

Fallvignetten zur Fort- und Weiterbildung in der beruflichen Rehabilitation

Manual



Gefördert aus Mitteln der:



Institut für
Rehabilitationswissenschaften
PROJEKT-BÜRO
Prof. i.R. Dr.
E. v. KARDORFF

Impressum

Herausgeber

Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff
Humboldt Universität zu Berlin
Institut für Rehabilitationswissenschaften
Unter den Linden 6, 10099 Berlin
Projektbüro Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff
(Sitz: Invalidenstr. 110)

Mail: projektbuero.reha@hu-berlin.de
Internet: www.reha.hu-berlin.de/de/lehrgebiete/rhs/forschung/favi

Inhalt



Vorwort	III
1. Warum Fallvignetten – Sinn und Zweck	1
1.1 Was sind Fallvignetten und wofür werden sie eingesetzt?	2
1.2 Fallvignetten in der empirischen Sozialforschung	2
1.3 Fallvignetten in Fort-, Aus- und Weiterbildung sowie bei Einarbeitung und Qualitätssicherung	2
1.4 Inhaltliche und methodische Perspektiven der vorliegenden Fallvignetten	4
2. Methodische und didaktische Hinweise	7
2.1 Zum Aufbau der Fallvignetten	9
2.2 Didaktische Prinzipien	11
2.3 Biografie und Verlaufskurven: Prozessorientierung	13
2.4 Fallvignetten im Kontext der ICF	17
2.5 Fallvignetten im Kontext des Case-Managements	20
2.6 Einarbeitung, Aus-, Fort- und Weiterbildung und Qualitätssicherung	22
3. Grundlagen der Fallvignetten	24
3.1 Die zugrundeliegenden Studien, der Forschungsansatz und der Weg zu den Ergebnissen	25
3.2 Die Hauptergebnisse unserer Studien im Überblick	28
3.3 Weitere Ergebnisse zu bedeutsamen Einzelfaktoren und Risikokonstellationen	32
4. Von den Fallkonstellationen zu den Fallvignetten	35
5. Die Fallvignetten und wofür sie stehen	38
5.1 Zur Auswahl und Reihenfolge der Fallvignetten	39
5.2 Wofür stehen die Fälle	40
6. Literatur	52

Inhalt





Vorwort

Das vorliegende Manual zum Arbeitsbuch *Fallvignetten zur Fort- und Weiterbildung in der beruflichen Rehabilitation* ist als ergänzende Handreichung für Teamleiter/innen und Fachkräfte, vor allem aber für Dozenten/innen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Rehabilitationsberatung gedacht und bildet mit diesem zusammen eine Einheit. Alle Ausführungen dieses Manuals beziehen sich auf das Arbeitsbuch; da das Arbeitsbuch aber auch für sich genommen als Material zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen im Team genutzt werden kann, lassen sich einige Wiederholungen im Manual nicht ganz vermeiden. Im Manual finden sich jedoch weitergehende und vertiefende Hinweise zum konzeptionellen Hintergrund und zur empirischen Basis der Fallstudien, die den Fallvignetten zugrunde liegen sowie zu den Schwerpunkten und Zielsetzungen, die damit für die Reha-Beratung angestrebt werden. Vor allem aber vermittelt das Manual Anregungen zur didaktischen Nutzung der Fallvignetten bei der *Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen*, als *Material für Fort- und Weiterbildungen* sowie zur Verwendung als *Hilfsmittel bei der Qualitätssicherung* der Fallbearbeitung.

Fallvignetten und Manual richten sich gleichermaßen an Refachberater/innen der Renten- und Unfallversicherung und der Arbeitsagenturen sowie an Disability- und Case-Manager/innen bei Trägern und Einrichtungen beruflicher Trainings-, Bildungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen; daher wird im Folgenden einheitlich von *Reha-Berater/innen*

gesprochen. Angesichts der unterschiedlichen Ausbildung und des breitgefächerten Einsatzgebiets der Zielgruppe in unterschiedlichen Organisationen und Einrichtungen haben wir sowohl im Arbeitsbuch als auch im Manual bewusst darauf verzichtet, die jeweiligen sozialrechtlichen Grundlagen der einschlägigen Sozialgesetzbücher für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und die entsprechenden administrativen und kostenträgerspezifischen Voraussetzungen zu deren Gewährung aufzuführen; sie sind den Reha-Berater/innen aus ihrer Alltagspraxis bestens bekannt. Zusammen mit den sozialmedizinischen Beurteilungen und den Antragsunterlagen bilden sie eine wichtige Grundlage bei Beratungsprozessen und Empfehlungen zur Gewährung von LTA-Leistungen. In Ergänzung dazu und mit einer dezidiert biografischen und umfeldbezogenen Perspektive, knüpfen unsere Fallvignetten an realen Fällen von Wiedereingliederungsverläufen aus beruflichen Umschulungsmaßnahmen an. Im Unterschied zu medizinischen Diagnosen oder versicherungsrechtlichen Anspruchsberechtigungen stehen dort die *subjektive Sicht der Rehabilitanden/innen und ihre Entscheidungen* im Mittelpunkt. Die Fallvignetten wollen für eine an biografischen Verläufen und Perspektiven orientierte Problemdiagnostik und Beratung werben, in denen der Blick auf *Potentiale* und *Ressourcen*, aber auch auf *Vulnerabilitäten* jedes Einzelnen gerichtet ist; damit können, so unsere Überzeugung, Empfehlungen noch stärker passgerecht und personenzentriert gemeinsam mit jedem/jeder Rehabilitanden/in gestaltet werden. Darüber hinaus soll die Bearbei-

tung der Fallvignetten für eine Perspektive sensibilisieren, die die Einzelnen nicht isoliert, sondern mit Bezug auf die Kontextfaktoren der ICF im Rahmen von *Konstellationen* betrachtet: das bedeutet, dass z.B. Lebenslage, Lebensphase, Wohnumfeld, soziale Einbindung, lokaler Arbeitsmarkt und regionale Versorgungsangebote zu berücksichtigen sind. Zu diesen Konstellationen gehören nicht zuletzt auch situative Faktoren wie familiäre Krisen, Trennungen, Krankheitsrückfälle oder die Pflege Angehöriger, die einen Einfluss auf die Verlaufsprozesse der beruflichen Wiedereingliederung haben. Diese Perspektive fokussiert den Blick auf *Gelingensbedingungen*, aber auch auf *Barrieren*, die sich im Verlauf der Rehabilitation in ihrer Bedeutung und Wirkung verändern können. Die hier vorgestellte Sichtweise auf Beratungsprozesse in der beruflichen Wiedereingliederung orientiert sich darüber hinaus an den *Prinzipien des Fall- oder Case-Managements*, das sowohl dazu dienen soll, Übergänge in der Rehabilitationskette ohne große Reibungsverluste zu gestalten als auch gemeinsam mit den Rehabilitanden/innen nach möglichst biografisch passförmigen und der jeweiligen Lebenssituation entsprechenden Lösungen auf dem Weg zurück in Arbeit und bei einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung mit bedingter Gesundheit zu suchen. In der Perspektive des Case-Managements wird auch das Thema der Anschlussfähigkeit an multiprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven angesprochen, etwa wenn es um die Rolle von (sozial-)medizinischen Diagnosen oder von psychologischen Assessments geht; Aspekte aus den Fallkonstellatio-

nen können im Rahmen des administrationsinternen Case-Managements auch für die Begründung gezielter zusätzlicher Beratung oder Unterstützung gegenüber den Leistungsabteilungen für Rehabilitanden/innen dienen, die sich in Risikokonstellationen befinden.

Wir hoffen, dass die Fallvignetten zur Reflexion von Empfehlungen und Beratungsprozessen, in Fort- und Weiterbildung, bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen und bei der Qualitätssicherung einen nützlichen Beitrag leisten können.

Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff
Dr. Sebastian Klaus
Dr. Alexander Meschnig
Lea Mattern, B. A.

1. Warum Fallvignetten – Sinn und Zweck

1.1 Was sind Fallvignetten und wofür werden sie eingesetzt?

Fallvignetten sind entweder knapp zusammengefasste Fallgeschichten, die ein bestimmtes aus der sozialen Wirklichkeit abstrahiertes Problem beispielhaft und zugespitzt in der Form einer kurzen Geschichte darstellen. Oder aber es handelt sich – wie in unserem Arbeitsbuch – um reale Fallgeschichten, die ein breites Spektrum immer wiederkehrender und charakteristischer biografischer Problemlagen und Fragen im Umfeld der beruflichen Wiedereingliederung repräsentieren.

1.2 Fallvignetten in der empirischen Sozialforschung

Fallvignetten kommen in der empirischen Sozialforschung dann zum Einsatz, wenn Befragte zum Beispiel bewerten sollen, wie das Verhalten der Personen in der präsentierten Fallgeschichte zu beurteilen ist oder welche medizinischen oder sozialen Leistungen sie angesichts knapper Ressourcen erhalten sollen. Fallvignetten sind somit ein *methodisches Instrument*, um Befragte zur Beurteilung komplexer Interaktionssituationen, Fallkonstellationen oder ethischer Dilemmata anzuregen oder auch um Hypothesen über den möglichen Ausgang eines Geschichtenanfangs aufzustellen und in anschließenden Fragen die eigenen Entscheidungen zu begründen (vgl. Schnurr 2003). Aus den Reaktionen der Befragten auf die Aufgabenstellung in den Fallvignetten, also ihren Be-

wertungen und Entscheidungen, lassen sich Haltungen und Muster erkennen, die oft einer den Antwortenden nicht bewussten inneren „Logik“ folgen und ggf. sozialen Merkmalen oder Persönlichkeitseigenschaften der Teilnehmenden zugeordnet werden können. Da die Problemstellungen in den Fallvignetten in der Regel komplex sind oder Dilemmata darstellen, auf die es keine richtigen oder falschen Antworten gibt, ist die Gefahr sozial erwünschter Antworten gering und es kristallisiert sich – so die Erwartung der Forschung – in den Antwortmustern das in der Alltags- und Berufspraxis oder in den Routinen großer Organisationen praktizierte und als bewährt geltende *implizite Wissen* ab, das den Mitarbeitern/innen gleichsam zur „zweiten Natur“ und damit zur selbstverständlichen und fraglosen Handlungsgrundlage geworden ist. Eine kritische Auseinandersetzung mit diesem impliziten Wissen kann einen Anlass zu einer vertieften Reflexion der Fälle bieten. Dieses in der Praxis als selbstverständlich geltende Wissen, kann in didaktischer Weise auf der Basis von Fallvignetten zur Diskussion gestellt werden.

1.3 Fallvignetten in Fort-, Aus- und Weiterbildung sowie bei Einarbeitung und Qualitätssicherung

Besonders häufig kommen Fallvignetten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachkräften vor; so werden in der Ausbildung von Sozialarbeitern/innen, klinischen Psychologen/innen und von Ärzten/innen reale oder konstruierte Fälle zu Übungszwecken, aber auch bei Prüfungen oder zur

kollegialen Fallbesprechung und Qualitätssicherung genutzt. Sie dienen dazu, die Aufmerksamkeit auf bestimmte aus der Praxis bekannte und in der Forschung belegte Zusammenhänge zu richten, Kontexte zu erkennen und nach fehlenden Informationen zu suchen, die für eine angemessene Problemlösung erforderlich sind. Hier fungieren Fallvignetten als *didaktische Hilfsmittel* um entweder Standardlösungen für bestimmte Problemlagen zu vermitteln, notwendige Nachfragen etwa an Patient/innen in der ärztlichen Anamnese zu stellen oder aber wie in unseren Fallvignetten, die Aufmerksamkeit auf Aspekte zu richten, die in der Routine zuweilen übersehen oder aber in ihrer Bedeutung nicht angemessen gewürdigt werden.

Im Unterschied zu Fallstudien sind Fallvignetten kürzer, zugespitzter und viele Informationen, die etwa für Empfehlungen oder Beratungsprozesse erforderlich sind, müssen – ebenso wie in der Alltagspraxis von Reha-Beratern/innen – auf Basis der in der Berufspraxis aufgeschichteten Erfahrungen und Heuristiken, der aus der Forschung gewonnenen zentralen Hinweisreize und mit Hilfe geeigneter Fragen erschlossen werden. In unseren Fallvignetten geschieht dies dadurch, dass die Fälle in einzelne Informationsblöcke gliedert sind, an deren Ende jeweils Fragen gestellt werden, z.B.: Welche Informationen sind für die weitere Fallbearbeitung unerlässlich? Wie wird sich der Fall auf der Basis der bisher gegebenen Informationen weiterentwickeln? Welche besonderen Potentiale, Kompetenzen, Ressourcen hat der/die Rehabilitand/in? Welche Barrieren zu einem gelingenden

Return to Work liegen in der Biografie, im Umgang mit der Krankheit, in der Familie, beim Arbeitgeber und in anderen Umweltfaktoren? Welches sind die Hintergründe für bestimmte Wünsche der Rehabilitanden/innen? usw. Die von uns vorgeschlagenen Fragen können und sollen bei der Fallbearbeitung im Gespräch mit den Teilnehmern/innen ergänzt werden. Durch die Offenheit haben die Teilnehmenden zudem die Möglichkeit ihre Hypothesen über die Weiterentwicklung des Falls aufzustellen. Schrittweise soll dadurch ein möglichst umfassendes Bild des Falls entstehen und im Gespräch alternative Lösungsvarianten durchgespielt werden. Geerdet wird diese „gelenkte Spekulation“ durch die „Auflösung“, also den tatsächlichen Verlauf der Fallentwicklung. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass die Kursteilnehmer/innen zu ganz anderen Empfehlungen gelangen und andere Vorgehensweisen vorschlagen als dies in den empirischen Fällen geschehen ist.

Ob Fallvignetten als Forschungsinstrument oder als didaktisches Hilfsmittel eingesetzt werden, die Schnittmenge beider Einsatzformen von Fallvignetten ist immer der „Fall“. Die Fähigkeit, die Fallgeschichte hermeneutisch zu rekonstruieren und dabei Kernelemente herauszuarbeiten, die die Verlaufsstruktur des jeweiligen Falls im Spannungsfeld zwischen den chronologischen Ereignissen und ihrer Deutung durch die betroffenen Rehabilitanden/innen sichtbar machen, sind in psycho-sozialen Berufen ein wichtiges Element der Professionalisierung. Der Grund dafür ist, dass die Erkenntnisse aus der Fallrekonstruktion eine Voraussetzung für das professio-

nelle Ermöglichen und Begleiten eines Lernprozesses sind; das Fallverstehen, in dem die Perspektive des „Anderen“ wahrgenommen und in Rechnung gestellt wird, bildet eine Grundlage, um Rehabilitanden/innen nach Prinzipien einer „Ermöglichungsdidaktik und Subjektorientierung“ (vgl. Zajac 2009, S.28) Handlungsperspektiven zu eröffnen, die sie sich – sei es aufgrund fehlender Informationen, von falschen Vorstellungen, mangelnden Selbstvertrauens oder psychischer Blockaden – für sich selbst nicht oder noch nicht vorstellen können.

1.4 Inhaltliche und methodische Perspektiven der vorliegenden Fallvignetten

Die im Arbeitsbuch vorliegenden Fallvignetten konzentrieren sich auf die (berufs-)biografischen Verläufe bis zu dem Zeitpunkt, an dem das Krankheitsereignis oder die Diagnose zu einer schwerwiegenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hat, und auf die anschließenden Stationen der Rehabilitation bis zum gelungenen oder auch gescheiterten Wiedereintritt in das Arbeitsleben. Ergänzend und vertiefend zu den bereits vorhandenen Erfahrungen der Fachkräfte sollen die Fallvignetten für die Bedeutung biografisch mitverursachter kritischer Konstellationen für Verlaufsprozesse in der Rehabilitationskette sensibilisieren. Die in unseren Forschungsergebnissen identifizierten „*riskanten Konstellationen*“ weisen charakteristische Verläufe, sogenannte Verlaufskurven auf: von der Chronifizierung der Erkrankung über den Ar-

beitsplatzverlust, den Weg in die berufliche Rehabilitation und die Maßnahme selbst bis hin zur gelungenen oder (vorläufig) gescheiterten Rückkehr in Arbeit. Mit Hilfe der in den Fallvignetten aufbereiteten Kontraste verschieden gelagerter Konstellationen wird ein Potential zur Früherkennung und intervenierenden Beratung, Unterstützung und Veränderung erschlossen. Mit den Fallvignetten liegt für Rehabilitationsfachberatern/innen bei der Empfehlung von Maßnahmen (administrativ aber auch von Rehabilitanden/innen auch als „Zuweisung“ bezeichnet) als auch für das in Rehabilitationseinrichtungen tätige Fachpersonal eine methodische und inhaltliche Orientierung für eine am Case-Management ausgerichtete Entwicklung von Hilfestellungen in den verschiedenen Phasen der beruflichen Rehabilitation vor. Inhaltlich und methodisch geht es uns vor allem um Folgendes:

- *Erstens*, eine Sensibilisierung von Reha-Beratern/innen für den Einfluss (berufs-)biografischer Verläufe, Ereignisse und Wendepunkte in der Lebensgeschichte auf eine erfolgreiche Rückkehr in Arbeit (Return to Work = RTW). Ergänzend zur bereits vorhandenen standardisierten Eignungs- und Leistungsdiagnostik, zur Erhebung von Routinedaten und zur Nutzung sozialmedizinischer Indikatoren etwa aus Reha-Entlassberichten soll der Blick für eine frühzeitige Wahrnehmung von Warnsignalen für kritische Problemkonstellationen geschärft werden, um entsprechende individualisierte Hilfestellungen geben zu können. Gleichzeitig soll dies auch zu einer Fokussierung der Ressourcen in der Fall-

bearbeitung beitragen, da sich in unseren Studien gezeigt hat, dass sich nur ca. ein Fünftel der Rehabilitanden/innen in potentiell kritischen Risikokonstellationen befindet und eine zusätzliche intensive Beratung benötigt sowie ggf. auch über das Ende der Maßnahme hinaus auf eine Nachsorge bzw. eine Begleitung oder ein Coaching beim RTW-Prozess angewiesen ist; letzteres kann auch durch die Beauftragung externer Dienstleister geschehen oder, auf niedrigschwelliger Ebene, durch die Ansprechbarkeit der Reha-Berater/innen durch Telefon- oder Email Kontakt erfolgen.

