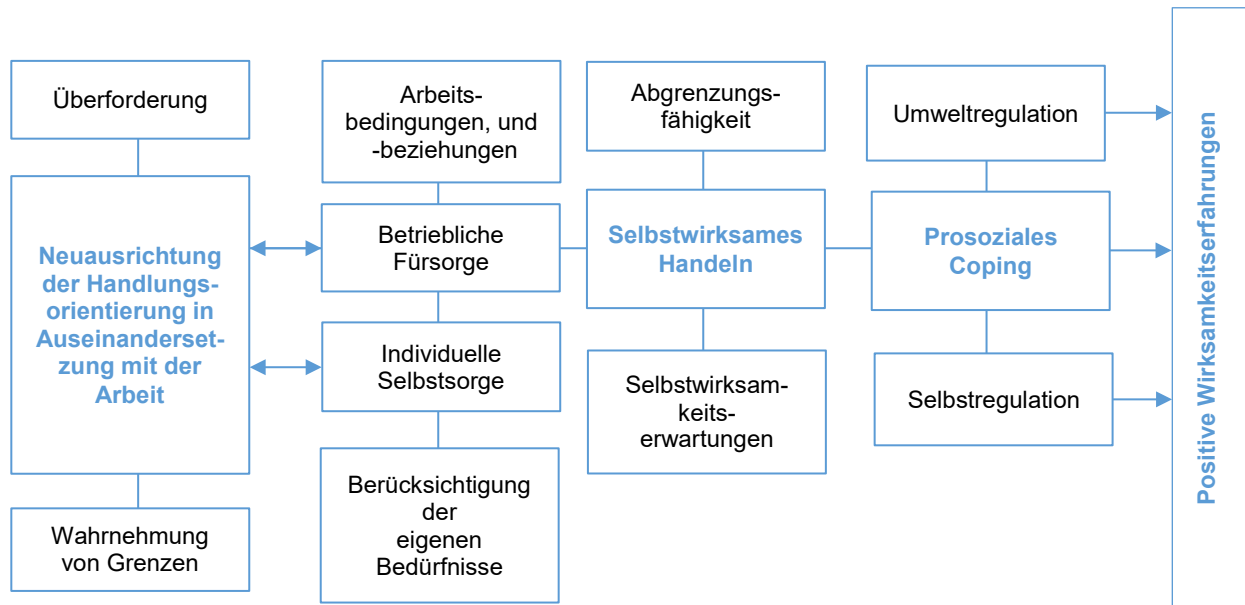
*„Es ist ein tolles Umfeld, und ich fühl mich einfach gut aufgehoben. Also wenn man sich wohlfühlt, dieser Wohlfühlprozess oder das Wohlfühlen als solches ist aus meiner Sicht ein Meilenstein“ (BAuA Projekt F 2386)*

Diese Art und Weise der Selbstfürsorge ist das Maximale, was die Interviewten von sich aus zu einer gelingenden Wiedereingliederung beitragen können. Erfahren die zurückkehrenden Interviewten jedoch keinen Rückhalt durch den Betrieb und bleiben ihnen Handlungsspielräume verwehrt, wirkt sich dies mit hoher Wahrscheinlichkeit destabilisierend auf die Selbstwirksamkeitserwartung aus. Ausbleibende Wirksamkeitserfahrungen, die aus unzureichender betrieblicher und sozialer Fürsorge resultieren, erleben sie als Rückschläge und verstärken wieder Gefühle der Überforderung und wirken sich in der Regel negativ auf ihre Handlungsfähigkeit im Rückkehrprozess aus.

*„Zugeständnisse, die nicht eingehalten werden, das ist auch hinderlich. Wenn Unterstützungen nicht eingehalten werden. [...] Ich kenne ja die Verbindung bei mir, beim Arbeitgeber und ich weiß ja, wie es läuft. Ich kann mir einfach nicht so gut vorstellen, was sich ändern könnte.“ (BAuA Projekt F 2386)*

*„Ich sag mal, ich hatte ja dann diese stundenweise Eingliederung und das fand ich also richtig gut. Hat mir richtig gutgetan, um wieder rein zu kommen und am zweiten Tag, wo ich also [...] dort wieder voll gearbeitet habe, ist mir dann offeriert worden, dass es mich getroffen hat zum Wechsel der Dienststelle. [...] hat sich dann so bei*

*mir auf=n Magen gelegt und mich wieder ein bisschen zurückgeworfen, dass ich dann wegen Magenproblemen [...] dann krank war.“ (BAuA Projekt F 2386)*



### Stabilisierung der Selbstwirksamkeit und nachhaltige Rückkehr in den Betrieb

Abb. 12: Dimensionen des selbstwirksamen Handelns zwischen Selbstsorge und betrieblicher Fürsorge

Der individuelle Prozess der Rückkehr sollte durch eine soziale und betriebliche Passung begleitet werden (vgl. STEGMANN u. SCHRÖDER, 2019). Aus den Rückkehrverläufen der Interviewten wird deutlich, dass es für eine nachhaltige Rückkehr kein allgemeingültiges Rezept gibt, aber sehr wohl hinderliche und förderliche Faktoren, die von der Mehrzahl der Interviewten geschildert werden. Zu berücksichtigen ist eine Passung, die in der Vorbereitung und im reflexiven Austausch während der Rückkehr flexibel „auf Maß“ für die Zurückkehrenden einerseits und die Betriebe andererseits gestaltet wird (vgl. ebd.).

Geprägt sein sollte diese Passung – wie sich auch in der vorliegenden Studie zeigt - von Handlungsspielräumen, die den Zurückkehrenden durch den Betrieb zugestanden werden. In diesem Rahmen gelingt es ihnen, die neu ausgerichtete Handlungsorientierung und Strategien der Selbstsorge im Kontext der Arbeitsbedingungen und -beziehungen einzusetzen und ggf. anzupassen.

*„Also ich kann da auch wirklich nichts Schlechtes sagen, weil ich sämtlichen Freiraum bekommen habe, und auch wenn ich Hilfe gebraucht habe, war immer jemand da. Auch meine Vorgesetzten waren grundsätzlich ansprechbar.“ (BAuA Projekt F 2386)*

Die Befragten berichten über besonders erfolgreiche RTW-Erfahrungen, wenn diese Spielräume von Sicherheit und Vertrauen in die Fähig- und Fertigkeiten der zurückkehrenden Interviewten geprägt sind. Im konkreten Fall bedeutet dies, den zurückkehrenden Interviewten Gestaltungsperspektiven zuzugestehen und sie bei aufkommen-

den Problemen und Hindernissen unterstützend zu begleiten. Der Betrieb und insbesondere Vorgesetzte und Kolleginnen sowie Kollegen können in der Rückkehr wie ein Auffangnetz für destabilisierende Ereignisse fungieren und Sicherheit vermitteln. Aus potenziellen Misserfolgen, denen die zurückkehrenden Interviewten besonders vulnerabel gegenüberstehen, können stabilisierende Wirksamkeitserfahrungen werden. Diese direkten Bewältigungserfahrungen (vgl. SCHWARZER, 2000) sind aus Perspektive der Interviewten im RTW-Prozess besonders effektiv.

Die Interviewten erleben und beschreiben die soziale Unterstützung durch direkte Vorgesetzte und Kolleginnen sowie Kollegen als besonders stabilisierend. Sie schildern beispielsweise einen Zusammenhang zwischen ihrer Selbstwertschätzung und der Wertschätzung durch Vorgesetzte und Kolleginnen sowie Kollegen. Vertrauen in sich selbst wird hier immer wieder auch als Zutrauen von außen erlebt und beschrieben.

*„Förderlich war tatsächlich, dass ich also das Vertrauen gespürt hab, dass ich wirklich da was machen kann, man mich wirklich auch weiterhin haben möchten. Und das auch nicht nur beziehen auf diesen Job, den ich hatte, sondern auf die Person [...] So diese Vertrauensgeschichten sind schon wichtig.“ (BAuA Projekt F 2386)*

Das Ziel ist die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartungen als eine zentrale Strategie im RTW-Prozess, um über positive Wirksamkeits- bzw. Kontrollerfahrungen wieder in eine Ressourcengewinnspirale zu kommen (siehe Kap. 3.2). Aus den Interviews geht weiterhin deutlich hervor, wie die Veränderung der persönlichen Haltung und organisationale Bedingungen in der Rückkehr interagieren. Die soziale Dimension der personalen Ressourcen wie Selbstwertschätzung, Selbstvertrauen und selbstwirksames Handeln mit dem Ziel der (emotionalen) Stabilisierung zeigt sich in dem durch die Befragten beschriebenen Stellenwert des Vertrauens, der Wertschätzung und den gebotenen Räumen für selbstwirksames Handeln: also dem Abbau von kontraindizierten betrieblichen Rahmenbedingungen der Selbstwirksamkeitserwartungen.

## **5.2 Die Stufenweise Wiedereingliederung als integrierendes Instrument zwischen individueller Selbstsorge und betrieblicher Fürsorge**

Die Stufenweise Wiedereingliederung kann in diesem Kontext als die „integrierende Kernmaßnahme“ nach einer psychischen Krise oder Erkrankung angesehen werden. Sie ist eine therapeutisch orientierte Intervention, die betrieblich im Rahmen des BEM umgesetzt und deshalb therapeutisch begleitet werden sollte. Die Interviewten charakterisieren sie im positiven Fall als einen entschleunigten Gestaltungs- und Freiraum, den sie benötigen, um die anvisierten Einstellungs- und Verhaltensänderungen (bessere Abgrenzung gegenüber unrealistischen inneren Ansprüchen und äußeren Anforderungen, Überwindung von ineffizientem, beanspruchungsintensivem Perfektionsstreben, besserer Umgang mit Stress, Suche nach und Annahme von Hilfe bzw. Unterstützung etc.) im Arbeitsalltag in Verbindung mit den vereinbarten betrieblichen Veränderungen (entlastende Veränderung der Arbeitsorganisation, Arbeitsplatzwechsel, temporäre Arbeitszeitverkürzung, Vermeidung extensiver Mehrarbeit, Abbau übermäßiger Arbeitsbelastung, Deeskalation von Konflikten mit Vorgesetzten etc.) zu ermöglichen und in die Alltagsroutine zu integrieren. Die STWE ermöglicht in ihrer Umsetzung und Ausgestaltung optimalerweise eine Achtsamkeit gegenüber sich selbst und der

Situation, die im Verlauf der Krise, d. h. in der Überforderungssituation verloren gegangen ist. Dementsprechend wird sie von den Interviewten als ein „*Zeit-Raum neuer Erfahrungen*“ beschrieben, der dazu dient:

- sich in der veränderten Situation zurecht zu finden, sich auszuprobieren und neu zu orientieren,
- neue Strategien sukzessive im Arbeitsalltag umzusetzen,
- die Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit zu verfestigen,
- krisenauslösende/s Gewohnheiten und Verhalten nachhaltig zu überwinden,
- neues Vertrauen in sich selbst, das Team und die Arbeit zu entwickeln und
- sich rational und emotional im (Arbeits-)Alltag neu auszubalancieren.

