



WEMRE

Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit: Ansatzpunkte zu frühzeitiger Intervention in biografische und krankheitsbezogene Verlaufskurven

Abschlussbericht Januar 2021

gefördert von der **Deutschen Rentenversicherung Bund**, durchgeführt in Kooperation mit der **DRV Bund**, der **DRV Berlin-Brandenburg** und der **DRV Westfalen**

Projektzeitraum 01.04.2017-30.09.2020

Prof i.R. Dr. Ernst von Kardorff (**Projektleitung**)

Dr. Sebastian Klaus (**wiss. MA.**)

Dr. Alexander Meschnig (**wiss. MA.**)

Studentische Mitarbeiterinnen

Anna Rosa Ostern, B.A.

Yvonne Rafalzik, B.A.

Abstract

Hintergrund, Ziel und Fragestellungen

Vor dem Hintergrund des verstärkten Zugangs von Menschen mit der Diagnose einer psychischen Beeinträchtigung in die Erwerbsminderungsrente (EMR) von 2005 32,3% auf 42,33% im Jahr 2018 sind wir in der vorliegenden Studie folgenden Fragen nachgegangen: auf welchen Wegen, in welchen Konstellationen und an welchen kritischen Wendepunkten entschließen sich Versicherte mit einer F3- oder F4-Hauptdiagnose dazu, erstmalig einen Antrag auf EMR zu stellen. Anschließend wollten wir nachverfolgen, wie sich Betroffene mit der neuen Situation in der EMR arrangieren und unter welchen Bedingungen und auf welche Art und Weise einige von ihnen wieder eine Rückkehr in Arbeit anstreben und welche Unterstützung sie dafür benötigen. Damit, so das übergreifende Ziel, sollten Hinweise auf individuelle Gefährdungen (etwa Präsentismus) und Risikogruppen, aber auch auf Präventionsansätze – etwa in der ambulanten Versorgung oder im Betrieb – sowie Anreize und geeignete Unterstützungsformen bei der Rückkehr in Arbeit aus einer befristeten EMR identifiziert werden. Im Zentrum standen dabei die Rekonstruktion (berufs-)biografischer Entwicklungswege, die Inanspruchnahmen ärztlicher und psychotherapeutischer Angebote und von LTA-Leistungen im Zusammenhang mit Krankheitsverläufen sowie die Entscheidungsprozesse und Motive zur Beantragung einer EMR, die Auswirkungen des Übertritts in die EMR auf die konkrete Lebenssituation und das subjektive Krankheitserleben sowie der Einfluss des EMR-Bezugs auf Veränderungen in der Bewertung der subjektiven Arbeitsfähigkeit, die Motive und Rückkehrperspektiven in Erwerbsarbeit.

Methodisches Vorgehen

Zu Beginn der Studie wurden über die beteiligten Rentenversicherungsträger zunächst 3.356 Fragebögen an Versicherte geschickt, die ca. 4-6 Wochen vor dem Anschreiben erstmalig eine EMR aufgrund einer ICD-10 F-3 oder F-4 Hauptdiagnose (den bei der EMR Berentung am häufigsten vertretenen *Common Mental Disorders*) bewilligt bekommen hatten. Aus dem Rücklauf von 599 Fragebogen (Rücklaufquote von 16,5%) wurden 45 Personen nach Kriterien des Theoretical Sampling und hinsichtlich in der Antwortstichprobe unterrepräsentierter Merkmale ausgewählt und in einer *qualitativen Verlaufsstudie* über 18 Monate hinweg begleitet und dabei zu drei Zeitpunkten (ca. 6, 12 und 18 Monate nach EMR-Eintritt) mit episodisch-narrativen Interviews und einem anschließenden Leitfaden befragt. Parallel dazu wurden umfangreiche Interviews mit Fachexperten/-innen aus Sozialmedizin, Psychosomatik, Psychotherapie, Verwaltung und Sozialarbeit geführt.

Hauptergebnisse

Wege in die Erwerbsminderungsrente

Trotz der großen Heterogenität der Studienteilnehmer/-innen und ihrer Wege in die EMR konnten *drei charakteristische Wege in die EMR* aus dem Datenmaterial gefiltert werden:

- a) *Früh traumatisierte und dadurch vulnerable Personen.* Nach einer längeren Lebensphase, in der die belastenden Erlebnisse aus Kindheit und/oder Jugend in den Hintergrund geraten waren oder verdrängt wurden, werden sie durch ein Schlüsselerlebnis in Familie oder in Arbeit reaktiviert. Vielen Betroffenen gelingt es dann nicht, adäquat auf die Krise und auf die damit veränderte Situation zu reagieren; die latent prekäre Lebenskonstruktion und -situation wird manifest. In der Folge kommt es zu einer Chronifizierung der psychischen Beschwerden, die auf Arbeitswelt und Familie zurückwirken. Krankschreibungen oder längere Phasen der Arbeitslosigkeit münden schließlich in einen Antrag auf EM-Rente – häufig auf Anraten eines Haus- oder Facharztes, aber auch weil subjektiv keine Alternativen gesehen und Angebote als überfordernd erlebt werden. Hiervon sind oft jüngere Personen betroffen, für die die EMR als *notwendige Auszeit mit der Chance zur biografischen Neujustierung* fungiert. Darunter befinden sich aber auch Menschen, denen schon aufgrund der ungünstigen Ausgangsbedingungen der Berufseinstieg nur unter schwierigen Bedingungen gelungen ist und die im weiteren Verlauf ein diskontinuierliches und von Phasen der Erwerbslosigkeit gekennzeichnetes (Berufs-)Leben hatten, das sie im Nachhinein als Abfolge des Scheiterns erleben und die EMR als Ausweg aus der Diskontinuität wahrnehmen.
- b) *Schwer somatisch erkrankte Personen mit psychischen Folgesymptomen.* Auch wenn zunächst die Beeinträchtigungen der körperlichen Krankheit im Vordergrund stehen, nehmen im Zeitverlauf psychische Beschwerden zu, gewinnen zuweilen auch die Oberhand und führen dazu, dass die Betroffenen sich schließlich weder körperlich noch psychisch in der Lage sehen, ihrem Beruf nachzugehen. Der Antrag auf EMR ist der Weg in eine als legitim empfundene berufsbiografische Endposition, weil keine realistische Chance mehr vorhanden ist (und/oder dies so eingeschätzt wird), dauerhaft den Anforderungen des Allgemeinen Arbeitsmarktes gewachsen zu sein. Hiervon sind oft Menschen nach langer kontinuierlicher Berufstätigkeit betroffen, die nicht mehr weit von der Regelaltersrente entfernt sind und *die EMR als ihnen zustehende, „verdiente“ Entlastung betrachten und eine Rückkehr in Arbeit kategorisch ausschließen.*
- c) *Im Lebensverlauf aufgeschichtete psychische Belastungen.* In dieser Gruppe finden sich vor allem Beschäftigte mit einer langen insgesamt kontinuierlichen Berufsbiografie, bei denen sich aber im Laufe des Lebens familiäre und/oder berufliche Belastungen und/oder äußere Ereignisse in der Summe so stark aufschichten, dass bisher bewährte Bewältigungsmuster nicht mehr ausreichen, um Krisen abzufedern und ein „Trudeln“ zu verhindern.

Es kommt zu wiederholten und immer länger andauernden Phasen der Arbeitsunfähigkeit, schließlich kann auch ein labiles Gleichgewicht nicht mehr aufrechterhalten werden und es kommt zu einem Erschöpfungszustand, an dessen Ende den betroffenen Menschen der Antrag auf eine EMR als letzter Ausweg erscheint, nachdem auch medizinisch-therapeutische Interventionen keine dauerhafte Arbeitsfähigkeit mehr bewirken konnten. Eine Reihe dieser Personen schließt eine Rückkehr in Arbeit nicht aus, knüpft dies aber an spezifische Bedingungen.

Für alle drei Varianten gilt, dass die EMR am Ende einer *langen Krankheitsgeschichte* mit Präsentismus und AU-Zeiten oder gesundheitsbedingt brüchigen Erwerbsbiografien steht und aus der Sicht der betroffenen Personen zumindest temporär als alternativlos erscheint. Medizinisch-therapeutisch sehen sich alle Befragten schon vor der EMR gut versorgt; zusätzliche Präventions- und Interventionsbedarfe werden nicht artikuliert. Tendenziell bieten aber frühzeitig angebotene LTA-Maßnahmen die Chance, bei Menschen mit starken psychischen Belastungen den Negativverlauf hin zur EMR zu verhindern oder hinauszuzögern.

Die Bewilligung der EMR und die erste Zeit in der neuen Situation führt bei allen Befragten zunächst zu einer Erleichterung und einer Befreiung von Verpflichtungen, die nicht mehr erfüllt werden konnten; zugleich kommt es aber auch bei vielen zu einer temporären Krisensituation, in der die tiefe Enttäuschung über das eigene Scheitern im Ablaufplan der „Normalbiografie“ zum Ausdruck kommt und mit einem Verlust an Tagesstruktur, Sinnstiftung, sozialer Einbindung etc. aufgrund der fehlenden Erwerbsarbeit einhergeht.

Leben in der Erwerbsminderungsrente

Das Leben mit der EMR erzeugt eine (begrenzte) Zeit, in der Menschen mittels intensiver Krankheits-, Alltags- und Biografiearbeit ihrem Leben eine neue Stabilität verleihen können, auf deren Basis eine biografische Neuausrichtung erfolgen kann, die sich entweder in einem Arrangement mit der EMR wiederfindet oder in der Entwicklung einer konkreten Rückkehrperspektive auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt. Dieser Prozess wird häufig durch Barrieren gehemmt, die sich z.B. in einem zu kurzen prospektiven Bewilligungszeitraum (*externe Barriere*) oder in einer vorrangig *normativen* RTW-Motivation (*innere Barriere*) wiederfinden; normativ bedeutet, dass die Betroffenen einer gesellschaftlichen Erwartung entsprechen wollen, oft ohne die eigene Belastungs- und Leistungsfähigkeit oder Durchhaltevermögen realistisch einschätzen zu können. Aufgrund solcher Barrieren bleibt das Leben mit der EMR fragil und stark psychisch belastet. Ein positives Arrangement mit einer EMR, d.h. das innere Annehmen der neuen Lebenssituation, führt hingegen zu einer deutlichen psychischen Entlastung; im Datenmaterial zeigt sich, dass bei einem gelungenen Arrangement das Inanspruchnahmeverhalten medizinisch-therapeutischer Angebote innerhalb des Befragungszeitraums sinkt und mit der viel stärker fokussierten Selbstsorge das Gesundheitssystem entlastet. Gleichfalls deutet sich an, dass die *Bewilligung einer Teil-EMR* ebenfalls positive Effekte auf das subjektive Gesundheitserleben hat.

Diese Befragten erleben die Bewilligung der EMR ebenso als Entlastung, können aber die sinnstiftende und strukturierende Rolle der Erwerbsarbeit sowie ihre Bedeutung für soziale Einbindung und Kontakte für sich erhalten und die neue Situation besser nach außen kommunizieren und legitimieren.

Mit dem Arrangement wird die EMR zu einer berufsbiografischen Endposition, die eine Perspektive der Rückkehr in Erwerbsarbeit nicht mehr beinhaltet; dies trifft immerhin auf 24 der interviewten Personen (N=45) zu. Zehn Personen verfügen hingegen noch über einen normativen Wunsch der Rückkehr in Arbeit; geprägt von Stagnation und sozialer Erwünschtheit einer Teilhabe an Erwerbsarbeit können diese Personen sich keine biografische Perspektive für ihr Leben mit oder ohne EMR erarbeiten. Immerhin neun Interviewten gelingt es innerhalb des Befragungszeitraums für sich ein individuelles RückkehrszENARIO auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt zu erarbeiten und damit die EMR für eine berufsbiografische Neuorientierung zu nutzen. Einigen Wenigen (drei Personen zuzüglich einer Person in eine WfbM) gelingt eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt. Alle anderen tendieren mit zunehmender Dauer des EMR-Bezugs zu einer Akzeptanz eines (dauerhaften) Arrangements mit der EMR, weil sie bei der Überwindung wahrgenommener Barrieren keine proaktive Unterstützung erhalten haben und auch mit der Zeit immer unsicherer werden, ob sie den Anforderungen des Arbeitsmarktes überhaupt noch gewachsen sind. Für die Mehrzahl der Befragten liegt das Haupthindernis für den Versuch einer Rückkehr in Arbeit in Befürchtungen vor materiellen Verlusten bei einer schlechter bezahlten Tätigkeit und deren Auswirkungen auf die Höhe der Regelaltersrente, vor allem aber stehen Ängste vor dem Verlust der Sicherheit der EMR im Vordergrund.

Wege aus der Erwerbsminderungsrente

Selbst wenn mit Hilfe der von uns weiter unten ausgesprochenen Empfehlungen die Übergangsquote psychisch beeinträchtigter EM-Rentner/innen in Arbeit, die aktuell bei nur etwa 5-6% bis auf eine Quote von 15-20% erhöht werden könnte, wäre dies nicht nur eine große Chance für viele zur Rückkehr in Arbeit motivierte EMR-Bezieher/-innen, sondern vor allem ein sozialpolitischer Erfolg. In unserer quantitativ nicht repräsentativen qualitativen Stichprobe konnten wir Strukturmerkmale für drei unterschiedlich rückkehrmotivierte Gruppen identifizieren, die nur teilweise und nicht systematisch mit den Strukturmerkmalen der Wege in die EMR zusammenhängen: *Erstens* die bereits beschriebene Gruppe von Personen, für die die EMR eine *berufsbiografische Endposition* darstellt und die einen RTW für sich kategorisch ausschließen; hier finden sich gleichermaßen Personen mit starker körperlicher Komorbidität wie auch Personen mit aufgeschichteten psychischen Beschwerden jeweils mit einer Nähe zum gesetzlichen Renteneintrittsalter. *Zweitens* die Gruppe mit normativ, also an sozialer Erwünschtheit orientiertem Rückkehrwunsch, der oft mit unrealistischen Vorstellungen über die eigene Belastbarkeit verbunden ist. Gleichwohl befinden in dieser Gruppe auch Menschen, die bei einem nach der Bewilligung zeitnahen (etwa 6 Monate nach Eintritt in die EMR) Test und einer Erprobung ihrer Arbeitsfähigkeit zu einem RTW gelangen können.

Drittens die Gruppe, die wir mit *Biografische Neuorientierung* bezeichnet haben; hier handelt es sich um eher jüngere Personen unter 50 Jahren mit starkem Rückkehrwunsch, positiver Gesundheitserwartung und Zukunftsperspektiven, die sich ein Leben ohne Arbeit nicht vorstellen und wollen. Meist handelt es sich hierbei um Personen mit psychisch belastenden Kindheits- und/oder Jugenderlebnissen, die im Erwachsenenalter reaktiviert wurden und in die EMR geführt haben.

Empfehlungen

- Gezielte Sensibilisierung von Haus- und Fachärzten sowie von Psychotherapeuten für das Potenzial von LTA-Maßnahmen für Menschen mit arbeitsplatzbedingten psychischen Beschwerden über Fortbildungsangebote;
- Kooperation zwischen Betrieben und Rentenversicherung durch
 - eine gezielte Nutzung des Ü-45-Checks mit Blick auf Sekundärprävention und auf die Motivation zur Inanspruchnahme frühzeitiger Beratungs- und ggf. Therapieangebote;
 - Fortbildung von und Kooperation mit BEM-Beauftragten und SchwB-Vertretung;
 - Sensibilisierung der Betriebe für die Problemlagen psychisch beeinträchtigter Beschäftigter durch den Firmenservice der DRV;
 - Entwicklung von Kooperationsmodellen zwischen psychosomatischen Reha-Angeboten und Betrieben unter Einbeziehung von Betriebsrat, Personalverantwortlichen und SchwB-Vertretung; externen Sprechstunden für belasteten Arbeitnehmer/-innen.
- Intensive persönliche Beratung bei der Beantragung der EMR durch Fachkräfte insbesondere mit Blick auf die Nutzung bzw. Erprobung einer Teil-EMR nach § 43 Abs. 1 SGB VI;
- Eine grundsätzliche prospektive EMR von mindestens einem Jahr, idealerweise zwischen zwei bis drei Jahren;
- Zielgerichtetes Angebot eines Informations- und Beratungsgesprächs ca. 6 Monate nach Erstbewilligung einer (befristeten) EMR;
- Angebot von LTA-Leistungen während der EMR für Personen, die den Wunsch nach einer Rückkehr auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt formuliert haben (Assessments der Leistungs-, Belastungs- und Durchhaltefähigkeit verknüpft mit der Möglichkeit einer Erprobung der eigenen Möglichkeiten und Grenzen);
- Angebot eines Jobcoachings auf Grundlage eines Case-Management als LTA-Maßnahme zur Begleitung von EM-Rentnern in den Allgemeinen Arbeitsmarkt;
- Erstellung von Fallvignetten für die Fortbildung des Case-Management für die zielgerichtete Identifikation der RTW-motivierten Personen;
- Angebot einer an dem Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) orientierten aber befristeten Übergangmaßnahme für den RTW, z.B. finanziert über § 20 SGB VI;
- Prüfung der Übernahme des schwedischen Modells, die den Beziehern einer EMR die gesetzlich verankerte Möglichkeit eröffnet, wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren, ohne dabei aber den Anspruch auf EMR zu verlieren.

Vorwort

Seit 2001 sind psychische Störungen der häufigste Grund für die Bewilligung einer EM-Rente. Während im Jahr 2000 lediglich 24,2 % aller EM-Berentungen aufgrund psychischer Beeinträchtigungen erfolgte, betrug ihr Anteil im Jahr 2018 42,7 % (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a). Die Hauptdiagnosen sind dabei mit ansteigender Tendenz affektive Störungen (v.a. Depression) und Angststörungen. Alle anderen F-Diagnosen zeigen eine nur geringe Zunahme bzw. sind seit Jahren stabil (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014). Bei Frauen war fast die Hälfte psychisch bedingten EM-Berentungen im Jahr 2012 auf Depressionen zurückzuführen, bei Männern standen sie, gefolgt von Alkoholerkrankungen, an zweiter Stelle (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013).

Fast immer geht der Antragstellung auf eine EM-Rente eine lange Vorgeschichte mit einer meist schleichenden Krankheitsentwicklung und einer abwärts gerichteten Verlaufskurve voraus – vom Überspielen und Verdrängen erster Symptome über Präsentismus in der Arbeit, oft begleitet mit Medikamenten und/oder psychologischer Beratung und Therapie, über Phasen immer längerer und in immer kürzeren Abständen auftretender krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeitszeiten bis hin zu schweren Krisen und psychischen Zusammenbrüchen. Häufige kündigungsbedingte Stellenwechsel, langer Krankengeldbezug und/oder Erwerbslosigkeit und eine damit oft verbundene institutionenabhängige Lebenslage im SGB II-Bezug können sich anschließen. Am Ende einer solchen, nach unten gerichteten Verlaufskurve nehmen viele Betroffene die Empfehlung einer EM-Rentantragstellung als Erleichterung an oder bemühen sich selbst aktiv darum, sei es aufgrund von Enttäuschungen im Arbeitsleben oder besonderer Belastungen in der Familie, sei es aufgrund einer Erschöpfung aller Lebensenergien nach langen Phasen der Selbstüberforderung oder immer weniger kompensierbarer psychischer Symptome, begleitet mit körperlichem Verschleiß und Schmerzen. Verknüpft mit einer negativen Gesundheitserwartung haben viele Personen, vor allem über 50jährige, die Hoffnung auf eine Rückkehr in Arbeit aufgegeben, selbst wenn sie gerne noch weiterarbeiten würden oder dies aus materiellen Gründen eigentlich müssten.

EM-Berentungen wegen einer psychischen Erkrankung, stellen aufgrund ihres gehäuften Auftretens aus rehabilitationsökonomischer und präventionspolitischer Sicht nicht nur ein aktuelles, sondern angesichts der Verschiebungen im Krankheitsspektrum, der Zunahme von chronischen/chronifizierten Erkrankungen und der verlängerten Lebensarbeitszeit auch eine

künftig bedeutsam bleibendes Problemfeld dar. EM-Renten sind sowohl für die Betroffenen sowie für das ärztliche, psychotherapeutische und rehabilitative Versorgungssystem eine soziale und psychologische Herausforderung. Nur etwa die Hälfte (54 %) der wegen psychischer Krankheit vorzeitig berenteten Personen hat im Vorfeld des Rentenanspruchs eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015); das dürfte vermutlich vor allem am Mangel an Informationen und gezielter rechtzeitiger Beratung innerhalb des Gesundheitssystems liegen. Wenn eine Erwerbsminderungsrente erst einmal bewilligt und angetreten wurde, gelingt es derzeit trotz eines bestehenden Rückkehrwunsches, der je nach Studie zwischen ca. 25 und 50 % liegt, nur einer sehr kleinen Anzahl von ca. 6 % der wegen psychischer Probleme berenteten Personen zu einem späteren Zeitpunkt wieder auf den Arbeitsmarkt zurückzukehren.¹

Ein zentrales Ziel unserer Studie mit EM-Rentnern/-innen mit einer F-3 oder F-4 Hauptdiagnose² richtet sich auf die Rekonstruktion der konkreten Lebensgeschichten vom Aufwachsen, der Berufswahl, -karriere und -wechsel über Krankheitsepisoden bis zur Krise aus der retrospektiven Sicht der Antragsteller, um Entscheidungsschritte und Entscheidungsmuster zu rekonstruieren, die *in die* EM-Rente geführt haben und das weitere Erleben und Verhalten *innerhalb* der EM-Rente bis zum ersten Weiterbewilligungszeitpunkt bestimmen. Ein *praxisbezogenes Ziel* der Studie besteht darin, anhand des empirischen Materials mögliche Interventionspunkte und geeignete Hilfeangebote zu identifizieren, die günstige Zeitpunkte für Alternativen zu einer EM-Berentung bieten oder zielführende Hilfen für den Wiedereinstieg in Arbeit aus der EM-Rente benennen. Dazu ist es erforderlich, die biografischen, krankheits- und lebenslagenspezifischen Konstellationen im Verlauf zu identifizieren und die Besonderheiten alters- und geschlechtsspezifischer Bedarfslagen und Bewältigungsmuster zu berücksichtigen. Aus den jeweils 6, 12 und 18 Monate nach der Erstbewilligung der EM-Rente mit 45 ausgewählten Personen durchgeführten Gesprächen wurden die biografischen Wege bis zum Eintritt in die Erwerbsminderungsrente nachgezeichnet und mit Blick auf die Verflechtungen zwischen individueller (Berufs-)Biografie, Krankheitssymptomen, Belastungen in der Arbeitswelt und der Familie erhoben. Aus den

¹ Vgl. Kobelt et al. (2009)

² Hier handelt es sich um die hauptsächlichen Diagnosen bei der EM-Berentung aufgrund einer psychischen Störung; bei den zu den sogenannten *Common Mental Disorders* gehörenden F-Diagnosen, handelt es sich um affektive Störungen (F-30-39), vor allem um Depressionen, und um neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (F-40 -48), vor allem um unterschiedliche Angststörungen.

dabei identifizierten Konstellationen wurden Prädiktoren für rechtzeitige und akzeptierte Beratungsangebote und Interventionen gewonnen.

Zu Beginn dieses Berichts werden der gesellschaftliche und rehabilitationswissenschaftliche Ausgangspunkt und die zentralen Fragestellungen des Projekts dargestellt (Kapitel 1). Nach einem längeren Kapitel zum aktuellen Forschungsstand (Kapitel 2) werden Studiendesign, methodisches Vorgehen und die Gewinnung der Studienteilnehmer/innen mit Hilfe der Versichertendaten der DRV Bund, der DRV-Westfalen und der DRV-Berlin-Brandenburg beschrieben (Kapitel 3). Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung und insbesondere die konzeptionell im Vordergrund stehenden episodisch narrativen, um einen Leitfragen ergänzten qualitativen Interviews mit EM-Rentnern, bilden den inhaltlichen Schwerpunkt des Berichtes (Kapitel 4). Eine Synopse und Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse findet sich in Kapitel 5. In Kapitel 6 werden Paradoxien und Problemlagen im Kontext der EM-Berentung thematisiert, die vor allem Fragen an die Praxis stellen. Daran schließt eine kurze, methodische Reflexion zu den Limitationen der Studie an (Kapitel 7). Am Ende (Kapitel 8) folgen die aus unseren Ergebnissen abgeleiteten Empfehlungen für die Praxis und mögliche Strategien für einen RTW aus der EM-Rente heraus.

Unser Projekt war auf die Unterstützung zahlreicher Personen angewiesen. Unser Dank gilt der Kooperationsbereitschaft der drei beteiligten Rentenversicherungen: DRV Bund, DRV-Westfalen und DRV-Berlin-Brandenburg. Der wissenschaftliche Beirat, bestehend aus Prof. Dr. Markus Bassler, Dr. Ulrich Eggens, Dr. Bettina Hesse, Prof. Dr. Volker Köllner, Martin Rogasch, Dr. Marco Streibelt, Dr. med. Eric Therstappen und Frau Pia Zollmann, hat uns immer wieder wichtige Rückmeldungen und Anregungen gegeben. Last but not least danken wir ganz besonders allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die sich über eine lange Zeitspanne hinweg für drei – meist sehr zeitintensive und vertrauensvolle – Gespräche zur Verfügung gestellt haben sowie den von uns interviewten Expertinnen und Experten aus Theorie und Praxis. Ohne alle diese Beteiligten hätte das Projekt nicht umgesetzt werden können.

Berlin im Dezember 2020

Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff, Dr. Sebastian Klaus, Dr. Alexander Meschnig

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I-V
Vorwort	
Abbildungsverzeichnis.....	
Tabellenverzeichnis	
1. Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund der Studie.....	1
1.2. Ziele und Fragestellungen der Studie.....	5
2. Forschungsstand.....	9
2.1 Zum Umfang des Problems: Veränderungen der EM-Berentungen im Zeitverlauf mit besonderer Betonung der psychischen Störungen	10
2.1.1 Das unterschätzte Risiko der EM-Rente	10
2.1.2 Reproduktion sozialer Ungleichheiten beim Zugang zur EM-Rente	13
2.1.3 Besondere Herausforderung: Zunahme von EM-Renten wegen der Diagnose psychischer Krankheiten und Störungen	15
2.1.4 Zur systemrelevanten und individuellen Bedeutung von EM-Berentungen wegen F-Diagnosen und ihren Ursachen	18
2.1.5 Auswirkungen der gestiegenen EM-Berentungen wegen psychischer Beeinträchtigungen auf verschiedenen Ebenen	21
2.2 Wege in die EM-Rente.....	29
2.2.1 Prädiktoren der Frühberentung	31
2.2.2 Prozessorientierte Betrachtungsweisen	33
2.2.3 Erklärungsmodelle.....	38
2.3 Dynamiken innerhalb des EM-Rentenbezugs	39
2.4 Rückkehr aus dem EM-Rentenbezug auf den Arbeitsmarkt	41
2.4.1 Scoping-Review zu qualitativen Studien zum Return to Work aus EMR bzw. Disability-Pension	50
2.5. Folgerungen aus dem Forschungsstand.....	52
3. Studienaufbau, Forschungsdesigns und Ablauf der Studie.....	55
3.1. Datengewinnung und Feldzugang.....	55
3.2 Datenschutz und Ethikkonzept.....	58
3.3 Auswahl der Studienteilnehmer für die qualitative Studie (Sample).....	59
3.4 Konzept und Auswahl der Eckfälle	77
4. Ergebnisse.....	79
4.1. Quantitative Ergebnisse	79
4.2 Qualitative Ergebnisse.....	88
4.2.1 Eckfälle.....	88

4.2.1.1 Frau Kunert.....	88
4.2.1.2 Frau Dietmar.....	113
4.2.1.3 Frau Bunt.....	131
4.2.1.4 Frau Hoch.....	147
4.2.1.5 Frau Roland.....	163
4.2.1.6 Frau Jauch.....	182
4.2.2 Wege in die EM-Rente.....	199
4.2.2.1 Krankheitsverläufe und Inanspruchnahmen medizinisch-therapeutischer Angebote	199
Exkurs 1: Zeit des Präsentismus.....	228
4.2.2.2 Berufsbiografien vor der EM-Rente.....	234
Exkurs 2: personenbezogene Dienstleistungsberufe.....	247
4.2.2.3 LTA vor der EM-Rente.....	254
4.2.3. Der Antrag auf EM-Rente.....	263
4.2.3.1 Ursachen und Attributionen für den EM-Rentenantrag.....	263
4.2.3.2 Der Stellenwert der Erwerbsarbeit bei der Antragstellung.....	270
4.2.3.3 Erwartungen an die EM-Rente.....	275
4.2.3.4 Empfehlungen zur und Unterstützung bei der Antragstellung.....	278
4.2.4. Das Leben mit der EM-Rente.....	291
4.2.4.1 Lebenslagen.....	291
4.2.4.2 Auswirkungen der Bewilligungspraxis auf das Leben im EM-Rentenbezug.....	300
Exkurs 3: Teilzeit EM-Rente mit Fortführung der Erwerbsarbeit in Teilzeit.....	306
4.2.4.3 Inanspruchnahmen von und Erwartungen an medizinisch-therapeutische Angebote.....	316
4.2.4.4 Strategien der Selbstsorge.....	328
4.2.4.5 Soziale Einbindung im EM-Rentenbezug.....	339
4.2.5. EM-Rente und Perspektiven auf Erwerbsarbeit.....	352
4.2.5.1 Das RTW-RTN-Kontinuum.....	352
4.2.5.2 Der Aufbau eines realistischen RTW-Szenarios.....	366
4.2.5.3 Die EM-Rente als neue und dauerhafte Normalität.....	380
4.2.5.4 Der Einfluss der normativen RTW-Orientierung auf den RTN.....	390
4.2.5.5 Auswirkungen des Verlustes des EM-Rentenbezugs auf den RTN.....	397
4.2.5.6 Die Funktion von Nebenjobs und Ehrenämtern auf den RTW und RTN.....	402
5. Synopse: Zusammenfassende Interpretation.....	414
6. Paradoxien und besondere Problemlagen.....	434
7. Limitationen der Studie und weitergehende Fragen.....	440
7.1 Quantitative und qualitative Stichprobe – Grenzen der Generalisierung der Ergebnisse.....	440

7.2. Zu möglichen Verzerrungen retrospektiver hermeneutischer Rekonstruktionen – interne Qualitätssicherung und Triangulation	441
8. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	446
8.1 Empfehlungen auf sozialpolitischer Ebene	446
8.2 Empfehlungen auf operativer Ebene	450
8.3 Weiterentwicklung und Forschungsbedarf	452
9. Literaturverzeichnis	454
10. Anhang	465
10.1 Informationsschreiben zum Forschungsprojekt für TeilnehmerInnen	465
10.2 Einwilligungsschreiben TeilnehmerInnen	468
10.3 Fragebogen F3-Diagnosen	471
10.4 Fragebogen F4-Diagnosen	477
10.5 Datenerhebungs- und Datenschutzkonzept	483
10.6 Scoping Review	491

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alters- und EM-Renten im Zeitverlauf (Quelle:Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018)	11
Abbildung 2: Anteil an Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen an allen Erwerbsunfähigkeitsrenten im Zeitverlauf (Quelle: Badura et al., 2020, S. 347).....	15
Abbildung 3: Entwicklung der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Störungen nach Diagnoseuntergruppen (Quelle: Badura et al., 2020, S. 348)	16
Abbildung 4: Rechnet sich die (medizinische) Rehabilitation - vor dem Hintergrund nicht in Anspruch genommener EM-Renten (Quelle: Deutsche Rentenversicherung, 2018, S. 70).....	23
Abbildung 5: Studiendesign und Ablauf (Quelle: eigene Darstellung)	57
Abbildung 6: Studiendesign (Quelle: eigene Darstellung).....	58
Abbildung 7: Zeitraum Beeinträchtigung durch Erkrankung (Quelle: eigene Darstellung)	83
Abbildung 8: Positionierung Frau Kunert (Quelle: eigene Darstellung)	88
Abbildung 9: Positionierung Frau Dietmar (Quelle: eigene Darstellung).....	113
Abbildung 10: Positionierung Frau Bunt (Quelle: eigene Darstellung)	131
Abbildung 11: Positionierung Frau Hoch (Quelle: eigene Darstellung).....	147
Abbildung 12: Positionierung Frau Roland (Quelle: eigene Darstellung).....	163
Abbildung 13: Positionierung Frau Jauch (Quelle: eigene Darstellung).....	182
Abbildung 14: Dauer der psychischen Beeinträchtigung vor der EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)	218
Abbildung 15: Inanspruchnahmen vor der EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)	224
Abbildung 16: Dauer der letzten Beschäftigung vor der EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung).....	235
Abbildung 17: Unterstützung beim Antrag auf EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)	279
Abbildung 18: Bewilligungen der EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)	287
Abbildung 19: Inanspruchnahmen medizinisch-therapeutischer Angebote während der EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung).....	317
Abbildung 20: Bedarfe nach zusätzlichen medizinisch-therapeutischen Angeboten im EM-Rentenbezug (Quelle: eigene Darstellung).....	319
Abbildung 21: Verteilung der Studienteilnehmer im RTW-RTN Kontinuum zum ersten Interviewzeitpunkt (Quelle: eigene Darstellung)	358
Abbildung 22: Verteilung der Studienteilnehmer im RTW-RTN Kontinuum zum dritten Interviewzeitpunkt (Quelle: eigene Darstellung)	360
Abbildung 23: Veränderungen zwischen erstem und drittem Interview ohne RTW (Quelle: eigene Darstellung)	361

Abbildung 24: Personen mit realistischen RTW-Chancen bei einem begleitenden Case-Management zum Zeitpunkt des ersten Interviews (Quelle: eigene Darstellung)	362
Abbildung 25: Personen mit realistischen RTW-Chancen bei einem begleitenden Case-Management zum Zeitpunkt des dritten Interviews (Quelle: eigene Darstellung)	363
Abbildung 26: Wanderbewegungen zwischen erstem und drittem Interviewzeitpunkt im Bereich bzw. aus dem Bereich der Personen mit realistischen RTW-Chancen bei einem begleitenden Case-Management (Quelle: eigene Darstellung)	365
Abbildung 27: charakteristische Wege in die EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung).....	414
Abbildung 28: Idealtypische Verlaufskurve der Stationen in die EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)	417
Abbildung 29: Angenommene Verteilung von Personen mit RTW-Potenzial und mit „Berufsbiografischer Endposition“ (Quelle: eigene Darstellung).....	420

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: DRV Bund Diagnosegruppen.....	55
Tabelle 2: DRV Berlin-Brandenburg Diagnosegruppen	55
Tabelle 3: DRV Westfalen Diagnosegruppen.....	56
Tabelle 4 Sample	62
Tabelle 5: soziodemografischen Merkmale der 589 Teilnehmer der Studie	80
Tabelle 6: Beschäftigungszeit am letzten Arbeitsplatz (N=585).....	81
Tabelle 7: Krankschreibung und Arbeitslosigkeit vor Eintritt in die EMR (Kreuztabelle)	82
Tabelle 8: Komorbidität.....	82
Tabelle 9: Angebotsnutzung.....	84
Tabelle 10: Wege in die EM-Rente	85
Tabelle 11: Anteil Diagnosen nach Rentenversicherungsträgern	86
Tabelle 12: soziaodemografische Daten Sample.....	87

1. Einleitung

1.1 Hintergrund der Studie

Ganz allgemein stellt sich das frühzeitige krankheitsbedingte Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt und die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente (EM-Rente / EMR) vor dem gesetzlichen Rentenalter systemisch als *volkswirtschaftliche* (z.B. durch indirekte Kosten), *rehabilitationsökonomische* (z.B. durch direkte Kosten) und *sozialpolitische* (z.B. durch Armutsrisiken) sowie als *rehabilitationsfachliche* Herausforderung (z.B. Sekundärprävention; psychologische Unterstützung) dar. Für die *Betroffenen* ist die EM-Rente mit neuen lebensweltlichen Aufgabenstellungen und der Planung für eine Zukunft mit bedingter Gesundheit verbunden: das betrifft die mit der Umstellung auf die neue Lebenssituation einhergehenden sozialen und psychischen Folgen (intangibile Kosten) wie etwa die Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, ein häufig empfundener Verlust an Sinn, Identität und des Gefühls, gebraucht zu werden. All dies geht vielfach mit einer Beschädigung des Selbstwertgefühls, einem Mangel an sozialer Anerkennung und der Verkleinerung sozialer Netze einher. Häufig kommt es nach einer anfänglich erlebten Verbesserung der Symptome (vgl. Kapitel 4) mit der Dauer des EM-Rentenbezugs zu einer Verschlechterung des Gesundheitsstatus und des Lebensgefühls: „So sind Menschen mit einer EM-Rente häufiger übergewichtig als nicht erwerbsgeminderte Personen. Auch ihre allgemeine Lebenszufriedenheit ist deutlich schlechter als die von nicht erwerbsgeminderten Personen“ (Hesse et al., 2019, S. 194, vgl. auch Zschucke et al., 2016).

Eine besondere Brisanz erhält das Thema durch die seit etwa Mitte der 90er Jahre zu beobachtende Zunahme an AU-Zeiten (Badura et al., 2020) und EM-Berentungen aufgrund *diagnostizierter* psychischer Erkrankungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019b)³. Hier nur stichwortartig zusammengefasst die wichtigsten Ergebnisse⁴:

³ Wir sprechen hier von *diagnostizierten* psychischen Beeinträchtigungen, da der Anstieg von AU-Zeiten aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen nicht identisch ist mit einer Zunahme psychischer Krankheiten in der Bevölkerung. In Metaanalysen epidemiologischer Studien wird von einer Stabilität oder einer nur geringen Zunahme psychischer Störungen ausgegangen (Richter et al., 2019); zu möglichen Gründen für die gestiegenen Zahlen (vgl. Handerer et al., 2018)

⁴ Detailliert dazu siehe: Kap. 2 „Forschungsstand“.

- Schon seit 2009 stehen EM-Berentungen wegen F-Diagnosen (Psychische Störungen, einschließlich Sucht) nach der WHO-ICD-10 an erster Stelle: 1993 betrug ihr Anteil lediglich 15,3 %, 2018 waren insgesamt 42,7 % aller EM-Berentungen einer F-Diagnose geschuldet⁵.
- 2019 sind 29,5 Prozent der Männer (= 23.348 Personen) und sogar 46,0 Prozent der Frauen (= 37.916 Personen) aufgrund einer „psychischen Erkrankung ohne Sucht“ vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und haben eine EM-Rente zugesprochen bekommen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020b).
- Die Erstbewilligung einer EMR erfolgt seit der Neufassung des Erwerbsminderungsrentenrechts 2001 in der Regel zeitlich befristet (§ 102 Abs. 2 SGB VI) – bei psychischen Erkrankungen waren dies im Jahr 2018 rund 62 % (Hesse et al., 2019)⁶. Der mit ca. 38 % vergleichsweise hohe Anteil an Personen mit einer F-Diagnose, die bereits bei der erstmaligen Bewilligung eine unbefristete EMR erhalten, verweist auf negativ eingeschätzte sozialmedizinische Prognosen für eine mögliche Rückkehr in Arbeit, sei es aufgrund der Schwere des bisherigen Verlaufs, der Chronizität/Chronifizierung der Erkrankung oder eines verschlossenen regionalen Arbeitsmarkts angesichts der verbliebenen Leistungsfähigkeit des Versicherten. Der Anteil von Renten wegen *teilweiser Erwerbsminderung* (§ 43 Abs. 1 SGB VI) ist dagegen nur sehr gering und liegt bei allen EM-Renten derzeit bei ca. 11 %.
- Die *Hauptdiagnosen* für eine Frühberentung sind, mit steigender Tendenz, vor allem ICD-10 F3 (Affektive Störungen) und F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) Diagnosen⁷, die zu den sogenannten *Common Mental Disorders* gerechnet werden (National Collaborating Centre for Mental Health [NICE], 2011). Seit 2001 ist für Deutschland der Anstieg überwiegend auf F3 Diagnosen zurückzuführen (Badura et al., 2020, S. 348; vgl. auch die Zahlen der Bundespsychotherapeutenkammer, 2013, wo eine Verdopplung der EM-Berentung wegen Depression von 15.000 auf 30.000 Fälle von 2001 bis 2012 angegeben wird.)

⁵ Deutsche Rentenversicherung Bund (2019a)

⁶ In unserer Stichprobe haben im Vergleich etwa 80 % eine befristete EM-Rente erhalten (vgl. Kap. 4.1.)

⁷ Deutsche Rentenversicherung Bund (2014)

- Das *Durchschnittsalter bei der Erstbewilligung* wegen einer F-Diagnose lag 2018 bei 50,5 Jahren und damit „fünf Jahre unter dem bei orthopädischen Erkrankungen“ (Hesse et al., 2019, S. 194)
- Weil psychische Erkrankungen meist eine *lange – oft bis in die Kindheit und Jugend zurückreichende – Vorgeschichte* haben, und Betroffene vielfältige Strategien entwickeln um trotz der Symptome in Familie und Beruf möglichst lange zu „funktionieren“ (Präsentismus), wird professionelle Hilfe oft erst sehr oder zu spät aufgesucht; daher erfolgt der Antrag auf eine EM-Rente in der Regel erst, wenn eine akute Krise eintritt und/oder es schon zu einer Chronifizierung gekommen ist und die Beeinträchtigungen in der Arbeit zu Kündigung und Erwerbslosigkeit geführt haben. In unserer Fragebogenstichprobe (N = 589) geben fast 63 % der Befragten an, dass sie sich seit über fünf Jahren durch die Krankheit beeinträchtigt fühlen; dies verweist nachdrücklich auf die Notwendigkeit von Prävention und Früherkennung hin, um gefährdete Menschen zur Inanspruchnahme von Hilfen zu ermuntern.
- Der Bezug von EM-Renten ist mit *Armutsrissen* verbunden (Märtin et al., 2012; Brussig et al., 2019) besonderes davon betroffen sind Frauen und Alleinlebende und ganz allgemein jüngere EM-Bezieher;
- Nur ca. 46 % der Erstbezieher von EM-Renten wegen F-Diagnosen haben *vor dem Rentenantrag* eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen⁸;
- Nur ca. 5 % der wegen einer F-Diagnose befristet berenteten Personen kehren auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt zurück (Kobelt et al., 2009; Brussig et al., 2019; Lippke et al., 2020).