- *Zweitens*, eine Sensibilisierung für die persönlichen, subjektiven Sichtweisen der befragten Rehabilitanden/innen, die in den Fallvignetten auszugsweise in den Wahrnehmungen, Erzählungen, Berichten, Einschätzungen, Urteilen und Zukunftsperspektiven erscheinen. Die Achtsamkeit für die Bedeutung dieser subjektiven Perspektive ist uns besonders wichtig, weil sie in ihrer positiven Wirkung für den Rehabilitationserfolg, aber auch als hemmender Wirkfaktor im Rehabilitationsgeschehen inzwischen vielfach belegt ist (vgl. z.B. McMahona, Shawb, Chanc & Danczyk-Hawleya 2004; Nübling, Muthny & Bengel 2005). Deshalb kommt dem Zuhören und dem Verstehen der biografischen Selbstverortung der Rehabilitanden/innen im Kontext von Lebenslage und Lebensphase und den damit verbundenen Ansprüchen, Hoffnungen und Befürchtungen eine große Bedeutung zu; ein besonderes

Augenmerk liegt dabei naturgemäß auf der beruflichen Zukunft vor dem Hintergrund der beruflichen Vorgeschichte und auf dem Zusammenspiel mit dem alle genannten Bereiche berührenden und durchkreuzenden Krankheitsereignis und seinen Folgen, seiner subjektiven Deutung und dem jeweils individuellen Umgang damit;

- *Drittens*, eine Verbesserung der Bedarfsorientierung bei der Empfehlung und Zuweisung von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation und im Reha-Assessment. Darüber hinaus zeigen einige Fallkonstellationen, dass sich eine Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts und das Gefühl, in den eigenen Vorstellungen ernst genommen zu werden im Beratungsprozess in einer verbesserten Identifikation mit der Maßnahme niederschlägt. Weitergehend verweisen einige Fallkonstellationen auf die motivierende Wirkung vorgeschalteter Abklärungen wie z.B. Berufsfindung, Belastungserprobung oder psychologische Eignungstests, wenn dadurch bei Rehabilitanden/innen, die durch ihre neue Situation noch verunsichert sind, eine selbstbestimmte und damit besser akzeptierte Entscheidung erreicht werden kann. Schließlich sollte geklärt werden, ob der Zeitpunkt für den Beginn einer beruflichen Rehabilitation nicht zu früh kommt und daher ggf. eine Empfehlung zu einer vorgängigen psychologischen Beratung, einer Psychotherapie oder zu einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes sinnvoll

- sein kann, etwa wenn die Krankheit(sfolgen), Schmerzen oder Unsicherheit über die eigene Belastungsfähigkeit noch zu sehr im Vordergrund stehen.
- *Viertens*, den in der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) benannten Umweltfaktoren Rechnung zu tragen, deren Einfluss in unseren Fallstudien zum Tragen kommt. In den Fallvignetten wird dies nicht in der bloßen Aufzählung der relevanten Einflussfaktoren sichtbar, sondern durch die Analyse von Fallkonstellationen, in denen das Zusammenspiel zwischen den einzelnen Einflussgrößen einschließlich situativer Faktoren im Lebensverlauf wie auch in der aktuellen Lebenssituation sichtbar wird.
 - *Fünftens*, die Beratung entsprechend den Vorgaben des Bundesteilhabegesetzes (BTHG, § 39) *personenzentriert* und *teilhabeorientiert* umzusetzen sowie das *Wunsch- und Wahlrecht* zu berücksichtigen und zu seiner Ausübung zu ermutigen (Empowerment). Mit ihrer Orientierung an der subjektiven Sichtweise der Rehabilitanden/innen stellen die Fallvignetten den Bezug zu einer diagnostischen und interventionsbezogenen Personenzentrierung her.
 - *Sechstens*, sollen die Fallvignetten als Material für *Ein- und Fortbildung* von Fachkräften in der beruflichen Rehabilitation sowie als Material für *qualitätssichernde Fallkonferenzen* der in den beruflichen Leistungsketten wirkenden Fachkräfte dienen, die für

Beratung, Vermittlung und Begleitung nach den Prinzipien des Case-Managements zuständig sind.

- *Siebtens*, können die Fallvignetten als Material für gemeinsame Fallsupervisionen oder Fallgespräche dienen und damit zur Reflexion der eigenen Praxis anregen und dazu ermutigen die eigenen Fälle nach den methodischen Prinzipien der Fallvignetten zu re-analysieren und im wechselseitigen Gespräch ggf. alternative Perspektiven zu erarbeiten.

2. Methodische und didaktische Hinweise zur Arbeit mit den Fallvignetten

Wir gehen von der Zielsetzung der Reha-Beratung aus, die darin besteht, die Rehabilitanden/innen in Kenntnis ihres Leistungsbildes, der berufskundlichen Anforderungen und des Ablaufs der Maßnahmen sowie der Aussichten des regionalen Arbeitsmarkts über unterschiedliche Maßnahmen und deren Anforderungen und Möglichkeiten – einschließlich des zu erwartenden Einkommens – realistisch zu informieren und damit sowohl eine Grundlage zur eigenständigen Entscheidungsfindung anzubieten als auch der Leistungsabteilung eine Zuweisungsempfehlung zu geben.

Die in den Fallvignetten dargestellten Fallkonstellationen sind den Reha-Beratern/innen aus der Praxis bekannt. Zentral an unserer Analyse und Darstellungsform ist die Fokussierung auf (berufs)biografische Verläufe und die jeweiligen Konstellationen wie die Lebenslage, die Krankheit, der Arbeitsmarkt, etc., zu denen die subjektiven Sichtweisen der Rehabilitanden/innen hinzugespielt werden, weil diese ihr Handeln (natürlich nicht ausschließlich) auf der Grundlage ihres eigenen Erlebens, ihrer Lebensplanungen und ihrer eigenen Situationseinschätzungen und der Sichtweisen ihres nahen sozialen Umfeldes und an ihren nicht immer direkt geäußerten Zielen ausrichten. In Seminaren und Gesprächsrunden und in der Fort- und Weiterbildung kommt es daher darauf an, einige wichtige Hintergründe dieser biografischen Perspektive, der Entwicklung und Verläufe und ganz besonders der Wendepunkte in den einzelnen Biografien – bedingt etwa durch ein kritisches Lebensereignis wie die Diagnose einer schweren und/oder chronischen Erkrankung, durch

Arbeitslosigkeit, einer gesundheitsbedingt notwendigen beruflichen Neuorientierung, usw. – zu erläutern und ihre Bedeutung zu vermitteln (vgl. hierzu auch 2.3). Am besten kann dies unserer Ansicht nach gelingen, wenn man dabei konkret auf die Methodik und Ergebnisse der den Fallvignetten zugrundeliegenden Fragebogenresultate und vor allem der Fallstudien zum Verlauf der krankheitsbedingt notwendig gewordenen Umschulung, einschließlich der Wege, die dorthin geführt haben, bis zur erneuten Rückkehr in Arbeit zurückgreift (vgl. Kapitel 3). In Kapitel vier findet sich dann die Einordnung der in unserer Studie erstellten 30 Fallkonstellationen in ein Schema, in dem die Fälle nach unterschiedlichen Dimensionen gruppiert wurden: von erfolgreichem, teilweise erfolgreichem und gescheitertem Return to Work, nach subjektiv geäußelter Zufriedenheit und nach gesundheitsförderlichen Ressourcen und nach Vulnerabilitäten. Dabei lassen sich einige personenbezogenen Faktoren, die für einen Erfolg oder ein Scheitern verantwortlich sind, identifizieren (vgl. Abbildung 4 *Bedingungskonstellationen und Dimensionen bei der Rückkehr in Arbeit*). Die Ausführungen zur ICF (2.4) zielen darauf, das Zusammenspiel der individuellen krankheitsbedingten Beeinträchtigungen mit den äußeren Umfeldfaktoren wie familiäres Unterstützungsnetz, Wohnort, Arbeitsmarkt usw. immer wieder in den Fokus zu rücken und deren relative Bedeutung in jedem Fall neu zu bestimmen. Die kurzen Ausführungen zum Case-Management (Abschnitt 2.5) sollen auf die Bedeutung einer Verknüpfung der individuellen Teilhabeperspektiven mit anderen Akteu-

ren im Versorgungssystem und der Arbeitswelt verweisen.

2.1 Zum Aufbau der Fallvignetten

Die Fallvignetten bilden eine breite Palette charakteristischer Fallkonstellationen ab, wie sie in der Praxis der Beratung und Begleitung von Rehabilitanden/innen bei Maßnahmen zur beruflichen Qualifizierung immer wieder vorkommen; bei den zwölf Vignetten im Arbeitsbuch haben wir die komplexen und sehr umfangreichen Falldarstellungen aus unserer Verlaufsstudie in kleine Abschnitte aufgegliedert:

- (1) Auf der Titelseite jeder Fallvignette, die wir zur besseren Verwendung in der gemeinsamen Besprechung mit Pseudonymen der Rehabilitanden/innen (*Herr Meier, Frau Jürgen*) versehen haben, finden sich – tabellarisch aufgelistet – zentrale generische Kerndaten wie Alter, Geschlecht, Bildungs- und Berufsabschluss, aktuelle Lebenssituation, Krankheitsdiagnose und Belastung durch Schulden sowie der Wohnort mit der regionalen Arbeitsmarktsituation.

Die Reha-Fachberater/innen haben in ihrer Praxis zusätzlich das Formular G0100, den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte sowie das Formular G 0130, die Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, auf dem sich u.a. Daten zum Versicherungsverlauf, zu medizinischen Behandlungen, vorherigen Reha-Leistungen, Gutachten etc. befinden. Zusammen mit dem Reha-Entlassbericht werden diese Doku-

mente in der Praxis vor dem ersten Gespräch mit dem/der Rehabilitanden/in gelesen und bilden die Hintergrundrahmung für das Gespräch; in der Fortbildung sollten die Teilnehmenden darauf aufmerksam gemacht werden, dass diese notwendige und professionelle Gesprächsvorbereitung zunächst „eingeklammert“ werden sollte, damit das Gespräch nicht durch die Deutung der „Papierlage“ in seiner Entfaltung eingeengt und vorbestimmt wird. Durch Zuhören und Nachfragen soll ein besseres Verstehen der Bedürfnisse, Wünsche und auch der versteckten Botschaften des/der Gesprächspartners/in erreicht werden; erst im Anschluss an die Erzählung, die artikulierten Befürchtungen und die Wünsche oder auch Ansprüche von Seiten des/der Rehabilitanden/in, sollten die dem/der Reha-Berater/in bereits vorliegende Informationen ins Gespräch gebracht werden.

- (2) Daran schließt sich eine kurze Zusammenfassung des Wegs des/der Rehabilitanden/in bis zur Maßnahme-Empfehlung an; dabei haben wir aus didaktischen wie aus Platzgründen weitere wichtige Informationen aus der gesamten Fallstudie weggelassen.

Am Ende dieses Abschnittes findet sich der erste Einstieg in die Besprechung des Falls in der Gruppe oder auch mit der/dem neu einzuarbeitenden Kollegen/in. Aus den vorliegenden Informationen ergeben sich dann erste mögliche von uns vorformulierte und aus Anregungen in den Gruppengesprächen mit Reha-Beratern/innen gewonnene Fragestellungen zu dem Fall, etwa welche In-

formationen zu einer Empfehlung noch erforderlich gewesen wären, welche Fragen man noch an den/die Rehabilitanden/in stellen sollte, usw. Schließlich sollten die Teilnehmer/innen eine Hypothese darüber aufstellen, wie der Fall voraussichtlich weitergegangen ist. Fragen und Hypothesen sollten im „Platz für Notizen“ oder auf einem eigenen Blatt schriftlich festgehalten werden.

Die Teilnehmenden sollen damit möglichst schnell in einen Diskussionsprozess kommen und Erfahrungen aus eigenen Fällen schon an dieser Stelle einbringen und auch dazu ermuntert werden. Da in jedem Beratungsprozess Empfehlungen in begrenzter Zeit und unter Bedingungen unvollständiger Information entwickelt werden müssen, geht es darum, die der Routinearbeit zugrundeliegenden „Daumenregeln“ gemeinsam zu besprechen und zu bestimmen, welche wichtigen Informationen – etwa zur Lebenssituation, zu den Krankheitsfolgen, zur Belastbarkeit, zur Berufs- und zur Krankheitsbiografie, usw. – noch erfragt und eingeholt werden müssen.

- (3) Im Anschluss daran gibt es eine kurze Darstellung des Verlaufs der Maßnahme aus der Sicht der Rehabilitanden/innen in chronologischer Hinsicht. An diesen Abschnitt schließt sich die Frage an, wie die Teilnehmenden die Chancen auf die Rückkehr in Arbeit (Return to Work = RTW) einschätzen und worauf sich die Einschätzung gründet. An dieser Stelle könnten anhand der Vignetten auch Fragen zu Verfahrensabläufen, Gruppenprozessen, Praktika, Unterrichtsgeschwindigkeit, Anforderungen,

Intensität der Begleitung sowie zum Spannungsfeld zwischen Erwartungen an Eigenaktivität und Bedarf an Schutzraum, Kontakthäufigkeit zum/zur Reha-Fachberater/in, usw. diskutiert werden; dies hängt von den Teilnehmenden und ihrer institutionellen Verortung ab.

- (4) Im vierten Abschnitt wird der Übergang in Arbeit (bei einzelnen Fällen auch in Arbeitslosigkeit oder in die Erwerbsminderungsrente) und – soweit wir dies bis 18 Monate nach Ende der Maßnahme verfolgen konnten – die Situation an der neu gefundenen Arbeitsstelle beleuchtet; insbesondere sind dabei folgende Themen angesprochen: die Bewerbung(-ssituation), der regionale Arbeitsmarkt, das Ankommen im Umschulungsberuf oder die Anstellung in einem umschulungsfremden oder sogar dem alten Beruf, die Akzeptanz seitens der neuen Kollegen/innen und der Unternehmensführung, der Umgang mit den auch nach der Rehabilitation verbliebenen gesundheitlichen Einschränkungen in der Tätigkeit selbst und an der Arbeitsstelle, Zukunftspläne, allgemeine Lebenszufriedenheit, usw. Im Anschluss daran wird nach den generellen Ressourcen und den Hemmnissen beim RTW und beim Verbleib in Arbeit gefragt; welche Potentiale und gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen sehen die Kursteilnehmer/innen, warum wurden bestimmte Fähigkeiten seitens der Rehabilitanden/innen nicht genutzt, welche Rolle spielen Stigmatisierung(sängste), welche Konflikte sind absehbar, welches waren die zentralen Bedingungen für das Gelingen oder Scheitern des RTW, wa-

rum wurde der Weg in die EM-Rente gewählt, usw.

- (5) Auf der letzten Seite jeder Fallvignette findet sich eine tabellarische Gegenüberstellung der Ressourcen und der Barrieren, die wir bezogen auf das Ziel einer nachhaltigen Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben, aus der gesamten Fallstruktur herausgearbeitet haben; diese Darstellung ist weder erschöpfend noch notwendigerweise „richtig“, so dass in der Diskussion mit den Teilnehmenden durchaus auch andere Aspekte als Ressourcen oder Barrieren erwogen werden sollen.

Aus konzeptionellen wie didaktischen Gründen beginnen wir in der Tabelle auf der linken Seite mit den Ressourcen, weil wir in Übereinstimmung mit der Fachliteratur von dem im psychosozialen Bereich vollzogenen Paradigmenwechsel von einem defizitorientierten Modell zu einem an *Fähigkeiten* (wie z.B. soziale Kompetenzen, besonderes Spezialwissen), *Potentialen* (z.B. Hartnäckigkeit, Zielorientierung, gesundheitliche Selbstsorge) und nutzbaren *Ressourcen* (stützendes und stabiles soziales Umfeld) ausgerichteten Verständnis von Problemdiagnose, Beratung und Begleitung ausgehen; im weiteren Beratungsverlauf können Empfehlungen daran anknüpfen. Mit Blick auf die Barrieren geht es sowohl um in der Person und in ihrer Berufsbiografie liegende Barrieren (z.B. geringe Veränderungsbereitschaft, niedriger Bildungsabschluss) oder um mit der Krankheit und ihren Folgen verbundene Beeinträchtigungen; darüber hinaus geht es aber auch um gesellschaftliche Barrieren, wie Vorurteile

gegenüber kranken und älteren Arbeitnehmern/innen, eine schlechte Arbeitsmarktlage, schlechte Verkehrsanbindung des Wohnorts, etc.