Letztlich geht es während der STWE und darüber hinaus darum, eine neue Tagesstruktur und einen veränderten Arbeits- und Lebensrhythmus zu etablieren, um die körperlichen und psychischen Regenerationsprozesse wieder in Balance zu den inneren Ansprüchen und äußeren Anforderungen zu bringen und neue Ressourcen zu sichern bzw. aufzubauen. Das braucht vor allem Zeit-Räume für neue Erfahrungen, die im günstigsten Fall Teil eines positiven individuellen Lern- und betrieblichen Veränderungsprozesses sind (vgl. Kap. 3.1.4 und FUCHS, 2019)

Dazu sollte die STWE im Dialog mit den Zurückkehrenden gut vorbereitet und umgesetzt werden, d. h. sich an der aktuellen Arbeitsfähigkeit und Arbeitssituation orientieren und die Anforderungen im Verlauf der Rückkehr sinnvoll justieren. Ziel dieser therapeutischen Intervention sollte es dabei sein, die Belastungsfähigkeit und -grenzen besser wahrzunehmen sowie bewusster mit den eigenen Ressourcen und Bedürfnissen umzugehen, die Arbeitsanforderungen vor diesem Hintergrund im Blick zu haben und ggf. anzupassen, sich auf diese Weise sukzessiv und von Neuem an die „*volle*“ Arbeitsfähigkeit heranzutasten.

Die RTW-Verläufe der Interviewten deuten in diesem Zusammenhang an, dass eine Orientierung am individuellen Bedarf und rechtzeitige Planung der STWE besonders stabilisierend wirkt und Ängste in Bezug auf die Rückkehr frühzeitig und nachhaltig minimieren kann. Sie kann vor diesem Hintergrund als Interaktion zwischen den Zurückkehrenden und der sozialen Arbeitsumwelt zur Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit verstanden bzw. interpretiert werden. In diesem Sinne ist die STWE aus Perspektive der Interviewten im besten Fall ein achtsames, prosoziales Coping, gemeinsame(s) Bewältigungshandeln und Stressbewältigung. In den ersten Wochen der Rückkehr ist sie daher i.d.R. „emotionale Schwerarbeit“ (vgl. STEGMANN u. SCHRÖDER, 2018).

### **5.3. Unterstützung durch Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen als betriebliches Schlüsselerlebnis**

Betrieblich gesehen ist die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen aus der Sicht der Interviewten das Schlüsselerlebnis einer erfolgreichen und nachhaltigen Wiedereingliederung. Dies schließt auch an die Erkenntnis aus den Interviews an, die die STWE bzw. eine erfolgreiche und nachhaltige Rückkehr als achtsames, prosoziales Coping und gemeinsames Bewältigungshandeln erleben und be-



schreiben. Im Mittelpunkt stehen dabei die Wertschätzung und Anerkennung der Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen, die wechselseitig im Verhalten und Handeln des Arbeitsteams zum Ausdruck kommt. Wertschätzung und Anerkennung meinen hier vor dem Hintergrund der Interviews soziale Unterstützung im Sinne von sozialer Zuwendung. Diese Zuwendung bezieht sich vor allem auf

- einen achtsamen und fairen Umgang in der sensiblen Phase der Rückkehr (vgl. Kap. 4.1),
- positive Rückmeldungen, die Gestaltungsräume ermöglichen und die Selbstsicherheit bzw. Selbstwirksamkeit stärken,
- konstruktive Rückmeldungen, die Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen und die individuellen Veränderungsprozesse unterstützen,
- die Arbeitsleistung und die damit verbundene Anerkennung,
- das Gefühl wieder als vollwertiges Teammitglied wahrgenommen zu werden

*„Ja, das brauch ich zurzeit; Feedback; dass ich weiß; wie ist man mit meinem Ergebnis zufrieden oder ist man überhaupt zufrieden. Das ist für mich das A und O. (...) Es ist=n tolles Umfeld, ich fühl mich einfach gut aufgehoben. Also wenn man sich wohlfühlt, das Wohlfühlen als solches ist schon aus meiner Sicht=n Meilenstein.“ (BAuA Projekt F 2386)*

Als besonders relevante interpersonale Ressourcen erleben die Zurückkehrenden (1) die Achtsamkeit von Vorgesetzten und Kolleginnen sowie Kollegen in Bezug auf Überforderungstendenzen – wenn also Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen darauf aufpassen, dass sie sich nicht zu viel zumuten und (2) eine Rückkehr ins Arbeitsteam als vollwertiges Teammitglied im Sinne „*einer neu erreichten Normalität im Arbeitsalltag*“, die für eine positive Bewältigung der psychischen Krise bzw. Erkrankung und eine gelungene Re-Integration stehen.

*„Also das Kollektiv, das ist ja nun mal eigentlich das wichtigste; dass dort in der Gruppe, (...) in der man täglich ist, dass das funktioniert und das hat wirklich funktioniert - also, dass man da wirklich aufpasst, also ich pass ja selber jetzt auch auf mich oder anders auf mich auf, weil ich war ja immer der Meinung, mich betrifft so was nicht, ich bin unendlich belastbar. Aber diese Lehren musste ich ziehen, dass es eben nicht so ist; ne, dass jeder seine Grenzen hat. Und (.) °ja, also° wie gesagt, im Team und von meinem Chef und der Stellvertreterin kann ich nichts Negatives berichten. (...) Also ich muss auch immer hin und wieder mal über den Flur zu meinem Sachbearbeiter gehen, wo ich immer einen ziemlich schnellen Schritt hatte. Also mir fällt es einfach schwer langsam zu gehen. Da hat mich auch mein Chef schon mal zurückgepiffen und gesagt: „nicht so schnell“. Also (.) man achtet jetzt schon mehr auf mich und ich werde auch nicht zugeschüttet; was früher einfach so gewesen ist.“ (BAuA Projekt F 2386)*

## 5.4 Organisationale Ressourcenorientierung als betriebliche Schlüsselkompetenz einer umfassenden RTW-Strategie

Ressourcen im RTW-Prozess sind letztlich all das, was von den Zurückkehrend wertgeschätzt und als unterstützend erlebt wird (vgl. NESTMANN, 1996). Ressourcen sind immer von einer spezifischen Situation abhängig und diese Situation wiederum von ganz spezifischen Aufgaben und damit verbundenen Anforderungen. Gleichzeitig aber auch von den jeweiligen Individuen, ihren Motiven und Zielen (vgl. WILLUTZKI u. TEISMANN, 2013). Vor dem Hintergrund der bisherigen Erörterung des RTW-Prozesses werden von den Interviewten folgende Ressourcen besonders wertgeschätzt und als hilfreich erlebt:

- emotionale Stabilität und ein besserer Zugang zu ihren eigenen Bedürfnissen und Interessen
- selbstwirksames Handeln auf Augenhöhe
- prosoziales Coping im Umgang mit den Kolleginnen und Kollegen und ihrem direkten Vorgesetzten
- eine wertschätzende und anerkennende soziale Unterstützung vor allem während der STWE im Sinne eines gemeinsamen Bewältigungshandelns
- eine STWE, die wesentlich dazu beiträgt, mittelfristig eine neue Tagesstruktur und einen gesundheitsförderlicheren Arbeits- bzw. Lebensrhythmus zu ermöglichen
- ein funktionierendes BEM, dass den Prozess strukturiert und betriebliche Maßnahmen im Sinne der Zurückkehrenden ermöglicht.

In diesen hilfreichen und wertgeschätzten Ressourcen dokumentieren sich 5 RTW-Arbeitslinien, die in einem ersten Schritt von ERNST VON KARDORFF (2017) in Anlehnung an CORBIN und STRAUSS (2004) herausgearbeitet wurden und die wir im Rahmen unserer Studie weiter ausdifferenziert haben. Diese RTW-Arbeitslinien stehen gleichermaßen für die Nutzung und Aktivierung von zentralen Ressourcen im RTW-Prozess. Dabei handelt es sich um folgende Aspekte eines gemeinsamen und nachhaltigen Bewältigungshandelns vor und während der Rückkehr in den Betrieb:

(1) **Biografiearbeit**, die sich vor allem auf eine Neu- und Umorientierung im Privaten und bei der Arbeit bezieht und in ihrer ausdifferenziertesten Form zu einer Wertever-schiebung bzw. Einstellungs- und Verhaltensänderung führt (z. B. Arbeit ist in Zukunft nicht mehr mein einziger Lebensinhalt).

(2) **Selbstsorgearbeit**, die sich auf den Umgang mit eigenen Ansprüchen (Perfektio-nismus, Ehrgeiz u. a.) und den Umgang mit Stress bei der Arbeit und im privaten Be-reich bezieht, aber auch auf den achtsamen Umgang mit sich und den Auswirkungen der Erkrankung im Alltag.

(3) **Balancearbeit**, die sich ganz wesentlich auf eine ausgleichende Tagesstruktur und einen veränderten Arbeits- bzw. Lebensrhythmus bezieht, indem sie die eigenen Inte-ressen und Bedürfnisse wieder mehr in den Mittelpunkt stellt und dadurch mehr Raum und Zeit für die Regeneration schafft (z. B. indem man mehr Zeit mit der Familie, den Partnerinnen und Partnern und/oder Kindern verbringt, vermehrt Sport macht, sich

nicht nur mit den Problemen anderer Menschen auseinandersetzt, nach der Arbeit abschaltet und weniger Überstunden macht) und in diesem Sinne mehr Distanz zu beruflichen und/oder privaten Anforderungen schafft.