An diesen Ergebnissen knüpft unsere vorliegende Studie *Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit (WEMRE)* an. Angesichts des hohen Anteils an Zugängen in die EM-Rente aufgrund der Diagnose einer psychischen Krankheit erschien es uns naheliegend, aus einer mikrosoziologischen Perspektive heraus *erstens* charakteristische Wege in die EMR zu verfolgen. Damit sollten Anhaltspunkte für (sekundär-)präventive Interventionspunkte gewonnen und *zweitens* Formen der Bewältigung des neuen Lebens mit der EMR und die Erfahrungen der betroffenen Menschen im zeitlichen

⁸ DRV Bund (2015)

Verlauf nachverfolgt werden. Daraus sollten für diejenigen EM-Rentner⁹ Empfehlungen für konkrete Beratungs-, Rehabilitations- und Unterstützungsangebote entwickelt werden, die auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt zurückkehren wollen und sowohl von ihrer Belastbarkeit und Stabilität her als auch vom regionalen Arbeitsmarkt aus betrachtet eine realistische Chance dazu haben. Um die dafür notwendigen Informationen zu gewinnen ist die Rekonstruktion der „Binnensicht“ der EM-Rentner unabdingbar (Erfahrungen, Erleben, Entscheidungen, Situationsbewertungen und Handlungsperspektiven). Es ging in unserer Studie darum, retrospektiv aus der Erzählperspektive der befragten EM-Rentner charakteristische Entwicklungsverläufe in die EM-Rente nachzuzeichnen und nach den Wendepunkten im Krankheitsverlauf und nach biografischen Konstellationen zu fragen, an denen Versicherte die Entscheidung gegen einen weiteren Verbleib im Beruf, für einen Antrag auf EM-Rente und ggf. gegen erstmalige oder erneute Rehabilitationsmaßnahmen treffen. Weiter haben wir uns dafür interessiert, *wie* genau die Entscheidung zu einem EM-Rentenantrag zustande gekommen ist, wer dies den Betroffenen empfohlen oder sie ggf. auch dazu gedrängt hat und wie die betroffenen Menschen diese Prozesse in der Rückschau in ihren psychischen und sozialen Folgen erlebt und reflektiert haben. Viele Betroffene neigen dazu, nicht zuletzt aufgrund begründeter *Stigmatisierungsängste*, vor allem aber auch aufgrund von Ängsten vor Arbeitsplatzverlust, die Offenlegung ihrer psychischen Beeinträchtigungen möglichst hinauszuzögern und sie erst dann zu veröffentlichen, wenn es gar nicht mehr anders geht. Ein Grund dafür dürfte sein, dass die Veröffentlichung mit dem Eingeständnis von Schwäche und der Angst vor Gesichtsverlust verbunden ist. Selbst wenn ärztliche und/oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird, wird dies vielfach lange vor anderen (Nachbarn, Kollegen) verheimlicht. All dies lenkt den Blick auf die sensible Situation einer frühzeitigen Ansprache von außen – vielfach haben neben den Familienangehörigen auch die Arbeitskollegen ein Gespür für Krisen und Verhaltensänderungen in der Arbeit. Vor diesem Hintergrund haben wir uns auch die Frage gestellt, wie von den betroffenen Menschen akzeptierte Angebote rechtzeitig und passgenau mit Blick auf ihre konkrete Situation abgestimmt als Anreize zu einer Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen wirken können und wie diese Angebote gestaltet sein sollten. Im Folgenden werden die konkreten Zielsetzungen und Fragestellungen unserer Studie dargestellt.

⁹ Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir im Text durchgängig die männliche Endung, außer es handelt sich an der betreffenden Stelle ausdrücklich um Frauen.

1.2. Ziele und Fragestellungen der Studie

Während inzwischen zur Frage der Rückkehrmotivationen und der (geringen Anzahl) tatsächlich gelingender Rückkehrprozesse in Arbeit aus der EM-Rente einige neuere Studien vorliegen (Zschucke et al., 2016; Brussig et al., 2019; Lippke et al., 2020) sind bislang die Wege als psychisch krank diagnostizierter Versicherter in die EM-Rente, die Bewältigung der Statuspassage in und das Leben mit der EM-Rente sowie mögliche Wege aus der EM-Rente heraus unseres Wissens nach bislang noch nicht untersucht worden (vgl. Kap. 2). Dies gilt *erstens* insbesondere mit Blick auf die empirische Rekonstruktion von Verlaufskurven und für den Zusammenhang zwischen den Wegen, die in die EMR geführt haben und dem Leben mit der EM-Rente und möglichen (realistischen) Rückkehrperspektiven. *Zweitens* gibt es soweit wir sehen bislang noch keine Studie, die die subjektiven Perspektiven, Entscheidungskalküle, Handlungslinien und Reflexionen der Betroffenen im Verlauf rekonstruiert hat und damit einen Blick auf das Zusammenspiel biografischer Entwicklungsprozesse, situativer Ereignisse und subjektiver Belastungstoleranzen auf der einen mit der Aufschichtung von beeinträchtigungsrelevanten psychischen Krankheitssymptomen beim Zustandekommen von EMR-Anträgen analysiert.

Insofern erschließt die vorliegende Studie ein bisher weitgehend unbekanntes Feld mit Hilfe einer rekonstruktiv-hermeneutischen Forschungsstrategie. Mit Blick auf die Ergebniserwartungen zielt die Studie:

- *erstens* auf die *Identifikation von kritischen Konstellationen und Wendepunkten* mit Blick auf mögliche sekundärpräventive Angebote zur Vermeidung eines vorzeitigen gesundheitlich bedingten Ausscheidens aus dem Arbeitsleben
- *zweitens* auf die Entwicklung eines heuristischen Sets von Indikatoren, die zur Identifikation von Personen(gruppen) mit (realistischem) RTW Potenzial genutzt werden können und
- *drittens* darauf, Empfehlungen zu entwickeln, die dazu motivierten EM-Rentnern einen (realistischen) Wiedereinstieg ermöglichen, sei es durch medizinische Reha und/oder LTA-Leistungen während des Erstbezugs der EMR, durch begleitete Probebeschäftigungen bis hin zu Veränderungen der gesetzlichen Möglichkeiten, zu

dauerhaftem Jobcoaching oder zu einer unproblematischen Rückkehr in die EMR bei einem gescheitertem RTW.

Vor diesem Hintergrund haben wir folgende konkrete Fragestellungen nach den unterschiedlichen Wegen in die EM-Rente für unsere Studie entwickelt:

- Wie gestalten sich individuelle biografische Verläufe hin zu einer EM-Rente und welche unterschiedlichen Sichtweisen haben die EM-Rentner/innen darauf?
- Wann wurden die ersten gesundheitlichen Beschwerden wahrgenommen und wie haben Männer und Frauen darauf (unterschiedlich) reagiert?
- Welche Formen der Selbstbehandlung, ärztlichen und/oder psychotherapeutische Hilfen oder Rehabilitationsmaßnahmen wurden vor dem EM-Antrag in Anspruch genommen?
- Mit welchen unterschiedlichen Motiven, Begründungen, Erwartungen und Emotionen (z.B. Ängsten) gehen Frauen und Männer mit einer F 30 – F 48 Hauptdiagnose in die EM-Rente?
- Wie haben sich Motive und Erwartungen im Laufe des EM-Rentenbezugs bezüglich einer möglichen Rückkehr auf den Arbeitsmarkt verändert?
- Welche zusätzlichen Unterstützungsbedarfe hätten sich die Studienteilnehmer/innen vor während und nach des EM-Rentenbezugs gewünscht, die zur Verbesserung bzw. Wiederherstellung ihrer Beschäftigungsfähigkeit hätten beitragen können?
- Lassen sich allgemeine Aussagen zu frühzeitigem Präventionsbedarf und Interventionsorte zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit aus den individuellen Werdegängen ableiten?

Zur Beantwortung dieser Fragen haben wir den Weg einer Rekonstruktion *biographischer Verläufe* bis zum Eintritt in die EM-Rente (Schlüsselmomente, Wendepunkte etc.) gewählt, um Hilfebedarfe im zeitlichen Verlauf zu identifizieren. Dazu gehört die Analyse der gesamten *Krankheitsverläufe* vom Auftreten der ersten Symptome bis hin zu (immer wiederkehrenden) Krisen, der individuellen Bewältigungsversuche, angefangen von der Bagatellisierung und Verdrängung, der Verheimlichung und des Präsentismus über Selbstheilungsversuche und die Inanspruchnahme psychologischer/medizinischer Angebote bis hin zur Beantragung einer

EMR. In jeweils drei ausführlichen episodisch-narrativen Interviews (vgl. Kapitel 3) über einen Zeitraum von 18 Monaten nach der Erstbewilligung, wurde nach den konkreten Entscheidungsabläufen für eine EMR und die damit verbundenen Erwartungen gefragt, auch um herauszufinden, ob überhaupt und wenn ja, aus welchen Gründen, inwieweit, in welcher Form und unter welchen Voraussetzungen der Wunsch nach einer Rückkehr in Arbeit nach Ende der EMR-Befristung besteht. Die forschungsleitenden Fragen lauteten:

- Wie gelingt den Betroffenen der Übergang in die neue Lebenssituation als EM-Rentner und das Arrangement mit den neuen Herausforderungen eines Lebens ohne Erwerbsarbeit (Tagesgestaltung und -struktur, Aufrechterhaltung sozialer Kontakte)? Welche Erleichterungen werden mit der EMR verbunden, welche Aspekte werden als besonders herausfordernd erlebt? Welche konkreten Veränderungen zeigen sich im Zeitverlauf (z.B. bei gesundheitlichen Beschwerden, bei der Lebenszufriedenheit oder der sozialen Einbindung und der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben)?
- Wie haben sich die Motive und Erwartungen im Laufe des EM-Rentenbezugs bezüglich einer möglichen Rückkehr auf den Arbeitsmarkt verändert?
- Welche zusätzlichen Unterstützungsbedarfe hätten sich die Studienteilnehmer, die wieder auf den Arbeitsmarkt zurückkehren wollen, vor während und nach dem EM-Rentenbezug gewünscht, die zur Verbesserung bzw. Wiederherstellung ihrer Beschäftigungsfähigkeit hätten beitragen können?

Zur Beantwortung dieser Fragen war zunächst die Ausarbeitung unterschiedlicher *Bewältigungsmuster* im Umgang mit der EM-Rente (Änderungen der Einstellungen, Erwartungen etc. im Zeitverlauf) aus dem erhobenen Material erforderlich. Die Erhebung der Return to Work (RTW)-Motivationen und dafür erwarteter und aus fachlicher Sicht notwendiger Unterstützungsbedarfe erfolgte nach der Entwicklung einer Heuristik zur Charakterisierung von Personen, die sowohl zum RTW motiviert sind als auch eine realistische Perspektive im Blick haben. Von hier ausgehend wurden Empfehlungen zur (sekundären) Prävention sowie zur Unterstützung der Zielgruppe für einen RTW und zu seiner Absicherung und Verstetigung abgeleitet. Dazu gehören unter anderem (vgl. auch Kapitel 8 *Empfehlungen*)

- Ansatzpunkte (zusätzlicher) Präventionsangebote *vor* der EM-Rente
- medizinisch-psychologische und LTA- Angebote *im* EM-Rentenbezug
- Sozialpolitische und operative Unterstützungsangebote für eine Rückkehr in Arbeit aus der EM-Rente bei Personen mit realistischem RTW-Potential.

2. Forschungsstand

Vorbemerkung

Den empirischen Kern unserer Verlaufsstudie bildet *erstens* die retrospektive Analyse der aus eigenem Erleben geschilderten (berufs-)biografischen Wege von Menschen in eine in der Regel zunächst befristete EM-Rente, die wegen der Diagnose einer psychischen Beeinträchtigung bewilligt wurde. *Zweitens* haben wir die Teilnehmer/innen unserer Studie danach befragt, wie sie die erste Zeit in der EM-Rente erlebt und gestaltet haben und in welcher Weise sich im zeitlichen Verlauf der erstbewilligten EM-Rentsituation die Motive, Erwartungen und eigenen Aktivitäten in Richtung einer Rückkehr in Arbeit – soweit überhaupt vorhanden – entwickelt oder abgeschwächt haben. Schließlich haben wir uns *drittens* angesehen, ob und wie ca. 18 Monate nach Erstbewilligung (in der Regel) vor der Überprüfung auf eine Weiterbewilligung der EM-Rente eine Rückkehr in Arbeit (noch) angestrebt wird, ob ein Return to Work (RTW) Versuch unternommen wurde, ob es dabei Unterstützung gab, ob er gelungen oder trotz eigener Bemühungen scheiterte und wie ggf. ein Arrangement mit einer dauerhaften EM-Berentung aus Sicht der Befragten aussieht und beurteilt wird. Vor diesem Hintergrund haben wir den Forschungsstand nach Studien zu *Wegen in die EM-Rente* (2.2), zur *Dynamik in der EM-Rente* (2.3) und zur *Rückkehr aus der EM-Rente* gegliedert (2.4). In einem, diesen Darstellungen vorangestellten längeren Abschnitt (2.1) haben wir die Entwicklung der EM-Rentenbewilligungen im Zeitverlauf unter besonderer Berücksichtigung unserer Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen noch einmal zusammengefasst und dabei die Auswirkungen eines vorzeitigen gesundheitsbedingten Ausscheidens aus dem Arbeitsleben unter volkswirtschaftlichen, sozial- und rehabilitationspolitischen sowie rehabilitationsfachlichen Gesichtspunkten dargestellt. Last but not least haben wir konzeptionelle, vor allem psychologische Überlegungen und die wenigen bisher vorliegenden empirischen Ergebnisse zu den Auswirkungen der EM-Rente auf die Betroffenen selbst und auf ihre Reaktionen auf das vorzeitige Ausscheiden aus dem Berufsleben hin eingeordnet.

Untersuchungen zur Situation von Menschen in befristeter wie unbefristeter Erwerbsminderungsrente und Studien zur Rückkehr aus der Erwerbsminderungsrente auf den

Allgemeinen Arbeitsmarkt sind bislang überschaubar: hier liegen vor allem quantitative Analysen prozessproduzierter Daten (z.B. Brussig et al., 2019) oder Erhebungen zu den subjektiven Einschätzungen der Betroffenen mittels Fragebogen (z.B. Zschucke et al., 2016) vor; qualitative Fallstudien oder Verlaufsanalysen sind bislang eher Mangelware (z.B. Edén et al., 2007, Johansson & Johansson, 2010, Falkdal et al., 2006). Alle Studien lassen jedoch einige gemeinsame Tendenzen erkennen, die sich je nach konkret gewählter Zielgruppe und nach Forschungsansatz in wenigen Aspekten unterscheiden oder relevante Differenzierungen im Detail aufweisen, die überwiegend mit unterschiedlichen sozialpolitischen und -rechtlichen Rahmenbedingungen oder der Organisation des Rehabilitationssystems zu tun haben. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Zusammenstellung der Ergebnisse einer qualitativen „Metastudie zum Forschungsstand Erwerbsminderungsrente“ (Hergesell, 2019). Da der Schwerpunkt unserer Studie auf qualitativen Erhebungen beruht, haben wir zur Frage der Rückkehr aus der EM-Rente in die Arbeitswelt eine *Scoping-Review* zu einschlägigen qualitativen Untersuchungen erstellt, deren Hauptergebnisse in dieser Literaturübersicht referiert werden – der gesamte Beitrag findet sich im Anhang. Am Ende dieses Kapitels werden auf der Basis der zentralen Ergebnisse aus dem Forschungsstand und der benannten Lücken die Ziel- und Fragestellungen unseres Projekts begründet und entwickelt (2.5).

2.1 Zum Umfang des Problems: Veränderungen der EM-Berentungen im Zeitverlauf mit besonderer Betonung der psychischen Störungen

2.1.1 Das unterschätzte Risiko der EM-Rente

Der Bezug von Erwerbsminderungsrente (EMR) ist ein unterschätztes Risiko – es trifft in Deutschland fast jeden fünften Arbeitnehmer. So waren 2017 18 % aller Neuzugänge an allen Renten EM-Rentnen (Bäcker & Kistler, 2020, S. 3). Mit Blick auf das Eintrittsalter handelt es sich – mit Ausnahme von Schwerbehinderten (Mika, 2013) und den wegen einer psychischen Erkrankung vorzeitig berenteten Menschen – überwiegend um Versicherte, die nicht mehr weit vom Eintritt in die Regelaltersrente entfernt sind:

„Die empirischen Befunde, die auf verschiedenen Analyseebenen ansetzen, verdeutlichen: Im sechsten Lebensjahrzehnt ist das Risiko wegen chronischer Erkrankungen den Arbeitsmarkt vorzeitig zu verlassen besonders hoch. Eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit ist bei diesen Menschen nicht möglich. Ostdeutsche Männer weisen bereits im fünften Lebensjahrzehnt ein

höheres Erwerbsminderungsrisiko aufgrund somatischer Erkrankungen auf. Wieder zunehmende absolute Zahlen bei den Erwerbsminderungsrenten gehen jedoch vor allem auf Zugänge von (westdeutschen) Frauen wegen psychischer Erkrankungen zurück. Insgesamt nehmen psychische Erkrankungen bei Frauen und Männern zu, jedoch im Vergleich zu somatischen Erkrankungen tendenziell einige Jahre früher im Lebenslauf. Psychische Erkrankungen werden in allen Regionen in Deutschland bei zunehmend mehr Personen diagnostiziert; sie führen auch bei höher Qualifizierten häufig zum dauerhaften Ausschluss aus dem Erwerbsleben. Damit in Verbindung steht nicht zuletzt wegen regelmäßig fehlender Kompensationsmöglichkeiten der überwiegend geringen Erwerbsminderungsrenten (...) ein erhöhtes Armutsrisiko“ (Hagen & Himmelreicher, 2014, S. 115).

Entwicklungen der EM-Renten im Zeitverlauf und nach Diagnosen

Über einen längeren Zeitraum hinweg betrachtet zeigt sich insgesamt ein leichter Rückgang der EM-Renten über alle Diagnosen hinweg (vgl. Abbildung 1).

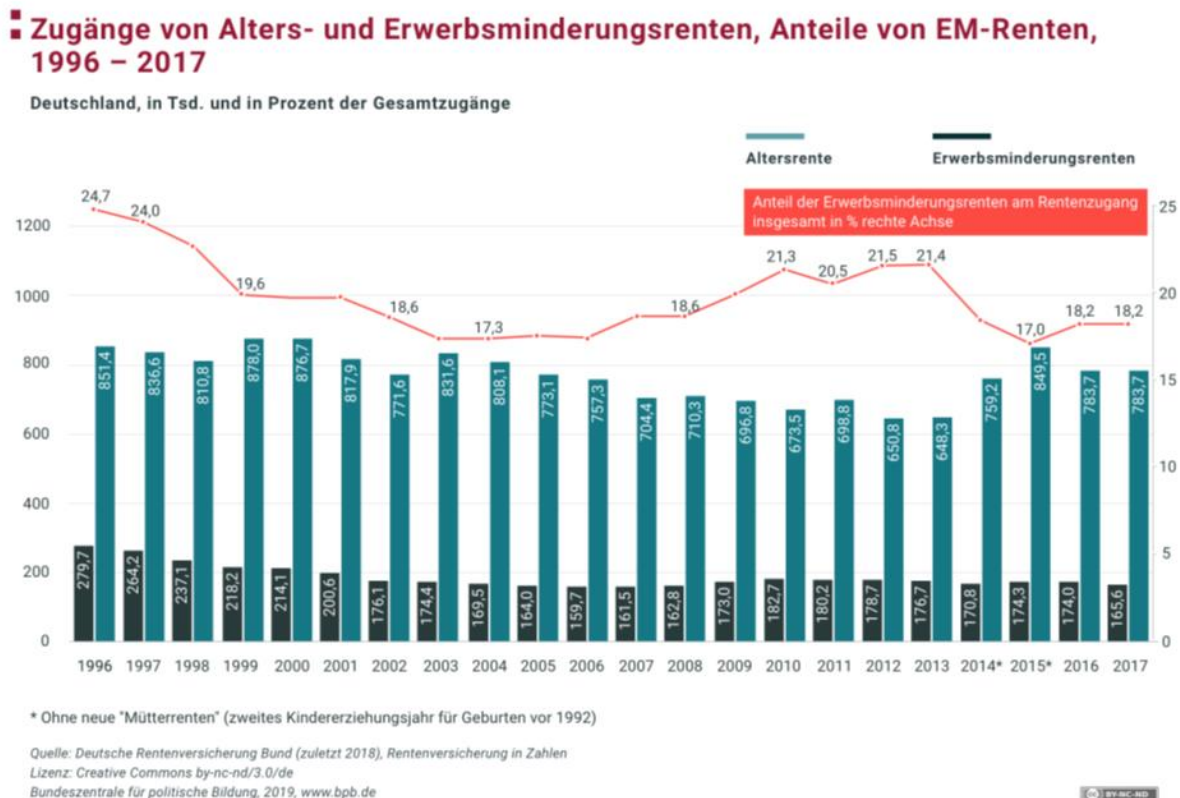


Abbildung 1: Alters- und EM-Renten im Zeitverlauf (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018)

Dieser Rückgang dürfte auch mit verbesserten medizinischen Behandlungen zu tun haben, die inzwischen etwa auch bei schweren Herz-Kreislaufkrankungen eine Rückkehr in Arbeit ermöglichen. Die beobachtbaren Schwankungen dürften einerseits auf die Dynamiken auf dem Arbeitsmarkt, andererseits auf ein Hinausschieben der EM-Beantragung aufgrund veränderter gesetzlicher Bedingungen zurückzuführen sein. Diese gesetzlichen Änderungen im EM-Rentnrecht zu Beginn der 2000er Jahre dürften hier entscheidend sein: Hier wurde 2001 zusätzlich zu den bereits beim Wirtschaftsförderungsgesetz 1997 (WFG) vorgenommenen Einschränkungen wie Abschaffung der Berufsunfähigkeitsrente, eine grundsätzliche Befristung der EM-Renten bei Erstbewilligung eingeführt und die Zuverdienstgrenzen neu geregelt (§ 102 Abs. 2 SGB VI); die sozialpolitische Intention bestand darin, angesichts der Anhebung des regelhaften Renteneintrittsalters ein Ausweichen auf die EM-Rente zu verhindern (Schuler-Harms, 2018, S. 4)¹⁰. In ihrer detaillierten Analyse heben Aurich-Beerheide et al. (2018) die stark verrechtlichten Prozesse der Zugangssteuerung in die EM-Rente hervor und verweisen darüber hinaus auf die Abstimmungsprobleme zwischen den zuständigen Trägern (v.a. Bundesagentur für Arbeit/Jobcenter auf der einen und Rentenversicherungsträger auf der anderen Seite) und deren teils widersprüchliche sozialmedizinische und verwaltungsrechtliche Begutachtungspraktiken. Wie bereits erwähnt, wurde mit der Rentenreform von 2001 der Zugang zur EM-Rente erschwert; dabei ist die Ablehnungsquote von EM-Renanträgen dagegen mit geringen Schwankungen seit den 2000er Jahren mit ca. 41 % (2017: 43 %) annähernd stabil geblieben; in der ARenTA-Studie (Kedzia et al., 2010) zeigten sich zwischen der Gruppe der Personen, die eine Bewilligung erhalten hatten und denjenigen, die keine Bewilligung bekamen, in zentralen Aspekten keine Unterschiede, mit der Ausnahme, dass die abgelehnten Antragsteller ihre gesundheitliche Situation negativer einschätzten als diejenigen mit einer Bewilligung. Hinsichtlich der Verteilung der Bewilligungen zeigte sich, dass die Bewilligungsquote bei den als psychisch krank diagnostizierten Antragstellern am höchsten war: „Häufigste Diagnosegruppe waren psychische Erkrankungen (34 %) gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (27 %) und des Herz-Kreislaufsystems (9 %). Diagnosebezogen wurden 60 % der psychisch

¹⁰ „Die Zahlen der Zugänge in die EM-Rente sind seit dem Systemwechsel rückläufig. Der Rückgang war in den ersten Jahren nach der Reform vor allem in der besonders gefährdeten Gruppe der 50- bis 60-Jährigen so stark, dass das Durchschnittsalter trotz ansteigenden Rentenalters sank. Gesunken sind in dieser Zeit auch die durchschnittlichen Rentenzahlbeträge.⁶⁵ Die Quote der Inanspruchnahme von Grundsicherung wegen Erwerbsminderung ergänzend zur Erwerbsminderungsrente stieg im vergangenen Jahrzehnt kontinuierlich an“ (Schuler-Harms, 2018, S. 5).

begründeten Anträge bewilligt, 45 % bei Erkrankungen KHK und 28 % bei muskuloskeletalen Erkrankungen“ (Kedzia et al., 2010, S. 323). Nach Expertenangaben stellt die Mehrzahl der abgelehnten Antragsteller einen erneuten EM-Rentantrag, der schließlich in der Regel zum Eintritt in die EM-Rente führt. Bei der Wiederbegutachtung der Arbeitsfähigkeit nach 2 Jahren erfolgt in ca. 95 % der Fälle eine Weiterbewilligung¹¹, so dass das ursprüngliche Ziel einer Rückkehr nach befristeter EMR verfehlt wird. Dies dürfte auch daran liegen, dass seitens der zuständigen Rentenversicherung keine proaktiven Angebote zur medizinischen Rehabilitation oder zu LTA-Leistungen einschließlich von Assessments vorgenommen werden. Angesichts eines Anteils von ca. einem Drittel (ARentA-Studie) und einer Hälfte von rückkehrmotivierten EM-Rentenbeziehern stellt sich die Frage nach Motivationsangeboten, Beratung und Rehabilitationsangeboten in der EM-Rente in besonderer Weise sowohl unter Kostengesichtspunkten und mehr noch aufgrund möglicherweise verschenkter Zeit und Gelegenheiten zur Unterstützung entsprechend der Wünsche der betroffenen Menschen selbst.

2.1.2 Reproduktion sozialer Ungleichheiten beim Zugang zur EM-Rente

Beim Zugang zu EMR reproduzieren sich soziale Ungleichheiten wie z.B. Hagen et al. (2010) hervorheben:

„Die Ergebnisse zeigen, dass Versicherte mit niedriger beruflicher Qualifikation weitaus häufiger als diejenigen mit mittlerer und vor allem diejenigen mit hoher Qualifikation eine EM-Rente beziehen. Am deutlichsten treten diese Unterschiede bei EM-Rentenzugängen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen hervor, aber auch bei EM-Renten aufgrund von Herz-Kreislauf- und psychischen Erkrankungen zeichnen sie sich deutlich ab. Versicherte in Ostdeutschland haben ein höheres EM-Renten-Risiko als diejenigen in Westdeutschland, wobei die Ost-West-Unterschiede bei den Geringqualifizierten am größten ausfallen und mit

¹¹ Berger (2017): Die zeitlich befristete Erwerbsminderungsrente. Regeneration für den beruflichen Wiedereinstieg oder Einstieg in den beruflichen Ausstieg? Dieser hohe Anteil an Weiterbewilligungen verweist darauf, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die bei der Erstbegutachtung durch den Sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherung zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit geführt hatten, sich nicht gebessert, ggf. sogar verschlechtert oder durch zusätzliche Beschwerden aggraviert wurden. Inwieweit dabei auch psychische Faktoren eine Rolle spielen und ob nicht gezielte Rehabilitationsangebote während des Bezugs der EM-Rente hier eine Verbesserung erbringen können, stellt eine Forschungsfrage dar, der auch wir mit Blick auf EM-Rentner mit einer F-Diagnose nachgehen; damit verbindet sich aber auch eine Herausforderung für die Rehabilitation (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014)).

steigendem Qualifikationsniveau abnehmen. Eine geschlechtsdifferenzierte Betrachtung zeigt, dass Männer häufiger als Frauen eine EM-Rente beziehen und sich der Zusammenhang zwischen beruflicher Qualifikation und EM-Rentenzugang bei beiden Geschlechtern ähnlich darstellt“ (S. 1).

In einer aktuellen Studie konnten Götz et al. (2018) zeigen, dass ein „erhöhtes Risiko einer Erwerbsminderung auch bei älteren Beschäftigten in einer niedrigen sozioökonomischen Position gegenüber solchen in einer höheren Position“ besteht. Bei Männern gilt dies für die sozioökonomischen Merkmale Einkommen, Bildung, Beruf. Bezogen auf den *Bildungshintergrund* zeigt sich, dass

„das Risiko der Erwerbsminderung hochgradig gruppenspezifisch streut (...). So liegt der Anteil von z.B. 59jährigen Erwerbsgeminderten pro tausend Versicherte für (Fach-)Hochschulabsolventen bei 4, für Versicherte mit abgeschlossener Berufsausbildung bei 12 und für solche ohne beruflichen Abschluss bei 17 (Bäcker & Kistler, 2020, S. 14).

Bei den *Berufsgruppen*

„mit den höchsten Anteilen von `anerkannten´ Erwerbsminderungsrenten an allen neuen Versichertenrenten finden sich vor allem solche mit hohen (v. a. auch körperlichen) Arbeitsbelastungen wie Bauberufe, Hilfsarbeiter, aber auch Ernährungs-, nicht approbierte Gesundheits- und Sozialberufe. Demgegenüber ist bei akademischen und Büroberufen der Anteil der Erwerbsminderungsrenten an den Versichertenzugängen eher gering“ (ebd. 2020, S. 14–15).

Mit Blick auf *soziale Abstiegsprozesse, die zeitlich vor der EM-Rentenbeantragung liegen*, zeigt sich, dass bei *psychischen Beeinträchtigungen* die Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu werden, doppelt bis viermal so hoch ist wie bei gesunden Menschen (Wege & Angerer, 2014). Die EM-Berentung ist dabei mit einem erheblichen Armutsrisiko behaftet (Märtin & Zollmann, 2013). Hesse et al. (2019) stellen dazu fest: „Die sozioökonomische Situation von EM-Rentnern ist oft schwierig, etwa 18 % beziehen zusätzliche staatliche Mindestsicherungsleistungen. 2018 betrug die durchschnittliche EM-Rente bei Neuberentungen 735 EUR.“ (S. 194).

2.1.3 Besondere Herausforderung: Zunahme von EM-Renten wegen der Diagnose psychischer Krankheiten und Störungen

Bei den insgesamt leicht zurückgehenden EM-Berentungen erweist sich die starke relative Zunahme nicht nur von AU-zeiten (DAK-Gesundheit, 2019), sondern auch von *EM-Berentungen aufgrund diagnostizierter psychischer Beeinträchtigungen* im Verhältnis zu anderen Erkrankungen als relativ neue gesellschaftliche, volkswirtschaftliche, versorgungsbezogene und therapeutische Herausforderung für die Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014), sowie als sozialpolitisches Problem der mit dem Bezug einer EM-Rente einhergehenden Armutsrisiken – besonders für Versicherte mit geringen Beitragszeiten, geringen Einkommen und für alleinstehende Personen sowie für Frauen, deren EM-Renten vor allem aufgrund von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen oftmals nur eine geringe Höhe aufweisen (Kaldybajewa & Kruse, 2012; Martin & Zollmann, 2013; Kemptner, 2014; Hagen & Himmelreicher, 2014) .

Schon seit 2009 stehen EM-Berentungen wegen F-Diagnosen an erster Stelle aller EM-Berentungen (vgl. Abbildung 2): 1993 betrug ihr Anteil lediglich 15,3 %, 2011 lag der Anteil bei 40,7 % und bewegt sich bis heute auf einem relativ konstanten Niveau: 2018 waren es insgesamt 42,7 % (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019a).

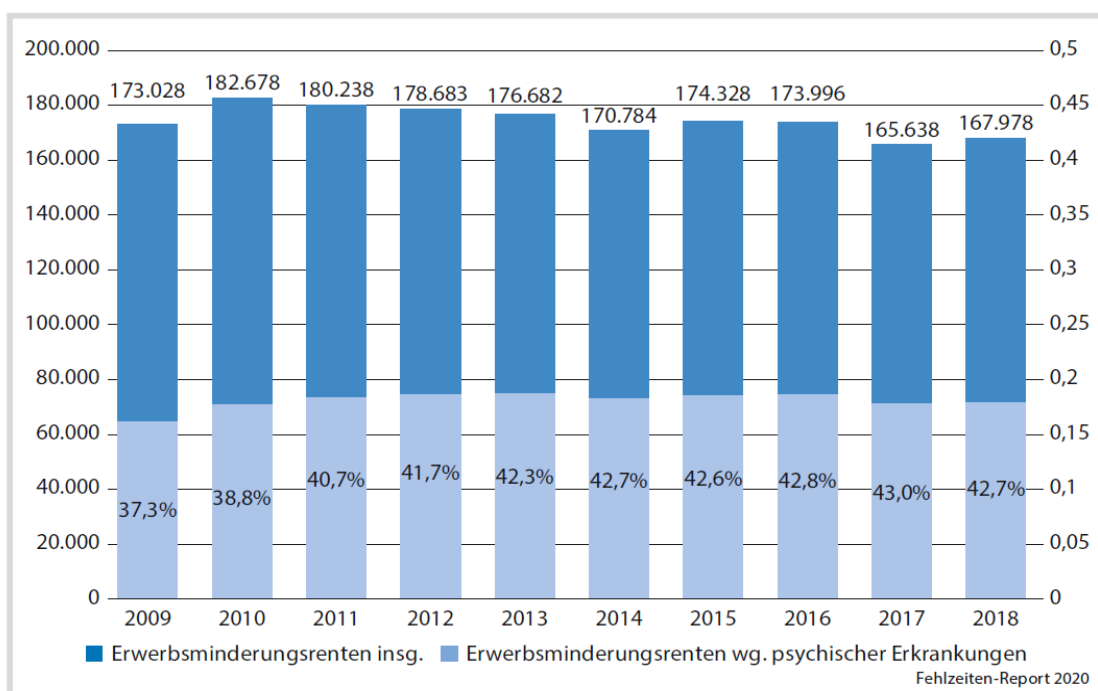


Abbildung 2: Anteil an Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen an allen Erwerbsunfähigkeitsrenten im Zeitverlauf (Quelle: Badura et al., 2020, S. 347)

Die Verteilung der Diagnosegruppen zeigt nicht nur einen im Verhältnis zu allen F-Diagnosen hohen Anteil an ICD-10 F-3 (Affektive Störungen) und an ICD-F-4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) Diagnosen, sondern auch eine besondere *Steigerungsrate bei der Gruppe der Affektiven Störungen*. Die Gruppe der F-4 Störungen zeigt dagegen nur leichte Steigerungen und die andern F-Diagnosen einschließlich der Abhängigkeitserkrankungen verharren relativ stabil auf einem konstanten Niveau (vgl. Abbildung 3). Bei der EM-Berentung stehen, wie auch im internationalen Vergleich der Prävalenzen psychischer Störungen die sogenannten CMDs (Common Mental Disorders¹²) im Vordergrund (vgl. WHO, 2017).

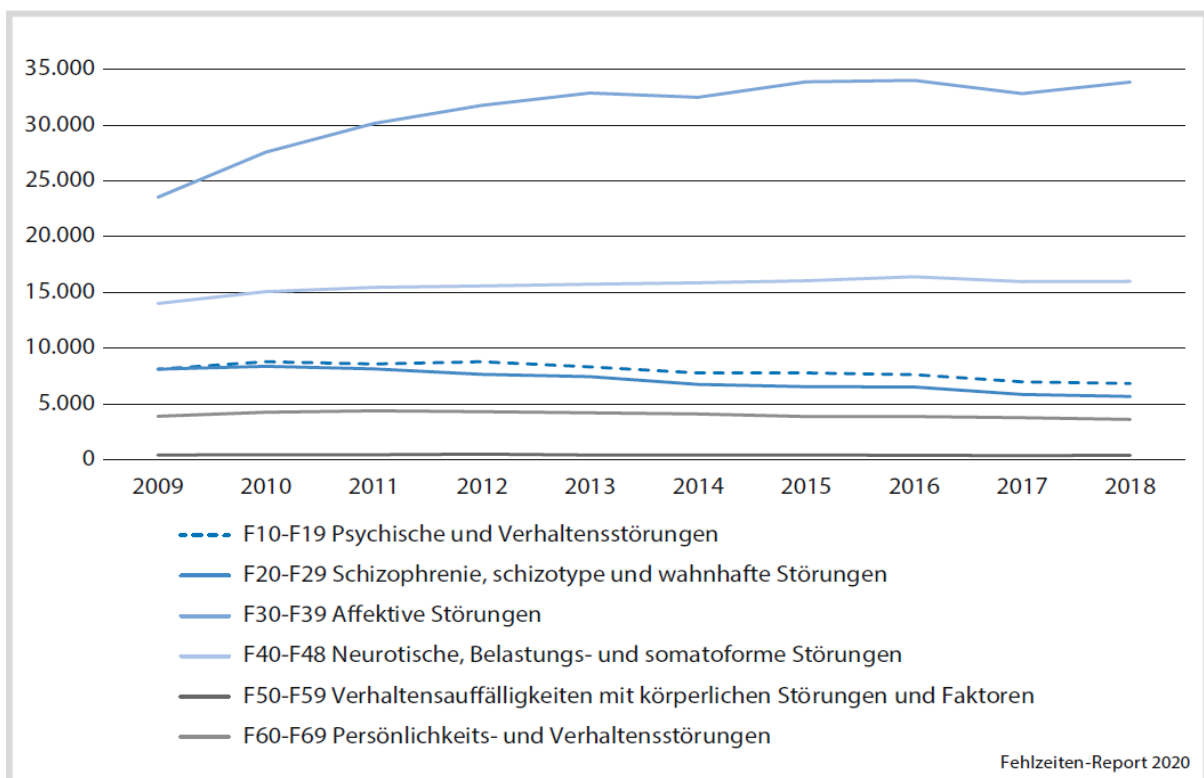


Abbildung 3: Entwicklung der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Störungen nach Diagnoseuntergruppen (Quelle: Badura et al., 2020, S. 348)

¹² In den „Global Health Estimates ‘Depression and other Common Mental Disorders‘“ (2017) der WHO werden CMDs wie folgt definiert: „Common mental disorders refer to two main diagnostic categories: depressive disorders and anxiety disorders. These disorders are highly prevalent in the population (hence why they are considered ‘common’), and impact on the mood or feelings of affected persons; symptoms range in terms of their severity (from mild to severe) and duration (from months to years). These disorders are diagnosable health conditions, and are distinct from feelings of sadness, stress or fear that anyone can experience from time to time in their lives“ (2017, S. 5).

Hoher Anteil an somatischer und psychischer Komorbidität

Während es eine umfangreiche Literatur zu psychischer Komorbidität bei somatischen Störungen gibt (Härter et al., 2007) ist der umgekehrte Zusammenhang weit weniger untersucht. Bei annähernd 80 % der Rehabilitanden mit psychiatrischer Hauptdiagnose in der psychosomatischen Rehabilitation (von Kardorff, Meschnig & Klaus 2021, im Druck) sowie in unserer Erhebung zu den EM-Rentnern zeigen sich z.T. stark beeinträchtigende körperliche Komorbiditäten, die von den Betroffenen subjektiv oft als gravierender erlebt werden als die Symptome der psychischen Störung selbst. Bei einigen Rehabilitanden und EM-Rentnern lassen sich die psychischen Störungen aber auch als Ergebnis der somatischen Krankheiten interpretieren und werden von den Betroffenen auch so erlebt. Darüber hinaus zeigt sich bei einer Reihe von Rehabilitanden in der psychosomatischen Rehabilitation und auch in unserer Stichprobe, dass neben der F-Hauptdiagnose auch noch eine oder mehrere weitere psychische Komorbiditäten vorhanden sind. Studien hierzu finden sich vor allem zu psychiatrischen Mehrfachdiagnosen im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen:

„57 % der Patienten mit Angststörungen und 81 % der Patienten mit affektiven Störungen haben eine komorbide weitere psychische Störung. Am häufigsten treten Angststörungen und Depressionen gemeinsam auf, dies gilt besonders für die Zwangsstörung, generalisierte Angststörung und die soziale Phobie bei den Angststörungen. (J Abnorm Psychol. 2001 Nov;110(4):585-99, Am J Geriatr Psychiatry 16:201-208, March 2008. Somatisierungsstörungen sind bei Depressionen 4x häufiger als in der Allgemeinbevölkerung“.(Psychosomatics 49:152-162, April 2008)“ (K. C. Mayer, o.j.).

Jüngeres Durchschnittsalter der EM-Rentner mit einer F-Hauptdiagnose und höherer Frauenanteil

Im Unterschied zu somatischen Erkrankungen liegt das *Durchschnittsalter bei der Erstabwilligung einer EM-Rente* wegen einer F-Diagnose mit 48,1 Jahren unter dem entsprechenden Durchschnittsalter von 51,1 Jahren bei somatischen Erkrankungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015). Mit Blick auf die Geschlechterverteilung zeigt sich, dass Frauen mit 47 % einen deutlich höheren Anteil aufweisen als Männer mit 30 % (DAK-Gesundheit, 2019). Mit Blick auf das rehabilitationspolitische Prinzip „*Reha vor Rente*“ zeigt sich, dass 46 % der Erstbezieher von EM-Renten wegen einer F-Hauptdiagnose vor dem Rentenantrag *keine* medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen haben (Deutsche

Rentenversicherung Bund, 2015). Dies gilt vergleichbar allerdings *auch* für somatische Diagnosen:

„Trotz des Grundsatzes „Reha vor Rente“ nehmen lediglich etwa die Hälfte der Erwerbsminderungs-Rentner (EM-Rentner) eine medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung (RV) in den fünf Jahren vor der Berentung in Anspruch (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013). Zudem ist das Risiko der Berentung aufgrund einer Erwerbsminderung bei sozial schlechtergestellten Personen erhöht (Rehfeld, 2006; Hagen et al., 2011)“ (Weyermann et al., 2016, S. 129).

Mit Blick auf den Zugang zur EMR zeigt sich bei den als psychisch krank Diagnostizierten darüber hinaus, dass fast jeder Zweite mit einer EMR-Bewilligung aus der Situation der Erwerbslosigkeit heraus in den EMR-Bezug geht, also die Krankheit schon seit längerer Zeit bestanden hat oder sich in Zeiten langer Erwerbslosigkeit heraus entwickelt oder chronifiziert haben muss:

„So war von den insgesamt 71.671 Rentennewuzugängen wegen verminderter Erwerbstätigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen weniger als jeder Zweite (44,4 %) in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung tätig (Sonderauswertung Deutsche Rentenversicherung, 2020, Stand 20.01.2020)“ (Badura et al., 2020, S. 348; vgl. auch Punkt 2.2 in diesem Kapitel).