2.2 Didaktische Prinzipien

In den im Arbeitsbuch vorgelegten Fallvignetten geht es vorrangig um (Selbst-)Reflexion, Hypothesenbildung, Abwägen von Empfehlungen etwa bei der Wahl eines Umschulungsberufs oder einer bestimmten Anpassungsqualifizierung sowie um die Erwägung alternativer Wege zum RTW. Die Fallvignetten sind aber *keine Vorlagen für Lösungen* der dargestellten Fälle, denn in jeder realen Fallkonstellation finden sich Variationen und situative Einflüsse, die von den Reha-Beratern/innen fortlaufend immer wieder neu interpretiert und bewertet werden müssen; die Fallvignetten sind daher auch *keine Modellfälle* oder *Prototypen*, die als Muster für Lösungen verwendet werden können; vielmehr stellen sie ein Arbeitsmaterial dar, das dazu anregen soll, sich die vorgelegten realen Fallkonstellationen unter dem Gesichtspunkt einer methodischen Berücksichtigung biografischer Konstellationen anzusehen und nach geeigneten Lösungsvarianten im Rahmen der Reha-Beratung und der Prinzipien des Fallmanagements zu suchen. Die Teilnehmenden sollen ausdrücklich dazu ermutigt werden, ihre eigenen Praxiserfahrungen einzubringen, anhand der gestellten Fragen vorläufige Lösungsvarianten zu finden, (selbst-)kritisch zu reflektieren und anhand der Fallvignetten und eigener Fälle das reale Ergebnis der beruflichen

Rehabilitation fachlich und vom Verfahrensablauf her einzuschätzen.

Für die Praxis der Aus-, Fort- und Weiterbildung mit den Fallvignetten bedeutet dies:

- Offene Fragen stellen, Antworten ergebnisoffen besprechen;
- Zu weiteren Fragen anregen: z.B. welches Material müsste man noch nutzen? Welches sind Warnsignale für einen Abbruch der Maßnahme oder für ein Scheitern beim RTW? Welches könnten Gründe dafür sein: fehlende Passung der Maßnahme, mangelnde Identifikation des/der Rehabilitanden/in mit der Maßnahme, ablaufbezogenen Probleme während der Maßnahme (z.B. mangelnde Anleitung im Praktikumsbetrieb; Konflikte in der Ausbildungsgruppe), mangelnde Selbsteinschätzungsfähigkeit der Rehabilitanden/innen hinsichtlich ihrer Belastbarkeit, familiäre Konflikte, Krankheitsrückfälle, etc.?
- Anregungen der Teilnehmer/innen aufgreifen;
- Die Fragen an den jeweiligen Abschnitten der Fallvignetten erst individuell schriftlich bearbeiten lassen, die Ergebnisse anschließend in der Gruppe diskutieren;
- Varianten erarbeiten lassen und nach Alternativen im Spektrum der vorhandenen und gewährungsfähigen LTA-Angebote suchen lassen;
- Raum lassen für Hypothesen und Reflexionen: z.B. Welche Rolle spielt die medizinisch diagnostizierte Er-

krankung und die damit nach Lehrmeinung einhergehenden Beeinträchtigungen im vorliegenden Einzelfall mit Blick auf die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit? Inwieweit kann fehlende soziale Einbindung im privaten Umfeld den Erfolg einer Maßnahme gefährden? Stehen den Reha-Beratern/innen hier überhaupt Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung?

- Analyse von Unstimmigkeiten in den Fällen, z.B. war die Zuweisung zu einer Umschulung angesichts der in den Fallvignetten gegebenen Informationen gerechtfertigt? Wäre eine andere Maßnahme erfolgreicher gewesen? Wann sollte man von einer Qualifizierungsmaßnahme Abstand nehmen? Was hat der/die Berater/in in der vorliegenden Fallvignette übersehen oder, im Nachhinein betrachtet, falsch eingeschätzt?
- In Gruppenarbeit eigene Fälle der Teilnehmer/innen nutzen und entsprechend dem methodischen Aufbau der Fallvignetten bearbeiten;
- Paradoxien aufgreifen: z.B. welches sind mögliche Gründe oder äußere Umstände dafür, dass ein/e Rehabilitand/in nach Abschluss einer IHK zertifizierten Umschulung entgegen sozialmedizinischer Empfehlung an die alte Arbeitsstelle mit der vorherigen Tätigkeit zurückkehrt?
- Ähnliche Fallkonstellationen mit minimalen Differenzen miteinander vergleichen, z.B. unter der Fragestellung: Aufgrund welcher Bedingungen, Verhaltensweisen oder situativer Einflüsse ist es bei Rehabilitand-

- en/innen gleicher Diagnose und ähnlicher Berufsgeschichte und vergleichbaren Sozialdaten zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen beim RTW gekommen?
- Erkennen von Strategien der Rehabilitanden/innen in den Fallvignetten: zu welchem Zweck wird die Qualifizierungsmaßnahme neben und zusätzlich zu ihrem offiziellen Ziel genutzt? Wie sieht der „heimliche Lehrplan“ der Lebensplanung aus? Ist ein solcher überhaupt erkennbar?
 - Einbindung externer Kooperationspartner: z.B. In welcher Fallkonstellation ist es sinnvoll und zweckmäßig nach Abschluss der Maßnahme einen externen Dienstleister (etwa einen Integrationsfachdienst) zur Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche und/oder zur Einstiegsbegleitung im Beruf mit Zustimmung des/der Betroffenen einzuschalten? An welchen Stellen ist – mit Zustimmung des/der Rehabilitanden/in – ein Kontakt mit dem/der Arbeitgeber/in sinnvoll? Wo endet die Zuständigkeit der Reha-Fachberatung und wo muss an andere Akteure übergeben werden?

2.3 Biografie und Verlaufskurven: Prozessorientierung

Ein Ziel der Fallbearbeitung ist die Beurteilung von Biografie, Lebenslage, Lebenssituation, Diagnose, sozialmedizinischer Prognose, gesundheitsförderlicher oder -abträglicher Lebensweise sowie der Wünsche und Vorstellungen der Reha-

bilitanden/innen sowohl bezogen auf jedes einzelne Element als auch in der Gesamtschau.

Unter einer Perspektive, die (berufs-)biografische Entwicklungslinien für die Beurteilung und Gestaltung von Fällen im Reha-Beratungsprozess nutzt, um z.B. zu einer mit der jeweiligen Lebenskonstruktion, den Wertvorstellungen, den bisherigen beruflichen Erfahrungen und Erwartungen passfähigen Empfehlung für eine krankheitsbedingt erforderlich gewordene LTA-Maßnahme zu gelangen, ist es aus unserer Sicht hilfreich, sich mit einigen Grundbegriffen und Erkenntnissen aus der sozialwissenschaftlichen Biografieforschung vertraut zu machen.

Die Entwicklung individueller Lebensgeschichten stellt sich als ein komplexes Zusammenwirken von Einflüssen der Sozialisation in und durch die Familie, durch Peers, die Schule, die Berufsausbildung, die Arbeitswelt und die mediale Öffentlichkeit mit den aus der eigenen Interaktionsgeschichte geformten Motiven, Ideen, Emotionen, Wünschen, Zielen und Handlungen der Einzelnen dar. In diesem Sinne sind Biografien immer einzigartig zugleich aber – von außen betrachtet – doch auch wieder recht konform: so lassen sich etwa Menschen mit einem bestimmten Beruf an zeittypischen Ausprägungen ihres Habitus, ihrer Ausdrucksweise, ihres Geschmacks und typisierbarer Verhaltensweisen erkennen (z.B. Lehrer/innen, Ärzte/innen, Handwerker/innen, etc.) oder als Mitglieder einer bestimmten Generation (etwa als Angehörige der „68er“ oder der „Wende“-Generation), für die typische Haltungen, Ereignisse, Ziele, Erwartungen, Werte und

Gefühlslagen charakteristisch sind. Dies gilt auch für unterschiedliche soziale Milieus. So finden sich etwa in unserer Stichprobe der Umschüler/innen bei aller sonstigen Unterschiedlichkeit z.B. ähnliche Ausbildungswege (Realschulabschluss, Lehre mit Facharbeiter- oder entsprechender Angestelltenqualifikation) und eine ähnliche Einstellung zur Berufsarbeit. Bei Teilnehmern/innen, die den Umbruch durch die „Wende“ erlebt haben, finden sich viele Personen, die in der sozialisierten Erwartung an stabile Strukturen im Arbeitsleben (eine Ausbildung mit klaren Aufstiegschancen, weitgehend stabile Beschäftigung in einem Unternehmen, etc.) enttäuscht wurden und sich nur schwer mit den neuen Gegebenheiten auf dem gesamtdeutschen Arbeitsmarkt arrangieren konnten; einige dieser Erwartungen übertragen sich auf das Versorgungssystem und auf die Reha-Einrichtungen, in denen sie einen Schonraum und eine engmaschige Begleitung erwarten.

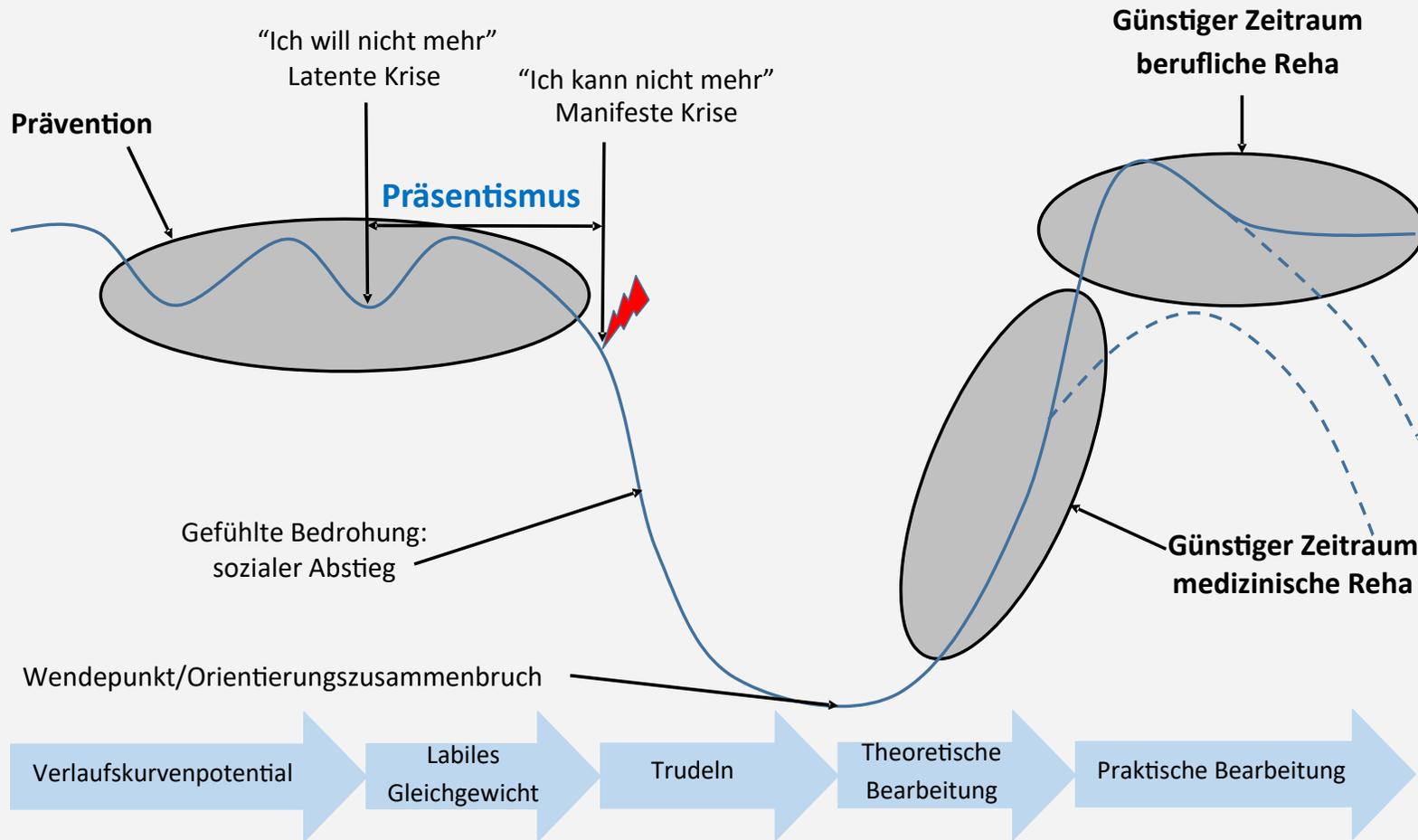
Vor dem Hintergrund der hier nur kurz angedeuteten gesellschaftlichen Bestimmungsfaktoren sind es aber in der Fallarbeit auch die ganz individuellen Entwicklungen. Bei der Betrachtung der biografischen Verläufe ist es besonders wichtig, die Differenzen und Gemeinsamkeiten zwischen der *chronologischen Lebensgeschichte*, also der Abfolge von Stationen im Lebenslauf und von kritischen Lebensereignissen (Unfälle, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Familiengründung, Trennung) auf der einen und der *erzählten Lebensgeschichte* auf der anderen Seite, also der subjektiven Schwerpunktsetzung, der Heraushebung bestimmter Ereignisse, der emotionalen

Betonung etwa von Degradierungserfahrungen, von schambesetzten Ereignissen etc. eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Für Beratung und Fallarbeit sind diese Differenzen bedeutsam, weil sie zeigen, an welcher Stelle Erwartungen enttäuscht wurden, in welcher Situation Kompetenzen nicht genutzt wurden, welche Ressourcen vorhanden sind und welche Rolle der Einbruch der Krankheit und das Fortbestehen gesundheitlicher Beeinträchtigungen etwa in einer bestimmten Lebensphase oder auf der Folie einer bestimmten Lebenskonstruktion spielen.

Der Blick auf die Biografie ist immer auch mit der Suche nach Mustern, Wiederholungen und Regelmäßigkeiten und auch nach Auf- und Abwärtsbewegungen, Phasen der Stabilität und nach Kipp- und Wendepunkten verbunden. Wenn die Notwendigkeit zur medizinischen wie zur beruflichen Rehabilitation entstanden ist und die betroffenen Menschen einen Antrag auf Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt haben oder ihnen dies empfohlen wurde, ist bei der Fallberatung der Blick in die Vergangenheit hilfreich: dem Rehabilitationsbedarf geht zumeist – anders als etwa bei einem Berufsunfall, der Entdeckung eines Tumors oder eines psychotischen Schubs – eine längere Entwicklungsgeschichte voran, die in einer gesundheitlichen Krise kulminiert. Oft haben sich im Zeitverlauf Belastungen aufgeschichtet und ein sogenanntes Verlaufskurvenpotential (Schütze 2006) entstehen lassen, bei dem verschiedene Faktoren das Risiko eines Zusammenbruchs und/oder einer Abwärtsspirale wahrscheinlich machen; in der konkreten Krise,

etwa bei einem gesundheitlichen Zusammenbruch, einem Herzinfarkt oder einer schweren Depression, besteht dann die Gefahr von „Dominoeffekten“, bei denen das eine zum andern kommt, oft auch durch äußere Einflüsse. So kann es zu einem „Trudeln“, einer Abwärtsspirale und einem Status- und Selbstwertverlust kommen; dies kann etwa folgenden Verlauf nehmen: Abfolge von langen AU-Zeiten, Kündigung, Arbeitslosigkeit, Trennung des/der Ehe- oder Lebenspartners/in, Alkoholproblem, verspätete Inanspruchnahme von Hilfen usw. Im Einzelfall stellen sich diese Entwicklungen ganz unterschiedlich dar, lassen sich aber auf dem allgemeinen nachfolgend abgebildeten Schema der Verlaufskurven und der Verlaufskurvenpotentiale abtragen. Mit Blick auf die Fälle (Fallvignetten) lassen sich bei einer derartigen Betrachtung mögliche Interventionspunkte, in Anspruch genommene Hilfen, Selbstheilungsversuche und verpasste Gelegenheiten identifizieren. In der Aus- und Weiterbildung können die Teilnehmenden z.B. die Verläufe (Krisen, Trudeln, Abwärtsspiralen, Reha, RTW, etc.) aus den Fallvignetten oder aus eigenen Fällen auf das Schema übertragen, die äußeren, beruflichen und privaten Umstände zu den Zeitpunkten etwa der Krisen eintragen und die aus der biografischen Erfahrungsaufschichtung stammenden Verhaltensstrategien und Entscheidungsprozesse der Rehabilitanden/innen analysieren.