(4) **Interaktionsarbeit**, die sich vor allem auf die Zusammenarbeit mit den direkten Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen bezieht (prosoziales Coping, offener, wertschätzender Umgang, gemeinsames Bewältigungshandeln u. a.), aber auch die Kommunikation und Auseinandersetzung mit den nächsten Angehörigen und dem weiteren sozialen Umfeld im Sinne eines verständigungsorientierten Dialogs.

(5) **Betriebsarbeit**, die sich auf die betrieblichen Rahmenbedingungen der Rückkehr bezieht (z. B. auf die Qualität des BEM, auf die Möglichkeit zur STWE, auf angemessene betriebliche Interventionen zur Verhinderung von lang andauernden Überforderungssituationen durch Vermeidung von Überstunden, Umsetzung an einen neuen Arbeitsplatz, Abbau von übermäßigem Arbeitsdruck und übermäßiger Arbeitszeitverdichtung, Schlichtung von Arbeitsplatzkonflikten etc.). Während die ersten zwei Arbeitslinien den Grad und die Qualität einer individuellen RTW-Strategie charakterisieren, markiert die Balancearbeit die Schnittstelle zwischen individueller und betrieblicher RTW-Strategie, während die Interaktionsarbeit und die Betriebsarbeit wesentlicher Bestandteil der betrieblichen RTW-Strategie sind. Eine organisationale Ressourcenorientierung bringt diese Aspekte zusammen und nutzt bzw. aktiviert die erforderlichen Ressourcen orientiert am individuellen Bedarf der Zurückkehrenden (vgl. HOBFOLL, 2018). Die Ziele dieser organisationalen Ressourcenorientierung entsprechen einerseits den Zielsetzungen des BEM, nämlich: Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und erneuter vorzubeugen. Andererseits betont sie dabei vor allem den Zugewinn von Ressourcen (als Ressourcengewinnspirale) für eine erfolgreiche und nachhaltige Wiedereingliederung.

Bei der Vermeidung erneuter Arbeitsunfähigkeit als Arbeitgeberaufgabe stehen vor allem präventive Interventionen und Maßnahmen an erster Stelle, die die Belastungs- und Beanspruchungsintensität der Zurückkehrenden im Blick haben, um eine Überforderung durch Arbeitsdruck, Arbeitszeitverdichtung und Arbeitsplatzkonflikte zu minimieren bzw. zu verhindern. Aus den Schilderungen der Interviewten lässt sich schlussfolgern, dass die Arbeitslinie der Betriebsarbeit ebenso ausbaufähig erscheint wie das betriebliche Eingliederungsmanagement (siehe Kap. 3.3). Dies darf nicht verwundern, da beide Bereiche aufeinander angewiesen sind. Ein funktionierendes BEM organisiert *einen kooperativen Suchprozess*, der die Belastungs- und Beanspruchungssituation in den Blick nimmt und bei Bedarf daraus betriebliche Maßnahmen ableitet (vgl. KOHTE, 2011; STEGMANN u. SCHRÖDER, 2018).

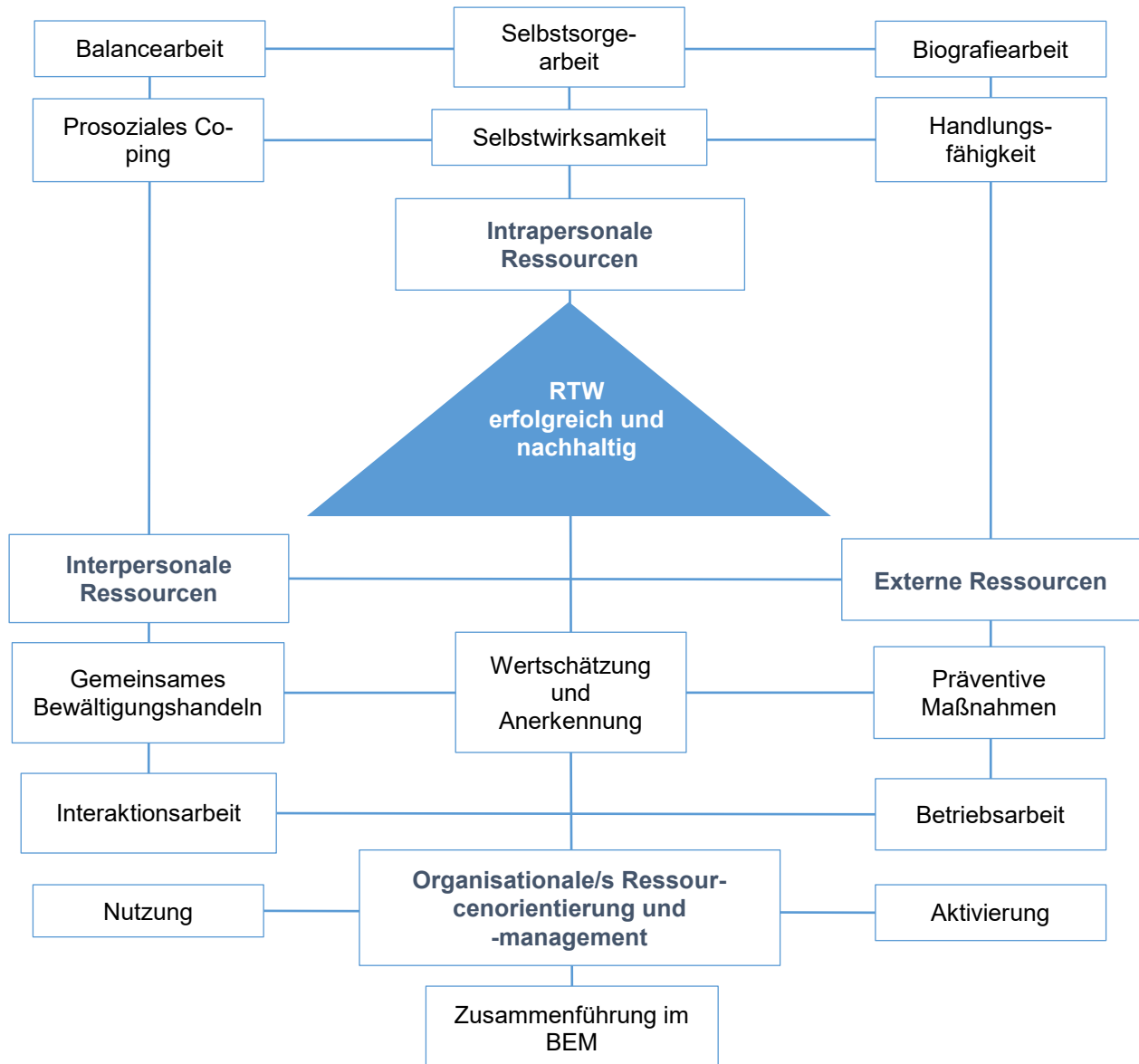


Abb. 13: Modell einer ressourcenorientierten und nachhaltigen Wiedereingliederung

## 5.5 Nachhaltigkeit der Rückkehr: Theoretisches Modell einer ressourcenorientierten und nachhaltigen Wiedereingliederung

Die Nachhaltigkeit der Rückkehr nach einer psychischen Krise bzw. Erkrankung ist abhängig von der Stärkung, Förderung und Nutzung von Ressourcen, die im Einzelfall sinnvoll, d. h. wertgeschätzt und hilfreich sind. Schon in diesem Satz dokumentiert sich die tieferliegende Bedeutung und Qualität von Ressourcen. Ressourcen können gestärkt und gefördert, müssen den Beteiligten aber auch zur Verfügung gestellt und von ihnen genutzt werden. In diesem Sinne gibt es externe, interpersonale und intrapersonale Ressourcen, die im Prozess der Rückkehr möglichst zur rechten Zeit und am

rechten Ort zusammenfinden bzw. -wirken müssen<sup>19</sup>. Dazu ist es erforderlich, dass es betriebliche Schlüsselakteurinnen und -akteure gibt, die betrieblich legitimiert sind, die erforderlichen und machbaren Ressourcen im Einzelfall zu identifizieren und zu koordinieren. Im optimalen Fall führt dies im RTW-Prozess zu einer organisationalen Ressourcenorientierung und einem entsprechenden Management (vgl. auch HOBFOLL, 2018). Dies könnte Aufgabe eines funktionierenden BEM sein. Im Mittelpunkt einer individuellen RTW-Strategie steht dabei der achtsame Umgang mit sich und der sozialen Umwelt, um wieder von sich aus selbstwirksam und handlungsfähig zu werden.

Dies verlangt von den Zurückkehrenden eine Neu- und Umorientierung im Privaten und/oder bei der Arbeit, die i.d.R. mit Werte-, Einstellungs- und Verhaltensänderungen einhergeht **[Biografiearbeit]** sowie mit einer reflexiv orientierten Auseinandersetzung mit diesen Veränderungen im (Arbeits-)Alltag (z. B. Arbeit nicht mehr als einzigen Lebensinhalt anzusehen oder weniger perfektionistisch sein zu wollen) und mit einem ausgleichenden Umgang mit negativ erlebtem Stress (z. B. durch eine veränderte, innere Einstellung zu stressigen Situationen, durch Sport bzw. Entspannungstechniken) **[Selbstsorgearbeit]**. Im Umgang mit den privaten und arbeitsbezogenen Anforderungen muss dabei eine neue Balance, zwischen physischen, psychosozialen regenerativen Bedürfnissen, Bedürfnissen nach Selbstverwirklichung und äußeren Anforderungen **[Balancearbeit]** entstehen. Balancearbeit bedeutet auf der individuellen Ebene die Fähigkeit, das natürliche Erholungsbedürfnis in sich selbst wahrzunehmen und sich dafür Freiräume zu schaffen, um eine übersteigerte Anspruchshaltung zu vermeiden. Auf der privaten und betrieblichen Ebene wiederum bedeutet dies, sich besser gegenüber äußeren Anforderungen abzugrenzen, die die individuelle Erholungsfähigkeit und damit verbundene Freiräume konterkarieren bzw. stören. Auf der betrieblichen Ebene ist es dazu erforderlich, die Anforderungen so zu gestalten, dass eine Entgrenzung von Arbeits- und Privatleben, eine übermäßige und ungesunde Arbeitszeitintensivierung eingedämmt sowie genügend Pausen während der Arbeit ermöglicht werden (siehe dazu auch DIN EN ISO 6385). Als integrierende Balancearbeit bekommt sie so eine Schlüsselstellung zwischen einer individuellen und betrieblichen RTW-Strategie und Ressourcenorientierung, die vor allem dann gelingt, wenn beide Ebenen sinnvoll ineinandergreifen und sich nicht gegenseitig in ihrer Wirkung blockieren bzw. aufheben.