2.1.4 Zur systemrelevanten und individuellen Bedeutung von EM-Berentungen wegen F-Diagnosen und ihren Ursachen

Seit ca. 1995 kommt es im Verhältnis zu anderen Diagnosen zu einer stark steigende Zunahme von F-Diagnosen im Spektrum der *Common Mental Disorders* (vor allem Ängste und Depressionen) bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und vor allem beim Anteil der EM-Berentungen wegen psychischer Störungen.¹³ Innerhalb des Diagnosespektrums zeigt sich besonders für Depressionen ein um das 2 – 2,6-fache erhöhtes Risiko für die Beantragung einer EM-Rente (Schlumbohm et al., 2019). Diese Steigerungsraten erfordern eine genauere Analyse ihrer Hintergründe und Ursachen. Dabei ist es zunächst unerheblich, ob psychische

¹³ „Vergleicht man das Gewicht der Diagnosegruppen im Zeitverlauf seit 1995, zeigt sich, dass die Bedeutung von „psychischen Störungen“ kontinuierlich zugenommen hat. Gegenüber 1995 (18,6 %) hat sich der Anteil im Jahr 2017 mehr als verdoppelt. Dagegen ist die Bedeutung von Muskel/Skelett- und Bindegewebserkrankungen deutlich zurückgegangen, von 28,9 % (1995) auf 12,9 % (2017)“ (IAQ, 2020).

Störungen „wirklich“ zugenommen haben – was von der psychiatrischen Epidemiologie in Frage gestellt wird (Richter et al., 2019; Handerer et al., 2018) oder von klinisch-psychologischer Seite im Paradigma des person-environment-fit darauf zurückgeführt wird, dass psychisch vulnerable Personen den Anforderungen einer veränderten Arbeitswelt nicht mehr entsprechen können (Jacobi & Linden, 2018). Dagegen gehen medizinsoziologische Studien durchaus von einer arbeitsweltgetriebenen Zunahme psychischer Störungen aus und ordnen EM-Berentungen in diesen Zusammenhang ein (Dragano, 2007). Für das *Versorgungssystem* bedeutsam ist die Veränderung in den von Ärzten gestellten F-Diagnosen, weil auf ihrer Grundlage sozialmedizinisch relevante Entscheidungen wie die Ablehnung oder Gewährung von EM-Renten (EMR) erfolgen. Als Gründe für die Zunahme der gestellten F-Diagnosen werden u.a. genannt, ohne dass einer der Gründe im strengen Sinne evidenzbasiert ist und die Gewichtung der Gründe kontrovers bleibt: eine durch genauere Diagnostik nunmehr realistisch erfasste Anzahl an psychischen Krankheiten, eine stärkere Sensibilisierung vor allem niedergelassener Ärzte für psychische/psychosomatische Störungen, eine größere Veröffentlichungsbereitschaft psychischer Probleme seitens der Betroffenen, ein breiterer öffentlicher Diskurs, der zumindest teilweise zu einer Enttabuisierung psychischer Störungen wie etwa „Burn-Out“ geführt hat¹⁴ und die Einschätzung von Ärzten, dass Rehabilitations- und Rentenleistungen eine größere Bewilligungschance besitzen, wenn eine F-Diagnose als Hauptdiagnose vorliegt (vgl. z.B. Handerer et al., 2018). Hinzu kommt die vielfach kritisierte Ausweitung der Diagnosekriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung, wie es sich etwa im DSM-V Katalog ausdrückt (Falkai et al., 2018), die kritisch als eine „Ausweitung der Behinderungszone“ (Felkendorff, 2003) beschrieben werden kann, bei der Lebensprobleme in Krankheiten/Behinderungen transformiert werden. Die Wahl von sogenannten Z- (Zusatz)Diagnosen (wie etwa: „*Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung*“: ICF-Z-73), die nach Ansicht einiger Autoren häufiger genutzt werden sollten (Gensichen & Linden, 2013), stellt mehr eine Verlegenheitslösung dar, die einerseits den subjektiven Leidensdruck und die

¹⁴ Die (ver-)öffentlich(t)e Meinung und Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und gegenüber seelischen Erkrankungen sind allerdings sehr schwankend und ereignisabhängig: nach dem durch den Copiloten wahrscheinlich aufgrund einer Depression verursachten Absturz eines Germanwings-Passagierflugzeugs zeigten sich auch in der Berichterstattung immer wieder vorgebrachte Stereotype gegenüber psychisch Kranken (vgl. Heydendorff und Dreßing, 2016). Insgesamt ist die Stigmatisierung psychischer Krankheiten in der Gesellschaft allgemein und in der Arbeitswelt nach wie vor sehr hoch: (vgl. Kardorff, 2017).

Behandlungsbedürftigkeit anerkennt, zum anderen aber zur Ausweitung der Krankheitszone durch eine Medikalisierung von Lebensproblemen beiträgt.

Schließlich ist die These von einer relativen Stabilität der Prävalenz psychischer Störungen in den Sozialwissenschaften, wie oben bereits angedeutet, nicht unumstritten: Viele Übersichten zur einschlägigen Studienlage zeigen, welchen empirisch belegte Rolle die moderne Arbeitswelt – nicht zuletzt das Wachstum von Tätigkeiten im Dienstleistungssektor und hier vor allem bei den personenbezogenen Dienstleistungen – und ihre Veränderungen für das Risiko des Auftretens und für die Aufrechterhaltung und Chronifizierung psychischer Beeinträchtigungen spielen. Nicht zuletzt legen etwa der Stressreport der BAuA (Lohmann-Haislah, 2012) und arbeitssoziologische Studien (Alsdorf et al., 2017) nahe, dass gestiegene Belastungen und veränderte Anforderungen in der Arbeitswelt (Siegrist, 2018) zu erhöhten Belastungen führen, was allerdings nicht linear mit einer Zunahme psychischer Störungen einhergehen muss. Auf die sich daran anschließende (und etwas unterkomplex formulierte) Frage, ob die moderne Arbeitswelt psychisch krank macht oder Menschen mit psychischen Krankheiten mit der modernen Arbeitswelt nicht mehr mithalten können (Jacobi & Linden, 2018) zeichnen sich zwei einander zwar nicht widersprechende aber dennoch deutlich unterschiedlich akzentuierte Antworten ab: während Siegrist (2018, S. 222) betont, dass sich hier eine „systematische Erweiterung durch gesundheitsfördernde Gestaltung von Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen“ aufdränge, setzen in einer eher individualisierenden Perspektive Jacobi und Linden (2018) stärker auf Maßnahmen zu einen verbesserten „person-environment-fit“, die es, gestützt durch gesellschaftliche und politische Inklusionsbemühungen, „auch Menschen mit psychischen Störungen ermöglichen, am Arbeitsleben teilzuhaben“ (ebd., S. 530). Stattdessen wäre es sinnvoll, den Blick auch darauf zu richten, einen „environment-person-fit“ zu akzentuieren; hier wäre eine enge Kooperation zwischen Betrieben, Berufsgenossenschaften, Arbeitsagentur und Rentenversicherung im Sinne einer rechtskreis- und trägerübergreifenden Koordination von Hilfeangeboten anzustreben. Das hier nur kurz skizzierte Spannungsverhältnis beschreibt den Rahmen, innerhalb dessen Gründe und Ursachen für einen vorzeitigen *Exit from Work*, eines möglichen RTW aus EMR und eines *Stay at Work* (SAW) zu diskutieren sind: aus der Perspektive der betroffenen Menschen wie aus den Rahmenbedingungen der Arbeitswelt. Vor diesem Hintergrund stellt sich für die Rehabilitation an dieser Stelle die Frage, welche individuellen, gruppenbezogenen und systemischen Präventionsmöglichkeiten zur Vermeidung frühzeitiger

EM-Berentungen auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erforderlich und aussichtsreich erscheinen.

2.1.5 Auswirkungen der gestiegenen EM-Berentungen wegen psychischer Beeinträchtigungen auf verschiedenen Ebenen

Der Anstieg von EM-Renten hat Auswirkungen auf unterschiedlichen Ebenen, zu nennen sind hier insbesondere *volkswirtschaftliche Folgekosten*, *sozialpolitische Rahmenbedingungen* und nicht zuletzt die materiellen und psychosozialen Folgen für die betroffenen Menschen selbst.

A) Volkswirtschaftliche Folgekosten

Hier handelt es sich vor allem um *indirekte Kosten* durch Arbeitsausfall und Entzug von Arbeitskräften; hinzu kommen *direkte Kosten* durch Transferleistungen aus Steuermitteln (z.B. Sozialgeld) aufgrund der geringen Höhe der durchschnittlichen EM-Renten, besonders wenn der EM-Berentung längere Zeiten der Erwerbslosigkeit – vor allem mit ALG II-Bezug – , diskontinuierliche Beschäftigung oder Beschäftigungen im Niedriglohnsektor vor dem Rentenbezug vorausgingen (vgl. Bäcker, 2013).

Der aktuelle OECD-Bericht von 2018 geht davon aus, „dass psychische Gesundheitsprobleme wie Depressionen, Angststörungen sowie Alkohol- und Drogenkonsumstörungen mehr als jeden sechsten Menschen in der EU betreffen. Neben den negativen Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Menschen und deren nicht in Geldgrößen messbaren Folgen für Produktivität, Rollenerfüllung in der Familie etc., den sogenannten „*intangiblen Kosten*“, werden die Gesamtkosten psychischer Erkrankungen „auf über 600 Milliarden Euro - oder auf mehr als vier Prozent des BIP - in den 28 EU-Ländern“ geschätzt. Für Deutschland beläuft sich die Schätzung auf 4,8 % des BIP (OECD, 2018)¹⁵. Die *direkten Kosten* für psychische Erkrankungen belaufen sich in Deutschland auf rund 44,4 Milliarden Euro pro Jahr und weisen eine deutliche Steigerung in den letzten 10 Jahren auf (2008: 30,3 Milliarden Euro). Für Rehabilitationsleistungen werden jährlich zusätzlich rund 2,6 Milliarden Euro aufgewandt (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und

¹⁵ „Ein großer Teil dieser Kosten ist auf geringere Erwerbsbeteiligung und eine geringere Produktivität von Menschen mit psychischen Erkrankungen (1,6 Prozent des BIP oder 260 Mrd. EUR) und höhere Ausgaben der Sozialversicherungen (1,2 Prozent des BIP oder 170 Mrd. EUR) zurückzuführen, der Rest sind direkte Ausgaben für die Gesundheitsversorgung (1,3 Prozent des BIP oder 190 Mrd. EUR).“ (OECD, 2018)

Nervenheilkunde [DGPPN], 2018). Neben den direkten Behandlungskosten ergibt sich ein geschätzter Produktionsausfall von circa 26 Mrd. € bzw. ein Ausfall an Bruttowertschöpfung von circa 45 Mrd. € (Daten von 2008) (Nübling et al., 2014).

In einer populationsbezogenen Analyse belegen z.B. Schofield et al. (2011) für Australien die negativen ökonomischen und wohlfahrtsstaatlichen Folgen, die aus der Arbeitslosigkeit und dem frühzeitigen Ausscheiden psychisch kranker Menschen resultieren:

„Lower accumulated wealth is likely to result in lower living standards for these individuals in the future. This will compound the impact of their condition on their health and quality of life, and put a large financial burden on the state as a result of the need to provide financial assistance for these individuals“ (S. 123).

Dies bestätigt Bäcker (2013) auch für Deutschland, in dem er zeigt, dass aus versorgungsökonomischer Sicht nicht nur die Kosten für die EM-Berentung zu berücksichtigen sind, sondern – angesichts der im Durchschnitt heute bei ca. 800 € liegenden EM-Renten¹⁶ – auch Aufstockungsleistungen der Sozialhilfeträger und weitere Leistungen der Kommunen (Wohngeld) in Rechnung gestellt werden müssen. In einer repräsentativen Untersuchung der sozioökonomischen Situation von Beziehern von EM-Renten kommen Martin et al. (2012) zu ähnlichen Ergebnissen und stellen fest, dass immerhin 37 % der Haushalte in denen EM-Rentenbezieher leben, armutsgefährdet sind (im Vergleich zu 14 % der Gesamtbevölkerung). „21 Prozent sind von strenger Armut betroffen. In der Bevölkerung waren es lediglich 7 Prozent. In besonderem Umfang von Armut bedroht sind Alleinlebende und darunter vor allem allein lebende Männer.“ (ebd. 2012, S. 63).

Aus dieser Gefährdungslage folgt eine besondere Notwendigkeit der Vermeidung von Frühberentung durch vorzeitige sozialpolitische und rehabilitative Früherkennung und Intervention. Daraus ergibt sich die Aufgabe zur Entwicklung integrierter sozial- und gesundheitspolitischer Strategien zur Prävention und Rehabilitation, nicht zuletzt um damit ein krankheits- bzw. beeinträchtigungsbedingtes vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben möglichst zu verhindern. Blickt man allein auf die ökonomischen Effekte medizinischer Reha insgesamt, dann erweist sich eine frühzeitige Inanspruchnahme im

¹⁶ Die durchschnittliche EM-Rente nach Geschlechtern betrug 2018: Männer 795.- €, Frauen 796.- €. Vor 20 Jahren betrug das Verhältnis noch: Männer 786.- €, Frauen 591.- €, (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020a)

Hinblick auf die Verhinderung von EM-Renten auch als kosteneffektiv (vgl. Abbildung 4). Dieser *Social Return on Investment* (SROI) wird auch durch die Zusammenfassung internationaler Studien durch die International Social Security Association für Bemühungen zu einem Return to Work bestätigt (International Social Security Association [ISSA], 2017).

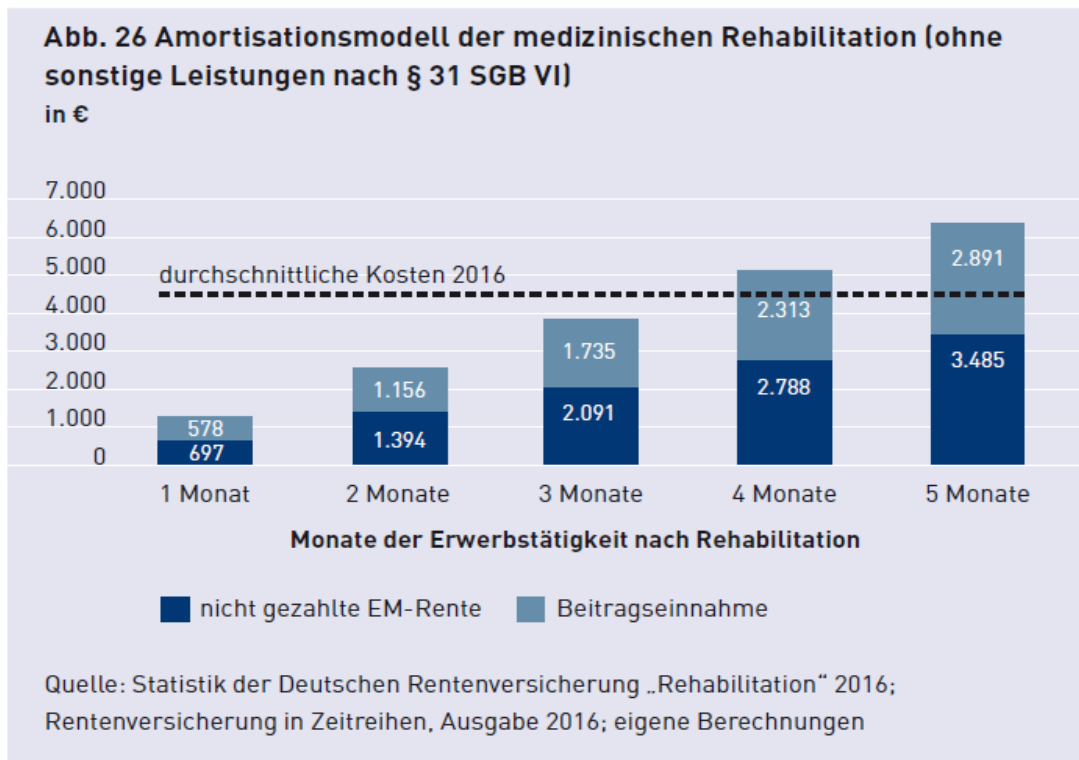


Abbildung 4: Rechnet sich die (medizinische) Rehabilitation - vor dem Hintergrund nicht in Anspruch genommener EM-Renten (Quelle: Deutsche Rentenversicherung, 2018, S. 70).

Diese Ergebnisse sind im Zusammenhang mit der EM-Berentung insofern bedeutsam, als weniger als die Hälfte der wegen einer F-Diagnose EM-Berenteten vor der Antragstellung eine medizinische Reha-Leistung in Anspruch genommen hatten. Auch wenn bislang keine empirischen Daten dazu vorliegen, ob im Einzelfall eine medizinische Reha oder eine LTA-Maßnahme die Antragstellung oder die Bewilligung einer EM-Rente verhindert hätten, legen die Ergebnisse doch nahe, dass (sekundärpräventive) Reha-Maßnahmen zu einem Erhalt von Arbeitsfähigkeit trotz gesundheitlicher Probleme beitragen. Die entscheidende Voraussetzung, um die oben beschriebene positive Dynamik wirksam werden zu lassen, ist eine frühzeitige Identifikation von Risikopersonen und ihre zielgenaue Zuweisung zu medizinischen Reha-Maßnahmen und ggf. im Anschluss dazu von LTA-Leistungen. Gleichzeitig setzt dies auch die Bereitschaft und Motivation der Betroffenen voraus, derartige Anträge selbst

zu stellen oder den Empfehlungen betrieblicher oder ärztlicher Seite zu folgen. Dieser Ansatz einer „*aktivierenden Sozialpolitik*“ im Zusammenhang der Rückkehr aus EMR (Brussig et al., 2019) setzt allerdings eine Beratungskultur voraus, die auf der Basis eines sorgfältigen ICF-basierten Assessments nur denjenigen Antragstellern weitere Rehabilitationsangebote zur Rückkehr in Arbeit anbietet, die auch mit Blick auf ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine realistische Chance zur Rückkehr in Arbeit haben und – notwendigerweise – auch eine Motivation besitzen, wieder in Arbeit zu kommen.

B) Sozialpolitische Rahmenbedingungen

In einer konzeptionell erweiterten Perspektive geht es beim Vorliegen gesundheitlicher Probleme um das Ausmaß an Beeinträchtigungen der Teilhabe an den zentralen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens und nicht nur an der Arbeitswelt, wie etwa die Pflege sozialer Kontakte oder die Bewältigung der alltäglichen Aufgaben der Selbstversorgung. Bei der Frage der Bestimmung, ab wann eine Person eine Erwerbsminderungsrente erhält, steht die Frage im Vordergrund inwieweit eine psychische Krankheit/Verhaltensstörung die Arbeits- bzw. Erwerbs- und Funktionsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt einschränkt (Kriterium der Arbeitsunfähigkeit). Vom Grad und der voraussichtlichen Dauer der Beeinträchtigung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt hängt ab, ob die betroffenen Personen als (vorübergehend) arbeitsunfähig krankgeschrieben werden oder – meist nach häufigen und/oder längeren Phasen der Arbeitsunfähigkeit eine EM-Rente auf Antrag erhalten. Letzteres ist der Fall wenn eine Erwerbsminderung vorliegt: „Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein“ (§ 43 Absatz 2 SGB VI) und „teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ (§ 43, Abs. 1 SGB VI). Seit 2001 werden EM-Renten bei der erstmaligen Bewilligung im Grundsatz auf zunächst zwei Jahre befristet gewährt (§ 102 Abs. 2 SGB VI), außer eine Dauerhaftigkeit ist bereits bei Erstantragstellung absehbar; bei EMR wegen psychischer Erkrankungen ist dies derzeit bei ca. 62 % der bewilligten EMR der Fall – in unserer Stichprobe sind es ca. 80 %. Die sozialrechtliche Einstufung orientiert sich dabei an den „Leitlinien für die

sozialmedizinische Begutachtung bei psychischen und Verhaltensstörungen“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012), das konkrete fachliche Vorgehen bei der Begutachtung beschreibt Linden (2013). Als wichtige Kenngrößen gelten dabei: erstens der Grad der zum Zeitpunkt der Antragstellung „messbaren“ bzw. in der Zukunft („voraussichtlich länger als sechs Monate“) prognostizierbaren Beeinträchtigung der üblichen Anforderungen im (Alltag und) Beruf und *zweitens* das subjektive Gefühl der Beeinträchtigung und der auf die Zukunft gerichtete Erwartungshorizont, der sich von der Weiterbeschäftigung im bisherigen Betrieb und/oder Arbeitsfeld über mögliche Qualifizierungsmaßnahmen bis zum *Ausstieg aus dem Arbeitsmarkt* (vgl. Bartel, 2019) erstreckt, unabhängig davon ob es dabei um einen Ausstieg aus einem bestehenden Arbeitsverhältnis oder aus der Erwerbslosigkeit und den damit im ALG-II Bezug verbundenen Kontrollen geht. Der jeweilige subjektive Erwartungshorizont, der durch Gesundheitserwartung, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Rückkehrmotivation auf den Arbeitsmarkt geprägt ist, ist für eine Inanspruchnahme wie für den Erfolg einer Intervention, so ein Ergebnis auch unserer Studie, von großer Bedeutung (vgl. Kapitel „Synopsis“).

Mit der bereits erwähnten, seit 2001 eingeführten regelhaften Befristung bei der erstmaligen Gewährung von EM-Renten auf zunächst zwei, maximal 3 Jahre war die Absicht verbunden, in einer erneuten sozialmedizinischen Begutachtung zu prüfen, ob die Erwerbsunfähigkeit weiter besteht und eine Rückkehr auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt, ggf. mit Unterstützung möglich ist. Die empirisch ermittelten Rückkehrraten sind dabei ernüchternd und liegen bei den wegen einer F-Diagnose befristeten Versicherten bei nur ca. 5 % (Kobelt et al., 2009); diese geringe Rate verwundert nicht, wenn man in einer unrealistischen Erwartung davon ausgeht, dass sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren subjektive Einschätzung mit der Zeit „gleichsam von alleine“ lösen (vgl. Kap. 6, Befristungsparadox). Köckerling (2018, S. 6) kommt in der ZEMI-Studie (Zeitlich befristete Erwerbsminderungsrenten: Gibt es eine Chance auf Return to Work?) zu ähnlichen Ergebnissen: „Die Datenauswertung hat gezeigt, dass nur 5,9 % der EMR ein RTW erreichen. Junge EMR im Alter unter 40 Jahren, EMR mit somatischen Erkrankungen und EMR mit einer medizinischen Rehabilitation oder LTA weisen die höchsten Wahrscheinlichkeiten für ein RTW auf. Internationale Erfahrungen, die im Review zusammengetragen wurden, zeigen ebenfalls geringe RTW-Raten auf und geben Hinweise, welche Ansätze am erfolgversprechendsten sind. Hierzu gehören eine persönliche, ganzheitliche Langzeitbegleitung von EMR auf dem Weg zum RTW und finanzielle Anreize in

der Form, dass die EM-Rente bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zunächst unangetastet bleibt oder die Hinzuverdienstgrenze angehoben wird. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es um sozialpolitische Strategien ginge, die vor der Antragstellung, etwa auf der Ebene der niedergelassenen Fachärzte und vor allem auf der Ebene von Betrieben über Betriebsärzte und BEM-Beauftragte auf eine Vermeidung einer vorzeitigen Berentung wegen psychischer Störungen (Sekundärprävention) gerichtet sind und nach dem Eintritt des Berentungsfalls geeignete Rehabilitationsmaßnahmen und Unterstützungsangebote zur Rückkehr auf den Arbeitsmarkt entwickeln. Für eine Stärkung der Rückkehrmotivation und eine Reduzierung von Ängsten der EM-Rentner vor dem Verlust des zwar mit Armutsrisiken behafteten (vgl. Martin et al., 2012), aber sicheren EM-Rentenbezugs wären Veränderungen im Sozialrecht denkbar (vgl. Kapitel 8 Schlussfolgerungen und Empfehlungen), sei es eine Rückkehrmöglichkeit ohne erneute sozialrechtliche Prüfung, wenn der Wiedereinstieg auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt trotz Unterstützung misslingt oder eine dem Übergangsgeld vergleichbare Sicherheit während einer definierten Erprobungsphase.

C) Rehabilitationsfachliche Aspekte

Vor dem Hintergrund des Prinzips „Reha vor Rente“ zeigt sich in einer schon etwa älteren Studie, dass – über alle Diagnosegruppen hinweg – nur ca. die Hälfte der EM-Rentenantragsteller in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung eine stationäre medizinische Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen hatten (Schian et al., 2004, S. 28). Dabei erwies sich, dass von denjenigen Antragstellern, die zuvor eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen hatten nur 25 % im Unterschied zu 75 % der Rehabilitanden ohne EM-Antrag arbeitsfähig entlassen werden konnten (Enge et al., 2003). Dies verweist einerseits auf die Schwere der Erkrankungen, andererseits aber auch auf ein durchaus vorhandenes, wenngleich geringes, Potenzial zur Vermeidung einer vorzeitigen Berentung. *Rehabilitationsfachlich* ergeben sich aus diesen Befunden Herausforderungen im Bereich der Früherkennung mit dem Ziel rechtzeitiger Inanspruchnahme medizinischer Reha und von LTA-Leistungen und die Notwendigkeit eines (noch) konsequenter(en) ICF orientierten Assessments der Arbeitsfähigkeit (Durchhaltefähigkeit, Arten der Belastungsfähigkeit, subjektive Belastungswahrnehmung, individuelle Voraussetzungen bezogen auf konkrete Arbeitstätigkeiten und Arbeitsumgebung, etc..). Trotz einer Vielzahl einzelner

Entwicklungsprojekte zur ICF-Anwendung, etwa zur LTA-Bedarfsermittlung (BMAS, 2018) ist die konsequente Umsetzung einer ICF-gesteuerten Bedarfserhebung auch in der medizinischen Rehabilitation noch deutlich verbesserungsbedürftig (Wenzel & Morfeld, 2017). Hier ließe sich etwa auch an eine Orientierung am niederländischen Modell mit einer nachvollziehbar operationalisierten und standardisierten Feststellung des Verlusts der Verdienstfähigkeit anknüpfen, das präziser ist als die Feststellung der Arbeitsfähigkeit durch die geschätzten Arbeitsstunden/Tag (unter 3, 3 bis unter 6 und über 6 Stunden), die der sozialmedizinischen EM-Rentenbegutachtung zu Grunde liegen (vgl. Reese & Mittag, 2014).

D) Zur Situation der betroffenen EM-Rentenbezieher

Nicht-normative Statuspassage

Der Eintritt in die EM-Rente stellt ein nicht-normatives Lebensereignis dar, das mit einem durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit erzwungenen Statusübergang mit materiellen Einschränkungen und Risiken für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verbunden ist; dies betrifft etwa den Wegfall sozialer Kontakte in und über die Arbeitswelt ebenso wie die Reichweite der eigenen auch finanziellen Handlungsmöglichkeiten. Mögliche psychische Folgen des neuen sozialen Status sind die Gefahr des subjektiven Sinnverlusts, eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, der Zusammenbruch der Zeitstruktur des bisherigen Arbeitslebens sowie der mit der beruflichen Tätigkeit verbundenen sozialen Gratifikationen wie die Anerkennung der geleisteten Arbeit. Besonders für jüngere EM-Rentenbezieher sind der Zwang zur Rechtfertigung, nicht so wie andere auch zu arbeiten und die Angst vor einer Stigmatisierung – weil man die psychische Störung nicht von außen sehen kann – eine besondere Herausforderung.

Der Antragstellung auf eine EMR geht in der Regel eine längere Vorgeschichte des Leidens und auch der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen des medizinischen Versorgungssystems sowie bei ca. 46 % der Antragsteller auch eine Nutzung medizinischer Rehabilitationsleistungen voraus. Dies verweist darauf, dass die Betroffenen bereits verschiedene Strategien der Anpassung an ein Leben und Arbeiten mit bedingter Gesundheit entwickelt haben: von Verdrängung und Verleugnung über „Zähne-zusammenbeißen“ und andere Formen des Präsentismus, etwa durch Medikamenteneinnahme (vgl. Steinke & Badura, 2011) bis hin zur Auseinandersetzung mit den Beeinträchtigungen. Die Bewältigung

der mit den Verlaufskurvenpotentialen (Schütze, 2006) eingeleiteten, teils abrupten, meist aber schleichenden Übergänge (trajectories) in eine (erzwungene) neue Normalität angesichts psychischer und körperlicher Veränderungen erfordert eine komplexe und mit der familiären Umwelt und mit der Arbeitsstelle abzustimmende Krankheits-, Alltags- Berufs- und Biografiearbeit (vgl. Corbin & Strauss, 2004; Corbin et al., 2009). Während bei der Beantragung einer EM-Rente die gesundheitlichen Beschwerden im Vordergrund stehen, dürften auch Aspekte einer über lange Zeiträume gewachsenen generellen Erschöpfung und Überforderung, bei langfristig Erwerbslosen auch der Wunsch aus dem SGB II-Bezug herauszukommen, eine Motivation zur Antragstellung darstellen. Hinzu kommen Ängste vor Arbeitsplatzverlust und sozialem Abstieg sowie ggf. Armutsrisiken, besonders für Alleinlebende, Personen mit diskontinuierlichen Erwerbsbiografien und/oder Erwerbsbiografien mit starken Anteilen im Niedriglohnsektor sowie jüngerer EM-Rentner mit geringen Versicherungszeiten (Märtinger et al., 2012). Auf einer psychologischen Ebene besteht mit dem Eintritt in die EM-Rente die Gefahr eines Verlusts von Selbstwertgefühl, Kompetenzerleben, Motivation, sozialer Anerkennung und Einbindung; darüber hinaus müssen sich die betroffenen Menschen mit den neuen und vorbildlosen Herausforderungen eines Arrangements mit dem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Berufsleben auseinandersetzen.

Negative Folgen des frühzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben auf die seelische Gesundheit

Mosca und Barrett (2014) verweisen anhand repräsentativer Daten für über 50jährige in Irland auf die negativen Folgen eines frühzeitigen Rückzugs aus dem Arbeitsleben vor allem mit Blick auf seelische Gesundheit der Betroffenen für unfreiwilliges und krankheitsbedingtes Ausscheiden:

„We find that involuntary, or forced, retirement has a negative and statistically significant effect on mental health. In contrast, we find no effects for voluntary retirement. We also find that retirement due to ill health is negatively associated with mental health“ (S. 1).

Für Deutschland stellen Hesse et al. – diagnoseübergreifend – bei einem Teil der EM-Rentner nach Rentenbezug eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes fest (Hesse et al., 2019, S. 194), wenn sie schreiben dass

„ ... eine Berentung wegen Erwerbsminderung nahezu regelhaft zusätzlich negative gesundheitliche Auswirkungen [hat]. So sind Menschen mit einer EM-Rente häufiger übergewichtig als nicht erwerbsgeminderte Personen. Auch ihre allgemeine Lebenszufriedenheit ist deutlich schlechter als die von nicht erwerbsgeminderten Personen.“

Dieses Ergebnis, das sei hier vorweggenommen, lässt sich zumindest in dieser Eindeutigkeit für die von uns befragten EM-Rentner nicht bestätigen; besonders zu Beginn des EMR-Bezugs berichten sie von einer Besserung der Symptome und einige Befragte kümmern sich von Neuem und intensiver um psychotherapeutische Hilfen. Bis zur Hälfte der als psychisch krank diagnostizierten EM-Rentner geben an, durchaus wieder auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt zurückkehren wollen; wie bereits erwähnt liegt der prozentuale Anteil der erfolgreichen Rückkehrer bei ca. 5 – 6 %. Daher ist angesichts des hohen Potenzials der Rückkehrwilligen zu fragen, wie diese Differenz erklärt werden kann: Gehen die geäußerten Rückkehrwünsche auf sozial erwünschte Antworten zurück, auf unrealistische Einschätzungen der eigenen Leistungsfähigkeit oder doch eher auf arbeitsmarkt- und betriebsbedingte Barrieren und verfahrensbezogene Hindernisse? Dabei ist auch den subjektiv erlebten Barrieren nachzugehen, die eine Rückkehr ins Arbeitsleben blockieren. Der bei der großen Mehrheit psychisch kranker Menschen stark ausgeprägte Wunsch nach einer Teilhabe am Arbeitsleben und nach einer Einmündung in den Arbeitsmarkt oder einer Rückkehr in Arbeit (Storck & Plöchl, 2015; McDaid & Knapp, 2008)¹⁷ wird dabei nicht zuletzt durch vielfältige Ängste vor und Erfahrungen mit Stigmatisierung und Diskriminierung (vgl. McDaid & Knapp, 2008; Kardorff et al., 2013) behindert. Vielfach sind es auch Erfahrungen von Herabsetzung und Mobbing am Arbeitsplatz, die als zusätzliche psychische Belastung den Ausschlag zu einem Antrag auf EM-Rente liefern (vgl. etwa die Fälle Frau Bischoff, Frau Bunt oder Frau Posch aus unserem Sample).

2.2 Wege in die EM-Rente

Die Analyse und Rekonstruktion der Wege in die Rehabilitation können Hinweise auf mögliche gruppenspezifische oder individuelle Risikokonstellationen liefern bzw. Faktoren(bündel) identifizieren, die auf der Basis der retrospektiven Analyse der Bewilligung einer EM-Rente die

¹⁷ „The majority of people with mental health problems in surveys state that they would like to work“ (McDaid & Knapp, 2008, S. 19).

künftige Wahrscheinlichkeit zu einem EM-Rentantrag erhöht und damit Ansatzpunkte für Präventionsstrategien, etwa im Sinne eines Frühwarnsystems eröffnen, auf dessen Grundlage Betroffenen dann gezielt Beratung und Unterstützung angeboten werden kann. Vor diesem Hintergrund scheinen uns besonders folgende forschungsstrategischen Fragen von Bedeutung zu sein: Gibt es typische Konstellationen und/oder Faktoren(bündel), die mit der Wahrscheinlichkeit einer EM-Berentung verbunden sind? Unter dem Aspekt von Verlaufsprozessen stellt sich die Frage: Gibt es typische Wege in die EM-Rente?

Die vorhandenen Analysen der Wege in die EM-Rente folgen dabei unterschiedlichen methodologischen Wegen und Methoden und greifen auf verschiedene Datenbestände und -sorten zurück. Die Mehrzahl der Studien bedient sich quantitativer Routinedaten zu Versicherungsverläufen aus den SUFs (Scientific-User-Files) der Rentenversicherung und bezieht ergänzend Routinedaten der Arbeitsagentur ein, um etwa Zeiten der Krankschreibung mit Arbeitsunfähigkeit und/oder vorausgegangene Zeiten der Erwerbslosigkeit mit der Wahrscheinlichkeit eines beobachteten Eintritts in eine EM-Rente in Beziehung zu setzen. Dieses Vorgehen erlaubt es, für bestimmte soziale, personale und prozessuale Aspekte im „institutionalisierten Lebenslaufregime“ (Ausbildung, Berufskarriere, Erwerbslosigkeit, AU-Zeiten, etc.)¹⁸ einen *Risikoindex* zu bilden (Bethge et al., 2011; Bethge et al., 2020)¹⁹. Mit einer Kombination entsprechender Datenbestände lassen sich die zentralen *Risikofaktoren* (z.B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Beruf, soziale Lage, Erwerbsstatus, Hauptdiagnose) und auf dieser Basis Risikogruppen für einen EMR-Bezug identifizieren. Schließlich geht es darum *Bedingungsbeziehungen* zwischen Personenmerkmalen und Umgebungsvariablen (Art der Beschäftigung, betriebliches Umfeld, interne Veränderungen im Unternehmen, Arbeitsplatzverlust, externer Strukturwandel) zu identifizieren. Darüber hinaus sind die Interaktionsprozesse zwischen den Versicherten und den jeweils beteiligten Akteuren (niedergelassene Ärzte, sozialmedizinische Gutachter der Rentenversicherung, ggf. Mitglieder

¹⁸ Die Idee für das Konstrukt des „institutionalisierten Lebenslaufs“ wurde von Martin Kohli in die deutschsprachige soziologische Forschung eingebracht und hat sich als hilfreiches analytisches Instrumentarium besonders zur Analyse von Bildungs- und Erwerbsbiografien bewährt (Kohli, 2003). Das Interesse der soziologischen Lebenslauforschung richtete sich dabei auf die Abfolge von Positionen und Mitgliedschaften von Personen in *institutionellen Ordnungen* (Mayer 1990) und auf den dabei erreichten gesellschaftlichen Status; Personenmerkmale spielen dabei keine Rolle; diese können allerdings die herkunftsbedingten individuellen Risiken aufhellen.

¹⁹ In der Studie erwies die Krankengeldbezugsdauer in einem Regressionsmodell als stärkster Prädiktor für den Eintritt in eine EM-Rente: Frauen mit langen Bezügen hatten eine um das 11-fache erhöhte relative Wahrscheinlichkeit einer späteren Erwerbsminderungsrente, Männer mit langer Krankengeldbezugsdauer eine um das 7-fach erhöhte Risiko.

der Arbeitsagentur/Jobcenter) bei der *Analyse der Zugangssteuerung* von Interesse. Mit Hilfe der Analyse von Verwaltungsverfahren, sozialrechtlichen Verordnungen und sozialmedizinischen Gutachten können Zugangswege und Bewilligungspraxen erschlossen werden (vgl. Aurich-Beerheide et al., 2018). Mit Blick auf biografische Verläufe können schließlich etwa auf Basis qualitativer Daten *individuelle Vulnerabilitäten* (Traumata in Kindheit und Jugend, Sozialisation, sozialer Kontext, Scheidung/Trennung) identifiziert werden, die in individuellen und dennoch als charakteristisch innerhalb einer „Generationslagerung“ (Mannheim, 1928) verorteten (Berufs-)Biografien erkannt werden können.

2.2.1 Prädiktoren der Frühberentung

Zunächst werden einige zentrale Ergebnisse überwiegend deskriptiv orientierter Studien vorgestellt, die empirische Zusammenhänge zwischen generischen Daten (z.B. Alter, Geschlecht, Bildung) von EM-Rentenbeziehern und/oder auf Basis expertengestützter Beobachtungen oder meist impliziter Theorien als relevant vermutete Variablen (diskontinuierliche Erwerbsbiografien, Arbeitslosigkeit, Krankengeldbezug, usw.) empirisch mit dem Status EM-Rentner korreliert haben. Einen ersten orientierenden Überblick liefert eine umfassende systematische Literaturübersicht von Roski et al. (2015) zu den Hauptfaktoren, die mit einer EM-Berentung korreliert sind; die Studie umfasst den Zeitraum von 2004-2014 und kommt zu folgenden Ergebnissen:

- „dass (i) Frauen häufiger als Männer aufgrund psychischer Erkrankungen berentet werden,
- (ii) affektive Störungen der häufigste Berentungsgrund sind,
- (iii) psychisch Erwerbsgeminderte im Vergleich zu somatisch Erwerbsgeminderten jünger sind und, dass
- (iv) Versicherte mit Schizophrenie besonders zeitig berentet werden“.

Darüber hinaus konstatieren die Autoren, dass nur ca. 6 % der EM-Berenteten wieder in das Berufsleben zurückkehren (vgl. auch Hesse, 2001), eine Zahl, die bis heute in etwa gleichgeblieben ist (Hesse et al., 2019). In einer Studie der DRV-Westfalen zu Personen deren EM-Anträge abgelehnt wurden, kommen Kedzia et al. (2011) zum Schluss, dass u. a. lange Zeiten vorausgehender Arbeitslosigkeit, ein geringer Bildungsgrad, diskontinuierliche Berufsbiografien und geringe Erwartungen/Motivation negative Prädiktoren für eine

Rückkehr oder den Verbleib in Erwerbsarbeit darstellen. Ergänzend zu den oben beschriebenen Befunden kommen sie zu dem Ergebnis, dass die Frühberentung auf Versicherte mit psychischen Störungen häufiger in eine EM-Rente einmünden, während „muskoskeletale Erkrankungen oder Erkrankungen des Herz-Kreislaufs-Systems [...] seltener zu einer Berentung“ (ebd. 2011, S. 92) führen.

Im Hinblick auf verschiedene Faktoren, wie Stressbelastungen durch die Arbeit, vorausgegangene Arbeitslosigkeit, Art der Beschäftigung usw. finden sich in der Literatur keine eindeutigen bzw. widersprüchliche Ergebnisse. Als signifikant hingegen erweisen sich Alter (eher jüngere), Geschlecht (mehr Frauen) und Wohnort (mehr Menschen aus ländlichen Regionen). In dem Abschnitt zu erklärenden Faktoren, werden diese Studienergebnisse wieder aufgegriffen. Im Folgenden werden neuere Studien zu den hier bereits benannten Faktoren sowie zu anderen Aspekten etwa Rolle des Berufs vorgestellt.

Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status

Mit Blick auf zentrale generische Merkmale zeigt sich in einer dänischen Studie, dass folgende Faktoren mit dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente korreliert sind:

„Early retirement was associated with increasing age, and lower socioeconomic position. There were weak associations between gender and ERP (Early Retirement Pension). Low skill discretion, high conflict in work and two measures of uncomfortable work positions significantly increased the risk of ERP. The study shows that more than half of the eligible population makes use of voluntary ERP, and further indicates a potential for reducing the amount of older employees utilizing this labour market exit option through reducing certain physical and psychosocial exposures in the work environment, independent of age, gender, and socioeconomic position“ (Lund & Villadsen, 2005, S. 275).

Für Deutschland kommen Brussig et al. (2019, S. 258) auf der Basis der Untersuchung der Versicherungsverläufe einer Kohorte von EMR-Beziehern aus dem Jahr 2015 zu folgendem Ergebnis: „Das Durchschnittsalter beim Beginn einer Erwerbsminderungsrente beträgt ca. 50 Jahre. Die Mehrheit der Versicherten ist am Ende ihres Erwerbsminderungsrentenbezugs mindestens 56 Jahre alt (knapp 54 %). Nur etwa jeder Fünfte ist höchstens 40 Jahre alt (knapp 19 %)“. Für psychisch Kranke liegt das durchschnittliche Zugangsalter zur EMR bei

Erstbewilligung wegen F-Diagnosen bei 50,1 Jahren (Hesse et al., 2019; differenzierte Daten nach Diagnosegruppen bei Hagen & Himmelreicher, 2014).