Abbildung 1: Verlaufskurven und Verlaufskurvenpotentiale



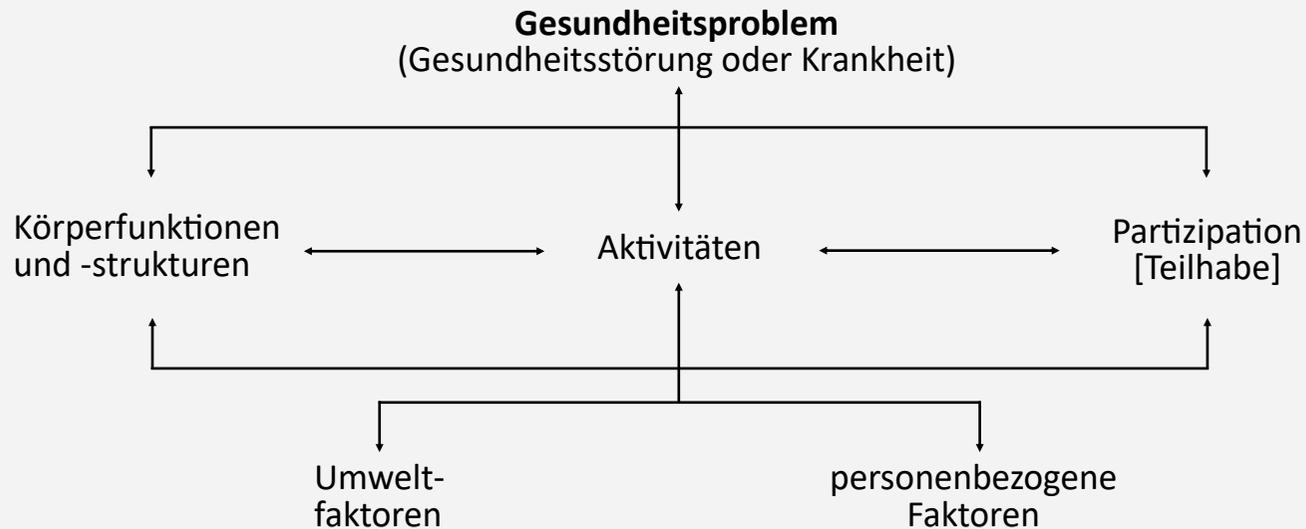
2.4 Fallvignetten im Kontext der International Classification of Functioning, Disability and Health

Die Relevanz der ICF für die Diskussion der Fallvignetten liegt auch für die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben *erstens* darin begründet, dass sie der Behinderungsdefinition des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) zugrunde liegt, in die auch langdauernde, chronische oder chronifizierte Erkrankungen eingeschlossen sind. Dort heißt es in § 2, Satz (1) „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“ Damit ist ein weiter gesetzlicher Rahmen für die Gewährung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe gegeben und zugleich die Perspektive auf das Zusammenspiel zwischen individuellen, personalen Beeinträchtigungen der Gesundheit auf der einen und gesellschaftlichen Barrieren, immateriellen wie etwa Vorurteilen gegenüber Menschen mit Behinderungen/ Krankheiten und materiellen, wie gesundheitsgerechte Arbeitsformen und behindertengerechte Arbeitsplätze, auf der anderen Seite gerichtet. Im Unterschied zu der ebenfalls von

der Weltgesundheitsorganisation entwickelten ICD-Klassifikation der Krankheiten (*International Classification of Diseases*) für medizinische und psychiatrische Krankheitsbilder, lenkt die *ICF* den Blick auf den Umfang und die Möglichkeiten der Teilhabe chronisch kranker oder behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben. Konkret werden die krankheits- oder behinderungsbedingten Teilhabebeeinträchtigungen mit Hilfe der ICF für einzelne Lebensbereiche genauer bestimmbar (vgl. Schuntermann 2009).

Die folgende Abbildung liefert eine schematische Übersicht über das Denkmodell der ICF, das eine Strukturierungshilfe für die Analyse von förderlichen Faktoren und Barrieren zur Teilhabe bei Menschen mit Rehabilitationsbedarf darstellt.

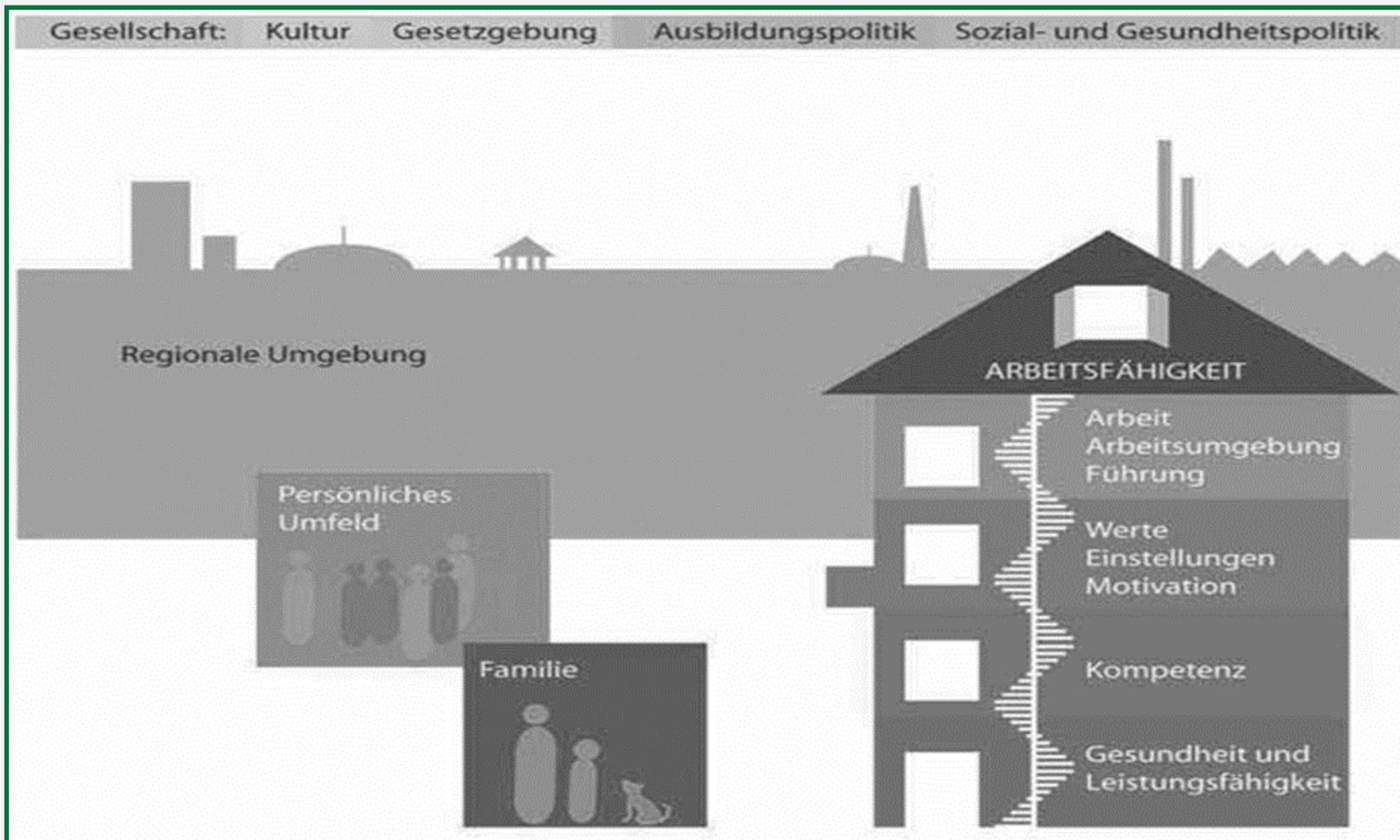
Abbildung 2: ICF – Interaktion des Gesundheitsproblems mit personenbezogenen und Umweltfaktoren



Innerhalb der personalen Faktoren geht es darum, Fähigkeiten, Ressourcen und Kompetenzen aber auch gesundheitliche Gefährdungspotentiale und schon eingetretene Beeinträchtigungen zu identifizieren. Mit Blick auf die für LTA-Leistungen zentrale Beurteilung der aktuellen und voraussichtlichen Arbeitsfähigkeit und damit der Möglichkeiten einer Rückkehr in Arbeit lässt sich die generelle Perspektive der ICF übertragen; hierzu lassen sich auch die in der sozialmedizinischen Entlassungsdiagnose aufgelisteten Einschränkungen (z.B. keine Überkopparbeit, kein Kundenkontakt, keine Schichtarbeit, nur 3 bis unter 6 Stunden täglich arbeitsfä-

hig, etc.) aufnehmen und anhand der jeweiligen Fälle diskutieren. Aber auch auf die Arbeitsfähigkeit trifft zu, dass sie nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern in einem weiteren Kontext zu sehen ist. Hierzu hat die Forschergruppe um den finnischen Arbeitswissenschaftler Ilmarinen ein heute in der beruflichen Rehabilitation anerkanntes Bild gefunden: das sogenannte „Haus der Arbeitsfähigkeit“, in dem die personalen und umweltbezogenen Bedingungen noch einmal übersichtlich skizziert sind. Dieses Bild kann den Reha-Berater/innen als „Checkliste“ dienen um zu prüfen, ob Informationen zu allen dort angegebenen Bereichen vorliegen.

Abbildung 3: Das Haus der Arbeitsfähigkeit



Quelle: Tempel u.a. 2010

Eine Fallanalyse, die die in der ICF angelegte Person-Umwelt Interaktion berücksichtigt, wäre mit Blick auf die in unseren Fallvignetten dargestellten Konstellationen unvollständig, wenn wir nicht auch an dieser Stelle noch einmal auf die Bedeutung der subjektiven Sichtweise der Rehabilitanden/innen verwiesen: die Kursteilnehmer/innen sollten immer in Rechnung stellen, dass bei der Wahrnehmung der eigenen gesundheitlichen Situation und der Lebenslage, bei der Entscheidungsfindung zu privaten und beruflichen Umorientierungen und beim konkreten Handeln der Rehabilitanden/innen deren subjektive Einschätzung – etwa im Sinne einer sich selbst erfüllenden (positiven wie negativen) Prophezeiung – eine wesentliche Rolle spielt. Auch diese Erkenntnis ist nicht vollkommen neu, wird in ihrer Tragweite aber oft unterschätzt (vgl. Bengel & Mittag 2016). Im Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Rolle des subjektiven Gesundheitserlebens als ein Kontinuum von „Health-ease“ bis hin zu „Dis-ease“ beschrieben und heute eng mit Konzepten der gesundheitlichen Lebensqualität verknüpft.

2.5 Case-Management

Das aus der Sozialarbeit und -pädagogik stammende Konzept des Case-Managements als komplexe Fallsteuerung in der Versorgungs- und Rehabilitationskette wie auch als individuelle Fallgestaltung in gemeinsamer Anstrengung und Abstimmung mit den Klienten/innen ist seit geraumer Zeit auch

in der Rehabilitation angekommen (vgl. Mühlum & Gödecker-Geenen 2003; Lichtenberg, Rexrodt & Toepler 2017). Nicht zuletzt mit der in § 39, Satz (1) des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) geforderten „personenzentrierten Gestaltung der Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe“ und des dafür zu erstellenden Teilhabeplans wird das Konzept des Case-Managements auch für die Reha-Beratung zentral. An unsere Fallvignetten könnte hier im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung z.B. die Frage gestellt werden, inwieweit aus dem Verfahrensablauf der von unseren Befragten geschilderten Rehabilitations- und Wiedereingliederungsverläufe ein personen- und teilhabeorientiertes Case-Management erkennbar wird oder wie es denn ausgesehen haben sollte.

Definition des Case-Managements durch die Deutsche Gesellschaft für Care- und Case-Management:

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können (...). Case Management soll Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Aufgabe ist es, ein

zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird.“ (www.dgcc.de/case-management/).

Eine zentrale Idee des Fallmanagements ist die Fallverantwortung, idealerweise in einer Hand; dies schafft Vertrauen und Sicherheit sowohl bei den Rehabilitanden/innen als auch innerhalb der Akteure der Versorgungskette sowie zu extern Beteiligten wie Arbeitgebern. Auch wenn das Prinzip „aus einer Hand“ in der Praxis nicht immer verwirklicht werden kann, ist der Anspruch, dass beim Übergang von einem Element in der Versorgungskette (etwa der Reha-Klinik zu einer LTA-Beratung, von dort zu einem BFW, usw.) immer alle relevanten Informationen rechtzeitig, vollständig und transparent weitergeben werden und Rehabilitanden/innen verlässlich wissen, an wen sie sich mit welchen Problemen wenden können. Mit Blick auf die „Fallsteuerung“ als administrativer Prozess („*Systemmanagement*“ = Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich: www.dgcc.de/case-management/) bedeutet dies, die Übergänge und Weichenstellungen an den Schnittstellen in der Versorgungskette gemeinsam mit den Rehabilitanden/innen möglichst „nahtlos“ zu gestalten. Das „Fallmanagement“ (= Optimierung der Hilfe im konkreten Fall: www.dgcc.de/case-management/) ist die mit den jeweiligen Rehabilitanden/innen in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess zu entwickelnde „Passung“ der Maßnahme: von den sozialrechtli-

chen Leistungsvoraussetzungen bis zur individuellen Motivation, vom Alter und Geschlecht bis zum erfragten und erkannten Unterstützungsbedarf, von der Lebenslage und Lebenssituation bis zum regionalen Arbeitsmarkt, von den Krankheitsfolgen und der Krankheitsverarbeitung bis zum beruflichen Leistungsvermögen.

Mit Blick auf die Arbeit mit den Fallvignetten in Aus- und Fortbildung könnte eine Aufgabe der Kursteilnehmer/innen darin bestehen, anhand ausgewählter Fallkonstellationen Schritte des Case-Managements darzustellen und das oben angesprochene Zusammenspiel zwischen Fallsteuerung und Fallmanagement zu entwickeln. Da sich beides ja in einem konkreten Rahmen einer konkreten Einrichtung abspielt (z.B. Reha-Fachberatung der Rentenversicherung, Disability-Managerin bei der Gesetzlichen Unfallversicherung, Reintegrationsmanager bei einem Berufsförderungswerk) ist es erforderlich bei der Besprechung der Fallgestaltung auch immer die konkreten organisatorischen Umwelten, mögliche Kooperationspartner und deren Erwartungen und Möglichkeiten (etwa bei einer fallweise notwendigen Nachbetreuung beim Übergang eines/er Rehabilitanden/in auf den Arbeitsmarkt) in Rechnung zu stellen.

Mit Blick auf die konkrete Beratungsarbeit können anhand der Fallvignetten z.B. konflikthafte Konstellationen zwischen vielleicht gesundheitlich bedingt unrealistischen Wünschen der Rehabilitanden/innen und den Einschätzungen der Reha-Berater/innen diskutiert werden oder es kann besprochen werden, inwieweit und an welchen Bereichen lebens-

geschichtlich gewachsene Erwartungen teilweise verändert werden können usw. Gerade weil die „Passung“, verstanden als Suche nach den objektivierbaren Möglichkeiten auf der einen und dem subjektiven Empfinden der Passung auf der anderen Seite, eine wichtige Gelingensbedingung für einen Maßnahmeerfolg darstellt, ist es aus unserer Sicht wichtig, dass die Kursteilnehmer/innen an den Fallvignetten oder eigenen Fällen Fragen einer „balancierten“ Passung gemeinsam diskutieren.

2.6 Fallvignetten in der Einarbeitung, Aus-, Fort- und Weiterbildung und Qualitätssicherung

Fallvignetten in der Einarbeitung neuer Kollegen/innen:

Die Einarbeitung neuer Kollegen/innen findet in vielen Einrichtungen nach dem Tandem-Prinzip statt, bei dem eine erfahrene Fachkraft den „Frischling“ in die jeweiligen Betriebsabläufe, Sichtweisen und Fallbeurteilungen einführt. In der gemeinsamen Fallbearbeitung können unsere Fallvignetten als erweiterte Vergleichsfolie bei der Bearbeitung der eigenen Fälle dienen, so dass die Systematik einer an biografischen Verläufen und den jeweiligen Konstellationen orientierte Sichtweise an den eigenen Fällen erprobt werden kann. Dabei geben, wie mehrfach betont, die Fallvignetten keine Lösung vor, sondern eine bestimmte Perspektive und Methodik, die für Signale kritischer Fallkonstellationen frühzeitig sensibilisieren soll. Das Arbeitsbuch ist dabei als Selbst-

lernbuch konzipiert.

Fallvignetten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Wir empfehlen die Fallvignetten im Arbeitsbuch systematisch nach den in 2.2 genannten Prinzipien zu bearbeiten, die Ergebnisse unserer Verlaufsanalysen zu nutzen (vgl. Punkt 3) und die Erfahrungen aus der eigenen Fallbearbeitung der Teilnehmenden aktiv miteinzubeziehen. Wichtig erscheint uns darüber hinaus, die Fallvignetten gemeinsam mit den Teilnehmer/innen darauf hin zu befragen, wie sie aus ihrer eigenen Fallbearbeitung heraus die Gewichtung der (berufs-) biografischen Aspekte und der Umweltfaktoren vornehmen und welche Schlussfolgerungen sich daraus für Empfehlungen ergeben. Bei der systematischen Arbeit mit den Fallvignetten sollte die Kursleitung die konzeptionellen Hintergründe der ICF, der Biografieanalyse und des Case-Managements ins Spiel bringen. Schließlich erwarten wir einen besonderen Lerneffekt aus der Anregung zum systematischen Fallvergleich; anhand der Fallvignetten kann dies besonders gut anhand jeweils benachbarter Fälle im Arbeitsbuch geschehen, bei denen im Kern ähnliche Problemlagen auftauchen, die aber in entscheidenden Details voneinander abweichen und sich im Ergebnis der Rückkehr in Arbeit deutlich voneinander unterscheiden (etwa die Fälle Frau Kolb und Frau Jürgen, vgl. 5.2). Die Sensibilisierung für die kleinen Differenzen kann dazu beitragen, die Empfehlungen gemeinsam mit den Rehabilitanden/innen individuell passgerecht zu gestalten.