Von den Betrieben verlangt dies flexibel und individuell mit Anforderungen der Wiedereingliederung umzugehen und präventive Maßnahmen, insbesondere auch Arbeitsschutzmaßnahmen zu ermöglichen und diese durch gesundheitsförderliche Angebote zu unterstützen, die wiederum dazu beitragen, die menschengerechte und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit für alle Beschäftigten zu verbessern **[Betriebsarbeit]**. Dies geht nicht ohne die Beschäftigten und die Vorgesetzten, die diesen Prozess durch gemeinsame Anstrengungen mittragen müssen und können **[Interaktionsarbeit]**.

---

<sup>19</sup> „HOBFOLL (1998) definiert Ressourcen als Objekte, als persönliche Charakteristika, als Bedingungen und Energien, die vom Individuum wertgeschätzt werden. Objekt-Ressourcen sind z. B. Arbeitsmaterialien oder Arbeitsräume. Beispiele für Ressourcen als persönliche Charakteristika sind Selbstwirksamkeit, Empathie und soziale Verantwortung. Autonomie, die Beteiligung an Entscheidungsprozessen, berufliche Aufstiegsmöglichkeiten und Arbeitsplatzsicherheit sind Beispiele für Bedingungsressourcen am Arbeitsplatz. Wissen, Zeit und Geld sind typische Energiereserven, die beim Erwerb weiterer Ressourcen helfen.“ (HOBFOLL u. BUCHWALD, 2004b, S. 249) In diesem Sinne sind Ressourcen und ihre Wirkungsweisen immer auch in Wechselwirkung zu ihrem Kontext zu verstehen und zu erklären (HOBFOLL, 2018).

Die Nachhaltigkeit der Rückkehr beruht in diesem Sinne auf individuellen, sozialen und betrieblichen Ressourcen, die sich im Erleben und Verhalten der Interviewten in **(1)** einer positiven Einstellung gegenüber der Arbeit, **(2)** einer verbesserten Leistungs- und Belastungsfähigkeit, **(3)** einem souveränen Umgang mit der Erkrankung, **(4)** einer stabilen Selbstwirksamkeitserwartung, **(5)** einem förderlichen Arbeitsklima, **(6)** einer guten Balance zwischen Arbeit und Privatleben und **(7)** einem insgesamt positiven RTW-Verlauf dokumentieren. Diese Ressourcen werden im Prozess der Wiedereingliederung genutzt, aktiviert und gestärkt (Ressourcengewinnspirale) und wirken sich aus Sicht der Interviewten nachhaltig auf ihren Verbleib bei der Arbeit aus. Eine kombinierte betriebliche und individuelle RTW-Strategie, die einen präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz integriert, ist dabei ein wesentlicher Aspekt einer nachhaltigen Rückkehr zur Arbeit und einer gelungenen organisationalen Ressourcenorientierung. In den Mittelpunkt rückt hierbei die soziale Unterstützung durch die direkten Vorgesetzten und Kolleginnen bzw. Kollegen. Ziel des Prozesses ist es, sich wieder vollständig auf Augenhöhe zu erleben und sich autonom bzw. selbstwirksam in einer sozialen (Arbeits-)Umwelt zu erfahren.

## 6 Diskussion der Ergebnisse

### 6.1 Diskussion der Studienergebnisse

Die Rückkehr zur Arbeit wird von den Interviewten als ein ineinandergreifender Prozess erlebt und beschrieben. Sie schildern den Weg in die Erkrankung, die Zeit in der Klinik und die Rückkehr in den Betrieb als einen aufeinander bezogenen Prozess des Verlusts von Handlungsfähigkeit, der Infragestellung des bisherigen Lebensweges und existenzieller Bedrohung oder als rechtzeitiges Intervenieren vor einer manifesten Erkrankung. Im weiteren Verlauf erleben sie ihre Situation entweder als ein kurzzeitiges Innehalten, um mit neuer Kraft und Energie, die bestehende Situation wieder besser meistern bzw. bewältigen zu können oder als eine Zäsur bzw. Chance und Notwendigkeit an ihrem bisherigen Leben etwas zu verändern, d. h. ihre Einstellung und ihr Verhalten zu sich und ihrer sozialen (Arbeits-)Umwelt neu zu definieren.

Wird die psychische Krise und Erkrankung, wie von den meisten Interviewten, als Zäsur empfunden, bezieht sie sich auf das Verstehen und Verarbeiten der psychischen Krise, in dem der Weg in die Krise reflexiv nachvollzogen wird<sup>20</sup>, aber auch auf die Rückkehr in das (Arbeits-)Leben, indem darauf aufbauend eine mehr oder weniger konkrete RTW-Strategie entwickelt wird, die die notwendigen Veränderungen möglich machen soll. Die Rückkehr in den Betrieb wird von den Interviewten so auf eindrückliche Art und Weise als ein kohärenter und kontinuierlicher Prozess beschrieben und erlebt (vgl. ANDERSEN et al., 2019). Die unterschiedlichen RTW-Verläufe, die im Rahmen der Längsschnittstudie zu drei Erhebungszeitpunkten erhoben und durch die dokumentarische Methode in Fallvergleichen rekonstruiert und systematisiert wurden, bestätigen diese Zusammenhänge - insbesondere durch die vertiefenden Analysen zu t1 und t2.

Im Detail zeigen die qualitativen Analysen, dass die arbeitsbezogenen Faktoren aus Perspektive der Interviewten eine relevante und mitunter dominante Rolle auf dem Weg in die Krise spielen, aber oft werden auch eine Kombination aus arbeitsbezogenen und biografischen Faktoren sowie kritischen Lebensereignissen (Pflege und Tod von Angehörigen, Trennung von Partnerinnen oder Partnern, Probleme mit Kindern) als Bedingungsfaktoren beschrieben und erlebt. Seltener werden von den Interviewten dagegen singuläre kritische Lebensereignisse als krisenauslösend und -verstärkend geschildert. Diese Situation relativiert zwar die vorrangig bzw. ausschließlich arbeitsbezogene Perspektive psychischer Krisen bzw. Erkrankungen (vgl. ROTHERMUND et al., 2014), macht aber gleichzeitig auch deutlich, wie relevant diese Perspektive bei der Rückkehr in den Betrieb sein kann.

Darüber hinaus verdeutlichen die qualitativen Analysen, dass sich die arbeitsbezogenen Faktoren nicht nur auf externe Belastungs- und Beanspruchungskonstellationen beziehen, sondern in Wechselwirkung zu einem wertebasierten Verhalten und Handeln der Interviewten wahrgenommen werden müssen (vgl. Leistungs-, Anerkennungs- und Professionalitätsorientierung Kap. 3.1.4; vgl. auch HOBFOLL u. BUCHWALD, 2004b „Risikotyp A und B“; SCHAARSCHMIDT, 2006; FRIEDMAN u.

---

<sup>20</sup> wenn auch in unterschiedlichem Tempo und mit unterschiedlichen Bedarfen - vgl. dazu im fortlaufenden Text der zwei Gruppen von Zurückkehrenden.

ROSENMAN, 1974 „Risikomuster A“ bzw. „Typ-A-Verhaltenskonzept“; BECK u. EPSTEIN, 1982 und ihr Konzept „Autonomie und Soziotropie“<sup>21</sup>). Diese Orientierungen führen in der Krise zu einer übermäßigen Verausgabungsbereitschaft, einer nicht ausreichenden Abgrenzungsfähigkeit gegenüber den äußeren Anforderungen und gehen oftmals mit einer perfektionistischen Genauigkeit und Einstellung einher, die in der Summe krisenauslösend bzw. -verstärkend sind bzw. sein können. Diese Muster entsprechen wiederum depressiven Persönlichkeitsmerkmalen, wie sie TELLENBACH 1961 erfahrungsgeleitet entlang seiner klinischen Expertise beschrieben hat (vgl. FUCHS u. BERGER, 2011).

Eine Besonderheit der vorliegenden Studie ist der rekonstruierte Prozess der Selbstentfremdung der Interviewten im Vorfeld der psychischen Krise und des schleichenden Verlaufes (vgl. auch HOBFOLL u. BUCHWALD, 2004b), der sich oftmals über einen längeren Zeitraum von ein bis drei Jahren hinzieht. In diesem krisenauslösenden Prozess beschreiben die Interviewten in erster Linie einen Verlust positiver Emotionsbewältigung, d. h. einer ausgleichenden Emotionsregulation aufgrund widerstreitender Interessen und Bedürfnisse in einer überfordernden Situation, die mit dem Verlust gesundheitsrelevanter Ressourcen einhergeht, zu einer maladaptiven Emotionsregulation führt und in einer Ressourcenverlustspirale mündet (vgl. BARNOW, 2012; HOBFOLL, 2018). Wenn man vor diesem Hintergrund psychisches Kranksein bzw. Krankwerden als ein „Sich-selbst-und-anderen-Fremdwerden“ (vgl. FUCHS, 2010) versteht, kann dieses Verständnis zu einem angemesseneren Umgang mit dem Phänomen im Lebens- und Arbeitsalltag der Menschen beitragen und sowohl auf der verhaltens- als auch verhältnispräventiven Ebene neue Wege der Intervention aufzeigen und bei bereits vorhandenen Interventionen deren Legitimation unterstützen.