Berufsgruppen

In einer detaillierten Auswertung von Daten zu EM-Rentnern aus den SUF-Files der gesetzlichen Rentenversicherung identifiziert Mika auf der Basis einer von Blossfeld für das BiBB entwickelten Berufsgruppenklassifikation folgende Berufsgruppen mit einem erhöhten EM-Berentungsrisiko:

„Es zeigt sich, dass Beschäftigte in einfachen kaufmännischen und Verwaltungsberufen sowie Dienstleistungsberufen bei beiden Geschlechtern deutlich häufiger erwerbsgemindert sind; dabei sind die Unterschiede bei Männern größer. Das bereits im Alter zwischen 40 und 50 Jahren höhere Risiko kann als Frühwarnung für das später erhöhte Risiko [der EM-Berentung] gedeutet werden. Semiprofessionen sind bei Frauen sehr stark von Frühberentung betroffen (vgl. dazu Kap. 4.2.2., Exkurs 1). Bei ihnen gibt es kein deutliches Vorzeichen durch ein erhöhtes Risiko in jüngerem Alter“ (Mika, 2013, S. 393)²⁰

Schwerbehinderung

Unter den EM-Rentnern stellen *Schwerbehinderte* eine besondere Gruppe dar, weil sie im Vergleich zu allen anderen EM-Beziehern ein besonders hohes Risiko zur EM-Berentung haben und mit einem deutlich jüngeren Lebensalter in die EM-Rente gehen.

2.2.2 Prozessorientierte Betrachtungsweisen

Quantitative Studien analysieren hier auf der Grundlage der Routinedaten einschlägiger Kostenträger wie der Rentenversicherung Versicherungsverläufe und fokussieren dabei auf unterschiedliche Kenngrößen wie etwa Krankheitsepisoden mit AU-Zeiten, Erwerbslosigkeit, Inanspruchnahme von Reha-Leistungen etc. Ein anderer quantitativer Zugang analysiert die Veränderungen von subjektiven Haltungen, Einschätzungen zu Arbeit, Leistungsfähigkeit, Rehabilitation, Veränderung von Wünschen zum RTW und/oder erhebt Kenngrößen wie

²⁰ Unter „Semiprofessionen“ fallen z.B. folgende Berufsgruppen: „Am Beispiel der Berufe Krankenpfleger(in), Lehrer(in) und Sozialarbeiter(in) wurde der Begriff „Semiprofessionals“ gewonnen. Er definiert sich allerdings im Kern nur über den Abstand zu den „echten Professionen“: kürzere Berufsausbildung, niedrigerer sozialer Status, weniger spezielles Wissen, keine Selbstkontrolle usw.“ (Kalkowski, o.j., S. 2).

Lebensqualität, Gesundheitserwartungen oder erworbene Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstwirksamkeit, Resilienz, dispositoineller Optimismus, Verbitterung etc. und setzte diese mit Versicherungs- und Krankheitsverläufen in Beziehung. Die bislang wenigen qualitativen Studien in diesem Feld legen ihr Augenmerk auf die Rekonstruktion individueller „Verlaufskurven des Erleidens“ (Schütze, 2006) anhand systematischer Fallvergleiche, wobei die zu Interviews bereiten Personen („Fälle“) nach Kriterien des sogenannten *theoretical sampling* (vgl. Kapitel 3) häufig auf der Basis von Fragebogendaten rekrutiert werden. Zu den folgenden Bereichen liegen belastbare empirische Studien vor:

Keine oder verspätete Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation oder LTA-Leistungen vor Eintritt in eine Erwerbsminderungsrente

Geht man davon aus, dass psychische Erkrankungen eine lange Entwicklungsgeschichte haben bevor sich – oft verleugnete oder bagatellierte – Symptome so verdichten, dass Betroffene Hilfe beim Hausarzt und/oder Psychotherapeuten in Anspruch nehmen, sich AU-Zeiten häufen oder eine manifeste Krise zu langer Krankschreibung führt.

„Bei psychischen Störungen wird ein Reha-Antrag häufig erst in einem bereits chronischen Stadium der Erkrankung gestellt. Liegt bereits ein Erwerbsminderungsrentenantrag vor, kommt ein Rehabilitationsangebot in der Regel zu spät. Alle Akteure des Gesundheitswesens müssen daher eng kooperieren und das Ihre tun, um Menschen mit psychischen Störungen rechtzeitig eine geeignete Leistung anzubieten“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014, S. 29).

Als struktureller Faktor einer geringen Inanspruchnahme erweist sich das Vorhandensein geeigneter regionaler Angebote an Fachärzten für Psychiatrie/Neurologie und an Psychotherapeuten; hier sind besonders die ostdeutschen Länder sowie ländliche Regionen betroffen, in denen eine deutliche Unterversorgung existiert (vgl. Rommel et al., 2017).

Erwerbslosigkeit und Krankengeldbezug als Risikofaktoren

Daten der Krankenkassen für 2009 zeigen, dass psychiatrische Diagnosen bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im ALG-II-Bezug deutlich häufiger vorkommen als bei Erwerbstätigen. Dort, wo sich der Gesamtanteil ermitteln lässt, lag der Anteil solcher Diagnosen bei über einem Drittel der Personen, bezogen auf ein Jahr. Etwa 15 % der ALG-II-Bezieher hatten eine Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen, also z.B. eine Depression (2011: 17 %).

Noch höher, nämlich 20 %, liegt der Anteil derjenigen, die eine Diagnose aus dem Spektrum der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen aufwiesen, also z.B. Angst- oder Zwangsstörungen oder körperliche Beschwerden ohne medizinischen Befund (2011: 22 %). Der hohe und zunehmende Zugang von EM-Rentnern aus längerfristiger Arbeitslosigkeit (vgl. auch Brussig, 2012) verweist auf eine bereits länger andauernde Krankheitsgeschichte (auf häufigen und langandauernden Krankengeldbezug, vgl. Bethge et al., 2011) und eine soziale Ausschlusskarriere, an deren Ende Betroffene entweder die Empfehlung einer EM-Rentenantragstellung als Erleichterung annehmen oder sie selbst aktiv betreiben, weil sie aufgrund von Enttäuschungen oder einer negative Gesundungserwartung die Hoffnung auf die Rückkehr aufgegeben haben. Im „Zusammenhang mit gesundheitsbedingten Frühberentungen zeigt sich gemäß Zahlen von 2011, dass bei den Neuzugängen in Erwerbsminderungsrente die psychischen Erkrankungen bei den vorher Arbeitslosen eine deutlich größere Rolle spielen als bei denen, die aus Erwerbstätigkeit in die Rente übergehen“ (Schubert et al., 2013, S. 46). Die lange, oft schleichende Entwicklung psychischer Krankheiten führt häufig in Arbeitslosigkeit und mit Blick auf sehr schwere psychische Erkrankungen kommt es oft weder zu einem Berufsabschluss noch zu einem Einstieg in ein Normalarbeitsverhältnis; das Risiko einer EM-Berentung ist für diese Gruppe dann besonders erhöht.

In einer Analyse prozessproduzierter Daten der DRV zum EM-Rentenzugang von Bethge et al. (2011) mit dem Ziel der Entwicklung eines *Risikoindexes Erwerbsminderungsrente* zeigt sich, dass die *Dauer des vorausgegangenen Krankengeldbezugs* den stärksten Prädiktor für eine EM-Rente darstellt (vgl. auch Bethge et al., 2020). Bei der Entwicklung des Risikoindexes wurden diagnoseübergreifend alle EM-Rentner einbezogen, so dass eine Übertragung der Ergebnisse auf spezifische Aspekte bei Personen mit F-Diagnosen einer besonders kritischen Überprüfung und eigener Untersuchungen bedürfen. Hinter den administrativen Daten des langen Krankengeldbezugs verbergen sich *chronische bzw. chronifizierte Erkrankungen mit erheblichem Beeinträchtigungspotenzial* und mit Blick auf Betroffene mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Common Mental Disorders auch die begründete Vermutung komplex und meist untrennbar mit den Krankheitssymptomen verknüpften oder durch die Krankheit mitverursachte Lebensprobleme.

Abweichung von der Normalerwerbsbiografie - Diskontinuierliche Erwerbsbiografien – frühe Erkrankungsphasen

In einer um Erwerbsarbeit und Leistung zentrierten Arbeitsgesellschaft, in der der soziale Status, das Selbstbild und der materielle und karrierebezogene Erfolg nicht nur an der Leistungsbereitschaft sondern auch an der körperlichen, geistigen und psychischen Leistungs- und auch Leidensfähigkeit gemessen werden, ist das ungeplante vorzeitige Ausscheiden aus dem Berufsleben sowohl nach außen wie auch vor dem eigenen Selbstbild und der eigenen Biografie begründungsbedürftig; das gilt besonders für Arbeitslosigkeit, bei der der Eindruck des Selbstverschuldens vermieden werden muss, und selbst für das krankheitsbedingte Ausscheiden in die EM-Rente. Während dies bei „legitimen“ Krankheiten wie etwa abnutzungsbedingten orthopädischen Krankheiten, Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs leichter gelingt, ist dies bei psychischen Erkrankungen, die in der Berufswelt oft unter dem Verdacht der Simulation stehen, schwieriger und oft noch tabubesetzt. Im Rückblick stellen jedoch, wie die folgenden Ergebnisse zeigen, diskontinuierliche Erwerbsbiografien und immer wieder auftretende krankheitsbedingte AU-Phasen und längere Zeiten der Erwerbslosigkeit für einen Antrag auf EM-Rente und deren Bewilligung relevante Faktoren dar und verweisen auf lange „Verlaufskurven des Erleidens“ (Schütze, 2006), zunächst ganz unabhängig davon, ob es sich um konstitutionelle oder bereits früh im Leben erworbene Vulnerabilitäten, in der Lebensgeschichte aufgeschichtete Gesundheits- und/oder Lebensprobleme oder Lebensstil und/oder durch die Berufsarbeit bedingte Beeinträchtigungen handelt, die zur Erwerbsunfähigkeit geführt haben. So verweisen die Ergebnisse von Söhn & Mika (2015), die in einer erweiterten Perspektive Ergebnisse aus der soziologischen Lebenslaufs- und Ungleichheitsforschung herangezogen haben, dass

„mit einer Langzeitanalyse auf Basis der Daten der gesetzlichen Rentenversicherung der Rentenzugangsjahrgänge 2004, 2007, 2010 und 2013, nur gut die Hälfte [aller, also: diagnoseübergreifend] Erwerbsminderungsrentner/-innen seit 2004 eine Normalerwerbsbiografie mit überwiegend durchschnittlich oder besser bezahlter langjähriger Erwerbsarbeit aufweist. Die übrigen Biografien zeigen frühe Krankheitsphasen, langjährige Arbeitslosigkeit, Familienarbeit und niedrige Einkommen aus Erwerbsarbeit in unterschiedlicher Abfolge. Auch unter den Normalerwerbstätigen zeigt sich allerdings ein mehrjähriger Prozess des Übergangs von Phasen durchschnittlicher Erwerbstätigkeit über Niedriglohn, Arbeitslosigkeit und Krankheit in die Rente“ (S. 461).

Zuweisungssteuerung

Das Verfahren der EM-Rentenantragstellung und Begutachtung stellt schon für sich genommen eine Hürde für die Betroffenen dar: viele sind über die Wege, Möglichkeiten und Folgen trotz der vielen einschlägigen Internetforen nur unzureichend informiert; vielen wird die Antragsstellung vom Haus- oder Facharzt empfohlen, einige erhalten den Rat von Kollegen und Freunden und besonders diejenigen, die in einem ALG-II Bezug mit langen AU-Zeiten waren, fühlten sich durch die Jobcenter zur Antragstellung gedrängt (vgl. Kapitel 4.1. Quantitative Ergebnisse). In die Entscheidung über Ablehnung oder Bewilligung (ca. 40 % zu 60 %) spielen zusätzlich zu den medizinischen Gutachten auch sozialrechtliche („Reha vor Rente“) und spezielle sozialmedizinische und sozialpolitische Aspekte eine wichtige Rolle: insbesondere die Beurteilung der (zukünftigen) Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, wenn Brussig et al. (2019) von einem *stark verrechtlichten Prozedere bei der Zugangssteuerung* sprechen, die neben gruppen- und individuumsspezifischen Merkmalskombinationen dazu beitragen, dass sich typische Wege in die EM-Rente identifizieren lassen.

„Analysen der Erwerbs- und Versicherungsverläufe vor Eintritt in eine Erwerbsminderungsrente zeigen an, dass es typische Verläufe in die Erwerbsminderungsrente hinein gibt. Sie sind stark sozialrechtlich geprägt (siehe Brussig, 2012; Gasche & Härtl, 2013; Söhn & Mika, 2015). [...] So ist der Zugang in die Erwerbsminderungsrente aus dem ALG-II-Bezug zwischen 2005 und 2012 gestiegen. In dieser Zeit wurden mit dem ALG-II-Bezug versicherungsrechtliche Zeiten angesammelt, aufgrund derer es möglich war, eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen. Erst während bzw. aufgrund des ALGII-Bezuges erfüllten ehemalige Bezieher_innen der Sozialhilfe die Anspruchsvoraussetzungen auf Erwerbsminderungsrente (Mika et al., 2014; Bäcker, 2012)“ (Brussig et al., 2019, S. 247).

Aurich-Beerheide et al. (2018) fokussieren auf organisationelle und rechtliche Aspekte der Zugangssteuerung und heben neben der schon erwähnten verrechtlichten Struktur auf die von unterschiedlichen Organisationskulturen und Eigeninteressen der zentralen Akteure (wie Arbeitsagentur, Jobcenter, Rentenversicherung) geprägten und oftmals divergierenden Beurteilungen durch Expertengutachten und deren Verfahren und Entscheidungen, die für die betroffenen Menschen oft wenig nachvollziehbar sind.

2.2.3 Erklärungsmodelle

In der erklärenden Sozialepidemiologie werden als zentrale Faktoren für die Inanspruchnahme der Frühberentung – über alle Diagnosebereiche hinweg – insbesondere die Arbeitsplatzsituation und die damit verbundenen spezifischen Belastungen (z.B. Zeit- und Termindruck; Multitasking; unklare Aufgabenstruktur (vgl. Lohmann-Haislah, 2012; Siegrist, 2015) und stark ausgeprägt auch mangelnde Anerkennung, eine wahrgenommene ausgeprägte Effort-Reward-Imbalance (Siegrist, 2018) und Arbeitsplatzunsicherheit (Erbel et al., 2012; Schröder et al., 2015) genannt.

In einer schon etwas älteren Studie kommen Upmark et al. (1999) anhand eines nationalen Surveys in Schweden von fast 50.000 jungen Männern zu folgenden Prädiktoren für einen vorzeitigen Rentenbezug:

„Receiving a psychiatric diagnosis at conscription, showing low emotional control, unemployment after graduation, and ranking low on an "IQ" test were strong predictors of all categories of DP [Disability pension] with psychiatric diagnoses." (S. 533).

Zu jedem der aufgeführten Untersuchungsbereiche existieren bereits eine Vielzahl wissenschaftlicher Erkenntnisse zu den allgemeinen Risiken für eine EM-Rente auf einer hohen Aggregationsebene, aus denen heraus sich jedoch nicht zwingend direkte Handlungsstrategien für rehabilitative Angebote ableiten lassen. Um hier zu passgenauen und zielführenden Angeboten zu gelangen ist es erforderlich, aus Fallgeschichten abgeleitete charakteristische Konstellationen zu identifizieren, an denen exemplarisch sichtbar wird, welche Personen in welchen Kontexten besonders gefährdet sind und welchen konkreten Reha-Bedarf sie haben und auch bereit wären zu akzeptieren. Insgesamt erweist sich der Forschungsstand mit Blick auf theoriebasierte Erklärungsmodelle als bislang eher schwach entwickelt. Vielmehr dominieren aus dem von Experten im System beobachteten Versorgungsgeschehen und den prozessproduzierten Daten gewonnene empirische Analysen, die eher wenig theoriegeleitet sind.

2.3 Dynamiken innerhalb des EM-Rentenbezugs

Bislang gibt es nur sehr wenige Studien, die sich mit den Entwicklungen und den psychosozialen Dynamiken *innerhalb des EM-Rentenbezugs* beschäftigt haben; dies dürfte auch daran liegen, dass dieser Gruppe, nachdem die EM-Rente einmal bewilligt wurde, nicht zuletzt auch wegen des hohen Anteils der Weiterbewilligung und der Umwandlung von befristeten in unbefristete EM-Renten, faktisch, trotz gegenteiliger normativer Rhetorik, aus dem Blick rehabilitationspolitischer und -fachlicher Bemühungen zu geraten scheint.

Abgesehen von einigen quantitativen Erhebungen, die sich mit den Veränderungen der Rückkehrwahrscheinlichkeiten auf den Arbeitsmarkt in Abhängigkeit vom Zugangsalter und der Dauer des EM-Rentenbezugs beschäftigen (Brussig et al., 2019; Zschucke et al., 2017) sind es vor allem *qualitative Studien*, die sich der Frage nach den Anpassungsproblemen beim gesundheitsbedingten nicht-normativen Statusübergang aus der Arbeit oder dem Status des erwerbslosen Arbeitssuchenden in die alltagsweltlich als „Frührente“ bezeichnete EM-Rente gewidmet haben (z.B. Bartel, 2019 sowie die vorliegende Studie). In einer Zusammenschau sind es vor allem folgen Themenbereiche, die hier bislang untersucht wurden:

Arrangement mit der neuen Lebenssituation und Gestaltung der Statuspassage

Die Bewilligung selbst und die erste Zeit in der EM-Rente wird von den betroffenen Menschen überwiegend positiv erlebt; viele berichten auch von einer Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation; nach einer gewissen Zeit scheinen sich jedoch wieder (auch neue) gesundheitliche Beschwerden einzustellen (Hesse et al., 2019), wobei etwa mit dem Verweis auf Übergewicht (ebd.) nicht klar wird inwieweit dies ein Ergebnis des Ausscheidens aus dem Berufsleben darstellt. Während ca. 40 % der EM-Rentner auch während des EMR-Bezugs eine medizinische Rehabilitation erhalten, verteilt sich dies sehr unterschiedlich auf die Diagnosegruppen: so haben etwa an Krebs erkrankte EM-Rentner eine höhere Chance auf eine medizinische Reha als diejenigen mit einer F-Hauptdiagnose; insgesamt vermindert sich die Chance auf Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation mit der Dauer der EM-Berentung deutlich (vgl. Briest, 2018, BERATER-Studie). Hier wäre der Frage nachzugehen, ob der Bedarf geringer geworden ist, weniger Anträge gestellt wurden oder ob sich die Ablehnungsquote erhöht hat.

Nach dem gesundheitsbedingt erzwungenen oder selbst aktiv betriebenen Ausstieg aus dem Arbeitsleben (in eine EM-Rente) lassen sich, folgt man den detaillierten qualitativen Fallanalysen von Bartel (2019), Lernprozesse und Veränderungsdynamiken in zwei Richtungen erkennen, so eine wichtige Erkenntnis der Arbeit: diese Lernprozesse sind von Neubewertungen im Zeitverlauf abhängig (vor dem Ausscheiden, Krise des Ausscheidens, Behandlung und Rehabilitation, neue Orientierung) und vom Alter der Befragten. Während die jüngeren, d.h. die unter 50-jährigen Rehabilitanden für sich ein Szenario der „*Berufsweg-Gestaltung*“ entwickeln (in unserer Untersuchung findet sich ein ähnliches Muster bei der Gruppe rückkehrmotivierter EM-Rentner, die wir als „Biografische Neupositionierung“ beschrieben haben: vgl. Kapitel 5, *Synopse*), tendiert dies bei den über 50jährigen zu einem Szenario der „*Gestaltung des Renteneintritts*“. Damit nehmen Personen aus dieser Gruppe den frühzeitig unvermeidlich gewordenen Ausstieg aus dem Arbeitsleben als Herausforderung für die Bewältigung des Statusübergangs in eine neue Normalität mit anderen Prioritätssetzungen an. Das betrifft die Entwicklung neuer Alltagsroutinen und die Strukturierung des Alltags ohne Erwerbsarbeit („Alltagsarbeit“), die Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst- und Körperbild als gesundheitlich beeinträchtigter Mensch und als Person, die aus dem „Normalarbeitsmodell“ herausgefallen ist und damit die Herausforderung der Akzeptanz des neuen sozialen Status sowie die Neustrukturierung eigener Ziele für die nähere und fernere Zukunft („Krankheits- und Biografiearbeit“). Weiters die Aushandlungsprozesse im Neuarrangement in Partnerschaft und die Gestaltung (neuer) sozialer Beziehungen („Familien- und Beziehungsarbeit“) sowie nicht zuletzt die Gestaltung der Teilhabe am kulturellen und sozialen Leben in der Gemeinschaft, etwa durch Ehrenamt, Hobbies, Freizeitgestaltung („Kulturarbeit“). Allerdings scheitern auch eine Reihe von EM-Rentnern beim Arrangement mit der EM-Rente, sei es, dass sie durch ihre Erkrankung noch so stark beeinträchtigt sind, dass sich alles um die Krankheitsarbeit drehen muss, sei es, dass sie den Weg in die EM-Rente in der Rückschau als Endpunkt eines Scheiterns in und an der Arbeitswelt oder sogar der Lebensgeschichte insgesamt sehen und ein sog. Verbitterungssyndrom entwickeln.

2.4 Rückkehr aus dem EM-Rentenbezug auf den Arbeitsmarkt

Die Möglichkeit der EM-Rente oder des gesundheitsbedingten „Early Retirement“ wird in der angelsächsischen Literatur als Teil wohlfahrtsstaatlichen Leistungen gesehen, die zugleich einen negativen Anreiz für einen Verbleib in Beschäftigung bilden; hier wird vor allem auf kontraproduktive Effekte einer sogenannten „disability trap“ verwiesen, die zu „Mitnahmeeffekten“ führen könnte:

„Disability benefits will always be a sensitive issue but our findings indicate that to some extent they act perversely as a barrier to returning to employment. The social welfare and disability benefits intended to act as a safety net may in fact operate as perverse incentives for individuals to leave employment or remain economically inactive. However, the *majority of people with mental health problems in surveys state that they would like to work*“ (McDaid & Knapp, 2008, S. 19 Herv. von uns).

Vor diesem Hintergrund sind in den 90er Jahren überall in Europa Strategien einer „aktivierenden Sozialpolitik“ entstanden. Mit Blick auf die EM-Berentung lässt das mit der Novellierung der Rentengesetzgebung 2001 in Kraft getretene Prinzip der Befristung von EM-Renten (§ 102 Absatz 2 SGB VI) als Ausdruck dieser Strategie verstehen (Brussig et al., 2019), allerdings ohne dass ihr entsprechende gezielte Angebote zur Beratung, Rehabilitation oder anderer Hilfen zur Unterstützung beim RTW oder bei einer Begleitung zur Sicherung nachhaltiger Beschäftigung zur Seite gestellt worden wären.

Mit der Befristung der EM-Rente war ja, wie bereits erwähnt, die Hoffnung verbunden, dass im Sinne einer aktivierenden Sozialpolitik, zumindest einem gewissen Teil der EM-Rentner eine erneute Arbeitsmarktintegration gelingt. Programmatisch bezogen auf unsere Zielgruppe der EM-Rentner mit F-Diagnose hat die Deutsche Rentenversicherung hier bereits 2014 gefordert: „Bei befristeten Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen soll präziser analysiert werden, von welchen Faktoren eine Reintegration in das Erwerbsleben abhängt“ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014, S. 29).

Forschungsergebnisse zur Rückkehr in Arbeit – was kann auf EM-Rentner übertragen werden?

Die Literatur zur Rückkehr in Arbeit (Return to Work = RTW) und in geringerem Maße Veröffentlichungen zum (längerfristigen) Verbleib in Arbeit (Stay at Work = SAW) nach

längerer Zeit der Erwerbslosigkeit, bei Krankheit oder Behinderung und/oder nach Rehabilitation ist inzwischen kaum noch zu überblicken und kann hier auch nicht umfassend dargestellt werden; hilfreiche Übersichten über den aktuellen Forschungsstand finden sich etwa bei Loisel & Anema (2013), Weber et al. (2014), Schultz & Gatchel (2016) oder bei Stegmann & Schröder (2018).

Eine systematische Literaturliteraturanalyse zu personalen und sozialen Faktoren beim RTW und einer darauf folgenden nachhaltigen Beschäftigung (Etuknwa et al., 2019) hat folgende *förderliche Faktoren für einen RTW bei Personen mit CMDs* (Common Mental Disorders) identifiziert: positive Einstellungen zur Arbeit generell und zum RTW im Besonderen, ausgeprägte Selbstwirksamkeitsüberzeugung, jüngeres Alter, höhere Bildung (vor allem mit Blick auf RTW-Anstrengungen), Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen. Geschlecht, sozialer Status und die Art der Beschäftigung haben keine oder widersprüchliche Effekte auf RTW und Stay at Work (SAW). Weitere RTW förderliche Faktoren sind positive Zukunfts- und Gesundheitserwartungen, ein negativer Prädiktor ist eine lange Vorgeschichte psychiatrischer Behandlungen (Victor et al., 2017). Aus weiteren Untersuchungen erweisen sich soziale Einbindung, eine kontinuierliche Beschäftigung vor der Krise, die Situation des regionalen Arbeitsmarkts nah mehr als einem Jahr nach Abschluss einer Reha-Maßnahme (Hetzel & Streibelt, 2016) und eine weitgehend abgeschlossene Krankheitsbearbeitung (Klaus et al., 2018) als positive, diskontinuierliche Erwerbsbiografien, lange Zeiten eines vorausgehenden Krankengeld- und Arbeitslosengeldbezugs als Risikofaktoren für einen gelingenden und nachhaltigen RTW (Bethge et al., 2011). Auch wenn sich diese Erkenntnisse nicht umstandslos auf die Gruppe der rückkehrfähigen und-willigen EM-Rentner übertragen lassen, liefern sie starke heuristische Hinweise auf wichtige RTW-Dimensionen und -Faktoren, die sich mit leicht unterschiedlichen Akzenten auch in den von uns recherchierten speziellen Studien zum RTW aus der EM-Rente immer wieder bestätigen.

Über Programme und Akteure des Return to Work in Deutschland informieren Brussig und Schulz (2019), für Europa liefern Belin et al. (2016) für die European Agency of Safety and Health at Work hierzu eine instruktive Übersicht; ein nützliches Handbuch mit Empfehlungen für den RTW für Beschäftigte wurde von der Society for Human Resource Management (SHRM) erarbeitet.

Rückkehrwunsch

„Nach ihren Zukunftsplänen befragt, schlossen lediglich 25 % eine spätere Rückkehr ins Erwerbsleben aus, während 14 % angaben, noch darüber nachzudenken, 47 % die konkrete Absicht äußerten, und 9 % nach eigener Aussage bereits konkrete Vorbereitungen getroffen hatten. Dieser Befund ist vor allem überraschend in Gegenüberstellung mit den geschätzten 6 % der Versicherten, die nach einer befristeten EMR tatsächlich ins Erwerbsleben zurückkehren. Ein niedrigeres Alter und eine geringere Dauer der bisherigen EMR waren statistisch mit einer höheren Rückkehrabsicht assoziiert. Darüber hinaus gaben Versicherte, die vor der EMR Arbeitslosengeld bezogen hatten, deutlich seltener eine Rückkehrabsicht an. Überraschenderweise hatten Schul- und Berufsbildung ebenso wenig einen Einfluss auf die Rückkehrabsichten wie die Anzahl der genannten Erkrankungen oder der Grad der subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheitseinschränkung“ (Zschucke et al., 2017, BERATER-Studie).

Mit Blick auf diejenigen EM-Rentner, die zu einer Rückkehr ins Erwerbsleben motiviert sind, wurden in der BERATER-Studie als häufigste Motive „ ... neben dem Geldverdienenden Aspekte der sozialen Teilhabe genannt: Gebrauchtwerten, Kontakt zu anderen Menschen, Anerkennung und Wertschätzung.“ (Zschucke et al., 2017, S. 3; vgl. auch Zschucke et al., 2016). Diese Motivbündel, die auf die Aspekte der *Teilhabe*, der *Teilnahme*, des *Teilseins* und der *Teilgabe* (verweist auf das die Anerkennung des Gebrauchtwerdens, des eigenen Beitrags zur Gemeinschaft) als zentrale Momente der Partizipation an der Gesellschaft verweisen (vgl. Kardorff, 2014) finden sich auch immer wieder in Studien aus der Sozialpsychiatrie und den Erfahrungen von Ärzten und Psychologen.

Rückkehrhäufigkeit

„Insbesondere das Alter hängt mit der Rückkehrwahrscheinlichkeit zusammen: Jüngere Versicherte (unter 40 Jahre) kehren deutlich öfter in Beschäftigung zurück (36 %) als ältere Versicherte, denen es kaum gelingt (ca. 6 % der über 55-Jährigen). Fasst man Übergänge in Beschäftigung und Arbeitslosigkeit zusammen, gelingt mehr als der Hälfte der Jüngeren ein Übergang in einen arbeitsmarktnahen Zustand (ca. 55 %). Eine hohe Beschäftigungsintensität vor der Erwerbsminderung erhöht die Chance, danach wieder in Beschäftigung zu kommen. Eine zunehmende Dauer einer Erwerbsminderungsrente geht nicht mit geringeren

Beschäftigungschancen einher, wenn man den parallelen Effekt des Älterwerdens kontrolliert“ (Brussig et al., 2019, S. 265).

Während viele Studien (vgl. Kap. 10., Anhang 6, Scoping-Review, etwa Edén et al., 2007; Johansson & Johansson, 2010) davon ausgehen, dass auch das „Altern in der EM-Rente“ die Rückkehrmotivation negativ beeinflusst, was auch wir in unserer vorliegenden Studie (vgl. Kapitel 5 *Synapse*) bestätigen können, führt dies laut Brussig et al. nicht automatisch zu einem Rückgang der Beschäftigungswahrscheinlichkeit:

„Die Ausgangsvermutung und der zunächst deskriptiv gewonnene Befund, dass mit zunehmender Dauer der Erwerbsminderungsrente die Beschäftigungswahrscheinlichkeit zurückgeht (...), bestätigen sich daher nicht. Vielmehr scheint es eine länger andauernde Phase zu geben, innerhalb der sich erst klärt, ob die Erwerbsfähigkeit wieder erreicht werden kann. Drittens: Eine Beschäftigung vor der Erwerbsminderungsrente bringt höhere Beschäftigungschancen nach der Erwerbsminderungsrente mit sich als keine Beschäftigung vor der Erwerbsminderungsrente. (...). Damiteinher geht, dass eine Beschäftigung im letzten Monat vor dem Ende einer Erwerbsminderungsrente die Beschäftigungswahrscheinlichkeit zwölf Monate nach deren Ende zwar nur geringfügig, aber signifikant anhebt. Bereits während der Erwerbsminderungsrente in einem Beschäftigungsverhältnis zu sein, verbessert demnach die Chancen auf ein nachhaltiges Beschäftigungsverhältnis“ (2019, S. 263).

Diese letztgenannte Schlussfolgerung wird auch in unseren Ergebnissen bestätigt; gleichwohl ist die These, dass die Beschäftigungswahrscheinlichkeit von EM-Rentnern nicht mit der Dauer der EM-Rentenbezugs sinkt, möglicherweise ein Artefakt, weil bei Brussig et al. auch Minijobs als Beschäftigungsverhältnis zählen. Wir haben aus unserer qualitativen Studie allerdings empirische Hinweise darauf, dass die Mehrzahl derjenigen EM-Rentner, die derartigen Minijobs nachgehen, dies vor allem zur finanziellen Aufstockung ihrer Rente und aus Gründen der sozialen Teilhabe tun.

Rückkehrwahrscheinlichkeit

Übereinstimmend können Brussig et al. (2019) und Köckerling (2018) in ihren Studien zeigen, wie stark die Rückkehrwahrscheinlichkeit vom (*jüngeren*) *Lebensalter* – mit Ausnahme bei Schwerbehinderten (vgl. Mika, 2013) – abhängt:

„Bei Versicherten im Alter von 40 Jahren und jünger ist die Wahrscheinlichkeit, ein Jahr nach der Erwerbsminderungsrente in Beschäftigung zu sein, mit gut 32 % weit überdurchschnittlich. In der mittleren Altersgruppe von 41 bis 55 Jahren ist die Beschäftigungschance mit gut 18 % immer noch überdurchschnittlich, hingegen bei Älteren ab 56 Jahren mit knapp drei Prozent weit unterdurchschnittlich“ (Brussig et al., 2019, S. 258).

Diese Ergebnisse werden in der ZEMI-Studie (Projekt: ZEitlich Befristete ErwerbsMInderungsrenten) bestätigt und dadurch ergänzt, dass der Rückkehrerfolg an ergänzende Hilfen während der EM-Rente und im Anschluss an die Wiederaufnahme einer Beschäftigung gebunden ist:

„Die Datenauswertung hat gezeigt, dass nur 5,9 % der EMR ein RTW erreichen. Junge EMR im Alter unter 40 Jahren, EMR mit somatischen Erkrankungen und EMR mit einer medizinischen Rehabilitation oder LTA weisen die höchsten Wahrscheinlichkeiten für ein RTW auf. Internationale Erfahrungen, die im Review zusammengetragen wurden, zeigen ebenfalls geringe RTW-Raten auf und geben Hinweise, welche Ansätze am erfolgversprechendsten sind. Hierzu gehören eine persönliche, ganzheitliche Langzeitbegleitung von EMR auf dem Weg zum RTW und finanzielle Anreize in der Form, dass die EM-Rente bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zunächst unangetastet bleibt oder die Hinzuverdienstgrenze angehoben wird. Diese Maßnahmen erwiesen sich (in einer Modellrechnung) überwiegend nicht als kostendeckend. Die Expertengruppe hob hervor, dass für einen gelingenden RTW-Prozess eine Netzwerkbildung aller Behörden und eine frühzeitige Zusammenarbeit entscheidend ist. Dafür bedarf es rechtlicher Rahmenbedingungen, die zu schaffen sind. Zudem wurden Informationsbedarf zur Bedeutung einer befristeten EM-Rente und des RTW an verschiedenen Stellen im System gesehen (u. a. EMR, Arbeitgeber, Hausärzte). Eine sowohl für EMR als auch für Arbeitgeber unverbindliche Probearbeitszeit, die den Rentenstatus nicht gefährdet und die nicht mit finanziellen Nachteilen verbunden ist, wurde befürwortet. Es wurde resümiert, dass angesichts der sichtbar gewordenen Handlungsmöglichkeiten eine soziale Verpflichtung bestehe, EMR im Hinblick auf ein RTW zu unterstützen – auch wenn dies möglicherweise nicht kostendeckend sei“ (Köckerling, 2018, S. 7).

In diesem Zusammenhang wäre eine Bezugnahme auf internationale Erfahrungen etwa aus den skandinavischen Ländern mit sozialrechtlichen Konstruktionen weiterführend, die eine probeweise Rückkehr auf den Arbeitsmarkt mit der Möglichkeit einer Rückkehr in die Early

Pension verbinden, wenn der RTW scheitert (vgl.z.B. Müller & Larisch, 2019 für Schweden, siehe auch übernächster Unterpunkt).

Subjektive Hindernisse für eine Rückkehr in Arbeit

In der BERATER-Studie (Befristete Erwerbsminderungsrente und Rückkehr in das Erwerbsleben: Themen und Erwartungen von ErwerbsminderungsrentnerInnen) zeigte sich:

„Als häufigste Barrieren für eine Rückkehr ins Erwerbsleben wurden gesundheitliche und arbeitsmarktbezogene Faktoren genannt. Psychische Probleme wie Ängste oder Depression, chronische Schmerzen, geringe körperliche Belastbarkeit und Adipositas stellten aus Sicht der Betroffenen dabei besonders häufige gesundheitsbezogene Hinderungsgründe dar“ (Zschucke et al., 2017, S. 3).

Besonders erwähnt wurden auch Ängste davor, dass potenzielle Arbeitgeber nicht auf die besonderen Bedürfnisse eingehen würden sowie Informationsdefizite; letzteres betrifft Informationsmängel etwa zu

„Zuständigkeiten, Strukturen und Abläufen der beruflichen Rehabilitation und Wiedereingliederung sowie den daran beteiligten Akteuren. Fast alle Leistungen sind Antragsleistungen und setzen ein hohes Maß an Eigeninitiative voraus sowie die Fähigkeit, sich schriftliche Informationen proaktiv zu beschaffen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Den meisten TeilnehmerInnen der BERATER-Studie waren nach eigener Aussage Institutionen wie Integrationsfachdienste und Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation unbekannt. Auch hatte die Mehrzahl vor der EMR keinen persönlichen Kontakt mit Reha-Fachberatern der Deutschen Rentenversicherung“ (ebd. 2017, S. 4).

Ängste vor dem Verlust der Sicherheit der EM-Rente bei einem Scheitern des RTW

Zu den subjektiven Barrieren gehören auch mit einer Rückkehr aus der Erwerbsminderungsrente verbundene soziale und materielle Unsicherheiten, für die sozialpolitische Lösungen gefunden werden müssten:

„Wirtschaftliche Anreize zur Beschäftigung und Wiedereingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen wie beispielsweise in den Niederlanden (Reese & Mittag, 2014) sind daher ebenso wichtig wie eine langfristige Unterstützung, Beratung und Begleitung durch qualifizierte Begleiter (Welti & Großkreutz, 2014)“ (Zschucke et al., 2017, S. 5).

Die starke Differenz zwischen Rückkehrabsicht und tatsächlicher Rückkehr, die ja auch in unserer Studie auftritt, wird als „*Intentions-Verhaltens-Lücke*“ von Zschucke et al. (2016) interpretiert. Vielleicht muss man dazu aber auch sagen, dass hier mit Blick auf das Versorgungssystem und überwiegend fehlenden Konzepten, Angeboten und Praktiken proaktiver Beratung und Unterstützung auch eine *Gelegenheits- und Unterstützungslücke* zu konstatieren ist.

Generell *positive Kriterien für einen Verbleib in Arbeit* sind:

„Good perceived health, good work ability and positive work-related psychological factors, such as the absence of negative perceptions about work, reward satisfaction, and high job control and job satisfaction are significantly associated with employee intentions to continue working instead of retiring early“ (Bonsdorff, 2009, S. 3).

Mit Ausnahme einer als gut eingeschätzten Arbeitsfähigkeit, die bei EM-Rentenantragstellern nicht mehr vorhanden ist, dürften die genannten psychologischen Faktoren auch hier relevant sein.

Eine wesentliche Schlussfolgerung aus der ARentA Studie (Kedzia et al., 2011) lautet, dass der Charakter der Befristung der EM-Rente von den Betroffenen als Zeitraum und Chance gesehen werden sollte, um geeignete Therapiemaßnahmen zu ergreifen oder weiterzuführen und auf eine Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit hinzuarbeiten. Dieses Postulat folgt den normativen Vorgaben zu folgen, die mit der im EM-Rentenrecht 2001 eingeführten Befristung der EM-Renten intendiert wurden, die empirischen Ergebnisse für die Wiedereingliederung decken dies nicht. Das dürfte einerseits u.a. an der Schwere der Beeinträchtigungen/Krankheiten und an dem damit verbundenen Leidensdruck oder an der definitiven Entscheidung der Betroffenen liegen, aus unterschiedlichen Gründen vor allem aber aufgrund einer tiefgreifenden Erschöpfung durch die Arbeitssituation liegen. Abgesehen davon, dass viele Betroffene über gezielte Hilfemöglichkeiten zur Rückkehr auf den Arbeitsmarkt nicht informiert sind (und auch nicht informiert wurden) scheinen auch

„... die Sozialversicherungsträger nicht als Beratungsinstitution, sondern eher als Verantwortliche für die Bewilligung von Sozialleistungen wahrgenommen zu werden. Eine Kombination dieser beiden Gesichtspunkte kann zu einer bürgernahen und niederschweligen

Verwaltung beitragen und der bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Sozialleistungen Vorschub leisten“ (Schian et al., 2004, S. 24).

Ebenso wie in der ARentA-Studie oder (Kobelt et al., 2009) beurteilt auch Briest (2018) in ihren Ergebnissen der BERATER-Studie die Wirkung der befristeten EM-Berentung mit Blick auf die Rückkehrwahrscheinlich in Arbeit eher skeptisch, betont aber auch die Notwendigkeit gezielter Ansprache und von Case-Management im EM-Rentenbezug:

„Die Ergebnisse verdeutlichen, dass das mit der Befristung der EM-Rente verknüpfte Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nur unzureichend realisiert wird. Aufgrund der vielschichtigen und individuellen Problematiken bedarf es der Ausgestaltung neuer Angebote unter Einbeziehung der verschiedenen Akteure der Sozial- und Gesundheitssysteme“ (S. 1).

So sinnvoll und nachvollziehbar diese Schlussfolgerung ist, sollte ein anderes Ergebnis der ARentA-Studie berücksichtigt werden, nämlich dass ein Großteil der positiven Erwartungen an die EM-Rente sich nach dem Eintritt in den neuen Status nicht erfüllt haben. In allen untersuchten Bereichen (Freundschaft, Hobbys/Interessen, Gesundheit, Zukunftsaussichten, Finanzielle Lage und Leben insgesamt) zeigen sich kaum Verbesserungen in der Befragung nach 2 Jahren bewilligter EM-Rente. Skeptisch mit Blick auf die Rolle einer weitergehenden medizinischen oder psychologisch/psychotherapeutischen symptomzentrierten Behandlung bei EM-Rentnern mit F-Diagnosen äußern sich Kobelt et al.:

„Eine symptomorientierte Rehabilitation führt bei Versicherten mit voller Erwerbsminderungsrente wegen psychischer Erkrankungen vermutlich nicht zu einer erhöhten Wiedereingliederungsquote“ (2009, S. 273) (...) „Es hat sich herausgestellt, dass die zeitliche Befristung einer Berentung wegen voller Erwerbsminderung nicht dazu führt, dass sich der Prozentsatz derjenigen, die in den Arbeitsmarkt zurückkehren, erhöht. Die Rehabilitation erreicht in der Regel nicht, dass die Patienten wieder auf den Arbeitsmarkt zurückkehren. Etwa ein Drittel der Betroffenen ist jedoch an einer Reintegration interessiert. Maßgeblich für den Erfolg einer Reintegration erscheint zu sein, dass die Betroffenen kontinuierlich nach der Berentung medizinisch und psychotherapeutisch weiterbetreut werden, um so den Kontakt zum Berufsleben bzw. das Ziel der Wiedereingliederung nicht vollständig zu verlieren. Dies kann auch in Form eines Case-Managements erfolgen“ (ebd. 2009, S. 279).