Fallvignetten in der Qualitätssicherung

Auch hier können die Fallvignetten in der kollegialen Kommentierung als ergänzendes Material zu bereits vorhandenen Qualitätschecklisten die Diskussion von Qualitätskriterien für die Reha-Beratung befördern: so könnte an den Fallvignetten u.a. diskutiert werden, welche Informationen zur Fallberatung fehlen und erfragt werden müssen, welche bei der Bearbeitung zu wenig berücksichtigt wurden (z.B. Grad der sozialen Einbindung), welche Aspekte in der Fallgeschichte auf eine besondere Schutzbedürftigkeit oder -erwartung deuten, wo besondere Vulnerabilitäten liegen, welche anderen Akteure einbezogen werden könnten oder sogar müssten und worin deren spezifische Aufgaben lägen, usw. Schließlich können die Fallvignetten auch als Hintergrundfolie dienen, um aus der Erfahrung und Perspektive der Reha-Berater/innen Gelingensbedingungen und Barrieren zu identifizieren, die sich ggf. von den in den Fallvignetten gezogenen Schlussfolgerungen unterscheiden.

3. Hintergründe der Fallvignetten – die Fallstudien zum Verlauf beruflicher Rehabilitation und Wiedereingliederung

3.1 Die zugrundeliegenden Studien, der Forschungsansatz und der Weg zu den Ergebnissen

Die Idee zur Entwicklung der vorliegenden Fallvignetten geht auf die Ergebnisse zweier Forschungsprojekte zurück, die von der Deutschen Rentenversicherung Bund von 2012 - 2016 gefördert wurden. In ihnen wurde der Einfluss der individuellen (Berufs-)Biografien, der subjektiven Deutungen der eigenen Lebens- und Krankheitsgeschichte, der Lebenslage und -phase sowie der biografisch gewachsenen Lebensweisen untersucht. Die Erwartungen an und die Vorstellungen über die Zukunft des Lebens nach der Rehabilitation, der Erfolg der Umschulung und die Rückkehr und den Verbleib in Arbeit bildeten einen weiteren Schwerpunkt der Untersuchungen.

In unserer ersten Studie „*Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation*“ ging es darum, risikante Konstellationen und Verlaufskurven für Maßnahmenabbrüche frühzeitig zu erkennen. Dazu haben wir das Zusammenspiel zwischen unterschiedlichen (Berufs-)Biografien der Teilnehmer/innen an einer zweijährigen Umschulung mit den Verfahrensabläufen (z.B. Wartezeiten, Assessments, Passgenauigkeit der Zuweisung, Praktikumsbetreuung), Gruppenprozessen und strukturellen Größen (z.B. Heterogenität der Teilnehmer/innen, Arbeitsmarktausrichtung der angebotenen Ausbildungen) untersucht.

In der Folgeuntersuchung „*Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem*“

wurden erfolgreiche Absolvent/innen, aber auch einige Abbrecher/innen aus dem vorangehenden Projekt einbezogen. Dabei konnten wir die unterschiedlichen Wege zurück in den Beruf von ca. 100 Rehabilitand/innen über mehrere Jahre mit Hilfe von Fragebögen und Interviews begleiten. Mit 30 Personen konnten wir zu drei Erhebungszeitpunkten (kurz vor Ende der Umschulung, sechs und 18 Monate nach Ende der Maßnahme) ausführliche Gespräche zu ihrem persönlichen und beruflichen Werdegang, zu ihrer Krankheitsgeschichte, zu ihren Erfahrungen am Arbeitsplatz und mit der beruflichen Rehabilitation führen. Dabei kamen u.a. Hindernisse und förderliche Bedingungen beim Übergang und Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zur Sprache.

Maßgeblich für Situationswahrnehmung, Entscheidungen und Handeln der Rehabilitanden/innen sind die subjektiven Deutungen, Ursachenzuschreibungen und Zukunftserwartungen an Genesung, Rehabilitation und die Rückkehr in Arbeit. Sie bestimmen die Bewertung und den subjektiven Stellenwert der äußeren Einflüsse, sei es der Arbeitswelt, familiärer Krisen, gesundheitlicher Einschränkungen oder des Rehabilitationsgeschehens selbst. Hinzu kommen, wie oben erwähnt, akute Krisen wie etwa eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Probleme in der Familie oder die Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Deshalb sprechen wir von *Fallkonstellationen*, an denen sich individuelle, in den Verfahrensabläufen der Rehabilitation selbst liegende sowie im sozialen Umfeld wirksame Bedingungen für den Erfolg oder für ein Scheitern der Rückkehr in Arbeit zeigen. Das be-

deutet, dass es in der Regel nicht ein einziger Faktor oder eine bestimmte Persönlichkeitseigenschaft (Durchhaltevermögen, dispositioneller Optimismus oder Entscheidungsfreudigkeit) ist, wie wichtig sie im konkreten Fall auch sein mögen. Entscheidend ist vielmehr das Zusammenspiel von Biografie, Lebenslage und -phase, sozialer Einbindung und Unterstützung, funktionaler und subjektiv erlebter Beeinträchtigung durch die Erkrankung. Um die individuelle Lebensgeschichte und Berufsbiografie im Kontext der gesamten Lebenssituation zu erfassen, haben wir unsere Interviews mit einer für alle Teilnehmer/innen gleichlautenden Eingangsfrage eröffnet; sie war so formuliert, dass den Befragten die Möglichkeit eröffnet wurde, vom Ankerpunkt unseres Interesses ausgehend, das Gespräch selbst zu strukturieren: „Können Sie uns bitte erzählen, wie es zur Umschulung gekommen ist“; „ ... wie es nach Abschluss der Umschulung weitergegangen ist“. In ihrer Erzählung konnten die Befragten eigene Schwerpunkte setzen und das herausstellen, was für sie wichtig war; damit fokussieren wir auf das subjektive Erleben und die persönlichen Sichtweisen und Einschätzungen der Befragten. Mit Hilfe eines ergänzenden themenspezifischen Leitfadens wurden dann alle für die Rückkehr in Arbeit aus der Forschung bekannten, aus Experteninterviews gewonnenen und von den Rehabilitanden selbst benannten und als bedeutsam betrachteten Einflussgrößen erfragt. Das folgende Schema gibt einen Überblick über den Gesamtzusammenhang der Themen und Fragenkomplexe einer bio-

grafisch und an Umfeldfaktoren orientierten Erhebung von Fällen.

Abbildung 4: Zentrale Themen und Fragenkomplexe bei der Fallhebung



Dieses Schema soll in der Arbeit mit den Vignetten dabei helfen, Fragen nach Entwicklungen und Kontexten an den Fall

zu stellen und zu überprüfen, welche Rolle die einzelnen Aspekte im jeweils vorliegenden Fall vermutlich gespielt haben.

3.2 Die Hauptergebnisse unserer Studien im Überblick

In diesem Manual können wir unsere Ergebnisse nur kurz darzustellen; eine detailliertere Darstellung finden Sie sowohl in den im Netz vorhandenen Endberichten als auch in kürzeren Fachartikeln. Alle Quellenangaben finden sich im Literaturverzeichnis am Ende des Manuals.

Bei beiden Untersuchungen, der Abbrecher- und der Verlaufsstudie, handelt es sich um sogenannte Mixed-Method-Studien, die aus einem *quantitativen Teil* (hier: Fragebogenerhebung zu drei Zeitpunkten) und einem *qualitativen Teil* bestehen (berufsbiografisch erzählende Gespräche mit Rehabilitanden/innen). In der folgenden Übersicht werden zunächst die Kernergebnisse der quantitativen und der qualitativen Verlaufsstudie vergleichend dargestellt; dabei zeigt sich, dass auf Basis der Gespräche fallbezogene Differenzierungen gegenüber den quantitativen Fragebogenergebnissen erreicht werden, die bei Beratungsgesprächen und bei der Entwicklung von Empfehlungen eine wichtige Rolle spielen. Im Anschluss an diese Tabelle (Abb. 5) werden dann in einem weiteren Schema (Abb. 6) die zentralen Aspekte herausgestellt, die eine erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz begünstigen, aber auch die Barrieren, die ihn behindern.

Abbildung 5: Vergleichende Darstellung der quantitativen und der qualitativen Ergebnisse

Quantitative Ergebnisse	Qualitative Ergebnisse
Rolle des Umschulungsberufs für die Rückkehr in den Beruf (Return to Work, RTW)	
Kein Einfluss auf den RTW	Das Gefühl biografischer Passung erhöht die Chancen auf RTW; Die Identifikation mit dem Umschulungsberuf ist subjektiv bedeutsam und hilfreich
Beurteilung der Auswirkung der Maßnahme	
Insgesamt positive Beurteilung des Wieder-einstiegs in Arbeit und des aktuellen Arbeits-platzes; positive Bewertung der Maßnahme, selbst bei umschulungsfremder Beschäftigung oder noch bestehender Arbeitslosigkeit	Zuwachs an Kompetenzen und verbesserter Umgang mit der Krankheit in der Reha-Maßnahme stärken das Selbstvertrauen; Bereitschaft, Hilfe anzunehmen und Lernangebote als Chance zu nutzen, wirken sich positiv aus
Rückkehr und Verbleib in Arbeit	
18 Monate nach der Maßnahme sind ca. 75% der Teilnehmer in Arbeit	TN außerhalb „riskanter“ Konstellationen sind in der Regel finanziell unabhängig, erleben betriebsinternen Aufstieg nach RTW und haben gute Aussichten auf Stay at Work
Einfluss des Arbeitsmarkts auf den RTW	
Mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit nach der Umschulung steigt der Einfluss des regionalen Arbeitsmarkts und des Wohnorts auf die Chance zum RTW	Als bedeutsam für RTW erweisen sich: berufsspezifischer Arbeitsmarkt, persönliche Flexibilität, der Grad der lokalen sozialen Verankerung und die Stärke der regionalen Bindung

Einfluss der Krankheit auf den RTW

Weder Krankheitsdiagnose (psychische oder körperliche Krankheit) noch Multimorbidität haben signifikanten Einfluss auf RTW;

Die subjektiv positive Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands ist zu beiden Erhebungszeitpunkten ein relevanter Prädiktor für gelingenden RTW.

Der Umgang mit der Krankheit, ein fortgeschrittener Stand der Krankheitsbearbeitung und die Integration der Krankheit in das Selbst sind entscheidende Faktoren für gelingenden RTW und SaW; hinzu kommen die Bereitschaft zur Veröffentlichung der Krankheit, Akzeptanz geringerer Leistungsfähigkeit und ein aktives Gesundheitsverhalten; Rückfälle wirken sich negativ aus.

Einfluss der Lebensorientierung auf den RTW

Positive Zukunftserwartungen sind zu beiden Erhebungszeitpunkten relevante Prädiktoren für gelingenden RTW.

Rehabilitanden mit dem Bedarf nach festen „Leitplanken“ im Leben, der Nutzung der Reha als Therapie- oder als Schutzraum und die Erwartung an ein Fortbestehen des Schonraums haben Probleme beim Übergang auf den Arbeitsmarkt

Partnerschaft, soziale Einbindung und soziale Unterstützung

Eine vorhandene Partnerschaft ist ein hoch signifikanter positiver Faktor für RTW-Erfolg

Familie und Partner motivieren beim Durchhalten; über das Verantwortungsgefühl gegenüber der Familie steigt die Rehamotivation;
 Während der Maßnahme ist der soziale Rückhalt in der Partnerschaft zentral; danach dominiert bei vielen Rehabilitanden/innen das Gefühl, durch eigenes Bemühen bei der Arbeitsplatzsuche die empfangene Unterstützung zurückgeben zu müssen; teilweise wird diese Reziprozität auch von Angehörigen eingefordert;
 Soziale Einbindung wirkt als Schutz- bzw. Resilienzfaktor gegen widrige Umstände.

Abbildung 6: Kernergebnisse zu den Ressourcen und Barrieren bei der Rückkehr in Arbeit

Umgang mit der Krankheit

Förderlich wirken:

- eine weitgehend abgeschlossene Auseinandersetzung mit der Krankheit
- ein Akzeptieren verbliebener gesundheitlicher Beeinträchtigungen
- ein offener Umgang mit der Krankheit
- eine Akzeptanz der (möglichen) Hilfsbedürftigkeit und eine aktive Suche nach Hilfe im Bedarfsfall

Hemmend wirken:

- noch vorhandene starke Schmerzen und fehlende Strategien zum Arbeiten mit bedingter Gesundheit
- ein zu früher Beginn einer Rehabilitation, wenn die Krankheitsverarbeitung mental und praktisch noch nicht abgeschlossen ist
- das Erleben der Umschulung noch als Teil der (medizinischen/psychosozialen) Rehabilitation und als „Schonraum“ Angebote und Hilfen als „Leitplanke“ werden zur Orientierung gebraucht
- verbliebene Unsicherheit in der Leistungsfähigkeit und Rückzug
- ein Gefühl, Opfer der Krankheit zu sein

Umschulungsberufswahl

Förderlich wirken:

- die Wahl eines Berufs, der auf freizeithlichen Interessen und/oder der vorhergegangenen Erwerbsbiographie aufbaut
- inhaltliche Identifikation mit dem Beruf

Hemmend wirken:

- das Erleben der Umschulungsberufswahl als fremdbestimmt
- zu starre Fixierung auf medizinisch vorgegebene Beschränkungen in der Beratung

Soziale Einbindung

Förderlich wirken:

- Vorhandensein eines Lebenspartners / einer Lebenspartnerin
- Übernahme der Verantwortung für die Familie

Hemmend wirken:

- eine fehlende soziale Einbindung und Unterstützung (besonders bei alleinlebenden Männern)
- ein geringer Stellenwert von Erwerbsarbeit im Freundeskreis

Biografische Neuorientierung

Förderlich wirken:

- positive Zukunftserwartungen
- erkennbare Lebenslaufperspektive

Hemmend wirken:

- Selbständigkeit und Eigenaktivität sind in der (Berufs-)Biografie eher schwach ausgeprägt
- kritische Lebensereignisse entmutigen und führen zu Verbitterung und Resignation
- fehlende eigene Vorstellungen zur Berufswahl und Zukunft

Arbeitsmarkt

Förderlich wirken:

- ein Wohnort in einer wirtschaftlich starken Region
- eine qualifikationsangemessene Arbeitskräftenachfrage

Hemmend wirken:

- schlechte regionale Arbeitsmarktlage
- geringe regionale Nachfrage des erlernten Berufs
- fehlende Bereitschaft zum Pendeln
- Fixierung auf den Umschulungsberuf

3.3 Weitere Ergebnisse zu bedeutsamen Einzelfaktoren und Risikokonstellationen

Arbeitsunfähigkeit, Erwerbslosigkeit

Zeiten häufiger oder langer Arbeitsunfähigkeit (AU-Tage) oder eine lange der Rehabilitation vorausgegangenen Erwerbslosigkeit machen sich erst bei längerer Arbeitslosigkeit (über 6 Monate) nach Abschluss der Umschulung bemerkbar; sie verweisen auf verfehlte Strategien der Arbeitsplatzsuche, auf Resignation bei vielen erfolglosen Bewerbungen oder (bei alleinlebenden Männern) darauf, dass lieber auf das Angebot zu bzw. die Chance auf eine umschulungsadäquate Beschäftigung gewartet wird als sich unterhalb der Ebene der nun neu erreichten Qualifikation zu „verkaufen“.

Geschlecht

Während die Geschlechterverteilung in unserer Strichprobe dem Durchschnitt bei beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen entsprach (2/3 Männer zu 1/3 Frauen) und der Anteil der als psychisch krank diagnostizierten Teilnehmer bei Frauen höher war als bei Männern, neigen beim RTW Frauen eher dazu – sei es aus Angst vor (weiterer) längerer Erwerbslosigkeit oder weil sie noch für andere Familienmitglieder sorgen müssen oder weil sie ein starkes Sicherheitsbedürfnis haben – nach kurzer Zeit eine geringer qualifizierte Arbeit oder eine Teilzeitstelle anzunehmen.

Krankheit und Diagnose

Während sich in der Abbrecher-Studie die Diagnose aus dem Spektrum der depressiven Störungsbilder als Risikofaktor für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss erwies, verschwindet – bis auf wenige Ausnahmen – der Einfluss von Krankheitsbildern auf den Return to Work in unserer nachfolgenden Verlaufsuntersuchung; das könnte u.a. daran liegen, dass Rehabilitanden/innen mit sehr schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen nur selten in der beruflichen Vollqualifizierung auftauchen; ein anderer Grund könnte sein, dass das Thema Krankheit in der beruflichen Rehabilitation nur selten angesprochen wird, weil die Zielorientierung auf die Rückkehr in Arbeit gerichtet ist. Einige Rehabilitanden/innen deuten zudem psychische Probleme in rein körperliche Krankheiten um, weil erstere mit einem Stigma besetzt sind oder weil eine psychische Krankheit nicht mit dem eigenen Selbstbild in Übereinstimmung gebracht werden kann. Dies setzt sich nach Ende der Maßnahme fort: Reden über Krankheit ist kein Thema in der Arbeitswelt, weder gegenüber Vorgesetzten noch gegenüber Kollegen/innen. Dies verweist auch auf psychologische Gründe: sei es die Angst vor Stigmatisierung oder weil man Kollegen/innen nicht belasten möchte oder weil man sich trotz Krankheit als konkurrenz- und leistungsfähig darstellen möchte. Für alle diese Interpretationen finden wir Hinweise im Material.