Die Auswertungen der Interviews machen darüber hinaus deutlich, warum Menschen trotz psychischer Beeinträchtigungen und einer sich zuspitzenden psychischen Krise weiterhin arbeiten gehen (die besondere Bedeutung der Arbeit im Leben der Interviewten, die Loyalität gegenüber Kolleginnen bzw. Kollegen und Kunden, eine eingeschränkte Fähigkeit sich genügend abgrenzen zu können, exzessiver Zeit- und Arbeitsdruck und eine entsprechende Unternehmenskultur markieren wesentliche Gründe für dieses Verhalten) und bestätigen in diesem Sinne Erkenntnisse aus der Forschung zu dem Phänomen des Präsentismus (vgl. STEINKE u. BADURA, 2011). Außerdem wird durch die Analysen offensichtlich, dass die betriebliche Früherkennung von psychischen Beeinträchtigungen, Krisen und Erkrankungen ein bisher kaum ausgeschöpftes Potenzial betrieblicher Prävention darstellt (vgl. STEGMANN u. WRAGE, 2020).

---

<sup>21</sup> Das Konzept „stellt eine Erweiterung der kognitiven Depressionstheorie von BECK (u. a. BECK, 1967, 1976, 1979) dar und weist den Persönlichkeitscharakteristika „Autonomie“ und „Soziotropie“ im kognitiven Modell den Stellenwert zentraler Wertsysteme und/oder übergeordneter Schemata zu. Diese seien zwei Hauptpersönlichkeitsmerkmale, die mit unterschiedlichen Mustern der Ätiologie, Symptomatologie und Behandlungsreaktionen bei Depressiven verbunden sind. Autonomie und Soziotropie sind demnach keine festen Typen von Persönlichkeiten, sondern Erscheinungsformen, die das psychologische Funktionieren einer Person bestimmen können. Autonomie wird als Unabhängigkeit, Entscheidungsfreiheit, Leistungsorientierung und Befürchtung vor Fehlern sowie Maximierung der Kontrolle über die Umwelt definiert. Soziotropie wird als Bedürfnis nach sozialem Austausch mit anderen, Fokussierung auf Akzeptanz, Intimität, Unterstützung, Führung und Fremdkontrolle gefasst. Eine Unterbrechung dieser Funktionen oder Wertebedingungen kann als Verlust erlebt werden und zum Auftreten einer Depression führen. Damit erhalten auch potentielle Stressoren unterschiedliche Bedeutungen in Abhängigkeit von der Persönlichkeit“ (RICHTER u. RICHTER, 1995).



Eine weitere Besonderheit der Studie ist in diesem Kontext, dass sie zwei unterschiedliche Gruppen von Zurückkehrenden und dementsprechende RTW-Bedarfe ausdifferenziert, d. h. diese anhand der RTW-Verläufe und der vertiefenden Fallanalysen bzw. -vergleiche im Längsschnitt identifizieren und anhand spezifischer Merkmale plausibel nachvollziehbar machen kann.

Gleichzeitig sind diese qualitativen Merkmalskombinationen überwiegend bekannte Indikatoren der Outcomes „first RTW“ und „full RTW“ der quantitativen Teilstudie (vgl. SIKORA et al., 2019 [sowie auch DE VRIES et al., 2018; NIGATU et al., 2017; ERVASTI et al., 2017; ANDERSEN et al., 2012]). Günstig auf die Rückkehr wirken dabei vor allem eine selbsteingeschätzte, positive RTW-Prognose aufgrund einer überschaubaren Problemlage, die sich meist auf einen Lebensbereich bezieht (Arbeit oder kritisches Lebensereignis wie z. B.: massive Probleme mit Kindern, Pflege von Angehörigen), sowie eine entsprechend gute und zügige Verarbeitung und Bewältigung der Krise und Erkrankung mit einer gleichmäßig stabilisierenden Selbstwirksamkeit, was in der Summe zu einer relativ konkreten RTW-Strategie im Vorfeld der Rückkehr führt. Positiv unterstützend und nachhaltig ist dabei ein flexibles und individuell orientiertes BEM. Im Erleben, Verhalten und Handeln der Zurückkehrenden äußert sich dies in einer aktiven Auseinandersetzung mit einer überschaubaren Krisensituation, die in der Zeit während der Behandlung zu klar umrissenen Vorstellungen führt, was sich im Leben und Verhalten der Interviewten zukünftig ändern muss. Damit verbunden ist i.d.R. auch eine konkrete RTW-Strategie. Ungünstig wirkt sich entsprechend eine negative, selbsteingeschätzte RTW-Prognose aufgrund einer komplexen Problemlage aus, die in der Folge unter den gegebenen Bedingungen zu einer verzögerten Verarbeitung und Bewältigung der Krise und wenn überhaupt, zu einer deutlich verzögerten Rückkehr zur Arbeit führt. Die Interviewten fühlen sich in dieser Situation i.d.R. noch nicht in der Lage, sich mit der Arbeit auseinanderzusetzen und eine konkrete RTW-Strategie zu entwickeln. Im Erleben, Verhalten und Handeln äußert sich diese Situation in einer mühsamen, teils überfordernden Auseinandersetzung mit der komplexen Krisensituation, die meist alle Lebensbereiche betrifft, sich wie ein „roter Faden“ durch das bisherige Leben zieht (Gewalt und Missbrauch in der Kindheit und im Erwachsenenleben, fragiles Selbstwertgefühl, Partnerschaft, Beziehungen zu Freundinnen und Freunden sowie Kolleginnen und Kollegen, schwierige Arbeitssituation) und eine Verarbeitung und Bewältigung der Krise und Erkrankung deutlich erschwert. Diese Situation geht einher mit einer tendenziell geringen Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die durch die akute und anhaltende Krisensituation noch deutlich geringer ausfällt und die Rückkehr zur Arbeit in dieser Situation als Zumutung erleben und erfahren lässt.

Ein zentraler und bislang weniger untersuchter Aspekt einer nachhaltigen Rückkehr ist die hier rekonstruierte Ausdifferenzierung in unterschiedliche Gruppen von „Rückkehrern“ und deren „Bedarfen“. Dies betrifft vor allem arbeitsbezogene Faktoren für eine nachhaltige Rückkehr, die in ihrer Relevanz sicht- und unterscheidbar sind. Während die eine Gruppe eine hohe Selbststeuerung aufweist, eigenständig konkrete Veränderungsvorschläge entwickelt und für deren Umsetzung vor allem auf betriebliche Vertrauenspersonen und die soziale Unterstützung durch direkte Vorgesetzte und Kolleginnen bzw. Kollegen angewiesen ist, benötigt die andere Gruppe vor allem eine frühzeitige Vorbereitung und Begleitung durch ein professionelles RTW-Coaching (zur Entwicklung einer konkreten RTW-Strategie und zur Stabilisierung von Selbstwirksam-

keitsüberzeugungen bzw. des selbstwirksamen Handelns) sowie präventive Maßnahmen und Interventionen bei der Arbeit, die gezielt einer erneuten Überforderung vorbeugen. Für beide Gruppen zeigt sich die Wichtigkeit einer STWE, was sich auch mit den Erkenntnissen aus internationalen Studien deckt (vgl. ANDERSEN et al., 2012). Darüber hinaus ist aus deutscher Sicht ein betrieblich anerkanntes, individuell orientiertes und funktionierendes BEM ein gleichermaßen relevanter Faktor einer nachhaltigen Rückkehr in den Betrieb.

Selbstwirksamkeit kann in diesem Zusammenhang aus der Perspektive der Interviewten als eine Schlüsselkompetenz einer individuellen RTW-Strategie angesehen werden. Dies deckt sich auch mit der bisherigen RTW-Forschung (vgl. LAGERVELD, 2017; DE VRIES et al., 2018; VOLKER et al., 2015; CORNELIUS et al., 2011). Die zentrale Erkenntnis durch die im Längsschnitt erhobenen, qualitativen Daten ist dabei allerdings ein erweitertes, systemisches Verständnis von Selbstwirksamkeit (vgl. LORK u. HOLMGREN, 2017) und dessen Einbettung in eine betrieblich anschlussfähige RTW-Strategie. Im Erleben, Verhalten und Handeln entfaltet und stabilisiert sich hier selbstwirksames Handeln in einem Zusammenspiel intrapersonaler, interpersonaler und externer Ressourcen (vgl. WILLUTZKI u. TEISMANN, 2013).

Von besonderer Bedeutung ist hierzu, dies zeigt sich in den Interviews, ein prosoziales Coping der Zurückkehrenden, in dem Unterstützungsbedarfe wahrgenommen, kommuniziert und angenommen werden sowie die Bereitschaft der betrieblichen Schlüsselakteurinnen und -akteure, insbesondere der direkten Vorgesetzten und Kolleginnen sowie Kollegen darauf einzugehen und den Prozess der Rückkehr als gemeinsames Bewältigungshandeln zu verstehen (vgl. ANDERSEN et al., 2012; BUCHHOLZ et al., 2004). Vor dem Hintergrund der vertiefenden Fallanalysen und Fallvergleiche entlang der Typenbildung lässt sich aus den qualitativen Längsschnittdaten ein ressourcenorientiertes Modell einer erfolgreichen und nachhaltigen Wiedereingliederung ableiten, das Merkmale einer individuellen und betrieblichen RTW-Strategie aus Sicht der Interviewten identifiziert und beschreibt (vgl. auch NIELSEN et al., 2018<sup>22</sup>), die miteinander interagieren.

Im Mittelpunkt der individuellen RTW-Strategie stehen in diesem Sinne die Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit, stabile Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und selbstwirksames Handeln sowie ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die soziale Arbeitsumwelt. Dementsprechend geht es für die Interviewten in diesem Prozess um eine Neu- und Umorientierung. Daraus folgt ein veränderter Lebens- und Arbeitsrhythmus, d. h. ein achtsamerer Umgang mit sich selbst (Selbstmitgefühl und -freundschaft) und mehr adaptive Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress. Im Arbeitsalltag verlangt dies ein besseres Ausbalancieren von Privat- und Arbeitsleben im Wechselspiel mit dem Arbeitsteam.