Besonders das zweite hier berichtete Ergebnis der ARentA-Studie legt im Kontext der Empfehlungen von Kobelt et al. zum Case-Management nahe, dass dieses erstens *bereits während des EM-Rentenbezugs* einsetzen muss und sich zweitens *nicht allein und verengt auf*

die Rückkehr ins Erwerbsleben beschränken sollte, sondern auch den Aspekt der allgemein Lebenszufriedenheit, der sozialen Einbindung und vor allem des Alltagsmanagements unter den Bedingungen der noch vorhandenen Beeinträchtigungen im Blick haben sollte (vgl. auch Falkdal et al., 2006). Generell zeigen diese Ergebnisse auch, dass die üblichen Standardangebote für die Zielgruppe nicht hilfreich sind: wenn man davon ausgeht, dass diejenigen EM-Rentenbezieher, die eine realistische Vorstellung über eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt haben (vgl. Kapitel *Synopse*) bereits eine weitgehend abgeschlossene Krankheitsbearbeitung erreicht haben, dann sind es eher gezielte personalisierte Hilfen auf dem Weg zurück in Arbeit, die situationsgerecht und in Abstimmung mit den rückkehrwilligen Betroffenen gemeinsam zu entwickeln sind als Standardangebote, sei es der medizinischen oder der beruflichen Rehabilitation; gerade im letztgenannten Bereich besteht die Möglichkeit der Kombination unterschiedlicher bewährter Integrationshilfen, die dann jeweils individuell (Case-Management) angeboten werden könnten.

Sozialpolitische Strategien und neue Modelle zur Unterstützung von RTW

Auch wenn die Mehrzahl der für diesen Forschungsstand recherchierten Studien nur wenige konkret operationalisierte Empfehlungen für die Praxis entwickelt hat, lassen sich durchaus Empfehlungen ableiten und diejenigen integrieren, die in einigen Studien konkret genannt wurden und die wir in erweiterter Form im Anschluss an unsere eigenen Forschungsergebnisse im Kapitel 8 (*Empfehlungen*) aufgegriffen haben:

- Ausführliche Beratung bei der Beantragung der EM-Rente zu Alternativen und zu den Möglichkeiten einer Rehabilitation oder von LTA-Maßnahmen in der EM-Rente, besonders im Zusammenhang der Erläuterung der Befristung bei denjenigen Personen, die einen Rückkehrwunsch haben und gesundheitlich auch dazu in der Lage wären;
- Soweit der Wunsch der EM-Antragsteller besteht, Kontaktaufnahme mit BEM-Beauftragten der letzten Beschäftigungsstelle zur Suche nach leidensgerechter Fortführung des Arbeitsverhältnisses,
- Proaktive Beratung, Information und Unterstützung in der EM-Rente für diejenigen Rückkehrmotivierten, die dies wünschen

- Konkrete Angebote zur Erprobung der Leistungs-, Belastungs- und Durchhaltefähigkeit und Case-Management
- Sozialpolitische Abfederung des Risikos des Scheiterns beim RTW aus der EMR.

Bislang gibt es unseres Wissens noch kaum Projekte, die mit genau dieser Perspektive eine Rückkehr oder einen Verbleib von EM-Antragstellern – hier im sekundärpräventiven Vorfeld – praktisch umsetzen. Das gerade angelaufene und von der Universität Lübeck (Matthias Bethge) begleitete und gerade gestartete Praxisprojekt AktiFAME der Rentenversicherung Nord im Kontext der Reha-Pro-Förderung zielt durch eine frühzeitige Ansprache von EM-Rentenantragstellern darauf, die Chancen einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung zu unterstützen (vgl. Deutsche Rentenversicherung Nord, 2020).

2.4.1 Scoping-Review zu qualitativen Studien zum Return to Work aus EMR bzw. Disability-Pension

Abweichend von der bisherigen Darstellungslogik in diesem Kapitel stellen wir hier die Kernergebnisse einer thematisch eng fokussierten Scoping-Review zum Thema *Return to Work nach Eintritt in eine Erwerbsminderungsrente vor*²¹, die sich ausdrücklich nur auf qualitative Studien stützt, um vor dem Hintergrund der gewählten Methodik unserer eigenen Studie weitgehend sicherzustellen, dass wir keine wesentlichen methodischen Herangehensweisen und inhaltlichen Erkenntnisse im nationalen und internationalen Forschungsstand übersehen haben. Das Ziel der Studie bestand darin, eine Übersicht über bisher vorliegende *qualitative* Studien zu den Erfahrungen, Einstellungen und Verhaltensstrategien zur Rückkehr in Arbeit von Personen zu gewinnen, die bereits eine Erwerbsminderungsrente (bzw. „disability pension“) beziehen. Die Auswertung konzentrierte sich darauf, ob und mit welchen Gründen EM-Rentner eine auch teilweise *Rückkehr in Arbeit* (RTW) anstreben und welche Chancen und Barrieren dafür aus subjektiver Sicht der Betroffenen sowie der Berücksichtigung von Umweltfaktoren bestehen. Auf der Basis der Datenbanken SCOPUS und WISO-NET sowie einer umfangreichen Handrecherche wurden 210 deutsch- und englischsprachige Studien aus den Jahren 2000 – 2019 identifiziert, die unseren Einschlusskriterien entsprachen (vgl. Kap. 10, Anhang 6). Nach einem aufwändigen

²¹ Die vollständige Scoping-Review befindet sich im Anhang 6. Die Erstellung der Scoping-Review wurde von Anna-Rosa Ostern, B.A., in Kooperation mit dem gesamten Team erstellt.

Filterprozess blieben nur drei Studien aus dem skandinavischen Raum übrig (Edén et al., 2007; Johansson & Johansson, 2010; Falkdal et al., 2006), bei denen zudem EM-Rentner mit F-Diagnosen nicht im Vordergrund standen.

Mit Blick auf die aus der subjektiven Perspektive der „sick-leavers“ berichteten und aus Interviews gewonnen Kernergebnisse ergab sich auch hier ein Bild, das weitgehend mit den anderen quantitativen und qualitativen in diesem Kapitel zum Forschungsstand bereits dargestellten Ergebnissen übereinstimmt: so kommen Falkdal et al. schon 2006 hinsichtlich der Erfolgsaussichten für einen RTW aus einer „diability pension“ zu dem Ergebnis, dass: „Valuable predictors for re-entry into work or disability retirement were: individual mental resources; clear or unclear diagnosis; how long had been spent in the sick-leave process; and personal belief in an ability to work in the future“ (2006, S. 170).

Gleichwohl zeigen sich in den Studien deutliche Differenzierungen und Akzentsetzungen, die besonders Aspekte der von der jeweiligen Biografie entwickelten und damit von typisierbaren Persönlichkeitsmerkmalen geprägten unterschiedlichen Anpassungsprozesse an die neue Situation des Lebens mit einer Disability Pension betonen und darüber hinaus die Bedeutung hervorheben, die einer starken Motivation zu einer Rückkehr auf den Arbeitsmarkt zukommt – immer unter den Bedingungen einer mit Deutschland nicht vergleichbaren sozialrechtlichen Rahmung, die eine gezielte Förderung eines RTW ohne Verlust der Disability Pension bei einem Scheitern des Rückkehrversuchs ermöglicht. So kommen Edén et al. (2007, S. 1720) auf der Basis einer durch Inhaltsanalyse von 17 Interviews gewonnenen Typologie der Anpassungsmodi an den Status der „Disability Pension“ mit Blick auf einen erfolgreichen RTW zu dem Ergebnis, dass die entscheidende Variable in der Motivation zu einer Re- bzw. Neu-Konstruktion des eigenen Lebenswegs liege: „In order to succeed, however, it is essential that the disability pensioner is motivated for a reconstruction of his/her life“. Und Johansson & Johansson fassen ihre Ergebnisse dahingehen zusammen, dass eine bis zum Erreichen der Altersgrenze erfolgreiche Wiedereingliederung in der Arbeitsmarkt faktisch fast nur *Teilerwerbsminderungsrentnern* gelingt, die eine starke Motivation zur Teilhabe am Arbeitsleben aufweisen und sich noch nicht wie die voll Erwerbsgeminderten Disability Pensioners mit der neuen Lebensperspektive innerlich arrangiert haben:

„The central conclusion drawn is that the informants with full-time disability pension reconciled themselves to their situation, changing their conception of what life on a disability pension means, while those informants who worked part-time saw their future role as that of worker. Thus, being employed constitutes one factor that promotes a future work career. Another factor related to work capacity is the need for balance between paid work and domestic work reported by disability pensioners working part-time. This area could serve as a point of departure for work rehabilitation“ (2010, S. 375).

Die im letzten Satz genannte und auch für nicht gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer in vielen Jobs prekäre und besonders für Familien mit Kindern oder mit zu pflegenden Angehörigen belastende und nicht ausgeglichene „work-life-balance“ dürfte gerade auch für psychisch beeinträchtigte Teil-EM-Rentner eine zusätzliche Stressquelle darstellen.

2.5. Folgerungen aus dem Forschungsstand

Insgesamt zeigt sich, dass mittlerweile zur Frage nach den zentralen Risikofaktoren für den Eintritt in eine EM-Rente eine Reihe von vorwiegend quantitativen deskriptiven Studien auf Basis prozessproduzierter Daten von Kostenträgern vorliegen. Sie konnten meist korrelative Zusammenhänge, seltener kausaler Einflüsse zwischen einzelnen Faktoren und EM-Rentenbezug identifizieren. Sowohl in den systematischen Literaturübersichten als auch mit Blick auf Einzelstudien zeigt sich dabei eine starke Konvergenz hinsichtlich der zentralen Risikofaktoren (z.B. Dauer des Krankengeldbezugs vor Eintritt in die EM-Rente, lange Zeiten der Erwerbslosigkeit, diskontinuierliche Berufsbiografien, niedriger soziökonomischer Status, höheres Lebensalter, Semiprofessionen und niedrig qualifizierte Angestellten- und Dienstleistungstätigkeiten). Die Mehrzahl der Studien hat dabei diagnoseübergreifend das gesamte Spektrum der EM-Rentner im Blick, spezielle Studien zu EM-Rentnern mit F-Diagnosen gibt es nur vereinzelt. Mit Blick auf theoretische Erklärungsmodelle ist die Studienlage bislang eher dünn und die empirischen Ergebnisse werden zwischen den unterschiedlichen Disziplinen (Medizin, klinische Psychologie, Epidemiologie, Medizinsoziologie, Arbeitswissenschaft) kontrovers beurteilt und gewichtet. Vor allem aus medizinsoziologischer und arbeitswissenschaftlicher Perspektive werden besondere und neuartige Belastungen der veränderten und im rasanten Wandel befindlichen Arbeitswelt als relevante Bestimmungsgründe für zunehmende AU-Zeiten (und auch EM-Berentungen) aufgrund von psychischen Störungen genannt. Die medizinisch-psychologische Perspektive

geht dagegen von teils erlernten, teils konstitutionell oder krankheitsbedingten Anpassungsdefiziten an veränderte Anforderungen aus (z.B. Jacobi & Linden, 2018).

Roski et al. (2015) kommen zu dem Schluss, dass bei der Beantragung einer EM-Rente wegen psychischer Erkrankung von einer *Interaktion* von Einflussfaktoren ausgegangen werden müsse und ein einfaches multifaktorielles Modell genau diese Prozesse nicht abbilden könne. Sie konstatieren in diesem Zusammenhang: „Die ergänzende Implementierung qualitativer Methoden in Studiendesigns könnte neue Einsichten in Hintergründe und Risiken von Berentungen liefern. Auf diesem Weg könnten ebenso subjektive Beweggründe und Wahrnehmungen sowie der Einfluss von Struktur- und Prozessmerkmale des Begutachtungs- und Versorgungssystems eruiert werden, welche nicht den Routinedaten entnommen werden können“ (ebd. 2015, S. 10). Aus unserer Sicht kann daher eine Rekonstruktion (berufs-)biografischer Wendepunkte, des Krankheitsverlaufs, von situativen Faktoren und der Lebenslage charakteristische Fall-Konstellationen für die Beantragung von EM-Renten wie auch für die Handlungsperspektiven innerhalb der EM-Rente erhellen. Damit können Motivlagen für einen ggf. ins Auge gefassten Wiedereinstieg in Arbeit oder eben für den Verbleib in der EM-Rente erfasst werden; die biografischen „Verlaufskurve(n) des Erleidens“ (Schütze, 2006) können auf *veränderungssensible Phasen* aufmerksam machen und damit Hinweise für situationsgerechte und erforderliche/erwartete Beratungsangebote und Interventionen liefern. Welche Bedeutung dies hat, zeigt sich u.a. daran, dass nur ca. die Hälfte als psychisch krank diagnostizierter Versicherter vor der Beantragung einer EM-Rente eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben (Roski et al., 2015). Zu den Gründen für die mangelnde Inanspruchnahme liegen bislang nur wenige Studien vor; eine Ursache wird in der mangelnden Früherkennung behandlungs- und rehabilitationsbedürftiger Störungen durch niedergelassene Ärzte gesehen (vgl. Kruse et al., 2004); eine andere Ursache wird in der Angst vor Stigmatisierung durch die Veröffentlichung psychischer Krankheiten, vor allem gegenüber dem Betrieb und dem Betriebsarzt gesehen (vgl. Lelliott et al., 2008; Kardorff et al., 2013)

Mit Blick auf eine mögliche Wiederaufnahme von Arbeit nach einer EM-Zeitrente muss berücksichtigt werden, dass der Prozess der Rückkehr in Arbeit nicht erst mit der Vorbereitung in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, einem BTZ oder einem BFW beginnt, sondern von der biografischen Vorgeschichte und den teilweise schon sehr früh ausgebildeten subjektiven Rückkehrerwartungen abhängt; in einer Metasynthese zu RTW und psychischen

Störungen auf der Basis von acht qualitativen Studien kommen Andersen et al. (2012) zum Schluss, dass RTW als ein Prozess betrachtet werden muss, in dem (berufs-)biografische Vorerfahrungen mit Rückkehrerwartungen und mit der (subjektiven) Einschätzung der Zukunft interagieren. Inwieweit derartige Rückkehrerwartungen bei Antragstellern und bei EM-Zeitrentnern überhaupt vorhanden sind und wovon diese abhängen, stellt eine der Fragen dar, der wir uns in diesem Projekt gewidmet haben. In einer neueren Studie konstatieren Zschucke et al. darüber hinaus, dass eine „Intentions-Verhaltenslücke zwischen Rückkehrabsichten [bereits berenteter Rehabilitanden] und tatsächlicher Rückkehr ins Erwerbsleben“ (2016, S. 223) existiert, deren Faktoren zu untersuchen seien.

Bislang existiert praktisch kein Wissen darüber, wie die Betroffenen mit ihren psychischen Belastungen *vor* der fachlichen Diagnose umgehen, welche individuellen Strategien sie entwickeln und welche psychischen, sozialen und ökonomischen „Kosten“ damit einhergehen. Psychische Störungen haben eine sich oft über Jahre hinziehende „unentdeckte“ und unbehandelte Vor- und Krankheitsgeschichte, die häufig eng mit der beruflichen Situation verbunden ist (vgl. Lohmann-Haislah, 2012; Loisel & Anema, 2013; Siegrist, 2015). Diese Situation verweist auf einen Forschungsbedarf, der in rekonstruktiver Perspektive akzeptierte und aus der nachträglichen Perspektive gewünschte Ansatzpunkte für frühe Interventionen im betrieblichen und medizinischen Kontext liefern könnte. Die langen Entwicklungs- und Therapieprozesse bei psychischen Störungen verweisen zudem auf einen erheblichen Forschungsbedarf hinsichtlich individuell passfähiger und längerfristiger Strategien der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die über die eigentliche medizinische oder berufliche Rehabilitation hinausgehen.

Angesichts des Forschungsstandes zeigen sich also noch *erhebliche Lücken*. Darüber hinaus existieren bislang nur wenige qualitative Studien zum RTW nach Bewilligung einer EM-Rente/Disability Pension und unseres Wissens auch noch keine Studie, die den gesamten *Verlaufsbogen* von der von ersten Symptomen, über Präsentismus, wechselnde Belastungen mit AU-Zeiten und ggf. Erwerbslosigkeit und krisenhafte Zusammenbrüche und die ersten Überlegungen zur Beantragung einer EM-Rente und die Wege durch die administrativen Hürden der Begutachtung bis zur Bewilligung und schließlich das Arrangement mit der EM-Rente bis 18 Monate nach Bewilligung anhand ausgewählter Fallstudien rekonstruiert hat. Hier setzen unsere Forschungsfragen und das Untersuchungsdesign an.

3. Studienaufbau, Forschungsdesigns und Ablauf der Studie

3.1. Datengewinnung und Feldzugang

Für die Rekrutierung der Teilnehmer unserer Studie wurden insgesamt von den drei beteiligten Rentenversicherungen (DRV-Bund; DRV-Berlin-Brandenburg; DRV Westfalen) 3.673 Personen mit der Bitte um Teilnahme angeschrieben, deren Erstbewilligung einer EM-Rente aufgrund einer F3 oder F4 Hauptdiagnose etwa 4 bis 6 Wochen vor unserem Anschreiben lag.²² Der Rücklauf der Fragebögen betrug dabei insgesamt 599 Teilnehmer, das sind, etwas höher als von uns erwartet, 16,0 % der Angeschriebenen.²³

Nachfolgende Tabellen 1-3 zeigen die Anzahl der versendeten Anschreiben differenziert nach Rentenversicherungsträger, Geschlecht und den beiden Diagnosegruppen F3 und F4.

Von der DRV-Bund wurden angeschrieben: 2.815 Versicherte. Der Rücklauf betrug n= 499, das sind 17,7 %.

Tabelle 1: DRV Bund Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Geschlecht	Anzahl
F3	Männlich	420
	Weiblich	1526
F4	Männlich	144
	Weiblich	725

Von der DRV Berlin-Brandenburg wurden angeschrieben: 261 Versicherte. Der Rücklauf betrug n= 33, das sind 12,6 %.

Tabelle 2: DRV Berlin-Brandenburg Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Geschlecht	Anzahl
F3	Männlich	64
	Weiblich	104
F4	Männlich	33
	Weiblich	60

Von der DRV Westfalen wurden angeschrieben: 597 Teilnehmer. Der Rücklauf betrug n= 57, das sind 9,5 %.

²² Aufgrund von forschungsökonomischen Gründen wurde der Zeitraum der Erstbewilligung nach hinten verlängert, um genügend Versicherte für die Stichprobe zu gewinnen.

²³ Von den 499 Fragebögen konnten insgesamt 489 in die Analyse aufgenommen werden.

Tabelle 3: DRV Westfalen Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Geschlecht	Anzahl
F3	Männlich	199
	Weiblich	210
F4	Männlich	86
	Weiblich	102

Wie in den drei Tabellen zu sehen, sind in allen drei Versicherungsträgern Frauen überproportional vertreten. Ebenso sind die F3-Diagnosen mit ca. zwei Drittel weitaus häufiger als F4-Diagnosen (s.u.).

Mit der Versendung des Fragebogens durch die drei beteiligten Rentenversicherungen wurden die EM-Rentner detailliert über unser Projekt informiert und um eine Teilnahme gebeten. Darüber hinaus wurden die Angeschriebenen gefragt, ob sie zu drei persönlichen Gesprächen zustimmen, was zur Voraussetzung eine Kontaktaufnahme über E-Mail oder Telefon hatte. In einem beigelegten Bewilligungsschreiben, das in zwei Exemplaren mitversendet wurde, konnten die Versicherten ihre Bereitschaft zur Teilnahme an den drei Interviews im Rahmen der Studie dokumentieren. Über die Hälfte der Angeschriebenen (51,9 %) hat dabei persönlichen Gesprächen über ihre Situation vor, nach und in der EM-Rente zugestimmt und eine Kontaktadresse angegeben. Das spricht für ein großes Interesse und ggf. einem Problemdruck, der mit der Studie angesprochen ist. Von den Personen, die den persönlichen Gesprächen zugestimmt hatten, wurden insgesamt 45 anhand inhaltlicher Kriterien („Theoretical Sampling“) von uns ausgewählt und ein erstes narratives Interview ca. 6 Monate nach der Erstbewilligung durchgeführt. Jüngere Teilnehmer (30-39 Jahre) und F4-Diagnosen sind dabei überproportional in der Gruppe der von uns interviewten Personen aufgenommen worden. Ein Telefoninterview ca. ein Jahr nach, sowie ein zweites persönliches Gespräch etwa 18 Monate nach der Erstbewilligung, folgte. Die beiden episodisch-narrativen Interviews dauerten in der Regel zwischen 60 und 90 Minuten, das Telefoninterview, je nach Situation der Versicherten, zwischen 30 und 60 Minuten.

Für das telefonische Interview ca. 12 Monate nach Bewilligung der EM-Rente konnten von den ursprünglich 45 Teilnehmern der ersten Interviewphase noch 39 Personen erreicht und interviewt werden. In der Regel wurde nach einer schriftlichen Anfrage mit der Bitte um den Vorschlag eines telefonischen Termins ein ca. 30 bis 60minütiges Gespräch geführt, in dem es vor allem – neben der Verstärkung des Kontaktes – darum ging, eventuelle wichtige Ereignisse

oder Veränderungen bei den EM-Rentnern abzufragen. Diese Interviews gestalteten sich sehr unterschiedlich, da manche Teilnehmer starken Redebedarf hatten und das telefonische Gespräch direkt an das erste Interview anknüpfte.

Sechs Teilnehmer konnten trotz mehrmaligem Nachfragen per E-Mail oder Telefon nicht mehr erreicht werden. Sie wurden aber nochmals für das dritte Interview angeschrieben, da persönliche und/oder temporäre Gründe hier eine Rolle gespielt haben könnten. Bei psychischen Beeinträchtigungen sind akute Krisenphasen, wie sie uns in den Interviews von vielen EM-Rentnern berichtet werden, jederzeit denkbar. Eine Kontaktaufnahme kann zu einem ungünstigen Zeitpunkt dementsprechend schwierig, zu einem späteren Zeitpunkt aber eventuell wieder möglich sein. Deswegen wurden auch die aktuell nicht erreichbaren Teilnehmer der ersten Befragung nochmals zum dritten Zeitpunkt angeschrieben oder angerufen. Am Ende konnte zum dritten Zeitpunkt noch 39 Interviews durchgeführt werden.

Die folgende Abbildung 5 fasst das Studiendesign und den zeitlichen Ablauf der Studie zusammen.

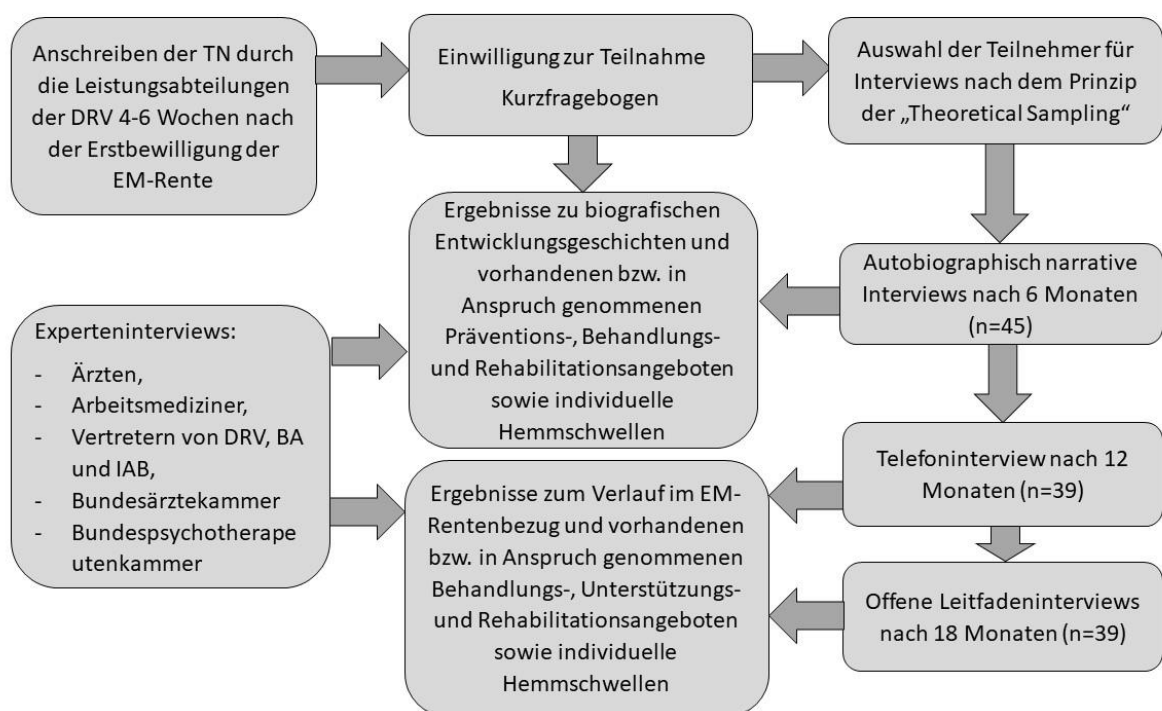


Abbildung 5: Studiendesign und Ablauf (Quelle: eigene Darstellung)

Die nachfolgende ergänzende Abbildung 6 zeigt anhand einer Zeitachse die im Studienverlauf durchgeführten Tätigkeiten:



Abbildung 6: Studiendesign (Quelle: eigene Darstellung)

3.2 Datenschutz und Ethikkonzept

Es wurden alle Versicherten in die Studie einbezogen, die einer Befragung schriftlich zugestimmt *und* ihre Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme an das Forschungsteam postalisch übermittelten. Die Studienteilnehmer wurden in der „Studieninformation“ über das Projekt informiert und die Einwilligung zur Teilnahme wurde in der „Einwilligung zur Studienteilnahme“ schriftlich dokumentiert.

Grundsätzlich werden Daten von Teilnehmern nur erhoben, wenn und nachdem diese:

- über Zweck und Ziele informiert wurden,
- ihr Einverständnis zur Teilnahme (schriftlich) erklärt haben und dabei
- einer Erhebung ihrer Daten zugestimmt haben.

Personenbezogene Daten wie Namen und Adressen (Studienliste) und die während der Studiendurchführung entstehenden Forschungsdaten wurden grundsätzlich getrennt

voneinander aufbewahrt. Die Studienliste wurde nach Projektende (30.9.2020) von der Forschungsgruppe der Humboldt-Universität zu Berlin vernichtet.

Dritte erhielten keinen Zugang zu den Kontaktdaten. Alle Personen, die Dateneinsicht erhielten, unterlagen der Schweigepflicht und den Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes. Die qualitativen Interviews wurden mit Einverständnis der Studienteilnehmer digital aufgezeichnet. Die Audiodateien wurden auf einen passwortgeschützten PC in den Räumen der Forschungsgruppe überspielt und vom tragbaren Aufzeichnungsgerät durch mehrfaches Überschreiben entfernt. Die Audiodateien wurden ein halbes Jahr nach der Transkription spätestens aber bei Projektabschluss (30. 9. 2020) durch mehrfaches Überschreiben gelöscht. Von allen Audiodateien wurden zeitnah Transkripte angefertigt. Alle Namen, Personen, Orts- und Einrichtungsbezeichnungen wurden pseudonymisiert. Durch diese Vorgehensweise wird erreicht, dass für die Auswertung und Ergebnisdarstellung lediglich pseudonymisierte Daten verwendet werden und Rückschlüsse aus den konkreten Ergebnissen auf einzelne Personen nicht möglich sind.

Die pseudonymisierten Transkripte der Audioaufzeichnungen werden wie der Arbeitsdatensatz, spätestens zehn Jahre nach Abschluss der Studie vernichtet. Die Aufbewahrung der pseudonymisierten Sekundärdaten ist im Sinne guter wissenschaftlicher Praxis sachlich zwingend erforderlich, um u. a. Transparenz für die geplanten wissenschaftlichen Publikationen in qualitativ hochwertigen Zeitschriften herzustellen. Es werden keine Datenauswertungen durchgeführt und Ergebnisse publiziert, die einen Rückschluss auf einzelne Studienteilnehmer zulassen. Lediglich pseudonymisierte Studienergebnisse werden veröffentlicht. Der Förderer erhält keine personenbezogenen Daten, sondern nur einen Zwischen- und einen Abschlussbericht.

Ein ausführliches Datenschutzkonzept wurde bei den beteiligten Rentenversicherungen eingereicht und nach Begutachtung vor Beginn der Studie genehmigt (vgl. Kap. 10, Anhang 5).

3.3 Auswahl der Studienteilnehmer für die qualitative Studie (Sample)

Aus der Stichprobe des Fragebogenrücklaufs (n=589) wurden 45 Personen anhand deren Angaben für ein erstes Interview nach den Kriterien des „Theoretical Sampling“ (Glaser & Strauss, 1998) ausgewählt, bei dem nach einer möglichst großen Variation von Teilnehmermerkmalen und Lebenskonstellationen zur Exploration sowie minimalen Kontrasten zur theoretischen Sättigung (ebd.) der vorgefundenen Varianten gesucht wird. Bei

der Auswahl der Befragten wurde – neben inhaltlichen Gründen – insbesondere auch auf Ausgeglichenheit geachtet, d.h. es wurden etwas mehr jüngere EM-Rentner, mehr Personen mit einer F4-Hauptdiagnose und mehr Männer als prozentual in der Gesamtstichprobe vorhanden waren, aufgenommen. Eine theoretische Sättigung des gesamten Interviewsamples wurde bei etwa 30 Interviews erreicht; d.h. es konnten ab dieser Anzahl an Teilnehmern keine signifikanten neuen Variationen an Lebenskonstellationen mehr gefunden werden.

Die erste Befragung der ausgewählten Teilnehmer erfolgte mit einem episodisch- narrativen Interview (Flick, 2011) etwa sechs Monate nach der Erstbewilligung der EM-Rente, um es den Befragten zu ermöglichen, ihren biografischen Werdegang ausgehend von der Entscheidung zur EM-Rente retrospektiv, aktuell wie auch prospektiv möglichst frei zu rekonstruieren. Die selbstgestaltete Erzählung wurde dabei mit einem Erzählstimulus angeregt: „Wie ist es bei Ihnen ganz persönlich zu der Entscheidung gekommen, eine EM-Rente zu beantragen?“. Nach Abschluss der Selbsterzählung wurden biografische Leerstellen und thematisch relevante Aspekte gezielt abgefragt; die Interviewdauer betrug in der Regel zwischen 60 und 90 Minuten. Das zweite Interview, in dem es vor allem – neben der Verstetigung des Kontaktes – darum ging, eventuelle wichtige Ereignisse oder Veränderungen bei den EM-Rentnern abzufragen, wurde etwa sechs Monate später telefonisch durchgeführt. Diese Interviews gestalteten sich sehr unterschiedlich, da manche Teilnehmer starken Redebedarf hatten und das telefonische Gespräch direkt an das erste Interview anknüpfte. Den Abschluss bildete ein leitfadengestütztes Interview etwa 18 Monate nach der Erstbewilligung der EM-Rente. Der Leitfaden diente vor allem dazu, im dritten Interview unmittelbar an das zuvor berichtete anzuknüpfen und die ersten beiden Interviews damit als Bezugspunkt zu nutzen. Der Leitfaden kam auch beim dritten Interview erst im Anschluss einer selbstgestalteten und freien Narration über die vergangenen Geschehnisse seit der letzten Begegnung zum Einsatz.

Die Analyse der qualitativen Daten erfolgte in drei Schritten: Zunächst wurden die Transkripte in das Textauswertungsprogramm MaxQDA (Kuckartz et al., 2007) eingelesen und nach Grundsätzen der Grounded Theory codiert (Strauss & Corbin, 2010). Anschließend wurden die Transkripte einer sequenzanalytischen Auswertung unterzogen. Dabei wird der Verlauf der biografischen Entwicklung sequenziell (z.B. äußere Ereignisse, Wendepunkte und Entscheidungen) rekonstruiert, auf deren Basis Hypothesen formuliert, die abschließend in

einer Feinanalyse ausgewählter Textstellen überprüft werden und Vergleiche zwischen erlebter und erzählter Lebensgeschichte ermöglichen, die die Einzelfallanalyse komplettieren (vgl. Fischer-Rosenthal & Rosenthal, 1997, S.152–155). In einem dritten Schritt, der komparativen Analyse (vgl. Kelle, 1994, S.289; Glaser & Strauss, 1998, S.36), wurden strukturähnliche Fälle mit stark kontrastierenden Fällen aufeinander bezogen. Bei der vergleichenden Analyse erfolgt die Ablösung von Einzelfällen mit dem Ziel fallübergreifend abstrahierende Aussagen über den untersuchten Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit theoretisch zu generalisieren.

Tabelle 4 zeigt eine Zusammenfassung aller 45 interviewten Personen mit den wichtigsten Angaben und Parametern. Aufgrund des Umfangs der tabellarisch dargestellten insgesamt 12 Kategorien, wurden die Ergebnisse auf mehrere Tabellen aufgeteilt, um sie besser lesbar zu machen. In der Tabelle 4 findet der Leser alle wesentlichen Angaben des von uns ausgewählten qualitativen Samples.

Tabelle 4 Sample

Pseudonym	Letztberuf	Art der letzten Beschäftigung	Dauer der Beschäftigung	Gefühlte Beeinträchtigung seit	Wechsel Arbeitsmodell	Maßnahmen vor EM
Frau Arndt	Sparkassenkauffrau, Verkäuferin	Minijob	weniger als 1 Jahr	seit über 5 Jahren	/	psychologische Beratung, med. Reha, Psychotherapie
Frau Bischof	Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	med. Reha, Psychotherapie
Frau Bunt	Zahnärztin in Assistenzzeit	Vollzeit	weniger als 1 Jahr	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitgeber	psychologische Beratung, Selbsthilfe-gruppen, Psychotherapie
Frau Dante	Ergotherapeutin, Yogalehrerin	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	/	psychologische Beratung und med. Reha
Frau Dietmar	Sozial- und Erziehungsdienst, Ambulant betreutes Wohnen	Vollzeit	5- 10 Jahre	seit 1- 5 Jahren	/	psychologische Beratung, med. Reha, berufl. Gesundheitsmanagement, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen
Frau Dora	Assistentin d. Vorstandes	Vollzeit	1- 5 Jahre	seit 1- 5 Jahren	/	psychologische Beratung, med. Reha, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, berufl. Reha, Onlineplattformen, Wellnessangebote
Frau Erasmus	Büroangestellte	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	/	med. Reha, Psychotherapie, Onlineplattformen
Frau Fabian	Technische Sachbearbeiterin	Teilzeit 3 bis unter 6h	5- 10 Jahre	seit 1- 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	psychologische Beratung, med. Reha, Psychotherapie
Frau Grün	Einkaufssachbearbeiterin	Vollzeit	weniger als 1 Jahr	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitsplatz	psychologische Beratung, med. Reha, berufl. Gesundheitsmanagement, Psychotherapie, berufl. Reha, Onlineplattformen

Pseudonym	Letztberuf	Art der letzten Beschäftigung	Dauer der Beschäftigung	Gefühlte Beeinträchtigung seit	Wechsel Arbeitsmodell	Maßnahmen vor EM
Frau Hannes	Erzieherin im Schichtdienst	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	/	psychologische Beratung, med. Reha, Selbsthilfegruppen, Psychotherapie, berufl. Reha, Wellnessangebote
Frau Hibbeler	Erzieherin	Vollzeit	5- 10 Jahre	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit, Wechsel Arbeitgeber	psychologische Beratung, med. Reha, Wellnessangebote
Frau Hoch	Freiberufliche Tanzpädagogin	Teilzeit 3 bis unter 6h	weniger als 1 Jahr	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	psychologische Beratung, Selbsthilfegruppen, Psychotherapie, Wellnessangebote
Frau Huth	Sozialversicherungsfachangestellte	Teilzeit 3 bis unter 6h	über 10 Jahre	Seit 1- 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	med. Reha
Frau Jauch	Arzthelferin	Vollzeit	weniger als 1 Jahr	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitgeber	psychologische Beratung, med. Reha, Psychotherapie
Frau Karl	Physiotherapeutin	Teilzeit 3 bis unter 6h	weniger als 1 Jahr	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	med. Reha, Psychotherapie, berufl. Reha
Frau Kunert	Diplom Soz. Pädagogin	Vollzeit	1- 5 Jahre	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitgeber	psychologische Beratung, Psychotherapie
Frau Lehr	Sachbearbeiterin (Arbeitsverhältnis ruht)	Vollzeit	5- 10 Jahre	seit über 5 Jahren	/	psychologische Beratung, med. Reha, Selbsthilfegruppen, Psychotherapie, Wellnessangebote
Frau Paul	staatl. gepr. Kinderpflegerin	Teilzeit 3 bis unter 6h	weniger als 1 Jahr	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitsplatz	psychologische Beratung, med. Reha, Psychotherapie

Pseudonym	Letztberuf	Art der letzten Beschäftigung	Dauer der Beschäftigung	Gefühlte Beeinträchtigung seit	Wechsel Arbeitsmodell	Maßnahmen vor EM
Frau Posch	Examierte Krankenschwester	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitsplatz	psychologische Beratung, med. Reha, berufl. Gesundheitsmanagement, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, berufl. Reha, Onlineplattformen
Frau Rabe	Volljuristin im Sozialverband	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	Psychotherapie
Frau Rabehl	Steuergehilfin	Teilzeit 3 bis unter 6h	über 10 Jahre	seit 1- 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	Psychotherapie, Wellnessangebote
Frau Ritzel	OP-Schwester	Vollzeit	über 10 Jahre	seit 1- 5 Jahren	/	med. Reha, Onlineplattformen
Frau Roland	Sozialpädagogische Betreuerin	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	psychologische Beratung, med. Reha, Psychotherapie
Frau Schinkel	Kauffrau Büromanagement, Bereich Praxismanagement	Teilzeit 3 bis unter 6h	1- 5 Jahre	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	psychologische Beratung, med. Reha, Selbsthilfegruppen, Psychotherapie, berufl. Reha, Onlineplattform, Wellnessangebote
Frau Schnabel	Küchenhilfe	Vollzeit	weniger als 1 Jahr	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit, Selbstständigkeit	med. Reha, Psychotherapie
Frau Seler	Hauswirtschaftlerin	in Ausbildung/Praktikum	weniger als 1 Jahr	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit, Wechsel Arbeitsplatz, Wechsel Arbeitgeber	psychologische Beratung, Selbsthilfegruppen, Psychotherapie, berufl. Reha

Pseudonym	Letztberuf	Art der letzten Beschäftigung	Dauer der Beschäftigung	Gefühlte Beeinträchtigung seit	Wechsel Arbeitsmodell	Maßnahmen vor EM
Frau Stephan	Sozialarbeiterin im Akutkrankenhaus der Onkologie	Vollzeit	über 10 Jahre	seit 1- 5 Jahren	/	med. Reha, Psychotherapie
Frau Stoph	Krankenschwester/Pflegedienstleitung	Vollzeit	weniger als 1 Jahr	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	psychologische Beratung, med. Reha, Selbsthilfegruppen, Psychotherapie
Frau Tänzer	Büro/ Kundenservice	Vollzeit	1- 5 Jahre	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitsplatz, Wechsel Arbeitgeber	med. Reha, Psychotherapie, berufl. Reha
Frau Thoralf	staatlich anerkannte Erzieherin	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	/	psychologische Beratung, med. Reha, Psychotherapie
Frau Walther	Kauffrau im Groß- und Außenhandel, Controlling Fachwirt					med. Reha, Psychotherapie
Frau Wenda	Chefsekretärin, Versicherungskauffrau	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	psychologische Beratung, Onlineplattformen
Herr Ballauf	Bürokaufmann	Vollzeit	1- 5 Jahre	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitgeber	psychologische Beratung, med. Reha, Selbsthilfegruppen, berufl. Reha, Psychotherapie

Pseudonym	Letztberuf	Art der letzten Beschäftigung	Dauer der Beschäftigung	Gefühlte Beeinträchtigung seit	Wechsel Arbeitsmodell	Maßnahmen vor EM
Herr Ballauf	Bürokaufmann	Vollzeit	1- 5 Jahre	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitgeber	psychologische Beratung, med. Reha, Selbsthilfegruppen, berufl. Reha, Psychotherapie
Herr Bertram	Kommunikationstrainer	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitsplatz	psychologische Beratung, med. Reha, berufl. Gesundheitsmanagement, Psychotherapie, Wellnessangebote
Herr Busch	IT- Projektkoordinator	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	psychologische Beratung, med. Reha, Psychotherapie, berufl. Reha
Herr Gerhard	Krankenpfleger	Vollzeit	über 10 Jahre	seit über 5 Jahren	/	psychologische Beratung, med. Reha
Herr Günther	Diplom Ergotherapeut, Sozialpädagoge	Teilzeit 3 bis unter 6h	1- 5 Jahre	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit, Wechsel Arbeitgeber	med. Reha, Selbsthilfegruppen, Psychotherapie
Herr Hartmut	REFA-Techniker für Arbeitsstudium und Betriebsorganisation	Vollzeit	über 10 Jahre	seit 1- 5 Jahren	Wechsel Arbeitsplatz	psychologische Beratung, med. Reha, berufl. Gesundheitsmanagement, Selbsthilfegruppen, berufl. Reha, Psychotherapie, Wellnessangebote