Da *Diagnosen* eine bedeutende Rolle sowohl für die betroffenen Menschen selbst – als Orientierung, als Bedrohung

(Rückfälle), als Herausforderung, als Selbststigmatisierung – als auch im medizinischen und sozialmedizinischen Kontext und auch für die Reha-Beratung spielen, möchten wir auf der Basis unserer Untersuchungsergebnisse deren Bedeutung jenseits der medizinischen Behandlung in einer erweiterten Perspektive einordnen und damit auch ihren Stellenwert für die Reha-Beratung etwas relativieren: Für den Return to Work ist nicht so sehr die (Haupt- oder Erst-)Diagnose selbst entscheidend – außer es handelt sich um eine besonders schwere Erkrankung oder in bestimmten Fällen um psychische Erkrankungen. Vielmehr spielen hier folgende Aspekte eine Rolle:

- *Erstens*, lässt sich aus der Diagnose allein – anders als aus dem sozialmedizinischen Leistungsbild – weder die konkrete Belastbarkeit noch die Arbeitsfähigkeit des/der Rehabilitanden/in oder die Begründung für eine bestimmte Anpassungs-, oder Neuqualifizierung ableiten. Anhand des Vergleichs unserer Fälle wird deutlich, dass sich bei gleichen Hauptdiagnosegruppen je nach persönlicher Problemlage, biografischer Vorgeschichte oder individuellen Bewältigungsstrategien ganz unterschiedliche Ergebnisse beim Return to Work und beim Verbleib in Arbeit zeigen; so kann etwa die häufig gehörte Empfehlung von Fachärzten, psychisch erkrankte Rehabilitanden/innen sollten keinen Umschulungsberuf mit Kundenkontakt haben in einem Fall durchaus zutreffen (z.B. Frau „Bender“) in einem anderen aber kontraindiziert sein („Frau Jürgen“);
- *Zweitens*, ist es entscheidend, ob zusätzlich zu einer körperlichen Erkrankung noch eine psychische Vulnerabilität oder auch eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt; besonders bezogen auf die letztgenannte Problematik empfehlen erfahrene Reha-Fachberater/innen ein direktes Ansprechen des Problems, was für manche Rehabilitanden/innen erleichternd wirkt, weil das offene Benennen oft erst eine gezielte Intervention und Hilfe ermöglichen („Herr Hansen“);
- *Drittens*, erweist sich in Ergänzung zum vorgenannten Punkt das häufige Vorliegen von Multimorbidität bei den Rehabilitanden/innen im fortgeschrittenen Erwerbsalter als Barriere beim Wiedereinstieg; auch hier sind es weniger die Diagnosen als spezifische Formen der „Krankheitsarbeit“, das Vorhandensein chronischer Schmerzen oder das Zusammenwirken, körperlicher Beeinträchtigung und dadurch bewirkter seelischer Belastungen (z.B. Hoffnungslosigkeit: vgl. „Herr Weber“);
- *Viertens*, ist bedeutsam, inwieweit und in welcher Hinsicht die Krankheit/Behinderung bzw. deren Folgen bestimmte für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit notwendige konkrete Tätigkeiten beeinträchtigen („Herr Dollinger“): etwa Beeinträchtigung der Aufmerksamkeitsspanne und der Konzentration bei Einnahme von Psychopharmaka, Beeinträchtigung des Hebens und Tragens bei chronifizierten orthopädischen Leiden, Angstzustände entweder bei Alleinar-

beit in der Nachtschicht oder aber bei zu vielen Kontakten in der Dienstleistungsarbeit, geringe Stressresistenz, etc.. Hier ist es hilfreich, sich bei der Analyse der Fälle am Konzept der Beeinträchtigung der International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) zu orientieren. Das bedeutet z.B. die konkreten Belastungen durch eine konkrete berufliche Anforderung mit Blick auf die vom Rehabilitanden berichtete Beanspruchung zu beurteilen und zugleich danach zu fragen, a) welche individuellen Anpassungsformen im Arbeiten mit bedingter Gesundheit sinnvoll erscheinen und vom Rehabilitanden akzeptiert und umgesetzt werden können, und b) welche Veränderungen etwa der Arbeitsorganisation oder des Arbeitsplatzes (Umweltfaktoren in der ICF) hilfreich wären und etwa über ein Case-Management in Kooperation mit einem Integrationsfachdienst und dem Arbeitgeber realisiert werden könnten (vgl. „Herr Siebert“);

→ *Fünftens*, spielt, wie schon erwähnt, der Stand der Krankheitsverarbeitung und die Akzeptanz von Leistungsbeeinträchtigungen in der Regel eine größere Rolle als die Diagnose selbst („Frau Kunze-Drost“, „Frau Bender“).

Weiter ist zu berücksichtigen, dass das Fehlen der Diagnose einer psychischen Krankheit oder einer damit verbundenen Zusatzdiagnose, etwa Z-73: *Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung* nicht bedeutet, dass ein Rehabilitand nicht unter seelischen Problemen im Alltags-

und/oder Berufsleben leidet; dabei kann es sich etwa um die Folgen der chronischen Krankheit oder um verdichtete Alltagsprobleme („daily hassles“) wie Schulden oder Ähnliches handeln. Alltagsbelastungen und Probleme während der Rehabilitation bzw. beim RTW lassen sich nicht unbedingt auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen – vielmehr sind es die schon erwähnten „Kontextfaktoren“, die zu Barrieren werden können.

Während sich in den quantitativen Daten der beruflichen Rehabilitanden/innen mit Blick auf die Rückkehr in Arbeit kein Unterschied im Einfluss der Diagnosen zeigt, differenziert sich dieses Bild im qualitativen Studienteil. Hier zeigen sich die Ausprägung und der Verlauf der Krankheit(-folgen), die subjektive Belastungswahrnehmung und Reaktionen von Familie und Kollegen/innen und insbesondere die subjektive Bedeutung der *Stabilität des Gesundheitszustands* und eventuell noch verbliebenen *chronischen Schmerzen* und nicht zuletzt der *psychischen Vulnerabilität*, vor allem von Arbeitsplatzängsten, Ängsten vor Stigmatisierung und depressiven Episoden. Dass in unserem Sample insgesamt – quantitativ wie qualitativ – der Einfluss der diagnostizierten psychischen Krankheit im Verhältnis zur zentralen Bedeutung der in der Lebensspanne entwickelten biografischen Konstellationen, eher gering ist, liegt auch daran, dass es sich bei den Rehabilitanden/innen, die die zweijährige Qualifizierungsmaßnahme erfolgreich bewältigt haben, in der Mehrzahl um Menschen handelt, denen bereits eine gewisse Stabilisierung gelungen ist.

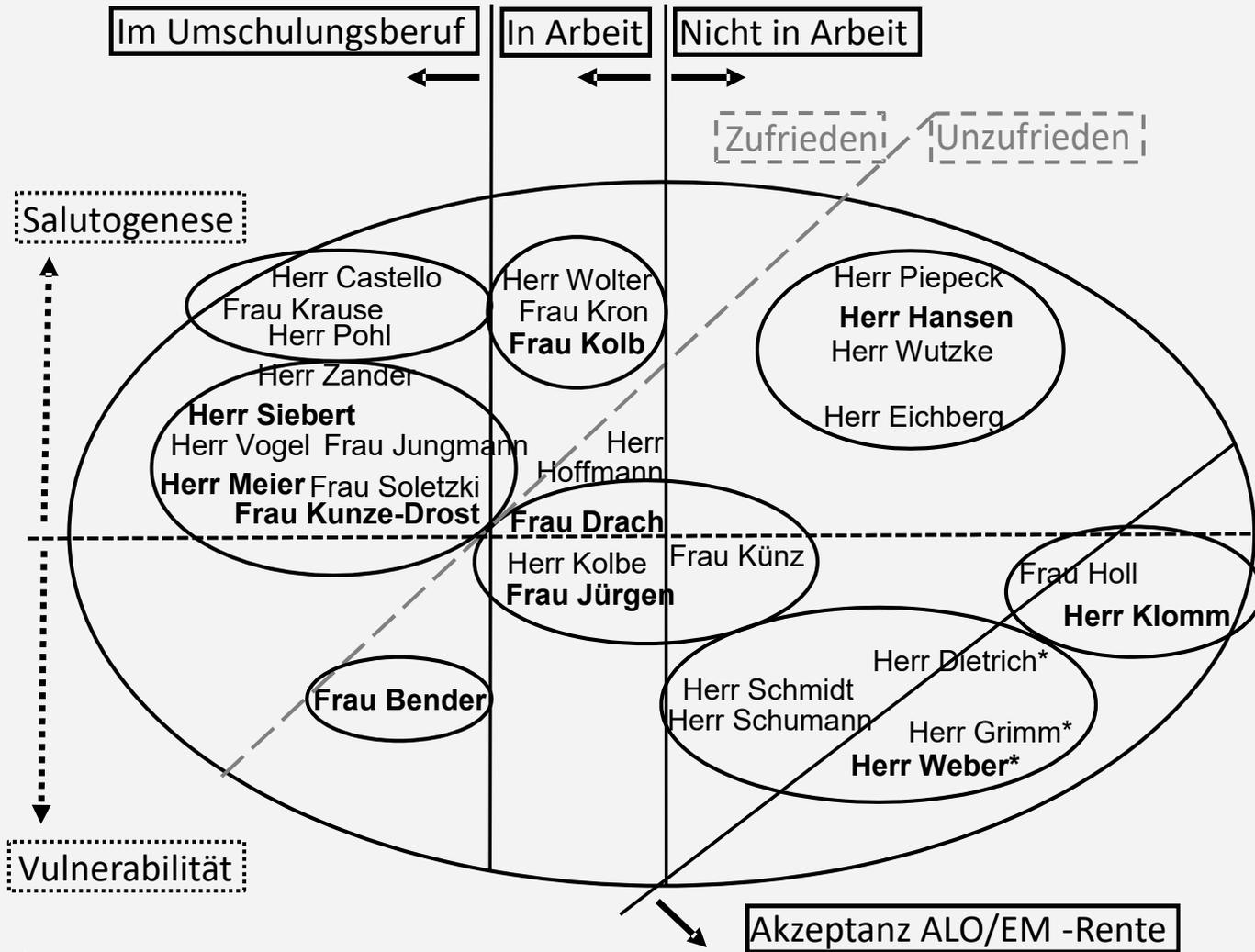
4. Von den Fallkonstellationen zu den Fallvignetten

Bei der systematisch vergleichenden Betrachtung aller Fälle haben sich aus dem Material verschiedene Fallkonstellationen herauskristallisiert, die sich zu Gruppen (Clustern) mit zentralen charakteristischen Komponenten zusammenfassen lassen. Zur Veranschaulichung der Eigenschaften des jeweiligen Clusters wurden besonders markante und inhaltsreiche Fälle gewählt und zu einer *Fallkonstellation* verdichtet. Als Rekonstruktion eines „natürlichen“ Falls bildet jede Fallkonstellation die jeweils *charakteristischen* Merkmale des jeweiligen Clusters ab: etwa eine große Widerstandsfähigkeit oder Resilienz gegenüber Krisen, positive Rehabilitations- und Zukunftserwartungen, die Bereitschaft Techniken zum Umgang mit der Krankheit oder mit Stress in der Arbeit zu erlernen oder auf die Signale des eigenen Körpers zu achten. Innerhalb dieser Gruppen oder Cluster ähnlicher Fallkonstellationen zeigen sich wiederum kleine aber für die Bewältigung der Rückkehr in Arbeit und für die Stabilität der Wiedereingliederung wichtige Unterschiede: ob sich in der (erzählten) Biografie und den Entscheidungsmustern und Handlungsstrategien wichtige salutogenetische (gesundheitsförderliche) Ressourcen zeigen (etwa die Ernährung umzustellen, auf Signale des Körpers zu achten) oder ob hohe gesundheitliche oder psychosoziale Vulnerabilitätsrisiken vorhanden sind. Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung unserer 30 Fälle in einem Raum, der durch die Erfolgsdimension (In Arbeit im Umschulungsberuf/In Arbeit/Nicht in Arbeit), durch die subjektive Bewertung der Lebenssituation (zufrieden/nicht zufrieden) und das Vorhandensein gesundheitsförderli-

cher Ressourcen oder eine besondere gesundheitliche Instabilität und Verletzlichkeit (Vulnerabilität) gekennzeichnet ist; einen eigenständigen Bereich bilden die Fallkonstellationen, bei denen es den betroffenen Personen aus unterschiedlichen Gründen nicht gelungen ist, wieder in der Arbeitswelt Fuß zu fassen oder die sich mit einem endgültigen vorzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben nolens volens arrangiert haben. Gründe dafür können eine psychische Erschöpfung nach vielen erfolglosen Bewerbungen oder eine nicht bestandene Probezeit sein, es kann aber auch an einem progredienten Krankheitsverlauf oder an Rückfällen liegen; eine ungünstige regionale Arbeitsmarktsituation kann ebenso dafür verantwortlich sein wie eine grundlegende Neuorientierung im eigenen Leben, etwa angesichts eines schon fortgeschrittenen Lebensalters oder die Entscheidung, den Wohnort und den gewohnten Lebensmittelpunkt wegen einer unsicheren Arbeitsstelle nicht mehr zu wechseln.

Die in der Grafik fett markierten Fallkonstellationen wurden für die Fallvignetten entsprechend den in der Grafik sichtbaren Clustern für unterschiedliche Erfolgs- und Risikokonstellationen ausgewählt. Alle Namen in der Grafik sind selbstverständlich Pseudonyme.

Abbildung 7: Bedingungskonstellationen und Dimensionen bei der Rückkehr in Arbeit



* Teilnehmer ohne erfolgreichen Abschluss / Abbrecher

5. Die Fallvignetten und wofür sie stehen

Fallvignetten

Im Folgenden finden sich zu jeder der im Arbeitsbuch präsentierten 12 Fallvignetten kurze Hinweise darauf, welche besondere Problemkonstellation sie aufweisen, ob und inwiefern z.B. eher die Krankheit(sfolgen), die gelungene, gescheiterte oder verweigerte Auseinandersetzung mit der Krankheit, biografische Ereignisse oder Umweltfaktoren für den betreffenden Fall charakteristisch sind und welche Problembereiche sich daran besonders gut besprechen lassen. Darüber hinaus fassen wir in Punkt 5.2 kurz zusammen, wofür die einzelnen Fälle aus unserer Sicht charakteristischerweise stehen können. Bei der Durchführung von Schulungen soll dies den Kursleitungen helfen, Anstöße für die Diskussion in der Gruppe zu geben, falls sich diese nicht ohnehin von selbst entwickelt. Keinesfalls sind die Ausführungen dafür gedacht, unsere Interpretationslinien als einzig mögliche gleichsam lehrbuchhaft zu vermitteln; es können sich im Verlauf der gemeinsamen Besprechung der Fallvignetten auch andere Aspekte ergeben, die genauso stimmig und nachvollziehbar sind.

5.1 Zur Auswahl und Reihenfolge der Fallvignetten

Insgesamt haben wir aus unseren 30 Fallkonstellationen 10 Fälle so ausgewählt, dass alle zentralen Cluster in dem oben dargestellten Ereignisraum repräsentiert sind. Damit ist ein breites Spektrum unterschiedlicher Konstellationen von einer erfolgreichen Rückkehr in Arbeit bis hin zu nicht gelungenem Return to Work, sei es in der Warteposition der Arbeits-

losigkeit sei es in der Erwerbsminderungsrente, abgedeckt. Zu diesen 10 Fällen, die wie alle unsere Interviews mit Rehabilitanden/innen aus zweijährigen Umschulungsmaßnahmen mit IHK-Abschluss stammen, haben wir noch zwei weitere Fälle ausgewählt, die uns freundlicherweise vom Berufsförderungswerk Nürnberg zur Verfügung gestellt wurden, um auch kurzfristige Maßnahmen, eine betriebliche Integrationsmaßnahme (*Herr Dollinger*) und eine Anpassungsqualifizierung in einem BFW (*Herr Gärtner*) im Sample zu repräsentieren. Auch wenn die Mehrzahl der Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben dem letzteren Typus zugehören, lässt sich ein Teil unserer Ergebnisse aus den Vollzeitqualifizierungen auch auf berufliche Anpassungs- und Trainingsmaßnahmen verallgemeinern. Unterschiede ergeben sich vor allem hinsichtlich des Alters und des Bildungsniveaus. Auf alle Fälle übertragbar ist unser methodisches Vorgehen bei einer (berufs)biografischen fokussierten Analyse von Fallkonstellationen.

Die Reihenfolge der Fälle lässt sich nicht ganz konsequent oder gar linear auf der Dimension erfolgreiche – gescheiterte Rückkehr in der Arbeit abbilden, auch wenn wir mit einem erfolgreichen Fall (*Herrn Meier*) beginnen, der trotz aller günstigen Voraussetzungen dennoch gefährdet bleibt. Vielmehr werden vom ersten Fall ausgehend kleine und größere Differenzierungen sichtbar, die das Zusammenspiel von biografischen Potentialen und Belastungen, erworbenen Haltungen und Strategien mit der Krankheit(sverlaufskurve), den Wechselfällen des Lebens und mit Umfeldbedingungen

in seinen komplexen Verflechtungen sichtbar macht. Einige benachbart angeordnete Fälle sind so gewählt, dass sie in zentralen Punkten Ähnlichkeiten aufweisen, aber eine kleine Differenz, etwa im Umgang mit der Krankheit, im Alter, im regionalen berufsspezifischen Arbeitsmarkt, usw., zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen beim Return to Work führen kann.