---

<sup>22</sup> IGLOO: "An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders: Current research on return to work (RTW) for employees with common mental disorders suffers from two limitations. First research mostly focus on the influence of resources during the absence period ignoring the resources, which may facilitate sustainable RTW, i. e. employees continuing to work and thrive at work post-return. Secondly, research tend to view the work and non-work domains separately and fails to consider the interaction of resources at the individual, group, leader and organisational levels, once back at work." (NIELSEN et al., 2019, S. 400)

Im Mittelpunkt der betrieblichen RTW-Strategie, dem Bindeglied zur individuellen RTW-Strategie, stehen eine organisationale Ressourcenorientierung, die intra-, interpersonale und externe Ressourcen im Sinne einer erfolgreichen und nachhaltigen Wiedereingliederung zusammenführt, nutzt, fördert und stärkt (Ressourcengewinnspirale – vgl. BUCHWALD et al., 2004) und ein funktionierendes BEM, das die Arbeitsfähigkeit der Zurückkehrenden durch präventive Interventionen bzw. Maßnahmen flexibel und am Bedarf orientiert unterstützt. Dabei folgt das Modell einer ressourcenorientierten und nachhaltigen Wiedereingliederung fünf Arbeitslinien, die nach KARDORFF (2017) in Anlehnung an STRAUSS und CORBIN (2004) charakteristisch für eine umfassende, d. h. für eine integrierte individuelle und betriebliche RTW-Strategie sind: (1) Biografiearbeit und (2) Selbstsorgearbeit als zentrale Achsen einer individuellen RTW-Strategie, (3) Balancearbeit als Bindeglied zwischen individueller und betrieblicher RTW-Strategie sowie (4) Interaktionsarbeit und Betriebsarbeit als zentrale Achsen einer betrieblichen RTW-Strategie.

Nachhaltige RTW-Strategien sollten vor diesem Hintergrund zukünftig vor allem auf die Interaktion bzw. Wechselwirkungen und das passende Zusammenspiel intra-, interpersonaler und externer Ressourcen fokussieren. In diesem Sinn können entsprechende Ressourcen und Maßnahmen dazu beitragen, die Risiken von Rückfällen zu minimieren als auch die Wechselwirkungen zwischen Arbeit und psychischer Gesundheit stärker im RTW-Prozess zu berücksichtigen.

Ausgangspunkt des Geschehens sind die Zurückkehrenden und deren Handlungsfähigkeit bzw. Selbstwirksamkeit. Aber nicht im Sinne einer Individualisierung von betrieblichen Schieflagen, die Phänomene einer übermäßigen Arbeitszeitintensivierung und -extensivierung etc. unberücksichtigt lassen (vgl. VOSSWINKEL, 2019), sondern im Sinne der Anerkennung der Individualität psychischer Krisen und Erkrankungen (vgl. STEGMANN u. SCHRÖDER, 2018), die den Zurückkehrenden als Mensch und Beschäftigten in den Mittelpunkt stellen. Zeitgleich bildet dieser Fokus wiederum die Basis für einen betrieblichen Veränderungsprozess, der in einer organisationalen Ressourcenorientierung mündet und die Energien bündelt, die notwendig sind, um Arbeitsbedingungen und -beziehungen sukzessive und für alle Beschäftigten menschengerechter und gesundheitsförderlicher zu gestalten.

## **6.2 Diskussion der methodischen Vorgehensweise**

Die narrativ fundierten, leitfadengestützten Interviews n=32 sowie die Zusatzinterviews n=8 und die ausgewählte und eingesetzte Dokumentarische Methode der Interpretation nach Ralf BOHNSACK (2010) als Auswertungsmethode erwiesen sich als geeignet, das Erleben, Verhalten und Handeln der Interviewten im RTW-Prozess, insbesondere das damit verbundene Erfahrungs- und Handlungswissen zu rekonstruieren und in idealtypischer Form abzubilden. Darüber hinaus eignete sie sich, ein besseres Verständnis der Komplexität der Wechselwirkungen zwischen den individuellen, therapie- und arbeitsbezogenen Faktoren im RTW-Prozess zu generieren und konkrete Faktoren zu identifizieren, die aus qualitativer Sicht und der Perspektive der Interviewten eine erfolgreiche und nachhaltige Wiedereingliederung beeinflussen. Darüber hinaus ermöglichen die qualitativen Daten einen differenzierten Einblick in die gegenwärtigen Stärken und Schwächen des BEM. Insgesamt bestätigen die Interviews zu drei Erhebungszeitpunkten die These von ANDERSEN et al. (2012), dass der RTW-Prozess ein

kontinuierlicher und kohärenter Prozess ist, in dem die individuellen, therapie- und arbeitsbezogenen Faktoren ineinandergreifen und den Erfolg bzw. die Nachhaltigkeit der Rückkehr positiv wie negativ beeinflussen können. Die mit der dokumentarischen Methode rekonstruierten Typen geben aus der Perspektive der Interviewten einen differenzierten Einblick in die Entstehungsgeschichte der psychischen Krise bzw. Erkrankung. Sie deuten in diesem Kontext überdies an, wie dieses Erleben, Verhalten und Handeln im weiteren Verlauf vor dem Hintergrund des Grades der Reflexion der eigenen Handlungsorientierung die individuellen Handlungs- bzw. Bewältigungsstrategien während des Klinikaufenthalts beeinflusst. Dem folgend konnten Gruppen mit unterschiedlichen RTW-Strategien identifiziert werden, die auch unterschiedliche Unterstützungs- und Hilfebedarfe aufweisen. Besonders hilfreich war in diesem Zusammenhang die kontrastive Zusammensetzung des qualitativen Samples, in dem zwischen Personen mit selbsteingeschätzter positiver und negativer RTW-Prognose differenziert wurde sowie die Rekonstruktion der unterschiedlichen Typen von Bewältigungsstrategien, die unterscheiden lassen zwischen dem Umgang mit der Krise oder Erkrankung und der Einbeziehung der Gesamtsituationen, dem Umgang mit der individuellen Handlungsorientierung und der Rückkehr in den Betrieb. Weitere Stärken der Studie sind der geringe Dropout im Studienverlauf, die offene und vertrauensvolle Atmosphäre in den Interviews, die vor allem auf das erste Face-to-Face Interview zurückzuführen ist, sowie die gute Vergleichbarkeit des qualitativen und quantitativen Samples. Einschränkend ist festzustellen, dass Personen mit schwerwiegenden Komorbiditäten nicht in die Studie einbezogen wurden. Zukünftig wird es darum gehen, die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Studie aufeinander zu beziehen und zu integrieren.

In folgenden Studien wird es vor allem darum gehen, die Erkenntnisse der Teilstudien sowie die integrierten Erkenntnisse für RCTs zu nutzen, die den RTW-Prozess als einen kontinuierlichen und kohärenten Prozess verstehen, indem individuelle, therapie- und arbeitsbezogene Maßnahmen stärker ineinandergreifen als bisher. Dies setzt aber Modelle und Konzepte voraus, die ein abgestimmtes, dialogisches Vorgehen medizinisch-therapeutischer Akteurinnen und Akteure, der Studienteilnehmenden und betrieblicher Schlüsselakteurinnen und -akteure möglich macht - also Interventionen, welche die Vorgeschichte, die Bewältigungsstrategien, die RTW-Selbstwirksamkeit und RTW-Strategien gemeinsam im Blick haben und eine professionelle, d. h. bedarfs- und zielorientierte Begleitung während des und nach dem Klinikaufenthalt ermöglichen. Dies stellt hohe Anforderungen an die Ausbildung und Erfahrung der beteiligten bzw. begleitenden Akteurinnen und Akteure, die sektorenübergreifend agieren.

## Literaturverzeichnis

- ANDERSEN, M.F., NIELSEN, K.M., BRINKMANN, S., 2012. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. In: *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. **38**(2). S. 93–104. ISSN: 0355-3140
- ARENDS, I., BRUINVELS, D.J., REBERGEN, D.S., NIEUWENHUIJSEN, K., MADAN, I., NEUMEYER-GROMEN, A., 2012. *Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. 12.12.2012 [Zugriff am: 08.02.2021]. Verfügbar unter: 10.1002/14651858.CD006389.pub2
- BANDURA, A., 1996. Social cognitive theory of human development. In T. HUSEN & T. N. POSTLETHWAITE, Hrsg. *International encyclopedia of education*. 2. Auflage. Oxford: Pergamon Press, S. 5513-5518. ISBN: 989-0080410463
- BANDURA, A., 1999. A social cognitive theory of personality. In L. PERVIN & O. JOHN, Hrsg. *Handbook of personality*. 2. Auflage. New York: Guilford Publications. S. 154-196. ISBN: 1572304839 Reprinted in D. CERVONE & Y. SHODA, Hrsg. *The coherence of personality*. New York: Guilford Press. S. 185-241. ISBN: 1572304367
- BANDURA, A., 2008. An agentic perspective on positive psychology. In: S. J. LOPEZ, Hrsg. *Positive psychology: Exploring the best in people* 1. Auflage. Westport, London: Greenwood Publishing Group, Praeger Perspectives. S. 167-196, ISBN: 0275993515
- BARNOW, S., 2012. Emotionsregulation und Psychopathologie: Ein Überblick In: *Psychologische Rundschau*, **63** (2), S. 111-124. ISSN: 0033-3042
- BARYSCH, K.N., 2016. Selbstwirksamkeit. In: D. FREY, Hrsg. *Psychologie der Werte*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S. 201-211, ISBN: 978-3-662-48013-7
- BECK, A.T., 1983. Cognitive therapy of depression: New perspectives. In: G. RICHTER, J. RICHTER, 1995. *Komplexität von Depressivität: Explorative Analyse von Verlaufsdaten, erhoben an stationär behandelten psychiatrischen Patienten*. Münster, New York: Waxmann. S. 17-19, ISBN: 3893253270
- BECKER, M., 2005. Wie Ohnmacht erlebt und bewältigt wird. In: Jahrestagung der Internationalen Erich-Fromm-Gesellschaft. Theodor-Heuss-Akademie, Gummersbach, 21.-23.05.2004. Tübingen: Selbstverlag. S. 2-7. [Zugriff am: 08.02.2021]. Verfügbar unter: [https://www.fromm-gesellschaft.eu/images/pdf-Dateien/Becker\\_M\\_2005.pdf](https://www.fromm-gesellschaft.eu/images/pdf-Dateien/Becker_M_2005.pdf)
- BOHNSACK, R., 2010. *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden*. 8. Auflage. Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich. ISBN: 9783825282424