Pseudonym	Letztberuf	Art der letzten Beschäftigung	Dauer der Beschäftigung	Gefühlte Beeinträchtigung seit	Wechsel Arbeitsmodell	Maßnahmen vor EM
Herr Hubert	Fachverkäufer Baumarkt	Vollzeit	1- 5 Jahre	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit, Wechsel Arbeitsplatz, Wechsel Arbeitgeber	psychologische Beratung, med. Reha, Selbsthilfegruppen, Psychotherapie, Onlineplattformen, Wellnessangebote
Herr Jülich	Kaufm. Angestellter Verkauf Heizung/Sanitär	Vollzeit	1- 5 Jahre	seit über 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	psychologische Beratung, med. Reha, Psychotherapie
Herr Samuel	Expansionsleiter (Apotheke)	Vollzeit	1- 5 Jahre	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitsplatz, Wechsel Arbeitgeber	med. Reha, Psychotherapie
Herr Schramm	Dienstwagenfahrer	Vollzeit	weniger als 1 Jahr	seit über 5 Jahren	/	psychologische Beratung, Psychotherapie, berufl. Reha
Herr Vogel	Kaufmännischer Geschäftsführer	Vollzeit	1- 5 Jahre	seit 1- 5 Jahren	Reduzierung Arbeitszeit	Selbsthilfegruppen, Psychotherapie
Herr Volker	Industriekaufmann- Sachbearbeiter	Vollzeit	1- 5 Jahre	seit über 5 Jahren	Wechsel Arbeitsplatz	psychologische Beratung, med. Reha
Herr Wegner	Packer bei Amazon	Vollzeit	1- 5 Jahre	seit 1- 5 Jahren	/	psychologische Beratung, Selbsthilfegruppen, Psychotherapie, berufl. Reha

Pseudonym	Status vor Bewilligung	Krankschreibung vor Bewilligung.	Wie wurde bewilligt	Zugang zur EM-Rente	Aktuelle Unterstützungsangebote	Wunsch Unterstützungsangebote
Frau Arndt	arbeitslos	über 18 Monate	nach sozialgerichtlichem Verfahren	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt, Hausarzt	ambulante Rehabilitation, Psychotherapie, Selbsthilfegruppe
Frau Bischof	in Arbeit	6- 18 Monate	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt	Psychotherapie, Selbsthilfegruppe
Frau Bunt	arbeitslos	nein	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Selbsthilfegruppen, Hausarzt, Psychiatrische Institutsambulanz	Sportangebote, Familienhilfe
Frau Dante	arbeitslos 6-18 Monate	6- 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt, Physiotherapie	weitere Physiotherapie und Entspannung
Frau Dietmar	in Arbeit	bis 6 Monate	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung eines Vorgesetzten oder eines Arbeitskollegen, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Sport, Hobbys	/

Pseudonym	Status vor Bewilligung	Krankschreibung vor Bewilligung.	Wie wurde bewilligt	Zugang zur EM-Rente	Aktuelle Unterstützungsangebote	Wunsch Unterstützungsangebote
Frau Dora	in Arbeit	über 18 Monate	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung des Reha-Fachberaters der Rentenversicherung, Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Hausarzt	stationäre Rehabilitation
Frau Erasmus	in Arbeit	6- 18 Monate	nach Widerspruch	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Psychotherapie	/
Frau Fabian	in Reha	über 18 Monate	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt	stationäre Rehabilitation
Frau Grün	arbeitslos über 18 Monate	über 18 Monate	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Ambulante Rehabilitation, Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt	Selbsthilfegruppe

Pseudonym	Status vor Bewilligung	Krankschreibung vor Bewilligung.	Wie wurde bewilligt	Zugang zur EM-Rente	Aktuelle Unterstützungsangebote	Wunsch Unterstützungsangebote
Frau Hannes	arbeitslos	bis 6 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Hausarzt	/
Frau Hibbeler	In Arbeit	nein	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Hausarzt, Yoga, Wassergymnastik, Inlineskaten, Massagen	/
Frau Hoch	In Arbeit	6- 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt	Achtsamkeitstraining, Stressbewältigung, Body Mind Centering
Frau Huth	In Arbeit	6- 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Betriebsarztes, des betrieblichen Gesundheitsmanagements	Stationäre Rehabilitation, Facharzt, Hausarzt, Rehasport	weitere Rehasportangebote
Frau Jauch	arbeitslos 6- 18 Monate	6- 18 Monate	sofort	Empfehlung des Reha-Fachberaters der Rentenversicherung	Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt	Psychotherapie
Frau Karl	arbeitslos 6- 18 Monate	nein	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Ambulante Rehabilitation, Facharzt, Hausarzt	/

Pseudonym	Status vor Bewilligung	Krankschreibung vor Bewilligung.	Wie wurde bewilligt	Zugang zur EM-Rente	Aktuelle Unterstützungsangebote	Wunsch Unterstützungsangebote
Frau Kunert	in Arbeit	6- 18 Monate	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Psychotherapie	Selbsthilfegruppe
Frau Lehr	in Arbeit	6- 18 Monate	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt	Selbsthilfegruppe
Frau Paul	arbeitslos	über 18 Monate	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt	/
Frau Posch	arbeitslos bis 6 Monate	über 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters	Ambulante Rehabilitation, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Hausarzt	ambulante Rehabilitation
Frau Rabe	in Arbeit	6- 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Psychotherapie, Ergotherapie	Selbsthilfegruppe, später berufl. Reha, stationäre Reha für ihren Mann

Pseudonym	Status vor Bewilligung	Krankschreibung vor Bewilligung.	Wie wurde bewilligt	Zugang zur EM-Rente	Aktuelle Unterstützungsangebote	Wunsch Unterstützungsangebote
Frau Rabehl	arbeitslos 6- 18 Monate	nein	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt, Heilpraktiker, Bewegungsgruppen	/
Frau Ritzel	arbeitslos bis 6 Monate	6- 18 Monate	sofort	Empfehlung eines Vorgesetzten oder eines Arbeitskollegen	Stationäre Rehabilitation, Facharzt, Hausarzt	stationäre Rehabilitation, Psychotherapie
Frau Roland	in Arbeit	bis 6 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt, Familie/Freunde, Chor, Sport in Gruppe, Garten, Hund	Heilpraktikerin
Frau Schinkel	in Arbeit	nein	sofort	Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen	alternative Stabilisierungsangebote für die Seele
Frau Schnabel	über 18 Monate arbeitslos	über 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt, Schmerztherapie	stationäre Rehabilitation, wirksame Behandlungen für ihre Erkrankungen

Pseudonym	Status vor Bewilligung	Krankschreibung vor Bewilligung.	Wie wurde bewilligt	Zugang zur EM-Rente	Aktuelle Unterstützungsangebote	Wunsch Unterstützungsangebote
Frau Seler	bis 6 Monate arbeitslos	bis 6 Monate	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters	Facharzt, Psychotherapie	stationäre Rehabilitation, ambulante Rehabilitation
Frau Stephan	in Reha	6- 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	/	stationäre Rehabilitation
Frau Stoph	in Arbeit	6- 18 Monate	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Hausarzt	/
Frau Tänzer	in Reha	nein	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Psychotherapie	/
Frau Thoralf	in Arbeit	6- 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung des Reha-Fachberaters der Rentenversicherung, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	stationäre Rehabilitation, Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt, Rehabilitationssport	stationäre Rehabilitation, Selbsthilfegruppe
Frau Walther	arbeitslos	Keine Angabe	sofort			
Frau Wenda	6- 18 Monate	6- 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt	ambulante Rehabilitation
Herr Ballauf	in Arbeit	6- 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Hausarzt	/

Pseudonym	Status vor Bewilligung	Krankschreibung vor Bewilligung.	Wie wurde bewilligt	Zugang zur EM-Rente	Aktuelle Unterstützungsangebote	Wunsch Unterstützungsangebote
Herr Bertram	bis 6 Monate arbeitslos	über 18 Monate	nach Widerspruch	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt	stationäre und ambulante Rehabilitation
Herr Busch	6- 18 Monate arbeitslos	über 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Hausarzt	/
Herr Gerhard	in Reha	6- 18 Monate	nach Widerspruch	Eigeninitiative	Facharzt, Hausarzt	keinen Wunsch, Anmerkung Herr Gerhard: „weil eine Besserung nicht möglich“
Herr Günther	in Arbeit	nein	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Psychotherapie	/
Herr Hartmut	über 18 Monate arbeitslos	6- 18 Monate	sofort	Eigeninitiative	Facharzt, Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, REHA-Sport	/

Pseudonym	Status vor Bewilligung	Krankschreibung vor Bewilligung.	Wie wurde bewilligt	Zugang zur EM-Rente	Aktuelle Unterstützungsangebote	Wunsch Unterstützungsangebote
Herr Hubert	6- 18 Monate arbeitslos	6- 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung eines Vorgesetzten oder eines Arbeitskollegen, Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt	Meditationen
Herr Jülich	über 18 Monate arbeitslos	über 18 Monate	sofort	Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters	Facharzt, Psychotherapie, Hausarzt	ambulante Rehabilitation
Herr Samuel	bis 6 Monate arbeitslos	über 18 Monate	sofort	Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters	ambulante Rehabilitation, Facharzt, Psychotherapie, Durchgangsarzt aufgrund Arbeitsunfalls	ambulante Rehabilitation
Herr Schramm	in Arbeit	6- 18 Monate	sofort	Eigeninitiative, Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Psychotherapie	/
Herr Vogel	über 18 Monate arbeitslos	nein	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen	Facharzt, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Hausarzt	/

Pseudonym	Status vor Bewilligung	Krankschreibung vor Bewilligung.	Wie wurde bewilligt	Zugang zur EM-Rente	Aktuelle Unterstützungsangebote	Wunsch Unterstützungsangebote
Herr Volker	über 18 Monate arbeitslos	über 18 Monate	sofort	Empfehlung des Reha-Fachberaters der Rentenversicherung, Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters, Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden	Facharzt	Psychotherapie, Selbsthilfegruppe
Herr Wegner	6- 18 Monate arbeitslos	Über 18 Monate	sofort	Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen, Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters	Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Hausarzt	ambulante Rehabilitation

3.4 Konzept und Auswahl der Eckfälle

In unserer qualitativ-interpretativ angelegten Studie wurden, wie oben bereits ausgeführt, auf der Basis von insgesamt 45 Interviews mit Teilnehmern zu drei Zeitpunkten Fälle miteinander verglichen. Das Ziel bestand dabei darin, den gewählten Untersuchungsbereich möglichst vollständig – bezogen auf zentrale hypothetisch angenommene Wirkfaktoren und Konstellationen – darzustellen, also eine Strukturrepräsentativität zu erreichen. Zur induktiv gesteuerten Fallauswahl wird dabei häufig das von Glaser und Strauss für ihre Grounded Theory entwickelte *theoretical sampling* gewählt, das idealerweise vom ersten Fall ausgehend, die weiteren Fälle nach Gesichtspunkten des *maximalen Kontrasts*, der *maximalen Variation* und der *minimalen Kontraste* auswählt.²⁴ Die Erhebung unserer Fälle wurde nach diesem Muster schrittweise im beständigen und systematischen Vergleich miteinander solange weitergeführt bis eine *theoretische Sättigung*²⁵ erreicht war, d.h. keine auf die Forschungsfrage bezogenen weiterführenden Erkenntnisse mehr generiert werden konnten. Aus den gewonnenen Fällen wurden dann diejenigen ausgewählt, die in der Reduktion des vielfältigen empirischen Materials zentrale Elemente des Forschungsfeldes so bündeln, dass sie exemplarisch (strukturrepräsentativ) für Bedingungsbeziehungen und Wirkfaktoren im Feld der gestellten Problemstellung stehen, sog. Eckfälle.

Im Unterschied zu dem für andere Zwecke hilfreichen Weberschen Idealtypus²⁶ repräsentiert der *Eckfall* weder eine theoretische Abstraktion (z.B. eines bestimmten Teilnehmertypus) und auch keinen Prototyp (z.B. für einen realistischen Return-to-Work aus der EM-Rente heraus). Eckfälle stehen vielmehr für das *Zusammenspiel* einer bestimmten Konstellation aus begrenzten Elementen (z.B. Depression, brüchige Erwerbsbiografie, häufige Inanspruchnahme psychologischer/medizinischer Therapie vor der Beantragung der EM-Rente, somatische Komorbidität) mit bestimmten persönlichen Haltungen und Handlungsstrategien. Eckfälle stehen für charakteristische, d. h. in der Empirie immer wieder ähnlich vorkommende Problemkonstellationen.

Die Gewinnung von Eckfällen ist dabei kein eigenständiges Ziel, sondern empirisches *Produkt* der Untersuchung. Zu Beginn wird kein bestimmter Eckfall gesucht und als Exempel

²⁴ Glaser & Strauss (2008); vgl. auch: Kelle & Kluge (2010); Kluge (2000).

²⁵ Strübing (2008)

²⁶ Die Konstruktion eines Idealtypus erfolgt *a priori*, indem begrifflich und sachlich von Merkmalen der sozialen Realität abstrahiert wird, es findet folglich eine Modellbildung statt. (vgl. M. Weber, 1904).

angestrebt. Vielmehr ergeben sich Eckfälle aus dem systematischen Vergleich der Einzelfälle untereinander. Dadurch kann im Verlauf des Forschungsprozess auch ein zunächst gewählter Eckfall an Bedeutung verlieren, wenn sich ein anderer (neuer) Einzelfall besser eignet. Als Repräsentation eines Einzelfalls steht ein Eckfall als Vertreter einer Fallkonstellation und ist keine Mischung aus verschiedenen Fällen der Vergleichsgruppe in abstrahierter Form. Es handelt sich ausschließlich um die analytische Abstraktion des Einzelfalls. Schließlich ist ein Eckfall keine Handreichung oder Handlungsanweisung. Er dokumentiert als Abstraktion eines Einzelfalls aus der Empirie die vorgefundenen Variationen im untersuchten Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit. Insofern sind Eckfälle ein heuristisches Werkzeug zur Identifikation von thematisch relevanten „Person-in-einer-Konstellation“ Figurationen in einem durch die gesamten Fälle definierten Wirklichkeitsraum.

Der Erkenntnisgewinn dieses Vorgehens besteht darin, dass für bestimmte Konstellationen (Person-in der Situation) geeignete oder weniger geeignete Strategien, Entscheidungen usw. identifiziert und demensprechend ggf. Formen der Unterstützung entwickelt werden können. Während in der Kontrastierung maximaler Unterschiede charakteristische, auch quantitativ bedeutsame Variationen dargestellt werden können, liefern die in zentralen Aspekten ähnlich gelagerten Fälle, minimale, aber besonders erkenntnisreiche Differenzen, die zu einem verbesserten Verständnis der Probleme bei einer Rückkehr in Arbeit aus der EM-Rente beitragen. Der Vorteil einer solchen von der konkreten Person abstrahierten charakteristischen Fallkonstellation liegt in der Nachvollziehbarkeit der Entwicklungs und Entscheidungsgeschichte des realen Falls, die eine Generalisierung innerhalb des begrenzten Ereignisraums ermöglicht.

Eckfälle sind zusammengefasst ein Produkt der komparativen Analyse; sie bilden nicht das „Typische“ ab, sondern die Spannweite der gesamten Einzelfälle bezüglich des Forschungsinteresses. Sie sind damit eine Form der „dichten Beschreibung“²⁷ der für die Fragestellungen der Studie relevanten Problem-, Risiko-, und Erfolgskonstellationen. Kapitel 4.2.1 beschreibt jeweils anhand von sechs ausführlich dargestellten Eckfällen exemplarisch drei charakteristische Konstellationen in Bezug auf einen möglichen RTW aus der EM-Rente heraus (kein RTW, normativer RTW, realistischer RTW).

²⁷ Geertz (2003)

4. Ergebnisse

4.1. Quantitative Ergebnisse

Der Schwerpunkt unserer Studie lag auf der qualitativen Datenanalyse. Für den quantitativen Teil wurde von uns eine Stichprobenbeschreibung erstellt, die die wichtigsten soziodemografischen Merkmale unserer Studienteilnehmer beinhaltet. Darüber hinaus wurden die Verteilung der Diagnosen und die von den Versicherten angegebenen Wege in die EM-Rente ausgewertet. Schließlich wird am Ende dieses Abschnittes noch die Stichprobe der von uns interviewten Personen (n=45) beschrieben, die in einigen Dimensionen von der allgemeinen Stichprobe des Fragebogens (n=589) abweicht.

Stichprobenbeschreibung Fragebogen

Tabelle 5 zeigt zusammengefasst die wichtigsten soziodemografischen Merkmale der 589 Teilnehmer unserer Studie. In der rechten Spalte sind Vergleichszahlen im selben Zeitraum der Erstbewilligungen für die DRV-Bund angegeben.²⁸ Damit werden mögliche Verzerrungen unserer Stichprobe sichtbar gemacht. Es sei hier aber darauf hingewiesen, dass Vergleiche mit den Rentenversicherungsdaten sowie auch ein Abgleich mit den vorhandenen epidemiologischen Daten nicht besonders zuverlässig sind, da in der Regel andere Kategorien oder Berechnungsweisen von unterschiedlichen Trägern und Wissenschaftlern verwendet werden. Die folgenden Daten werden also nur da verglichen, wo sie identische Kategorien verwenden.

²⁸ An dieser Stelle möchten wir uns explizit für die Auswertung und der Übergabe der Daten der DRV Bund bei Frau Pia Zollmann bedanken.

Tabelle 5: soziodemografischen Merkmale der 589 Teilnehmer der Studie

Kategorie	Unsere Stichprobe (n=589)	DRV-Daten (n=2806)
Geschlecht		
weiblich	75,8 %	79,8 %
männlich	24,2 %	20,2 %
Altersgruppen		
Bis 39 Jahre	8,5 %	10,7 %
40-49 Jahre	18,6 %	22,4 %
50-59 Jahre	71,9 %	65,8 %
Über 60 Jahre	1,0 %	1,1 %
Schulabschluss		
Haupt/Volksschule	19,0 %	20,5 %
Realschule/POS	48,8 %	53,7 %
Fachhochschulreife und Abitur	30,2 %	24,3 %
Ohne Abschluss	2,0 %	1,5 %
		-
Berufsabschluss		
Lehre	57,0 %	79,9 %
Fachschule	22,5 %	5,1 %
FH und Universität	14,2 %	8,9 %
Ohne Berufsausbildung	6,3 %	6,1 %
Lebenssituation		
Allein lebend	38,9 %	46,4 %
Mit Partner	61,1 %	53,6 %

Es zeigt sich anhand der Tabelle, dass drei Viertel unserer Studienteilnehmer Frauen sind. Über 90 Prozent der EM-Rentner in unserer Kohorte sind zwischen 40 und 59 Jahre alt, unter 40 Jahre sind etwa 10 Prozent. 16 % der Teilnehmer haben Abitur und 14,2 % eine Fachhochschulreife. Die meisten unserer Teilnehmer (57,0 %) haben aber eine Lehre absolviert und fast 15 % besitzen einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss.

Im Vergleich mit der DRV Stichprobe fällt insbesondere auf, dass der Bildungsstand unserer Kohorte signifikant abweicht. Dies bestätigt die Erfahrung aller unserer Projekte, dass Personen mit höherem Bildungsstand und Berufsausbildungen häufiger an solchen Befragungen teilnehmen. Insbesondere für die Gruppe der von uns Interviewten (s.u.) gilt, dass sie überdurchschnittlich häufig in leitenden Positionen in ihrem Beruf tätig waren.

ALO und Krankschreibungen vor der EM-Rentenbewilligung

Aus den gültigen Angaben im Fragebogen (n=534) geht hervor, dass der überwiegende Teil der Befragten vor der EM-Rente, nämlich fast die Hälfte, arbeitslos war (49,3 %). In einer Reha-Maßnahme waren 16,1 %, während sich über ein Drittel (34,6 %) noch in Arbeit befand. Wie weiter unten zu sehen, sind aber von denjenigen, die angeben in Arbeit gewesen zu sein sehr viele bereits über eine längere Zeit krankgeschrieben.

In der Regel haben die Befragten, etwa zwei Drittel, vor der EM-Rente in Vollzeit gearbeitet, ca. ein Drittel hat bereits eine Teilzeitarbeit ausgeübt (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Beschäftigungszeit am letzten Arbeitsplatz (N=585)

	Häufigkeit	Prozent
Vollzeit > 6h/Tag	383	65,5 %
Teilzeit 3 bis 6h	163	27,9 %
Teilzeit 1 bis 3h	13	2,2 %
Minijob	21	3,6 %
Ausbildung/Praktikum	5	0,9 %

Auf die Frage: Waren Sie direkt vor der Bewilligung ihrer Rente krankgeschrieben? geben etwa vier Fünftel der Teilnehmer (80,8 %) an, krankgeschrieben gewesen zu sein. Eine Kreuztabelle (ohne diejenigen Personen, die in einer Reha-Maßnahme waren) zeigt, dass von 183 Teilnehmern, die angeben in Arbeit gewesen zu sein, lediglich 38 davor *nicht* krankgeschrieben waren, die meisten davon über 6 Monate. Die allermeisten Befragten waren sowohl über einen längeren Zeitpunkt krankgeschrieben als auch arbeitslos wie die Kreuztabelle deutlich zeigt.

Aus der Tabelle geht zudem hervor, dass viele der ALO Gemeldeten in den allermeisten Fällen auf Grund ihrer gesundheitlichen Situation gar nicht arbeitsfähig sind, obwohl sie formal als arbeitssuchend geführt werden. Das bedeutet, bezogen auf diesen Personenkreis, dass der Status Arbeitslosigkeit eine Art „Warteraum“ bis zum Renteneintritt bildet. D. h., das viel mehr Personen aus der Situation langer Krankheit in die EM-Rente gelangen, obwohl sie statistisch gesehen als arbeitslos gelten. Damit wird der Eintritt in die EM-Rente aus ALO in den offiziellen Daten wahrscheinlich überschätzt, wie die in Tabelle 7 angeführten Daten nahelegen (vgl. Kap. 6., Beschäftigungsparadox).

Tabelle 7: Krankschreibung und Arbeitslosigkeit vor Eintritt in die EMR (Kreuztabelle)

Waren Sie direkt vor Ihrer Rente krankgeschrieben?	In Arbeit	ALO bis 6 Monate	ALO 6 bis 18 Monate	ALO über 18 Monate	Gesamt
Nein	38	14	21	20	93
Ja, bis 6 Monate	23	9	3	3	38
Ja, 6 bis 18 Monate	83	15	40	6	144
Über 18 Monate	39	28	35	43	110
Gesamt	183	66	99	72	420

Diagnosen, Komorbidität und Inanspruchnahme

Tabelle 8 zeigt die Aufteilung unserer Studienteilnehmer in F3 oder F4 als Hauptdiagnose, gefolgt von vorhandenen Komorbiditäten.

Tabelle 8: Komorbidität

Kategorie	Gültige Prozent	DRV-Daten (n=2806)
F-Diagnose (Erstdiagnose)		
F 3	70,3 %	69,1 %
F 4	29,7 %	30,9 %
Komorbidität		
Ja	86,1 %	-
Nein	13,9 %	-

Es zeigt sich anhand der Stichprobe, dass Personen mit F3-Diagnosen offensichtlich häufiger eine psychosomatische Reha bzw. eine EM-Rente bewilligt bekommen, obwohl in der Gesamtbevölkerung die Diagnose F4 gegenüber F3 epidemiologisch deutlich häufiger auftritt. Auf die Frage, ob dies an der Bewilligungspraxis (z.B. stärkere Tendenz der Bewilligung einer Reha oder Rente bei Personen mit F3-Diagnosen) oder einer stärkeren sozialmedizinisch relevanten Einschränkung in der Arbeitswelt bei F3-Diagnosen (z.B. funktionierende Strategien der Kontrolle der Krankheit bzw. der Trigger bei F4-Diagnosen) begründet ist, gehen wir im qualitativen Teil detaillierter ein (vgl. Kap. 4.2.2.).

Besonders auffallend ist aber vor allem die extrem hohe Komorbidität (86,1 %), d.h. der überwiegende Anteil der Studienteilnehmer hat, neben der Hauptdiagnose F3 oder F4, weitere Beeinträchtigungen. Dies sind in der Regel somatische Erkrankungen (etwa Krebs, Adipositas, Suchtprobleme etc.), des Öfteren haben Teilnehmer aber auch eine F3- und

zugleich eine F4-Diagnose. Wir haben es hier also mit einer gesundheitlich besonders belasteten Gruppe zu tun, natürlich mit ein Grund für die EM-Berentung. Das zeigt sich auch bei der Frage nach der Dauer der Beeinträchtigung. Fast zwei Drittel der Teilnehmer gibt an, bereits mehr als 5 Jahre vor der Bewilligung der EM-Rente von ihrer Erkrankung beeinträchtigt gewesen zu sein (vgl. Abbildung 7).

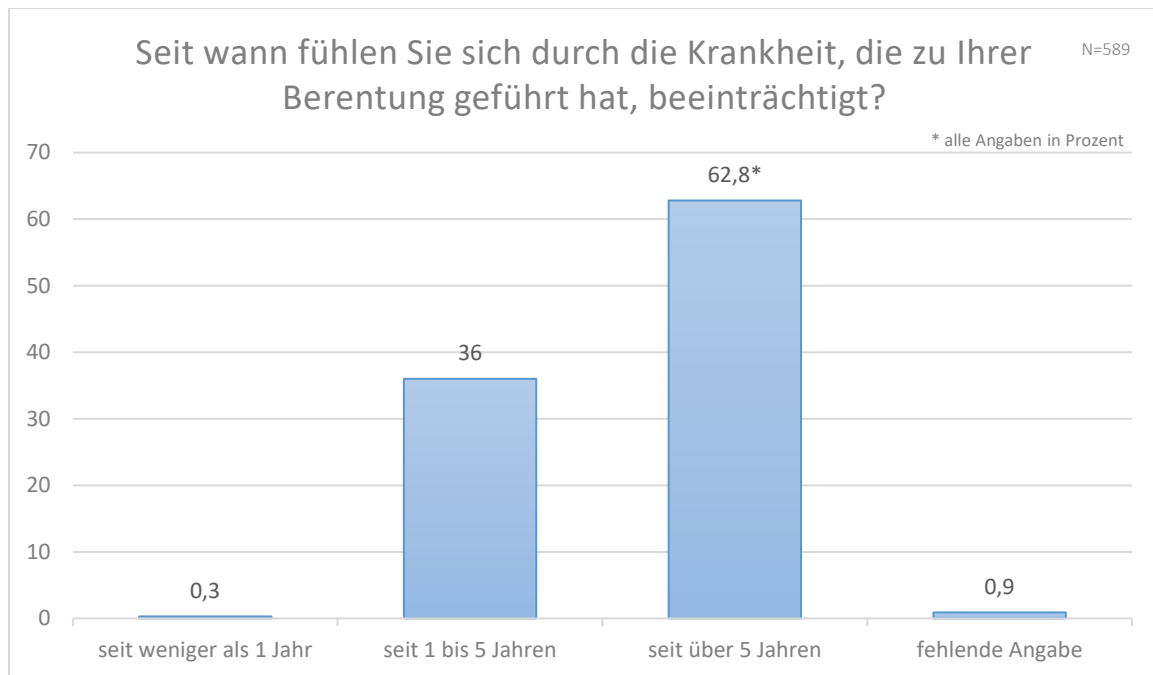


Abbildung 7: Zeitraum Beeinträchtigung durch Erkrankung (Quelle: eigene Darstellung)

Angebotsnutzung

Tabelle 9 zeigt die vorherigen bzw. aktuellen Angebotsnutzungen bzw. die Wünsche nach Angeboten der Befragten in Prozent, wobei hier Mehrfachnennungen möglich waren.

Tabelle 9: Angebotsnutzung

Angebotsnutzung vor EM-Rente (Mehrfachnennungen)	
Medizinische Rehabilitation	78,0 %
Berufliche Rehabilitation	19,8 %
Psychologische Beratung	75,3 %
Psychotherapie	84,1 %
Berufliches Gesundheitsmanagement	10,3 %
Selbsthilfegruppen	23,1 %
Wellnessangebote	21,5 %
Onlineplattformen	16,8 %
Angebotsnutzung aktuell (Mehrfachnennungen)	
Stationäre Rehabilitation	4,9 %
Ambulante Rehabilitation	9,8 %
Facharzt	72,8 %
Psychotherapie	66,2 %
Selbsthilfegruppen	17,8 %
Hausarzt	71,3 %
Sonstiges	29,0 %
Angebotsnutzung – Wunsch (Mehrfachnennungen)	
Stationäre Rehabilitation	27,2 %
Ambulante Rehabilitation	20,4 %
Psychotherapie	27,2 %
Selbsthilfegruppe	12,9 %
Sonstiges	18,5 %

Bei der Angebotsnutzung vor der EM-Rente fällt vor allem der hohe Anteil derjenigen auf die eine medizinische Reha absolviert hat (78,0 %). Im Vergleich dazu (Hesse et al., 2019) sind es über alle EM-Rentner hinweg lediglich etwa 50 %. Wir haben es hier also mit einer Gruppe zu tun die, siehe auch die hohen Prozentzahlen bei Psychotherapie und psychologischer Beratung, überdurchschnittlich professionelle Hilfe vor der EM-Berentung in Anspruch genommen hat.

Wege in die EM-Rente

Tabelle 10 zeigt die unterschiedlichen Wege in die EM-Rente, wobei auch hier Mehrfachnennungen möglich waren. Die allermeisten Befragten (68,9 %) geben an, dass sie über die Empfehlung des Hausarztes, Facharztes oder Psychiaters einen Antrag gestellt haben. Auf Empfehlung des Reha-Fachberaters wie auf Rat (Druck) des Jobcenters, meist aus Hartz IV heraus, haben etwa ein Viertel der Versicherten eine EM-Rente beantragt.

Tabelle 10: Wege in die EM-Rente

Weg in die Rente

(Mehrfachnennungen möglich)

Eigeninitiative	47,0 %
Empfehlung HA / FA / Psych.	68,9 %
Empfehlung BA / BGM	5,1 %
Empfehlung Vorgesetzte / Arbeitskollegen	5,6 %
Empfehlung des Reha-FB der DRV	24,6 %
Empfehlung der AA /JC	22,4 %
Empfehlung Familie / Freunde	28,0 %

Bei 82 % der Befragten erfolgte die Bewilligung der EM-Rente sofort nach Erstantrag. Bei 16,2 % nach Widerspruch und ein sehr kleiner Anteil, 1,8 %, bekam die EM-Rente erst nach einem sozialgerichtlichen Verfahren zugesprochen.

In 18 % der Fälle wurde der Erstantrag unbefristet gewährt, dementsprechend waren 82 % befristete Bewilligungen. Davon waren die allermeisten Anträge auf 2 Jahre befristet (51,4 %), weniger als 2 Jahre befristet waren 17,9 % und mehr als 2 Jahre befristet 30,7 % der bewilligten Anträge.

Die Vergleichsdaten der DRV Bund (n=2806) zeigen in etwa dieselbe Verteilung der Befristungen: 74,5 % der Erstbewilligungen sind sog. „Zeitrenten“, dementsprechend sind 25,5 % „keine Zeitrenten.“

Diagnosen nach Rentenversicherungsträgern

Tabelle 11 zeigt abschließend die Diagnosen F3 und F4 aufgeteilt nach den beteiligten Rentenversicherungsträgern. Zu beachten ist hier, dass für die DRV Westfalen und Berlin-

Brandenburg die Anzahl der Studienteilnehmer relativ gering ist, die Zahlen deshalb auch nicht besonders verlässlich sind.

Tabelle 11: Anteil Diagnosen nach Rentenversicherungsträgern

		DRV			Prozent
		Bund n=479	Berlin- Brandenburg n=33	Westfalen n=57	
Diagnose	F3	70,6 %	84,8 %	59,6 %	70,3 %
	F4	29,4 %	15,2 %	40,4 %	29,7 %

Auffallend ist der sehr hohe Anteil von F3 Diagnosen in Berlin-Brandenburg (84,4 %) bzw. ihr geringer Anteil in Westfalen (59,6 %), bezogen auf die Gesamtverteilung. Vorsicht vor möglichen Verzerrungen ist hier aber, wie bereits oben angemerkt, wegen der Datenlage (nur wenige Teilnehmer) geboten.

Abschließend nochmals die wichtigsten Ergebnisse unserer Stichprobenbeschreibung zusammengefasst:

- *Geschlechterverteilung*: 75 % Frauen und 25 % Männer.
- *Diagnoseverteilung*: F3 Diagnosen ca. 70 %, F4 Diagnosen ca. 30 %.
- *Dauer*: 62,8 % fühlen sich schon 5 Jahre oder mehr von ihrer Erkrankung beeinträchtigt
- *Altersverteilung*: hier überwiegt die Gruppe der 50-59jährigen mit 71,6 %; etwa 90 % der Teilnehmer sind zwischen 40 und 59 Jahre alt. Lediglich 10 % sind unter 40 Jahren.
- *Somatische Komorbidität*: 86 %, ein auffallend hoher Anteil.
- *Befristete Bewilligung* der EM-Rente: 82 %, meist auf 2 Jahre.

Unsere Interviewteilnehmer (n=45)

Wie in Kap. 3.3. ausgeführt wurden aus der Stichprobe des Fragebogenrücklaufs 45 Personen für Interviews ausgewählt, die zu drei Zeitpunkten stattfanden: einmal 6 Monate nach der Erstbewilligung, dann etwa ein Jahr später telefonisch plus ein abschließendes Interview 18 Monate nach der EM-Rentenbewilligung.²⁹ Bei der Auswahl der Befragten wurde – neben

²⁹ Von den ursprünglich 45 Teilnehmern konnten zum letzten Zeitpunkt, ca. 18 Monate nach der Erstbewilligung, sechs Personen nicht mehr ein weiteres Mal interviewt werden. Dafür gab es

inhaltlichen Gründen – insbesondere auch auf Ausgeglichenheit geachtet, d.h. es wurden etwas mehr jüngere EM-Rentner, mehr Personen mit einer F4-Hauptdiagnose und mehr Männer als prozentual in der Gesamtstichprobe vorhanden waren, aufgenommen. Weitere Auswahlkriterien orientierten sich an den Prinzipien des Theoretical Sampling (maximale Variation von Teilnehmermerkmalen und Lebenskonstellationen; maximale Kontrastierung und minimale Unterschiede). Die von uns 45 ausgewählten Personen haben folgende soziodemografische Merkmale:

Interviewte Personen

Tabelle 12: soziaodemografische Daten Sample

Kategorie	Prozente
Geschlecht	
weiblich	70,5 %
männlich	29,5 %
Diagnose (Erstdiagnose)	
F3	62,8 %
F4	37,2 %
Altersgruppe	
30-39 Jahre	18,2 %
40-49 Jahre	18,2 %
50-59 Jahre	63,6 %
Schulabschluss	
Haupt/Volksschule	11,4 %
Realschule/mittlere Reife	36,4 %
Polytechnische Oberschule	18,2 %
Fachhochschulreife	15,9 %
Abitur	18,2 %
Lebenssituation	
Allein lebend	36,4 %
Allein mit Kind/ern im Haushalt	4,5 %
Mit Partner/in im Haushalt	40,9 %
Mit Partner und Kind/ern im Haushalt	15,9 %
Sonstiges	2,3 %
Befristete EM-Rente	
Ja	79,5 %
Nein	20,5 %

verschiedene Gründe: persönliche Krisen, Krankheitsrückfälle, Rückzug aus dem Projekt bis hin zu einem Suizidversuch.

4.2 Qualitative Ergebnisse

4.2.1 Eckfälle

Aus den 45 interviewten Personen wurden diejenigen ausgewählt, die in der Reduktion des vielfältigen empirischen Materials zentrale Elemente des Forschungsfeldes so bündeln, dass sie exemplarisch (strukturepräsentativ) für Bedingungsbeziehungen und Wirkfaktoren im Feld der gestellten Problemstellung stehen (vgl. Kap. 3.4). Im Folgenden werden 6 Eckfälle in verschiedenen Dimensionen ausführlich dargestellt, von denen jeweils zwei wiederum für ein bestimmtes Verhältnis zum RTW stehen (kein RTW, normativer bzw. realistischer RTW).

4.2.1.1 Frau Kunert

„(A)ls ich am ersten Tag nach Hause gefahren bin mit dem Auto es war richtig schönes Wetter und es war heiß draußen, und es war Stau weil Berufsverkehr (.) und ähm alle standen im Stau und waren angeervt aber ich hab mich so gefreut über diesen, über Berufsverkehr und mit allen anderen nach Hause zu fahren und mit allen anderen Feierabend zu haben das war mal wieder so 'n Gefühl von Normalität“

(Kunert 3, Z. 196-203)

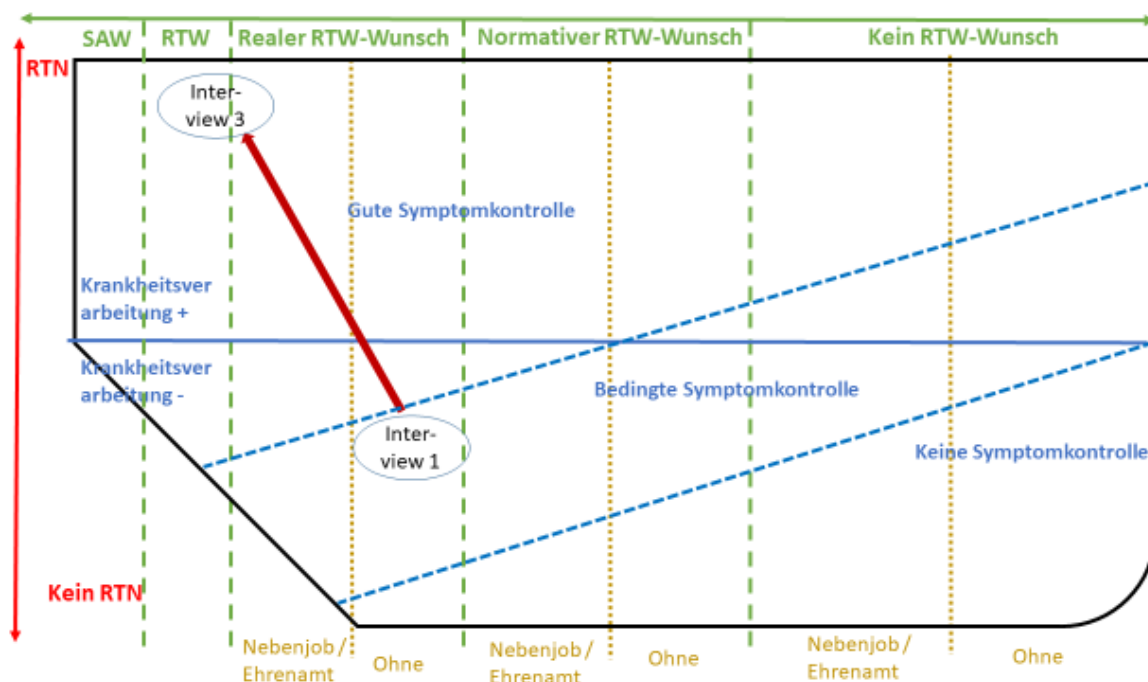


Abbildung 8: Positionierung Frau Kunert (Quelle: eigene Darstellung)

Geschlecht:	Weiblich
Alter:	36 Jahre
Familienstatus:	Aktuell in Partnerschaft, keine Kinder
Wohnort:	Großstadt
Bewilligungsdiagnosen:	F3
Komorbidität/Problemlagen:	Schwierige Kindheit
Erlerner Beruf:	Diplom Soz. Pädagogin
Letzte Tätigkeit vor EM:	Diplom Soz. Pädagogin
Erwerbsstatus vor EM:	In Arbeit
AU-Status vor EM:	18 Monate krankgeschrieben
Aktuelle Tätigkeit in EM:	Nebenjob
Bewilligungszeitraum:	Erstbewilligung, befristet auf 2 Jahre

Kurzvita:

Nach einer schwierigen Kindheit und Jugend, geprägt von Vernachlässigung und Misshandlung, verlässt Frau Kunert im Alter von 18 Jahren ihr Elternhaus. Mit dem Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit zieht sie nach kurzer Zeit des Kennenlernens mit ihrem Partner in eine gemeinsame Wohnung und sie schließen sich einer christlichen Gemeinde an.

Parallel dazu beginnt Frau Kunert ihr Studium zur Sozialpädagogin; aus damaliger Sicht ein Traumberuf, aus heutiger eine Selbst-Therapeutisierung. Während ihres Studiums beginnt sie bereits in Teilzeit zu Arbeiten und sorgt allein für das gesamte Haushaltseinkommen.

Im Anschluss ihres Studiums arbeitet sie über zehn Jahre hinweg als Sozialpädagogin. Im Verlauf ihrer Berufsbiografie gerät sie immer wieder in psychisch belastende Arbeitsbedingungen. Zunächst reagiert sie mit Flucht und wechselt häufiger den Arbeitgeber. Später versucht sie gemeinsam mit Kollegen sich gegen die verschlechternden Arbeitsbedingungen zu wehren; ihre Bemühungen scheitern jedoch. Psychotherapeutische Hilfe nimmt sie nur sporadisch in Anspruch. Zum Ende ihrer Berufsbiografie sucht Frau Kunert nach Alternativen und versucht mithilfe von Fortbildungen einem Wechsel in die Verwaltung zu schaffen; ihre Bemühungen scheitern jedoch daran, dass intern keine zu besetzenden Verwaltungsstellen zur Verfügung stehen. Eine weitere Hoffnung der psychischen Restabilisierung verbindet sie mit einer psychosomatischen Rehabilitation; diese wird seitens der DRV auch nach Widerspruch abgelehnt, woraufhin Frau Kunert wegen der Alternativlosigkeit und der fehlenden Unterstützung einen psychischen Zusammenbruch erleidet.

Frau Kunert wird krankgeschrieben und lässt sich in einer Akutklinik behandeln; sowohl die Klinikärzte als auch ihre Hausärztin raten ihr zu einem Antrag auf EM-Rente. Im Kontrast zur medizinischen Reha wird ihr dieser umgehend bewilligt.

Bereits vor der Bewilligung der EM-Rente beginnt Frau Kunert, sich von belastenden Faktoren in ihrem Leben zu distanzieren. Sie trennt sich von ihrem Partner, verlässt die christliche Gemeinde, schließt für sich eine Rückkehr in die belastende Arbeit als Sozialpädagogin aus und bricht endgültig den Kontakt zu ihren Eltern ab. Gemeinsam mit einer guten Freundin, die ebenfalls EM-Rentnerin ist, gründet sie eine WG in einer anderen Stadt. Dort möchte sie sich ein neues Leben aufbauen. Dies gelingt ihr aber nur bedingt. Mit der neuen Partnerschaft fühlt sie sich sehr wohl und geborgen; ein neues soziales Netz aufzubauen gelingt ihr jedoch nicht im gewünschten Maß. Der größte Hemmfaktor ist aber das gemeinsame Leben in der WG; es kommt zu Konflikten und ihre Freundin trägt ihr Bestreben nach Veränderung nicht mit.