5.2 Wofür stehen die Fälle?

Die Personen in den Fallvignetten stehen zunächst für ihre Positionierung in den Clustern der Abbildung 7: *Bedingungskonstellationen und Dimensionen bei der Rückkehr in Arbeit*; darin finden sich charakteristische Merkmalskombinationen, die für einen gelungenen, einen bedingt gelungenen (z.B. nicht im Umschulungsberuf; befristeter Arbeitsvertrag; Minijob) oder auch gescheiterten RTW (z.B. 18 Monate nach Abschluss der Maßnahme noch arbeitslos; Antrag auf oder Bezug einer EM-Rente) stehen. In einer näheren Betrachtung ergeben sich darüber hinaus bestimmte, in der Praxis der Reha-Beratung immer wieder auftretende inhaltliche Problemkonstellationen, wie das Problem des Schonraums in der Maßnahme und die Erwartung mancher Rehabilitanden/innen, dass die Einrichtungen den Übergang in die Arbeitswelt bahnen, das Thema der Passung des Umschulungsberufs oder allgemeiner: der jeweiligen LTA-Maßnahme, Folgen eines zu frühen Beginns der Maßnahme aufgrund der gesundheitlichen Situation oder weil die Krankheitsverarbei-

tung noch nicht weit genug fortgeschritten ist, Selbstüberforderungen oder auch unrealistische Vorstellungen der Rehabilitanden/innen oder aber auch fehlende Arbeitsplatzangebote in der Region bzw. im Umschulungsberuf. Die Fälle stehen auch für Eingliederungsprozesse bei vorrangig körperlichen (z.B. *Herr Meier*) und bei vorrangig psychischen Krankheiten (*Frau Jürgen*); sie verdeutlichen aber auch, dass seelische Anpassungsprobleme beim Verlust der Arbeit, bei längerer Arbeitslosigkeit oder Krankschreibung, bei der Rückkehr in Arbeit und beim Arbeiten mit bedingter Gesundheit immer eine gewisse Rolle spielen – ausgedrückt etwa in einem offenen oder verdeckten Umgang mit der Krankheit im Betrieb (z.B. *Frau Bender*, die ihre psychische Erkrankung zu verheimlichen sucht), mit der Unsicherheit hinsichtlich der eigenen Leistungs- und Belastungsfähigkeit oder der schwierigen Balance zwischen Familie – Beruf – Freizeit. Einige Fälle stehen auch für Grenzen der beruflichen Eingliederung, z. B. aufgrund der Schwere der Erkrankung (*Herr Weber*, *Herr Klomm*).

Die erste Fallvignette wird hier aus didaktischen Gründen ausführlicher dargestellt, um eine mögliche Vorgehensweise bei der Verwendung der Fallkonstellation in der Aus-, Fort- und Weiterbildung oder bei der Einarbeitung anzudeuten. Bei den nachfolgenden Fällen beschränken wir uns auf kürzere Hinweise.

(1) *Herr Meier: „Bevor ich jetzt hier nicht ne Umschulungsmaßnahme bekomme, geh ich hier nicht mehr weg“*

Herr Meier hat seine Umschulung, für die er nach einer ersten Ablehnung seines Antrags auf eine Umschulung auch mit juristischer Unterstützung gekämpft hat, erfolgreich abgeschlossen; er arbeitet nun in dem von ihm gewählten Umschulungsberuf in seinem ehemaligen von ihm selbst gesuchten Praktikumsbetrieb, in dem er Erfahrungen aus seiner früheren Tätigkeit als Koch und dann als Eventmanager einbringen kann; neben seiner starken Zielorientierung und seinem Durchhaltevermögen, haben dazu auch von ihm gepflegte soziale Kontakte beigetragen sowie ganz entscheidend seine aktiven Bemühungen zu einem gelingenden Umgang mit der Krankheit: mit viel Eigeninitiative hat er sich über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten für seine stark bewegungseinschränkende und Schmerzen verursachende rheumatische Krankheit erkundigt und dabei ein für ihn passendes neues Medikament gefunden. Damit steht Herr Meier auch für ein aktives gesundheitsförderndes, salutogenetisches Verhalten. Eine weitere wichtige Unterstützung erhält Herr Meier durch seine Partnerin und durch sein Verantwortungsgefühl gegenüber seiner Tochter; beides wirkt als zusätzlich motivierend. So bemüht sich Herr Meier in der Umschulungsmaßnahme um gute Prüfungsnoten, damit er seinem Kind gegenüber als Vorbild auftreten kann.

Zugleich ist die gesundheitliche Stabilität aber auch dadurch gefährdet, dass Herr Meier als äußerst verantwor-

tungsbewusster Mensch im Betrieb Aufgaben seines erkrankten Chefs übernimmt, dabei aber wieder in Belastungssituationen gerät, die schon in seinem alten Beruf zu einem gesundheitlichen Zusammenbruch geführt haben.

Diskussionsimpuls:

Mit Blick auf diesen Fall lassen sich zentrale sowohl in der Biografie erworbene Persönlichkeitseigenschaften (Durchhaltevermögen, positive Rehabilitationserwartungen), Haltungen (Verantwortlichkeit, Lebensziele) und Muster der Lebensbewältigung (Eigeninitiative, aktive Krankheitsbearbeitung, Praktikumssuche) diskutieren. Herr Meiers Beharren auf einer Vollzeitqualifizierung ist Ausdruck seiner starken Zielorientierung und ein starker Hinweis darauf, dass er die Maßnahme wahrscheinlich erfolgreich beenden wird; man könnte aber auch fragen, ob bei Herrn Meier nicht auch eine Anpassungsqualifizierung zum gleichen Erfolg geführt hätte.

(2) *Frau Kolb: „Hätte ich da unbedingt diese Umschulung machen müssen für? Ich glaube nicht.“*

Durch die wechselhafte Berufsbiografie Frau Kolbs zieht sich, immer wieder begleitet durch private Krisen, eine Abfolge von Ausbildungen in eigentlich ungeliebten Bereichen: so konnte sie in der ehemaligen DDR keine Ausbildung in ihrem Wunschberuf als Erzieherin machen, sondern wurde zur Restaurantfachkraft ausgebildet; nach der Wende machte sie ohne innere Überzeugung eine Umschulung zur Fachkraft für Lagerwirtschaft, ein Beruf in dem sie nie gearbeitet hat, sondern jobbt im Niedriglohnsektor in der Gastronomie: aufgrund der dortigen Arbeitsbedingungen und einer Kumulation privater Probleme (der neue Partner trennt sich, die Tochter droht mit Schulabbruch) kommt es zu einem seelischen Zusammenbruch, dem eine psychosomatische Rehabilitation mit anschließender Empfehlung zur beruflichen Rehabilitation folgt; die Empfehlung zuvor noch eine Psychotherapie zu machen, nimmt Frau Kolb nicht an. Dem Rat wegen der psychischen Erkrankung einen Beruf ohne Kundenkontakt zu folgen, beugt sie sich widerwillig; sie schließt die empfohlene Ausbildung zur Sozialversicherungsfachkraft ab und findet danach sofort eine unbefristete Anstellung, allerdings in einem umschulungsfremden Beruf in einem Kurhotel im Empfang und ist damit sehr zufrieden. Am Fall von Frau Kolb zeigt sich, welche große Bedeutung der emotionalen Identifikation mit dem Beruf zukommt; das beginnt bereits damit, dass sie ihren Wunschberuf nicht wählen darf.

Diskussionsimpuls:

Die Überlagerung des gesellschaftlichen Umbruchs der „Wende“ mit dem Verlust des Arbeitsplatzes und einer wenig stimmig erscheinenden Neuqualifizierung als Fachkraft für Lagerwirtschaft, Probleme am Arbeitsplatz (Arbeitsklima im Niedriglohnbereich) und dramatische private Krisen führen zu einem seelischen Zusammenbruch. Hier ließe sich diskutieren, ob eine Umschulung für Frau Kolb und ähnlich gelagerte Fälle eine sinnvolle Lösung sein kann; der Empfehlung einer vorgeschalteten Psychotherapie folgt die Rehabilitandin nicht. Gleichwohl scheint die (wiederum nicht als passfähig erlebte) Umschulung durchaus positive Effekte auf Selbstbewusstsein und die Wiedergewinnung seelischen Gleichgewichts gehabt zu haben: was wären, im Nachhinein betrachtet, hilfreiche Alternativen gewesen, die zu einem schnelleren RTW geführt hätten? Wie ließe sich ein erkennbarer Widerstand gegenüber einer Auseinandersetzung mit den psychischen Problemen, wie er sich bei Frau Kolb andeutet, überwinden?

(3) *Frau Jürgen: „Ich hab das zu Ende gemacht, wie sich das gehört, aber zufrieden war ich damit eigentlich nicht“*

Während Frau Jürgen anders als Frau Kolb durchaus ihren Wunschberuf ergreifen kann und mit ihrer auch im Ausland ausgeübten Tätigkeit sehr zufrieden ist, trägt eine schon früh auftretende bipolare Störung dazu bei, dass sie nach längerer Krankschreibung arbeitslos wird und nach sozialmedizinischer Einschätzung nicht mehr in ihrem alten Beruf arbeiten kann. Die von der Arbeitsagentur vorgeschlagene Umschulung zur Bürokauffrau erlebt Frau Jürgen als fremdbestimmt, schließt sie aber dennoch ab. Der RTW gelingt zunächst direkt im Praktikumsbetrieb, die Stelle ist jedoch befristet; danach nimmt Frau Jürgen umschulungsfremde Tätigkeiten an und akzeptiert eine geringe Bezahlung, scheint sich jedoch wegen ihrer weiter bestehenden hochgradigen Vulnerabilität mit der Situation arrangiert zu haben.

Diskussionsimpuls:

Ähnlich wie bei Frau Kolb kann die Sinnhaftigkeit der Umschulung diskutiert werden; vielleicht hätte auch eine Anpassungsqualifizierung mit psychotherapeutischer Begleitung zu einem verbesserten Umgang mit der psychischen Störung führen können. Wäre eine passfähigere Empfehlung möglich gewesen, wenn man die konkreten Beeinträchtigungen durch die Störung und deren Auswirkungen sowie die Barrieren am Arbeitsplatz genauer im Sinne der ICF hätte bearbeiten können?

(4) *Frau Drach: „Problematisch ist es natürlich, wenn man nicht weiß, wie gehts weiter. Ich weiß, dass der Job mir überhaupt nicht gut tut. Tut mir auch von der Psyche her weiß Gott nicht gut“*

Nach der medizinischen Rehabilitation wegen eines Bandscheibenvorfalles und eines Burnouts aufgrund der Überforderung als Filialleiterin kehrt Frau Drach zunächst wieder mit reduzierter Arbeitszeit in ihren Betrieb zurück. Nach einer erneuten Verschlechterung des Rückenleidens und einer Bandscheiben- OP im Alter von 30 Jahren beantragt sie eine berufliche Reha ohne klare Zielvorstellung und stimmt der Umschulung zur Gesundheitskauffrau pragmatisch, aber nicht aus innerer Überzeugung zu. Von der Maßnahme hat Frau Drach vor allem persönlich und mit Blick auf ihre psychische Stabilisierung profitiert. Das von ihr wie vom Kostenträger angestrebte Ziel wurde allerdings nicht erreicht: entgegen der sozialmedizinischen Empfehlung arbeitet sie – auch aufgrund der finanziellen Situation der Familie – wieder im alten Beruf als Verkäuferin. Gleichwohl hat das Umfeld der Umschulung trotz der anschließend erfolgten Diagnose einer MS-Erkrankung bei Frau Drach eine Neuorientierung im Leben angestoßen: sie wird noch einmal schwanger und entscheidet sich zugleich für ein Studium als Handelsfachwirtin. In der Gesamtschau steht der Fall dafür, dass ein erwünschter Nebeneffekt der Reha-Maßnahme (z.B. Stabilisierung, verbesserter Umgang mit der Krankheit und achtsame gesundheitliche Selbstsorge) zum Haupteffekt der *beruflichen*

Rehabilitation wurde.

Diskussionsimpuls:

Reflexion über die Rolle von unbeabsichtigten positiven wie negativen „Nebeneffekten“ beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen.

(5) *Herr Weber: „Wenn's nach mir ginge, würde ich mein altes Leben wieder haben“* *Diskussionsimpuls:*

Die Situation von Herrn Weber steht für eine zu frühzeitige Zuweisung zu einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme; aus eigenem Antrieb verschiebt er aus ärztlicher Sicht aktuell notwendige Operationen; dies führt zu einer erneuten gesundheitlichen Krise und in der Folge zum Abbruch der Umschulung. Die aufgeschobenen Operationen müssen nachgeholt werden; im Anschluss daran stellt er nicht zuletzt wegen der Instabilität seines Gesundheitszustandes den Antrag auf EM-Rente. Da es bei Herrn Weber zu keiner mentalen Veränderung gekommen ist und er sein „altes Leben wiederhaben“ möchte, erscheint der Ausstieg aus dem Arbeitsleben psychologisch als passfähige Lösung, auch wenn er mit 51 Jahren noch relativ jung ist. Nach dem krankheitsbedingt gescheiterten Abschluss der Umschulung findet er sich mit einem Leben jenseits des Arbeitslebens ab, gewinnt dadurch subjektiv mehr Kontrolle über seine Krankheit und will sich fortan ehrenamtlich betätigen.

Mit welchen Fragen lassen sich unrealistische gesundheitliche Selbsteinschätzungen identifizieren? Welche Hinweise finden sich in den biografisch erworbenen Lebensführungsstrategien, die auf die Sehnsucht nach „dem alten Leben“, also nach vertrauter Sicherheit und Stabilität verweisen und durch die gesundheitliche Situation und/oder veränderte Umstände erzwungene Veränderungen leicht überfordert werden?

(6) *Herr Siebert: „Dann nehm ich den so und zack rüber. [...] Im Nachhinein muss ich sagen, [...] ich hab äh durch den- durch den Kaufmann im Gesundheitswesen noch bisschen mehr gelernt [...] ne. Also war die Konstellation doch schon ganz richtig“*

Herr Siebert steht für eine erfolgreiche Umschulung, obwohl er auf der Basis der uns verfügbaren Information in unserem Sample einer der am stärksten gesundheitlich belastete Teilnehmer war. Seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen konnte Herr Siebert durch die hohe Identifikation mit dem Umschulungsberuf, eine positive Reha-Erwartung und den starken emotionalen Rückhalt und die Unterstützung seiner Ehefrau sowie durch seine aktive gesundheitliche Selbstsorge kompensieren – so hat er sich etwa im Betrieb aktiv für eine seinen gesundheitlichen Beschwerden angepasste Arbeitsplatzgestaltung eingesetzt.

Diskussionsimpuls:

Exemplarische Erörterung der Beziehung zwischen Krankheitsdiagnosen und subjektiv empfundenen Belastungen und individuellen Motivationen, Durchhaltevermögen und Verhaltensstrategien. Wie sehen Sie in diesem Fall das Verhältnis zwischen sozialmedizinischer Aktenlage und individueller Lebenslage?

Herr Siebert

(7) *Frau Bender: „Du möchtest einfach ein normaler Mensch sein, obwohl Du nicht bist, das ist das Schlimme“* *Diskussionsimpuls:*

Frau Bender steht für eine Fallkonstellation die durch berufsbioграфische Unentschiedenheit und berufliche Diskontinuität nicht zuletzt durch eine ausgeprägte und chronifizierte soziale Angststörung gekennzeichnet ist. In ihrem Bemühen sozial nicht aufzufallen und als „normal durchzugehen“, versucht sie ihre psychische Störung gegenüber ihrer Chefin und den Kollegen/innen zu verheimlichen. Die beständige Angst vor dem Entdeckt-Werden und eine ausgeprägte Selbststigmatisierung führen in einen psychisch und mental kräftezehrenden Zirkel der Selbstabwertung. Zwar gelingt es ihr diesen Zirkel während der Rehabilitationsmaßnahme durch die Teilnahme an Stressbewältigungs- und Gesundheitsangeboten sowie eine neue Freundschaft zu einer ähnlich betroffenen Rehabilitandin (Frau Jürgen) zeitweise zu durchbrechen; aber trotz der gelingenden Rückkehr in Arbeit bleibt Frau Benders Arbeitssituation finanziell wie von der Perspektive her prekär, sie ist unzufrieden und weiterhin äußerst vulnerabel.

Mit welchen Fragen ließe sich eine nicht abgeschlossene Krankheitsverarbeitung oder auch ein Beiseiteschieben oder Verdrängung der Erkrankung identifizieren? In welchen Fällen ist die Empfehlung der Offenbarung einer (psychischen) Krankheit sinnvoll? Wie könnte man die Rehabilitanden/innen darauf vorbereiten und wie kann man sie dabei unterstützen?

(8) *Frau Kunze-Drost: „Ich fand es schade, dass ich nicht gleich in den Beruf einsteigen konnte, den ich jetzt erlernt habe (...), weil ich habe für diese Umschulung lange gekämpft.“*

Nach einem durch die häusliche Pflege ihres Großvaters abgebrochenen Studium, folgen Familiengründung und eine Halbtagsbeschäftigung in der Lagerhaltung. Daneben versorgt Frau Kunze-Drost ihren Hof und die Tiere, ist sozial eingebunden und im Dorf aktiv. Nach der Scheidung, drei Hörstürzen und körperlichen Beschwerden verliert sie nach längerer Krankenschreibung ihre Stelle. In der Reha-Beratung der Arbeitsagentur wird ihr eine Ausbildung zur Immobilienkauffrau vorgeschlagen, die sie trotz starker Rückenschmerzen und eines langen Anfahrtswegs zur Ausbildungsstätte erfolgreich beendet. Vom Praktikumsbetrieb wird sie allerdings nicht übernommen und geht wieder in ihren alten Beruf, nun zu einem öffentlichen Arbeitgeber zurück und arbeitet in einem Mini-Job beim alten Arbeitgeber. Frau Kunze-Drost steht für eine Fallkonstellation, bei der die Ortsgebundenheit (hier durch den Hof) und die Notwendigkeit der Existenzsicherung die Perspektiven einer gesundheitlich bedingten beruflichen Um- und Neuorientierung begrenzen, verstärkt durch eine Tendenz, aufgrund des Festhaltens am Lebenskonzept, die gesundheitlichen Signale zu „übersehen“ bzw. zu überspielen, die eine neuerliche Krise wahrscheinlich machen. Dabei kann Frau Kunze-Drost Hilfe annehmen, aber nicht selbst einfordern. Gleichfalls steht Frau Kunze-Drost

auch für einen erfolgreichen RTW mit psychischen Beschwerden; ihre hohe Selbstwirksamkeitserwartung fördert eine Rückkehr in Arbeit unter Beibehaltung ihrer wiedergewonnenen gesundheitlichen Stabilität.