BOHNSACK, R., NENTWIG-GESEMANN, I., Hrsg. 2010. *Dokumentarische Evaluationsforschung: Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis*. Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich. ISBN: 3866492928

BOHNSACK, R., NENTWIG-GESEMANN, I., NOHL, A.-M., Hrsg. 2013. *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien. ISBN: 978-3-531-19894-1

BOURDIEU, P., 1997. *Zur Genese der Begriffe Habitus und Feld*, In: P. BOURDIEU: *Der Tote packt den Lebenden*. Hamburg: VSA. ISBN: 978-3-89965-478-3

BROUWER, S., RENEMAN, M.F., BÜLTMANN, U., VAN DER KLINK, J.J., GROOTHOFF, J.W., 2010. A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. **20**(1). S. 104-12. [Zugriff am: 08.02.2021] Springer Link. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s10926-009-9214-z

BUCHWALD, P., SCHWARZER, C., HOBFOLL, S.E., Hrsg. 2004. *Stress gemeinsam bewältigen: Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping*. Göttingen: Hogrefe. ISBN: 9783801716790

BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN, 2019. *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2017* [online]. Dortmund: BAuA, 01.01.2019 [Zugriff am 10.12.2020] Verfügbar unter: [https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2017.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2017.pdf?__blob=publicationFile)

BUNDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER, 2019. *BPtK-Auswertung 2018*. [online] „Langfristige Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit“. Berlin: Psychotherapeutenkammer Berlin, 29.05.2019 [Zugriff am 08.02.2021] Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/die-laengsten-fehlzeiten-weiterhin-durch-psychische-erkrankungen/>

BÜRGER, W., GLASER-MÖLLER, N., KULICK, B., PALLEMBERG, C., STAPEL, M., 2011. Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung: Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. In: *Rehabilitation*. **50**(2). S. 74–85. ISSN: 0034-3536

CORBIN, J., STRAUSS, A., 2004. *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Hans Huber. ISBN: 3456840187

CORNELIUS, L.R., VAN DER KLINK, J.J.L., GROOTHOFF, J.W., BROUWER, S., 2011. Prognostic factors of term disability due to mental disorders: A systematic review. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* [online], **21**(2), S. 259-274 [Zugriff am: 08.08.2021]. Springer Link. Verfügbar unter: 10-1007/s10926-010-9261-5

DAK, 2018. *DAK-Gesundheitsreport 2018* [online]. Hamburg, Berlin: DAK Forschung, IGES Institut GmbH, 08.02.2021 [Zugriff am: 08.02.2021]. Verfügbar unter: <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/gesundheitsreport-2018-2108874.html#/>

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG, 2018. *Statistikportal der Rentenversicherung: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI (Berichtsjahr 2018)* [online]. Berlin: Deutsche Rentenversicherung [Zugriff am: 09.02.2021]. Verfügbar unter: <https://statistik-rente.de/drv/>

DE VRIES, H., FISHTA, A., WEIKERT, B. et al., 2018. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* [online], **28**(3), S. 393-417 [Zugriff am: 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s10926-017-9730-1

DEWA, C. S., HOCH, J. S., LIN, E., PATERSON, M., GOERING, P., 2003. Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. In: *The British Journal of Psychiatry* [online]. **183**(6). S. 507–513. [Zugriff am: 09.02.2021] Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1192/bjp.183.6.507

DIETRICH, D.E., STEGMANN, R., 2016. Arbeit kann der Psyche helfen. In: *Der Hausarzt* [online]. **4**, S. 57-59 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: <https://www.hausarzt.digital/medizin/arbeit-kann-der-psyche-helfen-24849.html>

ECKERT, M., TARNOWSKI, T., 2017. *Stress- und Emotionsregulation: Trainingsmanual zum Programm Stark im Stress*. Weinheim, Basel: Beltz. ISBN: 9783621284516

ERVASTI, J., JOENSUU, M., PENTTI, J., 2017. Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Psychiatric Research* [online], **95**, S. 28-36. [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.07.024

FLATSCHER, M., 2019. Kommentar: Analyse und Kritik sozial bedingter Pathologien. In: T. FUCHS et al., Hrsg. *Das überforderte Subjekt: Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, S. 145-156. ISBN: 9783518298527

FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R.H., 1974. *Type A behaviour and your heart*. New York: Knopf. ISBN: 9780394480114

FUCHS, T., 2010. Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und ihre Anwendung. In: *Die Psychiatrie* [online]. **7**(4), S. 235-241 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1055/s-0038-1669585

FUCHS, T., 2015. Körper haben oder Leib sein. In: *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* [online]. **3**(15), S. 147-153 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: [https://www.gwg-ev.org/fileadmin/user\\_upload/Wissen/Fachtexte/GPB\\_3-2015-Fuchs\\_0.pdf](https://www.gwg-ev.org/fileadmin/user_upload/Wissen/Fachtexte/GPB_3-2015-Fuchs_0.pdf)

FUCHS, T., 2019. Schneller, als die Zeit erlaubt. In: *Psychologie Heute*, **10**, S. 39-42. ISSN: 0340-1677

FUCHS, T., BERGER, M., 2013. *Affektive Störungen: Klinik – Therapie – Perspektiven*. Stuttgart: Schattauer. ISBN: 9783794527700

FUCHS, T., IWER, L., MICALI, S., Hrsg., 2019. *Das überforderte Subjekt: Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*. Berlin: suhrkamp taschenbuch wissenschaft. ISBN: 9783518298527

FURLAN, A.D., GNAM, W.H., CARNIDE, N., IRVIN, E., AMICK, B.C, DERANGO, K., MCMASTER, R., CULLEN, K., SLACK, T., BROUWER, S., BÜLTMANN, U., 2012. Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* [online], **22**(3). S. 312-321 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s10926-011-9340-2

GISSENDANNER, S., WEISS, C., WRAGE, W. et al., 2020. Eine psychosomatische Sprechstunde für die regionale betriebsnahe Versorgung: Evaluation und Empfehlungen. In: *Zeitschrift Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin, im Review-Prozess* [online]. 30.12.2019 [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/wissenschaft/evaluation-und-empfehlungen-eine-psychosomatische-sprechstunde-fuer-die-regionale>

GRAGNANO, A, NEGRINI, A, MIGLIORETTI, M, CORBIERE, M., 2018. Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. **28**(2), S. 1–17 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1107/s10926-017-9714-1

HOBFOLL, S. E., LILLY, R. S., JACKSON, A. P., 1992. Conservation of social resources and the self. In: H. O. F. VEIEL & U. BAUMANN, Hrsg. *The series in clinical and community psychology: The meaning and measurement of social support*. London, New York: Hemisphere Publishing Corp., S. 125–141. ISBN: 9781560322207

HOBFOLL, S.E., BUCHWALD, P., 2004a. Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In: P. BUCHWALD, C. SCHWARZER, S.E. HOBFOLL, Hrsg., 2004. *Stress gemeinsam bewältigen: Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag. S. 11-26. ISBN: 9783801716790

HOBFOLL, S.E., BUCHWALD, P., 2004b. Burnout aus ressourcentheoretischer Perspektive. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, **51**, S. 247-257. ISSN: 0342-183X

HOBFOLL, S.E., HALBESLEBEN, J., NEVEU, J.P., WESTMAN, M., 2018. Conservation or Resources in the Organisational Context: The Reality of Resources and Their Consequences. In: *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behaviour* [online]. **5**, S. 103-128 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640

HOEFESMIT, N., HOUKES, I., NIJHUIS, F.J., 2012. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. **22**(4), S. 462–477 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s10926-012-9359-z



HØGELUND, J., HOLM, A., MCINTOSH, J., 2010. Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours? In: *Journal of Health Economics* [online]. **29**, S. 158–169 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1016/j.jhaelco.2009.11.009

HOLMGREN, K., DAHLIN IVANOFF, S., 2007. Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process: A focus group study. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. **17**(1), S. 93-106 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s10926-006-9041-4

JACOBI, F., HÖFLER, M., STREHLE, J. et al., 2014. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Der Nervenarzt* [online]. **85**, S. 77-87 [Zugriff am 10.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s0015-013-3961-y

JACOBI, F., HÖFLER, M., STREHLE, J. et al., 2016. Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). In: *Der Nervenarzt* [online]. **87**. S. 88–90 [Zugriff am 10.02.2021]. Springer Link. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s00115-015-4458-7

KESSLER, R.C., MERIKANGAS, K.R., WANG, P.S., 2008. The prevalence and correlates of workplace depression in the national comorbidity survey replication. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine* [online]. **50**(4), S. 381-390 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1097/JOM.0b013e31816ba9b8

KLAUS, S., MESCHNIG, A., VON KARDORFF, E., 2017. Verlaufskurven der Wiedereingliederung beruflicher Rehabilitanden: (berufs-)biografische Ressourcen, Risikokonstellationen und externe Barrieren. In: *Berufliche Rehabilitation*. **31**, S. 90-105. ISSN: 0931-8895

KRAIS B., GEBAUER G., 2017. Habitus. Bielefeld: transcript. ISBN: 9783933127174

KRAPPMANN, L., 2000. Soziologische Dimensionen der Identität: Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. Stuttgart: Klett-Cotta. ISBN: 9783608910216

KOHTÉ, W., 2010. Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein doppelter Suchprozess. In: *WSI Mitteilungen* [online]. **7**, S. 374-377 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: [https://www.wsi.de/data/wsimit\\_2010\\_07\\_kohte.pdf](https://www.wsi.de/data/wsimit_2010_07_kohte.pdf)

LAGERVELD, S.E., BLONK, R.W.B., BRENNINKMEIJER, V., SCHAUFELI, W.B., 2010. Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. In: *Work & Stress* [online]. **24**(4). S. 359-375 [Zugriff am 09.02.2021]. Research Gate. Verfügbar unter: DOI: 10.1080/02678373.2010.532644

LAGERVELD, S.E., 2017. *MASTERY MATTERS: The impact of self-efficacy and work-focused therapy on return to work among employees with common mental disorders* [Dissertation]. Utrecht: Universität Utrecht

LEMIEUX, P., DURAND, M.-J., HONG, Q.N., 2011. Supervisors' Perception of the Factors Influencing the Return to Work of Workers with Common Mental Disorders. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. **21**(3). S. 293–303 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s10926-011-9316-2.