Frau Kunert und ihr neuer Partner entschließen sich, gemeinsam zurück in seinen Heimatort zu ziehen. Dort können sie auf ein breites familiäres und soziales Unterstützungsnetz zurückgreifen, welches ihnen bei der Gründung einer Familie helfen soll. Medizinische und therapeutische Hilfe nimmt sie seit dem Umzug nicht mehr in Anspruch.

Frau Kunert trägt sich seit Beginn des EM-Rentenbezugs mit dem Gedanken, wieder zurück in Erwerbsarbeit zu gehen. Immer wieder stößt sie aber auf Widerstände und Hemmschwellen; auch seitens der DRV selbst. In der neuen Heimat soll es nun aber endlich gelingen. Im Rahmen eines Nebenjobs testet und steigert sie allmählich ihre Leistungsfähigkeit. Zum Zeitpunkt des dritten Interviews steht der Wechsel in eine Vollzeitstelle beim selben Arbeitgeber kurz bevor; der Arbeitsvertrag ist bereits unterschrieben. Ein wenig plagen sie aber noch Ängste, weil sie nicht in die EM-Rente zurückkehren kann, wenn ihr der RTW nicht dauerhaft gelingt. Ihr großer Wunsch, wieder am normalen Leben teilzuhaben, überwiegt aber.

Kindheit und Jugend

Frau Kunert stammt aus einer ländlich gelegenen Kleinstadt; Großstädte sind im Umkreis von 100 km nicht zu finden. Über ihre Kindheit und Jugend äußert sie sich zu allen drei Interviewzeitpunkten sehr zurückhaltend: „*bin jetzt nicht so unter den optimalen Bedingungen groß geworden*“ (Kunert 1, Z. 284f.). Anhand ihrer Äußerungen wird aber deutlich, dass sie ihre Kindheits- und Jugendgeschichte nicht als glücklich beschreiben würde. Insbesondere aber mit Blick auf frühzeitige Präventions- und Interventionsmaßnahmen beklagt sie ein kollektives Wegschauen in ihrem sozialen Nahraum, was wiederum auf Misshandlungen hindeutet.

„(W)enn die Nachbarn und die vor allem auch die Familie nicht weggeguckt hätten, was da passiert ist (.). Dann also die hätten es sehen können sehen müssen auch meine (...) die hätte=hätte Sachen mitkriegen müssen (.). (1) ähm: (1) meine Großeltern hätten auch Sachen mitkriegen müssen“ (Kunert 3, Z. 862-868).

Schlussendlich deutet auch ihre Berufswahl auf Misshandlungen in ihrer Kindheit hin: *„mein Studium Sozialpädagogik war eigentlich mehr ´n Selbststudium als irgendwas anderes“ (Kunert 1, Z. 285ff.).*

Weiterhin ist bezeichnend für ihre Kindheit und Jugend, dass sie in dieser Zeit nie einen (Kinder-)Hausarzt hatte. Damit konfrontiert wird sie erstmals, als sie sich kurz vor dem Abitur aus eigener Initiative eine Psychotherapie beginnen möchte: *„also aufgrund ähm: meiner Biografie mh hab ich gedacht ja (unv.), ich sollte mal, also ich kann so wie ich groß geworden bin kann ich ja nur ´n Knacks weg haben“ (Kunert 1, Z. 854ff.).* Ohne eine Überweisung von Hausarzt geht sie direkt zu einem Psychotherapeuten, der sie aufnimmt. Die Therapie beurteilt sie eher negativ; einzig Positives sieht sie in der Bestärkung seitens ihres Therapeuten, ihr Elternhaus zu verlassen. Die Psychotherapie läuft insgesamt über zwei Jahre; eine Fortführung wird verhindert, weil sie *„mittlerweile schon in äh irgendwelche christlichen Kreise reingeraten (ist)“ (Kunert 1, Z. 894f.).*

Frau Kunerts Äußerungen über ihre Kindheit und Jugend fallen sehr knapp aus. Dies mag auch der Interviewsituation geschuldet sein; das erste Interview findet in einem Café statt. Trotz der spärlichen Schilderungen wird doch deutlich, dass sie die negativen Ereignisse in ihrer Kindheit als therapienotwendig einschätzt, um nicht ihr gesamtes Leben darunter leiden zu müssen und auch den weiteren biografischen Verlauf nicht davon dominieren zu lassen.

Berufsausbildung

Im Alter von 18 Jahren beginnt Frau Kunert ihr Studium der Sozialpädagogik. Das Studienfach stellt für sie zum damaligen Zeitpunkt einen Traumberuf dar, für den es in ihrer beruflichen Planung keine Alternative gibt. Die avisierte Tätigkeit als Sozialpädagogin und bereits das Studium der Sozialpädagogik werden zu einem manifesten Bestandteil in ihrer

Identitätskonstruktion. Erst weit später reflektiert sie im therapeutischen Kontext den Aspekt des Selbststudiums bzw. der Selbst-Therapeutisierung mithilfe des Studiums.

Nach dem ersten Semester verlässt Frau Kunert ihr Elternhaus und zieht gemeinsam mit ihrem damaligen Partner, den sie im Studium kennengelernt hat, in eine gemeinsame Wohnung. Schnell zeigt sich eine Asymmetrie in der Partnerschaft. Frau Kunert arbeitet bereits während ihres Studiums in Teilzeit, um das gemeinsame Haushaltseinkommen aufzubessern, ihr Partner verfügt über keine Einnahmen.

„(D)ann haben wir uns kennengelernt da hat er das Abitur nachgemacht dann hat er Lehramt studiert Musik und ähm fünf Jahre oder sechs Jahre glaub ich, in der Zeit hab ich schon an der Uni gearbeitet (...) und ähm ich hab halt Lebensunterhalt dann qua- dafür gesorgt ne dass der da war deswegen musste ich ja quasi arbeiten gehen (...) von was hätt ich denn leben sollen von was hätte mein Mann leben sollen?“ (Kunert 1, Z. 423-436).

Insgesamt beurteilt sie retrospektiv ihre Teilzeitarbeit während des Studiums positiv. Der Kontakt zu den Kollegen stärkt sie in ihrer beruflichen Identitätsbildung und sie lernt soziale Verantwortung zu übernehmen. Gleichzeitig sieht sie es aber aus heutiger Perspektive auch kritisch, dass sie damals nicht am studentischen Leben teilhaben konnte.

Wegen ihrer aktiven Distanzierung zum Elternhaus und ihrer damit verbundenen Suche nach neuen Möglichkeiten der sozialen Teilhabe ist sie in der Zeit ihres Studiums leicht beeinflussbar. Eine christliche Gemeinde, der sie beigetreten ist, gibt ihr einerseits zwar neuen sozialen Halt, andererseits beendet sie eben wegen ihrer Teilhabe die Psychotherapie. Im Laufe ihrer Zeit in der christlichen Gemeinde fühlt sie sich darüber hinaus zunehmend abhängig, fremdbestimmt und ausgenutzt.

„(A)lso am Anfang muss ich schon sagen die erste Gruppe wo ich war, die war wirklich ähm da hab ich mich total zu=zu Hause und total wohlgefühlt (...) aber das äh was einem da so vermittelt wurde war oft (2) ja du bist Gottes geliebtes Kinde a:ber nur wenn du so und so und so bist kriegst du auch oder hast du auch Teil an seinem Segen, ja und das hat sehr viel Druck gemacht“ (Kunert 1, Z. 899-929).

Mit dem beginnenden Studium emanzipiert sich Frau Kunert von ihrem Elternhaus. Ihr Bedürfnis nach sozialer Einbindung wird über eine Partnerschaft und eine christliche Gemeinde befriedigt. Beide wirken aber eher hemmend auf ihre Entwicklung. Allein das Studium und ihre Berufstätigkeit während des Studiums prägen sie positiv; auch dies eine Erklärung dafür, warum für Frau Kunert die spätere Arbeit als Sozialpädagogin einen derart hohen Stellenwert hat.

Erwerbsarbeit

Nach ihrem Studium arbeitet Frau Kunert in Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens für Menschen mit geistigen Behinderungen. Während sie anfangs noch der Meinung ist, endlich in ihrem Traumberuf arbeiten zu können, stellen sich bald erste psychische Belastungen ein. Immer wieder kommt es zu sozialen Konflikten zwischen den Kollegen, sie klagt über zunehmenden Arbeitsdruck und steigende Reglementierungen ihrer Arbeit. In den zehn Jahren ihrer Berufstätigkeit als Sozialpädagogin reagiert sie fortwährend mit der gleichen Strategie. Mit der Hoffnung auf bessere Arbeitsbedingungen kündigt sie ihr Anstellungsverhältnis und wechselt zu einem anderen Träger. Der erwünschte Erfolg ist aber nur von kurzer Dauer; sehr schnell stellen sich auch an den neuen Arbeitsplätzen immer wieder psychische Belastungen ein. In ihrem letzten Anstellungsverhältnis als Sozialpädagogin fühlt sie sich zunächst sehr wohl. Gerade das angenehme Miteinander unter den Kollegen und mit ihrer Vorgesetzten bestärken sie darin, endlich einen Arbeitsplatz gefunden zu haben, an dem sie sich dauerhaft eine Arbeit als Sozialpädagogin vorstellen kann.

*„(A)ls ich da angefangen habe hatten wir ne Chefin die mit der hab ich mich total gut verstanden die war auch wirklich gut ich glaub die war auch gut fürs Team (...) und die ist dann aber ähm, ja äh als ich drei Monate da war ist die dann halt in Elternzeit gegangen“
(Kunert 1, Z. 154-159).*

Unter der eingesetzten Stellvertreterin ändern sich die Arbeitsbedingungen wieder zum Negativen. Frau Kunert und ihre Kollegen fühlen sich von der neuen Vorgesetzten unter Druck gesetzt, die Arbeits- und Organisationsabläufe werden von Grund auf verändert.

„(W)ir mussten irgendwelche Pläne da irgendwie ähm viel früher schon, ähm abgeben als wir es eigentlich konnten wir mussten, ähm: (1) wir durften keine Überstunden mehr

*machen aber wir waren halt auch viel zu wenig Mitarbeiter für die ganzen Klienten“
(Kunert 1, Z. 171-174).*

Gemeinsam mit ihren Kollegen sucht Frau Kunert nach Unterstützung beim Betriebsrat. Ihre Bemühungen bleiben aber erfolglos.

„(W)ie oft beim Betriebsrat gewesen und wir haben uns ähm an unsere Leitung und die da drüber gewandt und das, ja es wurde alles immer so abgewiegelt (.) (1) Das war nicht schön und wir haben uns da überhaupt nicht ernstgenommen gefühlt“ (Kunert 1, Z. 197-200).

Im weiteren Verlauf entdecken Frau Kunert und Kollegen durch Zufall, dass ihre Vorgesetzte in den durchgeführten Personalgesprächen Formfehler begangen hat. Umgehend wenden sie sich an die zuständige Person in der Personalabteilung und klagen die begangenen Formfehler an. Wenig später wird der Vorgesetzten gekündigt; für Frau Kunert und Kollegen ein großer Erfolg, mit dem sie die Hoffnung auf die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen verbinden. Die Folgen sind jedoch wenig positiv; über anderthalb Jahre bleibt die Stelle unbesetzt, es fehlt die Koordination im Team und der Arbeitsumfang steigt: *„wir haben im Grunde alles alleine gemacht (unv.) zehn Leute (...) konnten keine Entscheidungen treffen wurden ständig hingehalten“ (Kunert 1, Z. 241-244).* Ihre Versuche, sich an die höhere Leitungsebene zu wenden, um verbindliche Entscheidungen zu erhalten, scheitern. Zu Hemmnissen wegen fehlender Leitung gesellt sich das Gefühl, im Stich gelassen zu werden.

Zu den psychischen Belastungen am Arbeitsplatz gesellen sich allmählich weitere Probleme. Zunehmend fällt es Frau Kunert schwer, sich in ihrer Freizeit von der Arbeit abzugrenzen. Auf der Straße begegnet sie fortwährend Klienten, deren Angehörige und Betreuer, die sie auch in der Freizeit mit beruflichen Themen konfrontieren.

„(I)mmmer wenn ich einkaufen gehe oder auch wenn ich nur spazieren geh oder, man macht 'n Ausflug irgendwohin ständig sind mir halt äh die Menschen begegnet nicht dass ich sie nicht mag aber ich war halt einfach überfordert“ (Kunert 1, Z. 113-116).

Ein weiteres Abgrenzungsproblem findet sich in ihrer Partnerschaft. Nach wie vor ist sie Alleinversorgerin; ihr Partner verfügt während und nach seinem Studium über keinerlei Einkommen. Hinzu kommt, dass ihr Partner mehrfache psychische Beeinträchtigungen hat und sie neben der Rolle als Alleinversorgerin sich auch zunehmend in die Rolle der

Sozialpädagogin ihres Partners hineinmanövriert hat: „wenn ich nach Hause kam da hab ich irgendwie gedacht hier geht die Arbeit, also weiter“ (Kunert 1, Z. 557f.).

Ihre erste Reaktion auf die multiplen Belastungen in Arbeit und Freizeit ist eine gesundheitsschädliche Selbstmedikation:

„(D)ann hab ich irgendwann das war so ähm Ende 2015 Anfang 2016 da hab ich wieder vermehrt angefangen Alkohol zu trinken (...) und ähm irgendwann halt auch täglich (.) und ähm: das ging über mehrere Monate bestimmt drei Monate und dann hab ich irgendwann gesagt nee das geht nicht ich kann nicht jeden Tag Alkohol trinken“ (Kunert 1, Z. 560-565).

Während ihr Partner die Anzeichen der psychischen Belastungen bei Frau Kunert nicht bemerkt, sind es ihre Freunde, die ihre Veränderung erkennen und sie sehr früh darauf hinweisen, sie „müsste mal ´n Gang zurück schalten“ (Kunert 1, Z. 543f.). Frau Kunert ist zunächst jedoch nicht einsichtig und der Meinung, den Belastungen in Arbeit und Freizeit gewachsen zu sein; ihr hoher Arbeitsethos und ihre starke berufliche Identität wirken der Offenheit für die gutgemeinten Ratschläge sowie der aktiven Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Situation entgegen. Frau Kunert befindet sich zu diesem Zeitpunkt bereits in einer Phase des Präsentismus; rückblickend bestätigt sie dies im dritten Interview.

„(M)ir ist es ja äh sogar gesagt worden ne meine Hausärztin hat gesagt Frau Kunert Sie haben Bluthochdruck da müssen Sie was machen ne machen Sie mal ne Reha oder so (.) dat war ´n halbes Jahr bevor dann der Zusammenbruch kam (.) aber da hab ich gedacht äh wieso läuft doch also geht doch noch ne (...) ich geh doch noch jeden Tag arbeiten es klappt doch ich komm doch noch aus ´m Bett“ (Kunert 3, 948-955).

Frau Kunert verfolgt eine andere Strategie, nachdem sie erste Einschränkungen bei sich bemerkt. Mit dem alleinigen Blick auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit sucht sie sich Unterstützung in einer Supervision, die sie temporär stabilisieren kann, allerdings nicht von langer Dauer ist, weil eine Weiterbewilligung der Inanspruchnahme einer Supervision hätte von Seiten eines Vorgesetzten erfolgen müssen; diese Stelle war zu dieser Zeit jedoch nicht besetzt.

Die Arbeit als Sozialpädagogin ist für Frau Kunert schon länger kein Traumberuf mehr. Bereits ca. zwei Jahre vor ihrem Zusammenbruch sucht sie nach beruflichen Alternativen. Ganz aus dem sozialen Bereich aussteigen, möchte sie nicht. Sie könnte sich vorstellen, verwalterisch tätig zu werden und absolvier in den zwei Jahren mehrere Fortbildungen; die letzte kurz vor

ihrem Antrag zur medizinischen Rehabilitation. Den besagten Antrag stellt Frau Kunert auch nur, weil ihr die Perspektiven des Wechsels in die Verwaltung immer wieder versperrt werden und sie sich eine dauerhafte Tätigkeit als Sozialpädagogin aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr vorstellen kann.

„(S)o ne Hoffnung die ich hatte ähm ich kann mir in=in die Richtung noch irgendwie was aufbauen auch aufgrund meiner Arbeit von früher von der Uni ähm im Sekretariat da und (...) äh was drauf aufbauen die ist dann auch zerplatzt“ (Kunert 1, Z. 1026-1030).

Frau Kunerts Arbeit als Sozialpädagogin ist geprägt von starken psychischen Belastungen. Ob diese Belastungen im Zeitverlauf tatsächlich, wie von ihr beschrieben, ansteigen, oder ob sie gegensätzlich über immer weniger Ressourcen verfügt, den Belastungen entgegenzuwirken, muss offenbleiben. Unstrittig hingegen ist, dass sie keinerlei Unterstützung seitens betrieblicher und medizinischer Akteure oder von Rehabilitationsträgern dabei erhält, die Arbeitsbedingungen psychisch weniger belastend zu gestalten. Den psychischen Belastungsdruck erhöhen wirkt die fehlende work-life-balance. Insbesondere der Faktor, selbst als Sozialpädagogin den eigenen Partner betreuen zu müssen, wirkt verehrend auf ihre psychische Konstitution. Wegen der hohen psychischen Belastung in der Freizeit und dem hohen Stellenwert der Erwerbsarbeit in ihrer Identitätskonstruktion ist Frau Kunert bemüht, in Erwerbsarbeit zu bleiben und sich beruflich neu zu orientieren. Diese Versuche bleiben jedoch ergebnislos. Frühzeitige und zielgerichtete berufsbiografische Beratungen sowie LTA Maßnahmen hätte hier durchaus positive Wirkung haben können.

Medizinisch-therapeutische Behandlung vor der EM-Rente

Ihren ersten Kontakt zu einem Psychotherapeuten hatte Frau Kunert im Alter von 18 Jahren. Retrospektiv beurteilt sie die Therapie negativ; einzig positiver Faktor war die Unterstützung bei ihrer Emanzipation vom Elternhaus.

„(V)ieles von dem was er gesagt hat hab ich überhaupt nicht verstanden der hat mich auch oft zugetextet mit seinen privaten Problemen von seinem, Vater, bei ihm ist eingebrochen

worden und seine Frau aus Afrika die äh fühlt sich hier unwohl in Deutschland“ (Kunert 1, Z. 883-886).

Wegen ihres Kontaktes zu einer christlichen Gemeinde, in der sie vermeintlich sozialen Halt gefunden hat, führt sie nach etwa zwei Jahren die Therapie ohne Erfolg nicht weiter.

„(I)ch hatte auch keine richtige Diagnose (.) also ich hab mich nicht getraut meinen Ärzten Psych- ähm Psychotherapeuten zu fragen wegen was er mich denn jetzt eigentlich behandelt mir war halt nur klar also ganz normal kann ich nicht sein ich brauch halt auf jeden Fall Hilfe, ähm damals hab ich ja noch keine Medikamente bekommen“ (Kunert 1, Z. 937-941):

Im weiteren Verlauf war sie immer wieder kurzzeitig in Therapie und hatte teilweise auch Psychopharmaka genommen. Bei Frau Kunert handelt es sich aber um keine kontinuierliche psychotherapeutische oder psychiatrische Begleitung, sondern vielmehr um kurzzeitige therapeutische Unterstützungen bei schwierigen Problemlagen in der Lebensführung. Eine dauerhafte Begleiterin und Unterstützerin findet sie hingegen in ihrer Hausärztin. Von dieser erhält sie ohne therapeutische Begleitung in Krisensituationen Psychopharmaka; ihre Hausärztin rät ihr ebenfalls zu einer medizinischen Reha und hilft ihr bei der Beantragung.

Der erste Antrag auf eine medizinische Rehabilitation wurde seitens der DRV mit der Begründung abgelehnt, dass sie im Vorfeld weder krankgeschrieben noch in durchgängiger Behandlung war: *„da hatte ich auch schon mit gerechnet das hatte meine Hausärztin mir auch gesagt dass sie die das erste Mal vermutlich ablehnen werden“ (Kunert 1, Z. 33f.).*

Nach der ersten Ablehnung geht Frau Kunert unverzüglich in die Arbeitsunfähigkeit. Dies war keine strategische Entscheidung, um doch noch in eine psychosomatische Reha zu kommen. Vielmehr erzeugt die Ablehnung der Reha seitens der DRV einen psychischen Zusammenbruch, weil ihr darüber signalisiert wurde, dass sie keinerlei Unterstützung in ihrer Situation zu erwarten hat.

„(A)ls die Ablehnung kam (...) da hab ich dann gedacht wa=wat mach ich ´n jetzt jetzt krieg ich noch nicht mal mehr die Reha was soll ich denn jetzt machen? und da das war ja was das war ja ´n Pferd auf das ich gesetzt hatte und das ist dann ja (1) ist dann geplatzt und ähm (1) da konnt ich dann auch wirklich nicht mehr (.) ich glaub wenn die Reha genehmigt worden wäre, mh (1) dann hätt ich noch mal ne Weile durchgehalten bis=bis die Reha dann

gekommen wäre, ähm aber so hatte ich ja keine Hoffnung mehr dass sich mal irgendwann irgendwas ändern würde“ (Kunert 1, Z. 970-983).

Dennoch bleibt Frau Kunert hartnäckig und sucht sich Hilfe. Auf Anraten ihrer Hausärztin wendet sie sich an den VdK und geht in Widerspruch. Doch auch dieser bleibt erfolglos; die DRV lehnt nun den Antrag mit der Begründung, sie „*sei nicht Reha-fähig*“ (Kunert 1, Z. 38), ab.

Etwa ein halbes Jahr nach dem Widerspruch geht Frau Kunert in eine Akutklinik und lässt sich dort psychologisch behandeln. Sie sieht dies als Vorgabe der DRV, ggf. später doch noch in eine psychosomatische Reha zu gelangen: „*ja dann haben die gesagt ich muss quasi erst mal in ne ähm akutstationäre äh Klinik und da was machen und dann, dann könnte man eventuell wegen Reha noch mal gucken*“ (Kunert 1, Z. 41ff.). Der Aufenthalt in der Akutklinik hat jedoch nicht den erwünschten stabilisierenden Effekt; vielmehr ist an eine Rückkehr in Arbeit nicht mehr zu denken.

Im Arbeitskontext hätte sich Frau Kunert mehr Unterstützung erhofft, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Diesbezüglich hat sie auch Eigeninitiative gezeigt und ist aktiv an betriebliche wie medizinische Akteure herangetreten; doch auch diese Akteure konnten keinen Einfluss nehmen.

„(W)enn Probleme aufkamen oder wenn die Arbeitsbedingungen einfach unerträglich wurden ich bin schon auch zur Gewerkschaft gegangen und äh oder auch ja war auch bei Ärzten aber ja was macht man wenn=wenn der Arbeitgeber halt, oder wenn der Chef halt ähm, einen so unter Druck setzt ne da hätt ich mir schon mehr Hilfe gewünscht ich weiß zwar auch nicht so richtig von wem, aber (1) ja (1) äh wenn die Arbeitsbedingungen fairer gewesen wären ne wenn da mehr Kontrolle gewesen wär (3) aber mh ja wie soll das passieren? (1) das ((seufzend)) weiß ich auch nicht ich hab aber die Befürchtung dass es auch nicht besser werden wird“ (Kunert 3, Z. 869-879).

Trotz ihrer schwierigen Kindheit sucht Frau Kunert über eine lange Zeit nur sehr spärlich nach psychotherapeutischer oder psychiatrischer Begleitung. Frau Kunert ist vielmehr bemüht, aufkommende Beschwerden mit einer Änderung der Verhältnisse entgegenzuwirken und weniger über eine Verhaltensänderung. Weil sie dies aber im Arbeitskontext nicht erreichen kann und ihr auch die belastenden Verhältnisse in ihrer

Partnerschaft nicht bewusst sind, hat sie das Gefühl, einer stetigen Zunahme psychischer Belastungen und Beschwerden. In ihrer Hausärztin hat sie eine für sie wichtige Begleiterin und Beraterin, deren Urteil sie vollumfänglich vertraut. Der gemeinsame Plan, mittels einer psychosomatischen Reha die Arbeitsfähigkeit dauerhaft zu erhalten, scheitern jedoch. Ob dieses Vorhaben mit einer Reha hätte umgesetzt werden können, muss offen bleiben. Sicher scheint jedoch, dass die Ablehnung der Reha seitens der DRV den Negativverlauf der Erkrankung beschleunigt, der auch nicht mehr in der Akutklinik aufgefangen werden kann.

Der Weg in die EM-Rente

Mit der Hoffnung, wieder mithilfe einer psychosomatischen Reha zurück in Arbeit zu gelangen, lässt sich Frau Kunert 2016 krankschreiben. In den 1,5 Jahren der Arbeitsunfähigkeit erhält sie mehrfach eine Ablehnung bezüglich der medizinischen Rehabilitation und geht schließlich in eine Akutklinik, um sich dort behandeln zu lassen. Das Ergebnis ist jedoch keine Empfehlung zum RTW. Vielmehr raten ihr die Ärzte und Therapeuten der Akutklinik zu einem Antrag auf eine EM-Rente.

„(W)enn man mir das vor der Klinik gesagt hätte dann hätt ich, also dass ich danach ne Rente beantragen würde hätt ich wahrscheinlich gesagt nö auf gar keinen Fall dann geh ich erst gar nicht in die Klinik (.) ä:hm (1) aber ich hab schon dann währenddessen auch gemerkt wie’s wie wenig ich nur noch kann oder wie=wie langsam ich auch geworden bin wie=wie schnell ich mit was überfordert bin“ (Kunert 1, Z. 77-84).

Der Vorschlag, eine EM-Rente zu beantragen, wird auch von ihrer Hausärztin unterstützt.

„(E)igentlich wär ja der äh Weg dann wirklich auch Reha gewesen, aber ähm dann hab ich da nächtelang ähm nur wachgelegen und gedacht boah schaff ich das schaff ich das? und dann hat meine Ärztin gesagt wissen Sie was sehen Sie mal lieber zu dass Sie jetzt vernünftig auf die Beine kommen ne dass Sie sich lieber ein bisschen mehr Zeit nehmen und ähm: ja auf festen Grund stellen ne Sie wollen ja auch mal Sie wollen ja Ihr Leben wieder in die in die in Griff kriegen“ (Kunert 1, Z. 55-61).

Einhergehend mit der Beantragung der EM-Rente zwei Monate nach dem Aufenthalt in der Akutklinik gelingt es ihr auch, sich emotional von ihrer langjährig idealisierten Tätigkeit als Sozialpädagogin zu lösen und die EM-Rente als Weg zu begreifen, der sie aus dem stark

gesundheitsbelastenden Arbeitsalltag herausbringen kann und die Möglichkeit einer beruflichen Neuorientierung bereithält.

„(L)etzten Endes bin ich eigentlich ganz dankbar dass es jetzt so gekommen ist wie es gekommen ist weil ich dadurch da rausgekommen bin aus dem Job und für mich ganz klar ist ich kann und will diesen Job nicht mehr machen und=und ich werd mich in ne andere Richtung orientieren und das ist auch gut für mich“ (Kunert 1, Z. 289.294).

Selbst wenn die EM-Rente nicht bewilligt worden wäre, wäre Frau Kunert nicht in ihre Arbeit als Sozialpädagogin zurückgekehrt: *„dann hätt ich mir wahrscheinlich irgendwo ´n Job gesucht zum Regale einräumen“ (Kunert 1, Z. 339f.)*. Wie daran zu erkennen ist, hat die biografische Neuorientierung bei Frau Kunert bereits im Rahmen ihrer langen Arbeitsunfähigkeit vor der Bewilligung der EM-Rente eingesetzt. Initial dafür kann der Zeitpunkt der Trennung von ihrem Partner im Anschluss ihres Zusammenbruchs nach der ersten Ablehnung der psychosomatischen Rehe begriffen werden. Begleitet und verstärkt wird die biografische Neuorientierung mit der etwa zeitgleichen Loslösung von der christlichen Gemeinde.

„(D)as war also Arbeit ähm Beruf halt ähm: Ehe natürlich das war der größte und ähm: diese Gemeindegemeinschaft“ (Kunert 1, Z. 823-829).

Mithilfe eines biografischen Handlungsschemas der Veränderung der Lebenssituation (vgl. Schütze, 1981) versucht sie sich einen neuen Rahmen zu schaffen, in dem sie ihrem Leben eine neue und grundlegende Wendung geben kann. Begleitet und gefördert wird die Umsetzung des biografischen Handlungsschemas von einem Umzug mit einer Freundin in eine andere Stadt, in der sie eine gemeinsame WG gründen, sowie von einer neuen Partnerschaft. Beide Aspekte geben ihr in der Zeit der Unsicherheit, der Instabilität und der Suche nach neuen (berufs-)biografischen Perspektiven einen neuen sozialen Halt sowie den Raum, ihr Leben mit neuen Fixpunkten umzugestalten.

In dem komplexen Zusammenspiel aus eigenen Wünschen und ärztlichen Empfehlungen zeigt sich auch, wie unsicher Frau Kunert bezüglich ihrer Leistungsfähigkeit in der langen Zeit ihrer Krankschreibung geworden ist. Sie vertraut viel weniger ihrer Selbsteinschätzung als vielmehr der professionellen Beurteilung, die sie für sich übernimmt und die auf der Handlungsebene starken Einfluss hat. Im Grunde hat Frau Kunert nicht den Willen, eine EM-Rente zu beantragen. Vielmehr ist der Antrag auf EM-Rente suggestiv fremdinitiiert und

wird gefördert von der eigenen Unsicherheit bezüglich verbliebener Leistungsfähigkeit und Stressresistenz. Mit der EM-Rente sieht sie aber eine große Chance, die bereits vor der Bewilligung initiierten Veränderungen in ihrem Leben umzusetzen und sich ein neues Leben aufzubauen. Die EM-Rente kann dabei als Strategie der äußeren Ordnung begriffen werden, unter der die innere Unordnung kontrollierbar wird.

Das Leben mit der EM-Rente / Nutzung der EM

Der gemeinsame Umzug in eine Großstadt sowie die neue Partnerschaft bieten das Fundament, sich im EM-Rentenbezug neu zu orientieren und das biografische Handlungsschema umzusetzen. Für die Umsetzung sieht sie im ersten Interview drei Schritte vor: 1. Zunächst möchte sie sich auf die Krankheitsarbeit (Corbin und Strauss 2010) konzentrieren und sich darüber gesundheitlich stabilisieren. 2. Will sie folgend ein neues soziales Netz aufbauen. 3. Ist es schließlich ihr Ziel, sich eine Perspektive für die Rückkehr in Arbeit zu erarbeiten.

Zum Zeitpunkt des ersten Interviews hat sie mit dem ersten Schritt bereits begonnen: *„also ähm ich hab jetzt ne Psychotherapie angefangen ne ambulante“* (Kunert 1, Z. 97f.). Ansonsten befindet sie sich noch eher in einer Phase der Konsolidierung; der Umzug in die neue Stadt liegt auch erst zwei Monate zurück. Insgesamt verbindet sie mit der Zeit, in der sie interviewend begleitet wird, aber viele konkrete Ziele. Allein die Stadt hat für sie bezüglich ihrer Ziele einen symbolischen Charakter. Als bekannte Studentenstadt erhofft sie sich, ihr damals versäumtes Studentenleben hier nun nachholen zu können. Des Weiteren möchte sie auch wieder aktiv an kollektiven Freizeitaktivitäten (wie etwa einem Chor) teilhaben. Zum Ende hin möchte sie dann ein realistisches RTW-Szenario entwickelt haben. Ihre eigene formulierte Zielvorgabe für den Zeitraum der Interviews lautet folgendermaßen:

„(A)Iso Therapie hat richtig angefangen auf jeden Fall, ähm: ich hab, ´n Chor gefunden (.) ((lacht)) ich ähm bin in irgend ner Aqua Fitnessgruppe Aqua Zumba oder so was (.) m:h ich kenn hier andere Leute außer die die ich sowieso schon kenne, mh bin auch mit denen ähm also ich kenn die nicht=nicht nur ich bin mit denen in Kontakt (.) ähm wir besuchen uns gegenseitig ich hab mir ´n soziales Netz quasi aufgebaut dadurch, ähm: (1) ich werd beruflich schon die Fühler ausgestreckt haben vielleicht gibt´s ja irgendwie schon ne

Möglichkeit dass ich äh Praktika machen kann das wär nämlich mein Traum“ (Kunert 1, Z. 1064-1075).

Im Telefoninterview (ein halbes Jahr später) merkt sie an, dass sie sich in dem neuen Wohnort inzwischen gut eingelebt hat. Zum eigenen Bedauern konnte sie sich aber noch kein soziales Netz im gewünschten Umfang aufbauen. Dies würde auch daran liegen, dass es ihr nach dem ersten Interview zunächst wieder für einige Monate gesundheitlich schlechter ging; eine stationäre Therapie hatte sie zwischenzeitlich wieder in Betracht gezogen. Mithilfe der Unterstützung ihrer Psychotherapeutin ist es ihr aber gelungen, die depressive Episode aus eigener Kraft zu überwinden; für sie ein Zeichen, allmählich Kontrolle über ihre Krankheit zu gewinnen und damit ein enormer Fortschritt in der Krankheitsarbeit. Unterstützend wirkte dabei auch eine Medikamentenumstellung; nach kurzen Eingewöhnungsproblemen stellte sich schnell eine Verbesserung des Wohlbefindens ein. Einen weiteren Wendepunkt stellt der Beginn ihrer Teilnahme am Reha Sport dar. Für Frau Kunert ist dies die Initialzündung für ihre aktive Teilnahme am sozialen Leben. Schnell erweitern sich in der Folge ihre freizeitleichen Aktivitäten um einen Chor und eine Tanzgruppe. Frau Kunert fühlt sich seither wieder agiler und gewinnt daraus Kraft, allmählich neue berufliche Szenarien zu entwickeln.

Das WG-Leben ist hingegen inzwischen weniger harmonisch. Politische Konflikte mit dem Partner der Freundin verfolgen sie im Schlaf und bringen ihr Alpträume; sie träumt, wegen dem EM-Rentenbezug in ein KZ eingewiesen zu werden. Mit ihrer Freundin, die ebenfalls EM-Rente bezieht, aber keine RTW-Ambitionen hat, versteht sie sich mittlerweile auch nicht mehr gut.

„(I)ch hab dann mein Ding gemacht und ä:h ja meine Freundin hat mir das irgendwie (2) die hat das irgendwie als Entfremdung voneinander empfunden weil ich´s nicht geschafft habe sie mitzunehmen“ (Kunert 3, Z. 146-149).

Auch daraus resultiert ihr neuer Wunsch, gemeinsam mit ihrem Partner die WG und auch die Stadt zu verlassen. Gemeinsam wollen sie in den Heimatort des Partners ziehen; ein Mietvertrag ist zu diesem Zeitpunkt bereits unterschrieben. Dort können sie auf ein breites familiäres und soziales Netz des Partners zurückgreifen; auch eigene Freunde und Bekannte hat Frau Kunert dort. Ein stabiles familiäres und soziales Netz sind ihr schließlich wichtig zur Umsetzung der Familienplanung.

Mit dem Umzug in den Heimatort des Partners, der bis zum dritten Interviewzeitpunkt realisiert wurde, sind die an den vorherigen Ort gebundenen Pläne obsolet geworden. Ursprüngliches Ziel war es, über das studentische Milieu Teilhabe zu erfahren, sich über einen Nebenjob wieder an die Erwerbsarbeit heran zu tasten und über eine Umschulung in Arbeit zu kommen. All diese musste nun an die neue Umgebung angepasst und neu formuliert werden. Während der vorherige Ort aber eher auf der Basis einer unkontrollierten Flucht gewählt wurde und der aktuelle Ort auf der Basis konkreter familiärer Planung, sieht sie in dem neuen Ort und dem dort bereits vorhandenen familiären und sozialen Netz ein Fundament, auf dem sie das biografische Handlungsschema neu ausrichten und umsetzen kann. Ihre Identifikation mit dem neuen Ort spiegelt sich auch in dem Vergleich zum vorherigen Ort wider.

„(Der neue Ort) an sich gefällt mir ziemlich gut weil ähm (1) es (1) ist anders als (der vorherige Ort) es ist irgendwie bunter also äh viel mehr Unterschiedlichkeit in den Men- oder bei den Menschen (.) äh hier lebt wirklich jeder und alles ne sehr durcheinander und es gibt kulturell viel mehr als (im vorherigen Ort) so hab ich's empfunden und ähm, ja es ist mir viel leichter gef- ähm gefallen hier Anschluss zu finden“ (Kunert 3, Z. 18-24).

Die Rückkehr der guten sozialen Einbindung trägt nicht nur zur gesundheitlichen Stabilisierung bei, sondern stellt für Frau Kunert auch eine Rückkehr in eine „normale Lebensführung“ dar. Dies zeigt sich insbesondere bei der neuen familiären Einbindung. Neben alltagspraktischen Hilfen erfährt sie auch emotionale Unterstützung bei ihren künftigen Schwiegereltern. Auf dieser Basis kann Frau Kunert auch gemeinsame familiäre Pläne mit ihrem Partner entwickeln; ein weiterer wichtiger Schritt für sie der Rückkehr in ein „normales Leben“.

„(F)ür nächstes Jahr eben die Heirat (1) und danach das ((lachend)) Jahr dann Kinder hoffentlich“ (Kunert 3, Z. 229f.). „(A)lso wir haben gesagt solange wie wir keine Kinder haben ja, bleiben wir noch in der Stadt“ (Kunert 3, Z. 760ff.). „(J)a wenn wir dann äh Kinder haben dann wollen wir gerne, ins Grünere ziehen (...) da freuen wir uns oder ich f- äh auf jeden Fall aber ich nehm an mein Freund auch da freuen wir uns auch drauf und da zieh ich mich auch dran hoch (Kunert 3, Z. 784-792).

Die Rückkehr in ein „normales Leben“ symbolisiert für Frau Kunert auch die Wiederaufnahme kollektiver Freizeitaktivitäten in einer christlichen Gemeinde.

„(J)a es ist so ne (1) mh so ne ähm (1) (unv.) wie sagt man so ne Untergrundkirche eigentlich (...)das gibt es gibt auch kein Kirchengebäude sondern wir ham so ne ähm alte Disco angemietet ähm und die ´n bisschen umgebaut und so und das ist mehr also es ist Club und Kirche so heißt es und da fahr ich dann halt abends dann auch an den Wochenenden Konzerte statt und (1) ja also jetzt nicht nur Gitarre äh Akustikgitarre sondern ((lacht)) schon ´n bisschen die härtere Gangart“ (Kunert 3, Z. 62-74).

Mit der Rückkehr in ein „normales Leben“ sieht Frau Kunert keine Notwendigkeit mehr für eine Psychotherapie oder für die Einnahme von Psychopharmaka. Mit dem Umzug hat sie die Behandlung aufgegeben; die Suche nach einem Therapeuten oder Psychiater wird im dritten Interview nur noch im Konjunktiv formuliert: *„vielleicht, sollte ich vorher mal suchen bevor ähm es dann wirklich akut wird weil manchmal wartet man ja auch auf Termine“ (Kunert 3, Z. 674f.).* Mit dieser Aussage nimmt sie Bezug darauf, dass ihre gesundheitliche Stabilität sehr fragil ist. Insbesondere in der dunklen Jahreszeit sieht sie das Risiko des Auftretens neuer depressiver Episoden. Die Suche nach einem Psychotherapeuten oder nach einem Psychiater hat damit eher einen präventiven Charakter und würde im Grunde auch der erreichten Stabilität und Normalität widersprechen.

„(A)ber vielleicht ist es auch so dass ich das verdränge und denke naja im Moment läuft´s ja weil das ist mein ähm (1) das mach ich halt gerne ne ähm so (.) das Leben soll jetzt aber wieder, normal sein oder ich will wieder Normalität haben und jetzt verhalt ich mich einfach so“ (Kunert 3, Z. 682-685).

Das Risiko der Rückkehr depressiver Episoden spiegelt sich auch in ihrer aktuellen Distanzierung von ihrer vorherigen besten Freundin und ihren Eltern wider. Sie wünscht sich zwar grundsätzlich eine Aussprache, sieht aber ein zu hohes Risiko darin, über den Kontakt wieder negativ beeinflusst zu werden. Aktuell steht für sie die aktive Biografiearbeit im Vordergrund.

Frau Kunert ist im EM-Rentenbezug ihr biografisches Handlungsschema umzusetzen. In ihrem WG-Leben stößt sie dabei aber immer wieder auf Hemmschwellen. Zunehmend wird ihr bewusst, dass sie sich von diesem distanzieren muss, um nicht in Lethargie zu verfallen und sich mit dem Leben in der EM-Rente auf Dauer zu arrangieren. Mit dem Umzug gemeinsam mit dem Partner in seine Heimatstadt gelingt ihr die Loslösung; negativ wirkt sich jedoch die verlorene Zeit bis zu dieser Entscheidung aus. Resümierend scheint der

Umzug nun aber alle Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung des biografischen Handlungsschemas zu erfüllen. Exemplarisch kann dafür die (zunächst) beendete Krankheitsarbeit, dem ersten Schritt des biografischen Handlungsschemas, ihren Fortschritt kennzeichnen.

RTW-Perspektiven und Nutzungsform der EM-Rente

Das erste Interview findet kurz nach dem Umzug in die WG statt. In dieser Situation versucht sich Frau Kunert zunächst in ihrem neuen Leben einzurichten und fokussiert den Aufbau eines sozialen Netzes. Gleichfalls kündigt sie in dieser Situation an, im Anschluss sich beruflich neu zu orientieren und konkrete berufliche Ziele zu entwickeln. Im Kontrast zu anderen Studienteilnehmern gelingt es damit Frau Kunert, nicht nur von Tag zu Tag zu leben, sondern sich biografisch neu auszurichten und zu orientieren. Ihr ist damit die Notwendigkeit einer beruflichen Planung bewusst, um einen Weg aus der EM-Rente zu finden.

Ein neuer Beruf, soviel weiß sie bereits zum ersten Interview, muss sich von der Arbeit als Sozialpädagogin deutlich unterscheiden. Sie möchte für ihre zukünftige Erwerbsarbeit in einem Bereich arbeiten, wo es konkrete Leitlinien und Vorgaben für die Arbeitsaufgaben gibt und sie möglichst wenig Eigenverantwortung tragen muss. Als möglichen Bereich für ihren RTW sieht sie das Handwerk.