Diskussionsimpuls:

Erörtern der Lebenssituation von Frau Kunze-Drost, Entwicklung von Unterstützungsalternativen, Suche nach Empfehlungen in vergleichbaren Fällen, Diskussion über erfolgreiche RTW Prozess von Menschen mit starken psychischen Belastungen anhand der Erfahrungen in der Gruppe; insbesondere mit dem Fokus darauf, dass die Lebenssituation der Rehabilitanden/innen ebenso wie die psychische Belastung ein entscheidender Faktor für die Rückkehr in Arbeit ist.

Frau Kunze-Drost

(9) *Herr Hansen: „Mehr oder weniger Glück im Unglück sag ik mal dazu“* *Diskussionsimpuls:*

Ohne abgeschlossene Ausbildung und nach einer teilstationären Suchttherapie wagt Herr Hansen einen Neuanfang: er holt den Realschulabschluss nach, engagiert sich ehrenamtlich in der Suchthilfe und bemüht sich um eine LTA-Maßnahme; die Empfehlung zur Qualifizierung als Immobilienkaufmann nimmt er an. Seine für den Erfolg der Maßnahme günstige Identifikation mit dem Umschulungsberuf erweist sich beim RTW angesichts eines für seine neue Qualifikation nur wenig aufnahmebereiten regionalen Arbeitsmarkts dann allerdings auch als Hindernis; er ist wenig flexibel, bleibt zunächst auch arbeitslos; nach über 80 frustrierenden Bewerbungen erhält er schließlich 150 km von seinem Heimatort entfernt – er kann dort bei Verwandten wohnen – eine auf ein Jahr befristete Anstellung und hofft auf eine Entfristung. Herr Hansen steht für eine klare Zielorientierung, hohe Motivation, ein starkes Durchhaltevermögen und die Bereitschaft Unannehmlichkeiten in Kauf zu nehmen, aber auch für eine gewisse Inflexibilität bedingt durch eine starke Heimatverwurzelung und das Beharren auf einer Beschäftigung im Umschulungsberuf trotz des dafür ungünstigen Arbeitsmarkts.

Klärung der Bedeutung von Beschäftigungs- und Verdienstmöglichkeiten nach der Rehabilitation sowie der Reflexion der Erwartungshorizonte der Rehabilitanden/innen. Wie soll auf Probleme nach der Maßnahme vorbereitet werden, welche Bewältigungsmöglichkeiten können empfohlen werden? Klärung der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von Angeboten der Anschlussbegleitung.

(10) Herr Klomm: „Ich war gut anerkannt da[in der Maßnahme], die ham sich immer gefreut wenn ich kam“, aber ich hatte „gehofft, dass das BFW auch eh so Kontaktadressen hat, (...)dass die auch mal Leute losschicken und die Betriebe ansprechen“

Die Berufsbiografie (Lehre, Meisterabschluss, Aufstieg zum Bauleiter in einem ortsansässigen Betrieb) wie auch die persönliche Biografie (Heirat, Geburt der Kinder) verläuft – im Erwartungshorizont von Herrn Klomm in „geordneten Bahnen“ und in einem festen Rahmen bis es als Spätfolge der Wende mit der Kündigung zu einem sozialen Abstieg und „Dominoeffekten“ kommt (seine Frau trennt sich und nimmt die Kinder mit; Arbeit im Niedriglohnbereich) in dessen Folge sich eine schwere Depression entwickelt. Nach einer psychosomatischen Rehabilitation absolviert Herr Klomm erfolgreich eine 12-monatige Qualifizierung zum Hausmeister. Während der Maßnahme im BFW blüht er auf, nimmt an vielen Angeboten teil, fühlt sich sozial gut eingebunden und gut betreut. Nach erfolgreichem Abschluss bleibt er erst arbeitslos und ist enttäuscht, dass ihn das BFW bei der Arbeitssuche nicht aktiv unterstützt. Nach dem Scheitern einer Anstellung in einer Gärtnerei, in der keine Rücksicht auf seine psychischen Probleme genommen wird, möchte er auch angesichts seines Alters (57 Jahre) nicht mehr auf den Arbeitsmarkt zurückkehren. Herr Klomm steht für eine generationen- und milieutypische Fallkonstellation, in der die auf Erwartbarkeit in bekannten Bahnen gerichtete Lebenskonstruktion durch

äußere Ereignisse (Wende, Kündigung) und die Trennung seiner Frau zusammenbricht und Herr Klomm, trotz guter beruflicher Qualifikation, ins „Trudeln“ gerät, depressiv wird. Nach einer Erholung in der Qualifizierungsmaßnahme gerät er nach Wegfall des Schonraums BFW erneut ins Trudeln, auch, weil es ihm nicht gelungen ist, sein Leben ohne „Leitplanken“ zu führen. Damit steht Herr Klomm auch für Rehabilitanden/innen, bei denen aus unserer Sicht eher existenzielle Fragen der Lebenskonstruktion und der Lebensführung im Vordergrund zu stehen scheinen, die sich in diesem Fall in einer Depression niederschlagen, als im engeren Sinne berufliche Probleme.

Diskussionsimpuls:

Angesichts der guten Grundqualifikation von Herrn Klomm könnte gefragt werden, ob eine LTA-Maßnahme angezeigt war; die berufliche Abstiegs spirale und die private Krise verdichten sich in der Depression – hier könnte nach alternativen Wegen der Unterstützung gefragt werden.

(11) Herr Dollinger

Herr Dollinger musste aufgrund einer Knieverletzung seinen gelernten Beruf als Klempner aufgeben, konnte dann aber bei einer großen Firma bis zum stellvertretenden Leiter des Lagers aufsteigen. Aufgrund betrieblicher Umstrukturierung wechselt er in einen kleineren Betrieb und arbeitet dort zu einem geringeren Verdienst. Nach langer Krankschreibung aufgrund einer Wirbelfraktur verliert Herr Dollinger seinen Arbeitsplatz. Nachdem in der medizinischen Rehabilitation festgestellt wurde, dass er der körperlichen Belastung als Lagerarbeiter nicht mehr gewachsen ist, entscheidet Herr Dollinger sich zu einem Antrag auf LTA. In einer betrieblichen Integrationsmaßnahme mit begleitenden DV-Kursen wird er auf der Basis seiner bisherigen beruflichen Kenntnisse als technischer Sachbearbeiter an der Schnittstelle zwischen Verwaltung und Produktion auf eine Vollzeitstelle übernommen. Herr Dollinger steht für eine gute Passung der Maßnahme der betrieblichen Qualifizierung zu seinem Gesundheitsproblem durch eine zielgenaue Beratung; eine Voraussetzung für den gelingenden RTW sind seine für die Maßnahme berücksichtigten beruflichen Vorkenntnisse und seine hohe Motivation.

(12) Herr Gärtner

Herr Gärtner besitzt als Groß- und Außenhandelskaufmann eine gute berufliche Qualifikation, ist sehr leistungsorientiert und absolviert ein Fernstudium zum Fachberater im Vertrieb. Herr Gärtner leidet aber schon seit seiner Ausbildung unter starken depressiven Stimmungsschwankungen mit Verdacht auf eine Borderline-Störung. Starke berufliche Belastungen bei der Neukundengewinnung zusammen mit seiner Neigung sich selbst zu überfordern, führen zu Panikattacken. Da Herr Gärtner familiär gut eingebunden ist und von seiner Frau stark unterstützt wird, nimmt er verschiedene psychologische Angebote sowie ein BEM-Angebot seines Betriebs wahr. Auf Empfehlung des Reha-Beraters nimmt er an einer Integrationsmaßnahme in einem BFW teil, die speziell auf psychisch beeinträchtigte Menschen zugeschnitten sind. Nach anfänglichen Schwierigkeiten gelingt eine Rückkehr in Arbeit im kaufmännischen Bereich, aber mit reduzierter Arbeitszeit und geringem Verdienst. Dennoch hat sich Herr Gärtner, der nach Praktikum und Probezeit in dem Praktikumsbetrieb übernommen wird, mit der Situation nicht nur arrangiert, sondern ist – auch weil sich die zwischenzeitlichen Konflikte mit seiner Frau entspannt haben – heute insgesamt zufrieden. Sein Fall steht für einen schmerzhaften, letztlich aber erfolgreichen RTW, der die auch therapeutisch begleitete Anerkennung krankheitsbedingt reduzierter Leistungsfähigkeit zur Voraussetzung hat und dank der Unterstützung durch die Ehefrau gelingen konnte.

6. Literatur

Literatur

Gesamtdarstellung der Projekte:

<https://www.reha.hu-berlin.de/de/lehrgebiete/rhs/forschung/abbrueche-beruflicher-qualifizierungsmassnahmen-projektbericht>
<https://www.reha.hu-berlin.de/de/lehrgebiete/rhs/forschung/wege-von-der-beruflichen-qualifizierungsmassnahme-in-das-beschaeftigungssystem/view>

Einzelaufsätze:

- Meschnig, A., Bartel, S. & Kardorff, E. v. (2015): Individuelle und kontextbezogene Ursachen von Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen. In: Die Rehabilitation, 54 (3), 184-189.
- Klaus, S., Kardorff, E. v., Meschnig, A. (2015): Die Bedeutung des Berufs für die Rückkehr auf den Arbeitsmarkt bei Personen mit chronischer Krankheit. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online, 29, 1-20.
- Klaus, S., Meschnig, A. & Kardorff, E. v. (2017): Verlaufskurven der Wiedereingliederung beruflicher Rehabilitanden: (berufs-) biografische Ressourcen, Risikokonstellationen und externe Barrieren. In: Berufliche Rehabilitation, 31 (2), S. 90-105
- Meschnig, A., Klaus, S. & Kardorff, E. v. (2018): Von der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme zurück in Arbeit. Eine Langzeitanalyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen. (erscheint 2018 in: Die Rehabilitation)
- Klaus, S., Meschnig, A., & Kardorff, E. v. (2018): Verlaufskarrieren und biografische Konstellationen beruflicher Rehabilitanden und deren Einflüsse auf Rückkehr und nachhaltigen Verbleib in Arbeit. (erscheint 2018 im Sonderheft der Rehabilitation)

Zum Case Management:

- Keck, Th., Gödecker-Geenen, N. & Mennemann, H. (2014): Case-Management als Handlungsmethode im Kontext der Rehabilitation. Online: http://www.mitffb.de/files/web/media/Veroeffentlichungen/heft_4_keck_goedecker_mennemann.pdf. Zuletzt geprüft: 06.03.2018.
- Lichtenberg, N., Rexrodt, Ch. & Toepler, E. (2017): Management der Rehabilitation: Case Management im Handlungsfeld Rehabilitation. Berlin: epubli.
- Mühlum, A. & Gödecker-Geenen, N. (2003): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München: Reinhardt-Verlag.
- Roessler, R. T., Stanford, E. R. & Rumrill, Ph. D. (2017): Case Management and Rehabilitation Counseling: Procedures and Techniques. Baltimore: Univ. Press.
- Wendt, R., Löcherbach, P. (Hg.) (2011): Case Management in der Entwicklung, Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg: Medhochzwei.

Zu Fallvignetten und Fallverstehen:

- Schnurr, S. (2003): Vignetten in quantitativen und qualitativen Forschungsdesigns. In: Otto, H.-U., Oelerich, G. & Micheel, H.-G. (Hrsg.): Empirische Forschung. Sozialarbeit – Sozialpädagogik – Soziale Probleme. München: Luchterhand, S. 393-400.
- Zajac, A. (2009): Lernende verstehen - Lernen ermöglichen. Ein Beispiel hermeneutischer Fallrekonstruktion in der beruflichen Weiterbildung und mögliche Auswirkungen auf Lernberatung und Professionalisierung. Online: <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/47725>, zuletzt geprüft: 31.03.2018.

Zu personalen und Kontextfaktoren in der Beruflichen Rehabilitation und Rolle der ICF:

- Bengel, J. & Mittag, O. (Hrsg.) (2016): Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Ein Lehr- und Praxishandbuch. Heidelberg: Springer.
- Kardorff, E. v. (1996/2011): Stichwort - "Lebenslage". In: Franzkowiak, P. u.a. (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln: BZGA, S. 67-69.
- Kardorff, E.v. (1996/2011). Stichwort: "Lebensstil/Lebensweise". In: Frankowiak, P. u.a. (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln: BZGA, S. 69-71.
- McMahona, B.T., Shawb, L.R., Chanc, F. & Danczyk-Hawleya, C. (2004): "Common factors" in rehabilitation counseling: Expectancies and the working alliance. In: Journal of Vocational Rehabilitation, 20, S. 101-105.
- Nübling, R., Muthny, F.A. & Bengel, J. (Hrsg.) (2005): Reha-Motivation und Behandlungserwartung. Bern: Huber.
- Schuntermann, M.F. (2009): Einführung in die ICF: Grundkurs - Übungen - offene Fragen. Landsberg am Lech: Ecomed.
- Tempel, J., Geißler, H. & Ilmarinen, J. (2010): Stärken fördern, Schwächen anerkennen: der Beitrag der Betrieblichen Gesundheitsförderung für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit von älteren und älter werdenden Mitarbeitern. In: G. Faller (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 188-189.
- Weber, A., Peschkes, L. & de Boer, W.E.L (Hrsg.) (2015): Return to Work – Arbeit für Alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration. Stuttgart: Gentner-Verlag.

Zur biografischen Perspektiven in der Rehabilitation:

- Dern, W. & Hanses, A. (2001): Berufsfindung und Biografie - Biografische Diagnostik als Zugang zu den Sinnhorizonten und Ressourcen der Menschen in der beruflichen Rehabilitation. In: Die Rehabilitation, 40 (5), S. 289-303.
- Schütze, F. (20062): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Krüger, H.-H. & Marotzki, W. (Hrsg.): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biografieforschung. Wiesbaden: VS-Verlag f. Sozialwissenschaften, S. 205-237.
- Weichel, J. (2012): Ressourcen und Belastungen in der Berufsbiografie. Kassel: kasseler Universitätsverlag.

Fallignetten zur Fort- und Weiterbildung in der beruflichen Rehabilitation - Manual

Das vorliegende Manual zum Arbeitsbuch Fallignetten ist als Arbeitshilfe für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Reha-Berater/innen im Bereich der beruflichen Rehabilitation und der Maßnahmen zur Leistungen zur Teilhabe am Ar-
beitsleben gedacht. Darüber hinaus finden sich Hinweise zur Nutzung der Fallignetten bei der Einarbeitung neuer Mitar-
beiter/innen sowie zur Verwendung der Fallignetten im Rahmen der Qualitätssicherung.
Ein einleitendes Kapitel ist dem Charakter und der Funktion von Fallignetten gewidmet und erläutert die Hintergründe der Fallignetten aus beruflichen Qualitätszierungsmaßnah-
men, die zu einer Sensibilisierung für die Bedeutung kom-
plexer Fallkonstellationen, kritischer Lebensereignisse und biografischer Entwicklungsverläufe in der Rehabilitationsbe-
ratung beitragen sollen. Einen wichtigen Aspekt bildet dabei die Rolle des Umgangs mit langfristig auch nach der medizini-
schen Rehabilitation verbleibenden gesundheitlichen Beein-
trächtigungen bei der Rückkehr in Arbeit im gesamten Le-
benszusammenhang.

In einem eigenen Kapitel werden der konzeptionelle Hinter-
grund und die Kernergebnisse der Forschungsprojekte be-
schrieben, die als empirische Grundlage für die Entwicklung
der Fallignetten gedient haben. Dabei werden insbesonde-
re die Konzepte der biografischen Verlaufskurven, der Ar-
beitslinien und die Rolle der ICF-Kontextfaktoren als zentrale
Einflussgrößen für charakteristische Fallkonstellationen er-
läutert und ihre Rolle für ein personenzentriertes Case-
Management dargestellt.
In einem abschließenden Kapitel werden die einzelnen Fälle
aus dem Arbeitsbuch aufgegriffen und im Einzelnen erläu-
tert. Hier geht es vor allem darum darzulegen, wofür die bi-
ografischen Konstellationen stehen und was mit ihnen im
Allgemeinen verdeutlicht werden kann. Diskussionsanstöße
für die Gruppenarbeit sowie zur eigenen Reflexion der Be-
sonderheiten der unterschiedlichen Fälle dienen der prakti-
schen Auseinandersetzung mit dem Arbeitsbuch.
Hinweise zur methodischen und didaktischen Nutzung der
Fallignetten sei es durch das Lehrpersonal oder zum Selbst-
lernen und Reflektieren im Team runden das Manual ab.

Vorwort

Fallvignetten



6. Fallvignetten

Fallvignetten

7. Studienergebnisse

Studienergebnisse