LORK, K., HOLMGREN, K., 2018. The experience of return to work self-efficacy among people on sick leave. In: *Work* [online]. **59**(4). S. 479–490 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.3233/WOR-182697

MANNHEIM, K., KETTLER, D., MEJA, V., STEHR, N., Hrsg., 1980. *Strukturen des Denkens*. Berlin: Suhrkamp. ISBN: 9783518078983

NESTMANN, F., 1996. Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. In: *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, **28**, S. 359-376. ISSN: 0721-7234

NIELSEN, K., YARKER, J., MUNIR, F., BÜLTMANN, U., 2018. IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. In: *Work & Stress* [online]. **32**(4). S. 400-417 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1080/02678373.2018.1438536

NIEUWENHUIJSEN, K., VERBEEK, J.H., DE BOER, A.G., BLONK, R.W., VAN DIJK, F.J., 2004. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. In: *Occupational Environmental Medicine* [online]. **61**(10). S. 817-823 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1136/oem.2003.009688

NIEUWENHUIJSEN, K., NOORDIK, E., VAN DIJK, F.J.H., VAN DER KLINK, J.J.L., 2013. Return-to-work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. **23**(2). S. 290–299 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s10926-012-9389-6

NIEUWENHUIJSEN, K., FABER, B., VERBEEK, J.H., NEUMEYER-GROMEN, A., HEES, H.L., VERHOEVEN, A.C., 2014. Interventions to help depressed people resume work. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 03.12.2014 [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3

NIGATU, Y.T., LIU, Y., UPPAL, M., 2017. Prognostic Factors for return to work of employees with common mental disorders: a meta-analysis of cohort studies. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. **52**(10), S. 1205-1215 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s00127-017-1402-0

OECD, 2015. *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work* [online]. Paris: OECD Publishing. [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: DOI: 10.1787/9789264228283-en

OECD/EUROPÄISCHE UNION, 2018. *Health at a glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* [online]. Paris: OECD Publishing [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018\\_healthatglance\\_rep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf)

OSTERFELD, G., 2005. Vom Umgang mit Ohnmachtserfahrungen. In: *Jahrestagung der Internationalen Erich-Fromm-Gesellschaft* „Vom Umgang mit Ohnmachtserfahrungen“ [online]. Gummersbach, 21.05.2004. Tübingen: Selbstverlag S. 22-26. [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: [https://www.frommgesellschaft.eu/images/pdf-Dateien/Osterfeld\\_G\\_2005.pdf](https://www.frommgesellschaft.eu/images/pdf-Dateien/Osterfeld_G_2005.pdf)

Pfaff, H., Zeike, S., 2019. Psychische Gesundheit und Arbeit: Ein Überblick. In: F. KNIPEPS, H. PFAFF, Hrsg. *BKK Gesundheitsreport 2019*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V., S.27-38. ISBN: 978-3-95466-470-2.

RICHTER, G., RICHTER, J., 1995. *Komplexität von Depressivität: Explorative Analyse von Verlaufsdaten, erhoben an stationär behandelten psychiatrischen Patienten*. Münster, New York: Waxmann. ISBN: 9783893253272

ROTHERMUND, E., GÜNDEL, H., KILIAN, R., 2014. Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext – Konzept und erste Daten. In: *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, **60**(2), S. 177-189. ISSN: 1438-3608

ROTHERMUND, E., HÖLZER, M., WEGEWITZ, U., 2018. Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb: Angebot mit Konsiliarcharakter. In: *Psychotherapie im Dialog* [online]. **19**(3), S. 50-54. [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: DOI: 10.1055/a-0556-2632

SCHAARSCHMIDT, U., 2010. *AVEM: Ein Instrument zur interventionsbezogenen Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens* [online]. Potsdam: U. Schaarschmidt [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: [http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/termine/dateien/Schaarschmidt180407\\_AVEM.pdf](http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/termine/dateien/Schaarschmidt180407_AVEM.pdf)

SCHMIDT-HERTHA, B., TIPPELT, R., 2011. Typologien. In: *Report* [online], **34**(1), S. 23-35 [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: <https://www.die-bonn.de/doks/report/2011-weiterbildungsforschung-02.pdf>

SCHWARZ, B., WEGEWITZ, U., 2018. Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise: Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke unter der Lupe. In: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* [online]. **53**(6), S. 368-371 [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/schwerpunkt/schwerpunkt-betriebsnahe-versorgungsnetzwerke-unter-der-lupe-rueckkehr-zur-arbeit-nach>

SCHWARZER, R., 2000. Manage stress at work through preventive and proactive coping. In E. A. LOCKE, Hrsg. *The Blackwell handbook of principles of organizational behaviour*. Oxford: Blackwell, S. 342-355. ISBN: 978-0631215059

SCHWARZER, R., JERUSALEM, M., 2002. Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: M. JERUSALEM, D. HOPF, Hrsg. *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*. In: *Zeitschrift für Pädagogik*. **44**, Weinheim, Basel: Beltz & Juventa. ISSN: 0514-2717

SIKORA, A, SCHNEIDER, G, STEGMANN, R, WEGEWITZ, U. 2019. Returning to work after sickness absence due to common mental disorders: study design and baseline findings from an 18 months mixed methods follow-up study in Germany. In: *BMC Public Health* [online]. **19**(1) S. 1-13371 [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: DOI: 10.1186/s12889-019-7999-z

STANGL, W., 2019. *Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik [online]*. Stichwort: 'Ambiguitätstoleranz'. Wien, Linz, Freiburg: W. Stangl, 01.01.2021 [Zugriff am 09.02.2021] Verfügbar unter: <https://lexikon.stangl.eu/12220/ambiguitaetstoleranz>  
STATISTISCHES BUNDESAMT, 2019. *Statistisches Jahrbuch 2019*. Wiesbaden: Destatis. ISBN: 978-3-8246-1086-0

STEGMANN, R., 2014. Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise und deren interaktionelle Dimension. In: *VDBW aktuell* [online]. S. 16-17 [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: <https://www.vdbw.de/mitgliederservice/mitgliedermagazin/seite/4/>

STEGMANN, R., SCHRÖDER, U.B., 2016. Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise. In: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* [online]. **51**, S. 660–668 [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: [https://www.asu-arbeitsmedizin.com/gentner.dll/0660-0667-ASU-1609\\_Nzi2NDk4.PDF?UID=EEFD3E7243F64291F0E489B7FB80C6C7C01D7BADD61200BF](https://www.asu-arbeitsmedizin.com/gentner.dll/0660-0667-ASU-1609_Nzi2NDk4.PDF?UID=EEFD3E7243F64291F0E489B7FB80C6C7C01D7BADD61200BF)

STEGMANN, R., SCHRÖDER, U.B., 2018. *Anders Gesund – Psychische Krisen in der Arbeitswelt: Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement*. Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-658-17881-9

STEGMANN, R., WRAGE, W., 2020. Psychische Gesundheit bei Erwerbstätigen. In: V. SCHERENBERG, J. PUNDT, Hrsg. *Psychische Gesundheit wirksam stärken – aber wie?* Bremen: APOLLON University Press, S. 121-152. ISBN: 978-3-943001-51-8

STEINKE, M., BADURA, B., BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN, Hrsg., 2011. *Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund, Berlin, Dresden: Selbstverlag. ISBN: 978-3-88261-126-7

TECHNIKER KRANKENKASSE, 2019. Gesundheitsreport 2019: Arbeitsunfähigkeiten [online]. Hamburg: Techniker Krankenkasse [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2060908/b719879a6b6ca54c1f2ec600985fb616/gesundheitsreport-au-2019-data.pdf>

TELLENBACH, H., 1961. *Die Melancholie: Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik*. Berlin, Heidelberg: Springer. ISBN: 978-3-662-12458-1

UNGER, H.P., SIEGRIST, K., 2014. Gelungene Wiedereingliederung psychisch Erkrankter. In: Bremer Fachtagung „Arbeitszufriedenheit und Gesundheit in sozialer Sicherung“ [online]. Bremen, 20./21.02.2014 [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: [https://www.malt-harms.de/downloads/fachtagung\\_feb\\_2014/presentation\\_unger\\_siegrist.pdf](https://www.malt-harms.de/downloads/fachtagung_feb_2014/presentation_unger_siegrist.pdf)

VERMER, P., BOUWMANS, C.A., ZIJLSTRA-VLASVELD, M.C., VAN DER FELTZ-CORNELIS, C.M., HAKART VAN ROIJEN, L., 2013. Let's get back to work: survival analysis on the return-to-work after depression. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [online]. **9**, S. 1637-1645 [Zugriff am 09.02.2021]. Verfügbar unter: DOI: 10.2147/NDT.S49883.Epub

VICTOR, M., LAU, B., RUUD, T., 2018. Predictors of Return to Work 6 Months After the End of Treatment in Patients with Common Mental Disorders: A Cohort Study. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. **28**, S. 548–558 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s10926-017-9747-5

VOLKER, D., VLASVELD, M.C., BROUWERS, E.P.M., VAN LOMWEL, G., VAN DER FELTZ-CORNELIS, C.M., 2015. Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* [online]. **25**. S. 423-431 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/s10926-014-9552-3

WEBER, A., PESCHKES, L., DE BOER, W., Hrsg., 2015. *Return to Work - Arbeit für alle: Grundlagen der beruflichen Reintegration*. Stuttgart: Gentner Verlag. ISBN: 978-3872477583

WEGE, N., ANGERER, P., 2013. Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. In: *Psychiatrie* [online] **10**(2). S. 71-81 [Zugriff am 09.02.2021]. Pubmed. Verfügbar unter: DOI: 10.1055/s-0038-1670858

WILLUTZKI, U., TEISMANN, T., 2013. *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe. ISBN: 9783840921308

## Abkürzungsverzeichnis

BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BKK	Betriebskrankenkasse
CMD	Common Mental Disorder
COR-Modell	Conservation Of Resource Theory-Modell
RTW	Return-To-Work
SAW	Stay At Work
STWE	Stufenweise Wiedereingliederung
TIQ	Talk In Qualitative Social Research