„(I)ch würd jetzt noch mal gerne was Richtiges lernen, (unv.) Handwerksberuf so und da gibt's richtig (unv.) schwarz und weiß da gibt's plus und minus mal geteilt da gibt's Ergebnisse, da ist alles da ist irgendwie da ist die Sache klar“ (Kunert 1, Z. 456-459).

Sie könnte sich gut vorstellen, einen handwerklichen Beruf z.B. in einem BFW zu erlernen. Wie sie an eine solche Umschulung kommen kann, weiß sie aber noch nicht. Das Erlernen eines handwerklichen Berufs resultiert als Abgleich auf die Arbeit ihrer Brüder. Diese arbeiten in der Industrie im Bereich der Mechanik tätig. Beide sind mit ihrer Arbeit sehr zufrieden, verfügen über ein hohes Einkommen, ihnen gelingt eine gute work-life-balance und sie sind keinerlei psychischen Belastungen in der Arbeitswelt ausgesetzt. Eine Verknüpfung aus handwerklichen und sozialpädagogischen Tätigkeiten und damit eine Verknüpfung eines neuen Berufs mit vorhandenen Qualifikationen und Kompetenzen sieht sie für sich nicht als RTW Szenario; zu stark sind ihre Ängste vor einer Rückkehr in psychisch belastende Arbeitsverhältnisse.

„(M)ein Bruder hat das schon mal gesagt (2) naja hm naja hm, aber dann hat man auch wieder die Eltern da und da hat man die Kollegen (unv.) Erziehung und dann hat man das Elend von den Kindern die dann dahinkommen die in irgendwelchen Familien groß werden wo man schon denkt o:h nee das kann ja wohl nicht wahr sein nee das kann ich auch nicht aushalten (.) das nehm ich dann auch alles wieder mit zu mir nach Hause“ (Kunert 1, Z. 166-1172).

Gern würde sie hingegen über Praktika oder Probearbeiten sich im handwerklichen Berufen ausprobieren. Dafür sieht sie aber enorme Hemmschwellen, da sie auch bei einem Praktikum an die Maximalzeit von drei Stunden täglich gebunden wäre, *„aber welcher Arbeitgeber sagt, in drei Stunden (unv.) nachher müssen Sie aber sehen wie Sie nach Hause kommen oder irgendwie so also, wenn's 'n Handwerk ist die sind ja dann doch irgendwie viel unterwegs“ (Kunert 1, Z. 1079ff.).* Ein Ehrenamt zum Testen ihrer Leistungsfähigkeit könnte sie sich auch gut vorstellen, *„aber da ist man ja direkt wieder im sozialen Bereich (und) das ist nix mehr“ (Kunert 1, Z. 1108-1111).*

Ein halbes Jahr später ist sie im Telefoninterview unschlüssig, ob sie einen RTW mithilfe einer Umschulung in den handwerklichen Bereich wagen soll, oder doch lieber einen Antrag auf Weiterbewilligung der EM-Rente stellen soll; im ersten Interview hatte sie einen Antrag auf Weiterbewilligung noch abgelehnt.

„(I)ch weiß nicht ob ich das noch möchte weil (4) es war ja eh schon nicht mein=mein Wunsch das ist ja eh eigentlich schon ne Situation die=die ist nicht schön man hat wenig Geld ne man, ich häng zu Hause rum und ähm, verbring den Tag mit nicht mit Sinnlosigkeiten aber mit ähm, ich halt mich dann halt an Sachen die eigentlich schnell gemacht werden halt ich mich unendlich lange auf“ (Kunert 1, Z. 380-385).

Auch von medizinisch-therapeutischer Seite sind die Empfehlungen zwiespältig; während ihre Psychiaterin zum RTW rät, empfiehlt die Psychotherapeutin vorsichtig zu sein und lieber noch weitere zwei Jahre EM-Rente zu beziehen. Die Umsetzung des RTW ist für sie aber bereits ein manifestes Szenario: Frau Kunert möchte gern in einem BFW in einen handwerklichen Beruf umgeschult werden. Der Heimatort des Partners, in den sie zusammenziehen wollen, hält nur leider diese Möglichkeit bereit. Es existieren lediglich freie Träger, deren Angebote für sie weniger attraktiv sind. Daher hat sie sich bereits bei der DRV erkundigt, welche Möglichkeiten ihr bereitstehen können. Anstatt eine produktive Beratung zu erhalten, wird sie zusätzlich verunsichert und ein RTW seitens der DRV mit der Aussage gehemmt, dass bei der

Einschätzung wieder arbeitsfähig zu sein und eine LTA-Maßnahme absolvieren zu können, ihr die EM-Rente auch entzogen werden kann. Auch Praktika sind für sie noch immer eine gute Option, sich beruflich zu orientieren und im Anschluss zu wissen, welchen konkreten Beruf sie ergreifen will; doch ihr fehlen nach wie vor unterstützende Ansprechpartner und Informationen, was im EM-Rentenbezug möglich ist und was nicht. Ein Verlust der EM-Rente bis zu einer möglichen Umschulung ist für sie ein zu großes Hemmnis, sich Praktika zu suchen.

Im dritten Interview berichtet Frau Kunert, direkt nach dem Umzug in die Heimatstadt des Partners einen Nebenjob im Onlineversandhandel gefunden zu haben; für Frau Kunert ein „großes Glück“ (Kunert 3, Z. 173). In dem Kollegenkreis fühlt sie sich dort gut aufgehoben, mit dem Vorgesetzten „komm ich super zurecht der ist auch lustig“ (Kunert 3, Z. 556f.). Innerbetrieblich pflegt sie auch einen weitestgehend offenen Umgang mit ihren Leistungseinschränkungen und ihrer beruflichen Vorgeschichte: „dass ich Sozialpädagogin eigentlich bin und ähm dass ich diesen Job nicht ausüben möchte [...] ich hab nicht gesagt kann“ (Kunert 3, Z. 222-225).

Direkte psychische Trigger sieht sie in ihrer Tätigkeit nicht. Allein eine hohe Arbeitsbelastung sieht sie als einen Stressfaktor an, der sie partiell psychisch belastet. Insgesamt überwiegt aber die Freude und Zufriedenheit, wieder an Erwerbsarbeit teilhaben zu können, den teilweise stressigen Arbeitsalltag. Des Weiteren ist auch ihr Vorgesetzter darum bemüht, Frau Kunert nicht der Akkordarbeit auszusetzen und ihr einen Arbeitsalltag entsprechend ihres Leistungsvermögens zu ermöglichen. Darüber hinaus hat sie einen Arbeitsplatz im Betrieb besetzen können, an dem sie nicht in Kontakt mit Kunden kommt; die Arbeit mit schwierigen Kunden würde das Risiko einer psychischen Belastung beinhalten.

„(I)ch muss manchmal halt in den Showroom also in diesen Verkaufsraum um da Sachen zu holen die nicht im Lager sind und wenn ich dann die Kunden mitkriege wie die schon mal da mit unseren Verkäufern reden, da denk ich boah wat bin ich froh dass ich nichts ((lachend)) mit diesen Menschen zu tun habe“ (Kunert 3, Z. 569-575).

Auch kleinere Rückschläge konnte Frau Kunert bereits erfolgreich überwinden. In einer Hintergrundkonstruktion beschreibt sie, wie sie in Folge eines Fahrradunfalls für sechs Wochen krankgeschrieben war und sie in dieser Zeit Ängste vor dem Verlust des Arbeitsplatzes oder der wiedergewonnenen Leistungsfähigkeit plagten.

„(I)ch glaub ich war drei Wochen oder sowas da (.) genau (.) und dann hab ich schon gedacht oh nein jetzt schmeißen die mich raus wie soll das werden und äh, find ich wieder was Neues und ähm ich, bei mir ist das so ich brauch immer ewig bis ich dann mal so ´n Punkt erreicht hab und sagt so jetzt jetzt fang ich an und jetzt such ich mir ne Stelle und jetzt ne und äh (1) ja ich hatte halt Angst dass das Ganze dann wieder ewig dauern wird bis ich wieder was Neues gefunden hab aber zum Glück ham sie mich übernommen“ (Kunert 3, Z. 312-319).

Trotz dieser vielen Erfolge und der guten sozialen Integration in den Betrieb plagen sie noch immer Ängste. Jeden Morgen wacht sie mit der Angst auf, die anfallenden Arbeitsaufgaben nicht bewältigen zu können oder dass neue unvorhersehbare überfordernde Ereignisse auftreten. Mit hinzugewonnener Arbeitsroutine ist ihr aber bewusst geworden, dass diese Ängste unbegründet sind.

„(J)a eigentlich ist morgens beim wach werden diese Angst schaff ich heute den Tag? natürlich schaff ich den ja klar“ (Kunert 3, Z. 514-517).

Zum Zeitpunkt des dritten Interviews steht sie kurz vor dem Ende des Bewilligungszeitraums der EM-Rente. Damit einhergehend wechselt sie bei ihrem Arbeitgeber von einem Nebenjob in eine hauptberufliche Vollzeittätigkeit. Für Frau Kunert ist dies ein günstiger Zeitpunkt des Wechsels, weil aktuell das Saisongeschäft zu Ende geht und sie zwar mehr Stunden am Tag arbeiten muss, aber gleichzeitig der Arbeitsaufwand vorübergehend sinkt. Einen Antrag auf eine Weiterbewilligung der EM-Rente zu stellen, ist für sie keine Option mehr. Eher würde sie sich einen anderen Arbeitsplatz suchen. Den Plan, eine Umschulung zu absolvieren, hat sie auch verworfen. Zu groß sind die Hemmschwellen, einen Umschulungsplatz in einem handwerklichen Beruf in einem BFW zu bekommen. Weiterhin ist sie für den Wechsel in eine Vollzeitstelle bei dem aktuellen Arbeitgeber nicht auf einen bestimmten Facharbeitertitel angewiesen. Frau Kunert stellt nun vielmehr die Sicherheit des Arbeitsplatzes und ein geregeltes Einkommen in den Vordergrund. Der neuerliche Fokus der biografischen Arbeit richtet sich vielmehr auf die Rückkehr in das Ablaufmuster des Familienzyklus und das Nachholen der verloren gegangenen Zeit.

„(Z)umal es wieder zwei Jahre weniger Geld wären und mein Freund und ich wollen nächstes Jahr auch heiraten und irgendwann, ich bin jetzt 35 ich werd bald im September 36 wenn wir noch Kinder haben wollen dann können wir das auch nicht ewig rausschieben ne“ (Kunert 3, Z. 408-411).

Der Wechsel in die Vollzeitstelle soll, nachdem sie ihre in der Zeit der Krankschreibung vor dem EM-Rentenbezug aufgenommenen Schulden getilgt hat, das gemeinsam zu gründende Familienleben finanziell sichern. Der bevorstehende Wechsel bleibt trotz guter Aussichten und Vorbereitung aber eine Herausforderung, bei der sie sich trägerseitige Unterstützung gewünscht hätte. Rückblickend auf ihre RTW-Bemühungen im EM-Rentenbezug und ihren nun bald abgeschlossenen RTW in Eigenregie beklagt sie durchgängig die fehlende unterstützende und fördernde Begleitung seitens der DRV.

„(I)ch weiß es auch wirklich nicht mehr wie viele Telefonate ich mit der Rentenversicherung geführt hab als ich hierhin gezogen bin (.) (1) ich hä=hätte so gerne jemanden gehabt der mich einfach an die Hand nimmt ne der mir einfach sagt so die und die Möglichkeiten haben Sie und ähm wenn Sie das und das anfangen dann gehen wir auch noch ´n Stück mit Ihnen den Weg oder wenn´s Schwierigkeiten gibt da haben Sie ´n Ansprechpartner da kann dann auch der Chef dann mal mitreden oder sowas“ (Kunert 3, Z. 340-346).

Ebenso wie privat möchte Frau Kunert auch beruflich ihr Leben von Grund auf neu ausrichten. Die EM-Rente möchte sie gern als geschützten Rahmen nutzen, den für sie passenden Weg mit einem neuen Beruf zurück in Erwerbsarbeit zu finden. In diesem begrenzten Zeitrahmen (ein Antrag auf Weiterbewilligung der EM-Rente schließt sie von Anfang an für sich aus) möchte sie sich in möglichst vielen Berufsfeldern ausprobieren. Eine fehlende Unterstützung und Beratung über ihre Möglichkeiten und auch über den gesetzlichen Rahmen stehen dem aber im Weg. Nun kann Frau Kunert nicht vorgeworfen werden, sie hätte sich keine Hilfe gesucht. Vielmehr wird sie in einem selbst initiierten telefonischen Beratungsgespräch bezüglich möglicher LTA-Maßnahmen in ihrem RTW-Vorhaben verunsichert und auch darin, ihre RTW-Bemühungen gegenüber der DRV zu artikulieren, was wiederum das Angebot von Beratung und Unterstützung hemmt. Schließlich entscheidet sie sich dazu, sich in einem Nebenjob als Lageristin auszuprobieren; einem zuvor avisierten Umschulungsberuf. Ihr Vorhaben ist von Erfolg gekrönt; Frau Kunert wechselt kurz nach dem dritten Interview in Vollzeit.

Problematisch ist jedoch, dass über diesen selbst konstruierten RTW ohne jegliche Unterstützung gewisse Unsicherheiten bestehen bleiben. Was geschieht, wenn sie in der Vollzeittätigkeit wieder starke psychische Belastungen erfährt oder ihre Leistungsfähigkeit

nicht von Anfang an für die Ausübung ihrer Tätigkeit in Vollzeit ausreicht? Das finanzielle Risiko mit dem Verlust der EM-Rente beim misslingenden RTW kann zwar vom Partner partiell abgefangen werden, doch wird ein Misslingen auch weitere als nur finanzielle Folgen haben. Des Weiteren ist Frau Kunert (zumindest in der Anfangszeit) noch stark an ihren Arbeitgeber gebunden. Dieser stellt sie auch ohne einen formalen Berufsabschluss ein, doch mit der starken Verankerung des Berufsprinzips in Deutschland ist dies nicht bei jedem Arbeitgeber gegeben.

Frau Kunert ist für uns ein exemplarischer Fall für einen gelingenden RTW aus der EM-Rente. Nach einem ersten Rückschlag bei Aufbau einer neuen Normalität in der EM-Rente als Basis für die Umsetzung des geplanten RTW, gelingt ihr aus eigener Initiative und weitestgehend in eigener Regie die Rückkehr in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis über die Zwischenstufe eines Nebenjobs, in dem sie die verbliebene Leistungsfähigkeit austesten und steigern kann. Sie kritisiert dabei durchaus begründet die fehlende Unterstützung seitens der DRV; schließlich sollte die Rückkehr in Arbeit auch im Interesse des Reha-Trägers liegen. Doch anstatt Beratung und Begleitung zu erfahren, wird ihr eher vermittelt, dass ein RTW große Risiken für ihre finanzielle Sicherheit mit sich bringt, die sie allein abfangen muss. Der Wunsch nach einer Rückkehr in Arbeit ist aber so groß, dass Frau Kunert auch diese Hemmschwelle überwindet. Besonders unterstützt wird sie dabei durch die Sicherheit, die ihr die Partnerschaft und die Familie des Partners bietet; ein großer Kontrast zum Fall Frau Dietmar und vielleicht der entscheidende Unterschied für die Umsetzung des RTW-Wunsches.

Am Beispiel der noch sehr jungen EM-Rentnerin zeigt sich auch, dass die Zeit in der EM-Rente den Notwendigen (Schon-)Raum zu einer Neuordnung des bisherigen Lebens insgesamt bietet. Zwar benötigt Frau Kunert im ersten Bewilligungszeitraum dafür zwei Anläufe, doch schließlich findet sie in der neuen Partnerschaft und seiner Familie einen Rahmen, der für sie den Rückgewinn eines normalen Lebens bereithält. Die neue Partnerschaft und die Familie des Partners erzeugen zwar eine andere Form der Abhängigkeit, die aber zuvor nie erlebte unterstützende Art der sozialen Einbindung überwiegen potentiell negative Aspekte und geben ihr einerseits emotionalen Halt und andererseits auch neue Spielräume für die berufliche Neuausrichtung. Neben der neuen

sozialen Einbindung ist es aber insbesondere die EM-Rente, die ihr erst die Möglichkeit schafft, sich beruflich strategisch neu aufzustellen. Ohne den temporären EM-Rentenbezug wäre es Frau Kunert sicherlich viel schwerer gefallen, ihr Leben neu auszurichten, weil sie weit weniger Spielraum für zunächst intensive Krankheitsarbeit und folgende (berufsbio)grafische Arbeit zur Verfügung gehabt hätte und sich vielmehr auf ihre Alltagsarbeit hätte konzentrieren müssen, um für das notwendige Haushaltseinkommen mitsorgen zu müssen und parallel die Unwägbarkeiten des täglichen Lebens zu meistern.

Zwar sieht Frau Kunert die Ursachen ihrer psychischen Beschwerden hauptsächlich in der Arbeit, doch kann anhand ihrer Äußerungen in den Interviews ihre Kindheit und Jugend betreffend darauf geschlossen werden, dass ihr psychischer Leidensweg ein sehr langer ist, der bereits in ihrer Kindheit einsetzte. Am Beispiel von Frau Kunert zeigt sich auch, dass eine psychisch belastende Kindheit und Jugend nicht zwangsläufig mit einer Traumatisierung einhergehen muss; etwa in der frühen Diagnose einer PTBS. Ihre Flucht aus der Herkunftsfamilie mündet nicht in einer psychischen Entlastung. Auf der Suche nach sozialer Einbindung begibt sie sich in eine Partnerschaft mit einem von ihr abhängigen Mann und in eine christliche Gemeinde, wo sie sich schnell ausgenutzt fühlt; neben der Arbeit als Sozialpädagogin sind werden damit die freizeitleichen Arenen auch zu einer psychischen Belastung. Auf der Suche nach psychotherapeutischer Behandlung wendet sie sich schließlich auch an die DRV und beantragt eine psychosomatische Reha. Diese wird auch nach Widerspruch abgelehnt; was vielleicht nicht charakteristisch für den Weg in die EM-Rente mit einer langen Leidensgeschichte, deren Grundlagen bereits in der Kindheit gelegt werden, ist. Dieses Phänomen weist aber deutlich darauf hin, dass vielleicht auch rechtliche und systematische Ursachen verantwortlich für den hohen Anteil eher jüngerer Personen (insbesondere Frauen) mit einer F3- oder F4-Diagnose in den EM-Rentenbezug existieren; während die medizinische Reha, die beim Erhalt der Arbeitsfähigkeit hätte positiv wirken können, konsequent abgelehnt wird, wird ihr Antrag auf EM-Rente umgehend bewilligt. Darüber hinaus hätten auch LTA-Maßnahmen vor dem EM-Rentenbezug den Erhalt der Arbeitsfähigkeit befördern bzw. während des EM-Rentenbezug wiederherstellen können; die fehlende Unterstützung und Beratung bezüglich LTA-Maßnahmen ziehen sich wie ein roter Faden durch den Leidensweg von Frau Kunert. Damit indirekt angesprochen sind auch Schnittstellenprobleme zwischen den Krankenkassen und der DRV, weil Frau Kunert bis auf

den Bezug der EM-Rente nicht Kontakt mit Maßnahmen der DRV gekommen ist. An dieser Stelle hätten seitens der krankenkassenfinanzierten Behandlungen und Einrichtungen Empfehlungen für eine LTA-Maßnahme ausgesprochen werden müssen, z.B. vom Hausarzt oder in der Akutklinik.

4.2.1.2 Frau Dietmar

„Also das ist dann tatsächlich so ne wenn=wenn ich Licht sehen kann am Horizont, dann ähm, will ich da auch hin.“

(Dietmar 1, Z. 1969 ff.)

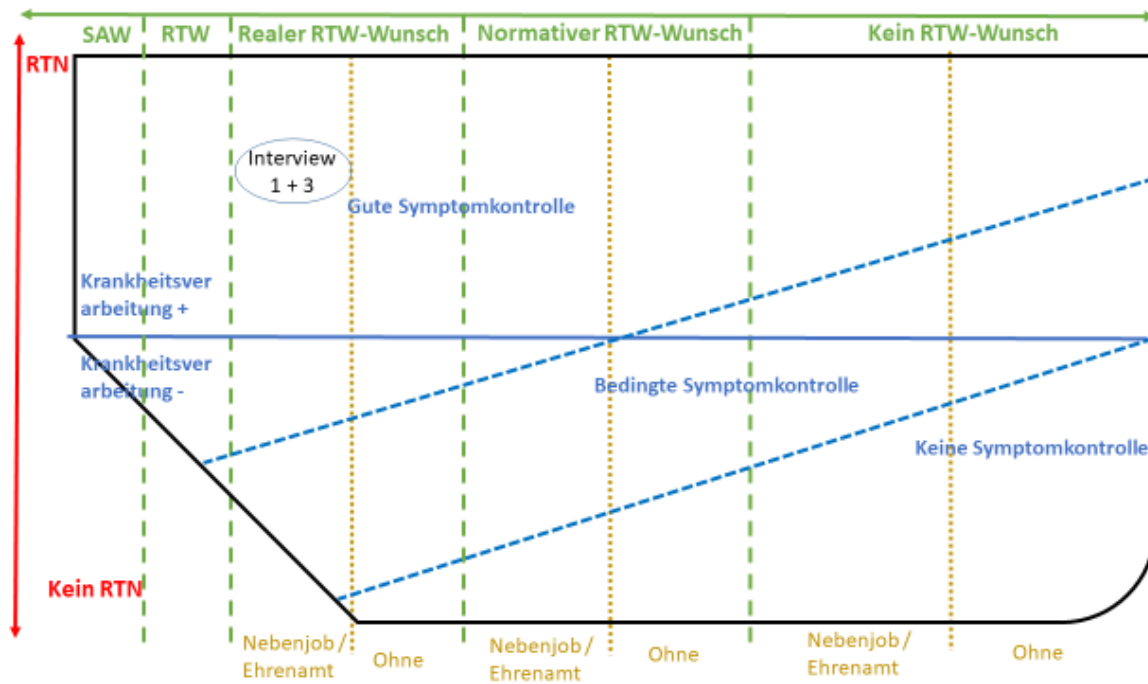


Abbildung 9: Positionierung Frau Dietmar (Quelle: eigene Darstellung)

Geschlecht:	Weiblich
Alter:	32 Jahre
Familienstatus:	Allein lebend
Wohnort:	Kleinstadt
Bewilligungsdiagnosen:	F3
Komorbidität/Problemlagen:	Essstörungen, Borderline, Ängste, Sucht
Erlerner Beruf:	Krankenpflegerin
Letzte Tätigkeit vor EM:	Krankenpflegerin
Erwerbsstatus vor EM:	In Arbeit
AU-Status vor EM:	Unter 6 Monate krankgeschrieben
Aktuelle Tätigkeit in EM:	Nebenjob

Bewilligungszeitraum:	Weiterbewilligung für 2 Jahre
<p>Kurzvita:</p> <p>Nach einer schwierigen Kindheit entscheidet sich Frau Dietmar für eine Krankenpflegerausbildung. Den erlernten Beruf übt sie bis zum Eintritt in die EM-Rente aus. Die Arbeit mit hilfsbedürftigen Menschen in unterschiedlichen Einrichtungen ist für sie psychisch stark belastend; eine psychosomatische Reha kann die Beschwerden nur für kurze Zeit abwenden. Dies liegt auch darin begründet, dass ihre Partnerschaft psychisch deutlich stärker belastend ist als die Arbeitswelt. Ihr Partner ist alkoholsüchtig und Frau Dietmar co-abhängig. Ihr gelingt es zwar mit Hilfe einer Therapie, ihren Alkoholkonsum deutlich zu reduzieren, ihr gelingt es zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht, sich aus der Partnerschaft zu befreien. Erst nachdem die Gewaltakte des Partners immer mehr zunehmen und ihr die eigene Situation in den Therapiesitzungen bei einer neuen Therapeutin bewusstwerden, ergreift sie viele Jahre später die Flucht.</p> <p>Die Versuche, sich ein neues Leben aufzubauen scheitern immerfort bis sie sich schließlich in eine Psychiatrie einweisen lässt und dort einen psychischen Zusammenbruch erleidet. Im sich anschließenden Aufenthalt in einer Einrichtung des betreuten Wohnens gewinnt sie allmählich wieder Stabilität. Ihre Hausärztin rät ihr in dieser Zeit, eine EM-Rente zu beantragen, um einen geschützten Rahmen für den Aufbau eines neuen Lebens zu haben.</p> <p>Entsprechend des Rates der Hausärztin gestaltet sie auch dem EM-Rentenbezug. Frau Dietmar zieht allein in eine kleine Wohnung am Rande einer Kleinstadt, sucht sich dort Therapeuten und beginnt einen Nebenjob.</p> <p>Während zum Beginn des EM-Rentenbezug die möglichst zeitnahe Rückkehr in Erwerbsarbeit im Vordergrund steht, gewinnt im laufenden Bezug der EM-Rente die Krankheitsarbeit immer mehr an Bedeutung und der RTW verliert an Relevanz. Im Rahmen der zentrierten Krankheitsarbeit gelangen ihr deutliche Fortschritte; sie gewinnt Kontrolle über ihre Panikattacken und überwindet die zuvor gewählte emotionale Distanz zu anderen Menschen. Beim RTW hingegen erfährt sie immer wieder Rückschläge, die ursächlich dafür sind, eine Weiterbewilligung der EM-Rente zu beantragen. Aufgrund der Rückschläge hat sie sich schließlich dazu entschlossen, nicht mehr direkt von der EM-Rente auf einen Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes zu wechseln, sondern lieber einen geschützten Weg über eine Integrationsmaßnahme in einer WfbM zu wählen.</p>	

Kindheit und Jugend

Frau Dietmar berichtet übereinstimmend mit Frau Kunert von einer schwierigen Kindheit: *„also meine Mutter mir auch tatsächlich ins Gesicht gesagt dass sie wünschte ich wär nie geboren worden und ich hätte ihr Leben versaut so ungefähr“* (Dietmar 1, Z. 389ff.). Von ihrem Vater, der den Kontakt zur Familie schon früh abgebrochen hat, spricht sie nur als ihrem „Erzeuger“.

Frau Dietmar berichtet ebenso wie Frau Kunert sehr wenig von ihrer Kindheit und Jugend. Anhand der spärlichen Äußerungen wird aber auch bei Frau Dietmar deutlich, dass ihre Kindheit für sie stark psychisch belastend war. Zwar nennen beide ihre Kindheit nicht als Ursache für ihre psychischen Beschwerden, die schließlich in die EM-Rente führen, doch werden bei beiden die Grundlagen hierfür in der Kindheit gelegt, weil sie nur spärlich oder gar nicht therapiert werden.

Berufsausbildung

Frau Dietmar steht am Ende ihrer Schullaufbahn vor der Wahl, eine Ausbildung zur Krankenpflegerin zu absolvieren, oder ein Studium der Sozialpädagogik zu beginnen; hier entscheidet sie sich konträr zu Frau Kunert und beginnt die Berufsausbildung zur Krankenpflegerin. Übereinstimmend hingegen sieht auch sie retrospektiv die Grundlagen ihrer Berufswahl in ihrer Kindheit verankert. Frau Dietmar spricht auch explizit von ihrem „Helfersyndrom“ (Dietmar 1, Z. 960).

„(A)lso ich weiß nicht warum aber das war von Anfang an für mich klar dass ich irgendwie in psychiatrischen Bereich gehen möchte, und ich denke das hat einfach diese Verknüpfung dass ich halt lange Zeit dachte so nach dem Motto weil ich konnt ja schon meine Eltern nicht retten“ (Dietmar 1, Z. 982-985).

Auch Frau Dietmar lernt in dieser Zeit ihren ersten langjährigen Partner kennen. Zu Beginn verdrängt sie jedoch noch die Anzeichen der Alkoholsucht des Partners.

„(I)ch wollte das dann ja auch nicht wissen hab dann halt meine Augen im Endeffekt äh auch ver- auch verschlossen dann auch ne hab mir dann immer Erklärungen gesucht“ (Dietmar 1, Z. 27-30).

Die Zeit der Berufsausbildung ist für Frau Dietmar ebenso wie für Frau Kunert eine Möglichkeit der Emanzipation vom belastenden Elternhaus. Beide suchen neuen sozialen Halt in einer festen Partnerschaft, die den Grundstein für neue psychische Belastungen legt. Beruflich entscheidet sich Frau Dietmar etwas anders als Frau Kunert; die Basis der getroffenen Berufswahl wird aber gleichermaßen in den negativen Erfahrungen der Kindheit und Jugend verankert.

Erwerbsarbeit

In der Berufsausübung kommen Frau Kunert und Frau Dietmar mit ganz ähnlicher Klientel in Kontakt. Nach ihrer Berufsausbildung arbeitet Frau Dietmar zunächst in der Psychiatrie. Die Arbeit mit den schwer psychisch erkrankten Personen ist für sie sehr belastend und sie wechselt deshalb in ein Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung. Kurze Zeit später arbeitet sie dann in der ambulanten Betreuung; ähnlich wie Frau Kunert versucht damit auch Frau Dietmar durch einen Arbeitsplatzwechsel den immer wieder vorhandenen psychischen Belastungen in der Arbeitswelt entgegenzuwirken. Die Arbeitsbelastung ist auch bei ihr durchgehend hoch. Ein erstes Anzeichen der psychischen Problematik findet sich in der Überforderung durch die Arbeitsverhältnisse, die sie als „Burnout“ (Frau Dietmar 1, Z. 68) versteht und die sie versucht, mit einer psychosomatischen Reha zu bearbeiten. In dieser werden Verbesserungen in der Arbeitswelt sowie Verhaltensanpassungen angeregt.

„(D)ie ersten paar Wochen ging's dann auch, ganz gut aber da ich ja wieder im selben System drin war aus dem ich da vorher rausgekommen bin war es natürlich dann nach 'n paar Wochen auch wieder ähm ((seufzt)) genauso wie vorher eigentlich“ (Dietmar 1, Z. 73-78).

Auf Anraten des Partners, der die Position vertritt, Frau Dietmar sei den psychischen Anforderungen des Berufs nicht gewachsen, beginnt sie schließlich in einem Wohnheim für Alkoholiker zu arbeiten. Der Partner interpretiert die psychische Belastung von Frau Dietmar somit rein auf die berufliche Arena und entlastet sich selbst von einer möglichen

Verantwortung. Die Partnerschaft selbst, so sieht es Frau Dietmar retrospektiv, war aber die weitaus größere psychische Belastung. Im Laufe der Beziehung ist sie immer mehr in eine „Co-Abhängigkeit reingerutscht“ (Dietmar 1, Z. 46). Zu der Suchtproblematik gesellen sich nach einigen Jahren Gewaltausbrüche des Partners.

„Irgendwann“ (Dietmar 1, Z. 93) beginnt Frau Dietmar sich „in Führungsstrichen z- äh zu wehren ne indem ich ihn immer wieder drauf angesprochen habe und gesagt habe das ist nicht in Ordnung“ (Dietmar 1, Z. 93ff.). Schließlich vereinbart sie einen Termin bei einer ihr bekannten Therapeutin. Im Zuge der Sitzungen realisiert sie, dass sie sich in derselben Situation befindet wie die von ihr zuvor betreuten Klienten. Sie entscheidet sich von ihrem Partner zu trennen und verlässt in einer „Nacht und Nebel Aktion“ (Dietmar 1, Z. 114) die gemeinsame Wohnung und kommt bei einer Freundin unter, wird jedoch von ihrem Ex-Partner bedrängt. In der Folge lässt sie sich sechs Wochen krankschreiben, um in dieser Zeit ihren Umzug in eine eigene Wohnung zu organisieren. Die emotional belastende Situation, sowie die finanzielle Belastung (Kreditaufnahme für Kautions, Möbel etc.) führen zu einer Zunahme von körperlichen und psychischen Symptomen: Selbstverletzungen, Essprobleme, depressive Verstimmungen.

Mit der Unterstützung einer Freundin entscheidet Frau Dietmar sich zu einer Selbsteinweisung in die Psychiatrie. Sechs Wochen später wird sie aus der Klinik entlassen und kehrt in die alten Arbeits- und Lebensverhältnisse zurück. Sie traut sich nun nicht mehr zu, alleine zu wohnen. Auf Anraten von Mitarbeitern der Psychiatrie überlegt sie, weit weg, „ans Meer“ (Dietmar 1, Z. 206) zu ziehen. Letztendlich entscheidet sie sich aber für ein betreutes Wohnprojekt. Dies fällt ihr sehr schwer, da sie zuvor selbst in diesem Bereich tätig war, sich nun aber plötzlich auf der anderen Seite wiederfindet. Aus dem betreuten Wohnen kehrt Frau Dietmar nicht wieder in ihre alte Wohnung zurück, sondern zieht vorübergehend zu einer Freundin. Frau Dietmar beendet ihre psychisch belastende Partnerschaft und auch ihre Rolle als Sozialarbeiterin des Partners damit deutlich früher als Frau Kunert und benötigt mehr Versuche für eine Restabilisierung ihres Lebens. In Kontrast zu Frau Kunert nimmt sie dafür auch deutlich mehr medizinische und therapeutische Unterstützung in Anspruch. Übereinstimmend suchen beide neuen sozialen Halt bei einer Freundin.

Die Zeit der Erwerbsarbeit vor dem EM-Rentenbezug ist bei Frau Dietmar ähnlich wie bei Frau Kunert gekennzeichnet von psychischen Belastungen in der Arbeitswelt und in der Partnerschaft. Die partnerschaftlichen Belastungen treten bei Frau Dietmar aber weit mehr in den Vordergrund. Dies mag auch daran liegen, dass sie sich nicht als die dominante Person in der Partnerschaft versteht und die Sozialarbeiterin des Partners ist, wie es bei Frau Kunert der Fall ist. Vielmehr ist sie die Co-Abhängige Person, die der Sucht und der Gewalt des Partners und damit auch seiner Willkür ausgesetzt ist. Deutlich wird das Machtgefälle in Frau Dietmars Partnerschaft auch in ihrem Befolgen der Vorgaben des Partners beim Wechsel des Arbeitsplatzes. Über viele Jahre verläuft ihre Leben in dieser Weise; bis eine darauf spezialisierte Therapeutin ihr bewusst machen kann, dass sie sich in einer Situation befindet, in der sich die Klienten von Frau Dietmar befinden und die Frau Dietmar in ihrer Profession daraus befreien versucht; die Erkenntnis geht dementsprechend auch mit einem Perspektivwechsel einher. In der Folge gelingt ihr zwar die Flucht, aber ohne eine entsprechende professionelle Begleitung fällt es ihr schwer, neue Fixpunkte für ihr Leben ohne Partnerschaft zu finden.

Medizinisch-therapeutische Behandlung vor der EM-Rente

Erstmalig nimmt Frau Dietmar eine Psychotherapie in Anspruch, nachdem sie die entstandene Co-Abhängigkeit in der Partnerschaft bemerkt hat. Der Zugang gestaltet sich für sie sehr einfach, weil ihr die Therapeutin aus ihrem Arbeitskontext bekannt ist. Indirekt beginnt sie damit, sich ähnlich wie Frau Kunert mit ihrer schwierigen Kindheit und Jugend auseinanderzusetzen. Mit ihrer eigenen Co-Abhängigkeit reproduziert sie das Verhältnis ihrer eigenen Eltern.

Einige Jahre später bekommt Frau Dietmar eine medizinische Reha infolge ihres „Burnouts“ bewilligt. Während der Reha wird aber nicht auf ihre partnerschaftliche Problemlage eingegangen.

„(U)nd dann hab ich da auch ne Reha gemacht 2014 genau auch aber mit diesem Fokus dabei in Richtung nach dem Motto ja Burnout durch die Arbeit ne und dann ging der Fokus natürlich dann auch in die Richtung irgendwie da zu gucken wie kann ich denn, ja da auf der Arbeit halt das entsprechend so verbessern“ (Dietmar 1, Z. 65-70).

Nach der Reha kehrt Frau Dietmar zurück in Arbeit und in die dysfunktionale Beziehung zu ihrem Partner. Trotz begleitender Psychotherapie stellt sich keine dauerhafte Besserung ihrer psychischen Gesundheit ein; es folgt eine Phase der Somatisierung: körperliche Erschöpfung, die Zunahme von Infektionen. Im Rahmen von beruflichen Fortbildungen wird Frau Dietmar mit dem systemischen Ansatz vertraut gemacht, für den sie sich sehr fasziniert. Umgehend begibt sie sich auf die Suche nach einer danach ausgerichteten Therapeutin und wechselt zu ihr. Dort werden im Rahmen der therapeutischen Behandlung ihre Situation bewusst und ein Veränderungsimpuls angestoßen.

„(D)ann war ich bei dieser systemischen Therapeutin die ich dann auch selbst gezahlt habe halt und da ist es irgendwie an dem Tag hat's dann irgendwie Klick gemacht“ (Dietmar 1, Z. 110ff.).

Nach mehreren erfolglosen Versuchen, sich biografisch neu auszurichten, wählt sie schließlich auf der Suche nach Hilfe den Weg in die Psychiatrie: *„ich weiß nicht ich hab's irgendwie geschafft mich das war im Februar letzten Jahres dann bin ich dahin bis dahin zu retten und dann ist irgendwie alles über mir zusammengebrochen als ich da in der Klinik war“ (Dietmar 1, Z. 168ff.).*

Frau Dietmar sucht und findet frühere und deutlich mehr medizinisch-therapeutische Unterstützung als Frau Kunert. Darüber hinaus steht für Frau Dietmar deutlich mehr die Partnerschaft als psychischer Belastungsfaktor im Vordergrund. Dies hat zur Folge, dass sie nicht erst im Rahmen der Beantragung der EM-Rente versucht, sich aus ihren belastenden Verhältnissen zu befreien. Womöglich auch weil sie dies bereits vor ihrem Zusammenbruch in Angriff nimmt, gestaltet sich die Umsetzung schwieriger. Gleichfalls muss aber auch angemerkt werden, dass ihr Partner sich deutlich energischer gegen die Trennung währt als der von Frau Kunert.

Frau Dietmar gelingt die Befreiung aus psychisch belastenden Verhältnissen deutlich früher als Frau Kunert. Ebenfalls nimmt Frau Dietmar mehr medizinisch-psychotherapeutische Hilfen in Anspruch. Dennoch gewinnt sie im Rahmen der Therapie erst sehr spät die Erkenntnis, worin die konkreten Ursachen für ihre psychischen Beschwerden zu finden sind. Übereinstimmend mit Frau Kunert ist es der Aufenthalt in einer psychiatrischen Akutklinik,

der dem Leben eine neue Wendung gibt, auf der sich die Lebenswege der beiden Frauen wieder in Richtung Stabilität bewegen können.

Der Weg in die EM-Rente

Frau Kunert und Frau Dietmar vereint, dass sie vom Klinikaufenthalt bis zur Bewilligung der EM-Rente durchgehend krankgeschrieben sind und ihre Hausärzte ihnen im Anschluss der klinischen Behandlung zur Antragstellung der EM-Rente raten. Frau Dietmar wohnt in dieser Zeit anfangs in einer Einrichtung des betreuten Wohnens. Zunächst ist dies für sie stark belastend, weil sie sich dadurch in die Klientenposition ihrer alten Profession begeben muss; für sie ein Symbol des Scheiterns. Retrospektiv beurteilt sie diese Entscheidung aber positiv. In der Einrichtung gelingt es ihr erstmals, wieder an Stabilität zu gewinnen.

„(I)ch hab mich in Grund und Boden geschämt ne weil, wie gesagt ich hab´s selber gemacht hab gedacht jetzt, muss ich das für mich beantragen ach du scheiße (.) gut mittlerweile bin ich froh dass ich´s gemacht habe weil´s dann doch auch geholfen hat“ (Dietmar 1, Z. 187-192).

In ihre Wohnung kehrt sie aus dem betreuten Wohnen nicht zurück, sondern sucht im Anschluss wieder Halt bei einer Freundin. Immer stärker prägt sich die Idee aus, von ihrer Heimat weg zu ziehen, um sich in der Distanz ein neues Leben aufzubauen. Einige Hemmschwellen verhindern aber die Umsetzung der Idee.

„(E)s war ja hier eigentlich gar nichts geregelt weil ich hab ja jetzt durch diese ganze Sache jetzt auch noch ´n riesiges finanzielles Problem natürlich (.) ja weil ich musste ja halt Kredite aufnehmen um=um mir irgendwie Möbel zu kaufen und so (...) weil ich ja dann einkommensmäßig viel weniger hatte als vorher erst mal mit dem Krankengeld konnte ich das nicht mehr bezahlen und, ja dann kam halt noch dass ich ´n Antrag nach Opferentschädigung stellen musste (.) und dann halt ständig zum Anwalt musste dann äh hab ich ihn noch angezeigt meinen Ex und das alles noch und es war alles einfach viel zu viel“ (Dietmar 1, Z. 216-229).

Frau Dietmar sieht die EM-Rente explizit als eine Möglichkeit sich aus der verfahrenen Situation zu befreien und sich wieder zu stabilisieren. Mit der Bewilligung der EM-Rente (drei Monate nach der Antragstellung) kommt es auch zu einem Eingeständnis der eigenen Krankheit. Da sie die Bewilligung nicht wirklich erwartet hat, sieht sie diese nun als Bestätigung

ihrer psychischen Erkrankung: „ja ähm ehrlich gesagt nicht so mit gerechnet hatte weil ich das ja eher kannte auch von Leuten mit denen ich das gemacht hab das ähm das nicht so mal eben bewilligt wird, wo ich dann aber auch dachte gut dann ähm wird das wohl seine Gründe haben“ (Dietmar 1, Z. 254ff.).

Frau Dietmar bekommt ebenso wie Frau Kunert die Empfehlung, eine EM-Rente zu beantragen. Deutlich früher als Frau Kunert erkennt sie in der EM-Rente eine große Chance, ihr Leben neu zu ordnen und sich in dem geschützten Rahmen der EM-Rente die Umsetzung ihres biografischen Handlungsschemas der Veränderung der Lebenssituation zu forcieren. Frau Dietmar scheint damit vor dem Eintritt in die EM-Rente Frau Kunert einen Schritt in dem Vorhaben, ihr Leben in der EM-Rente von Grund auf neu zu gestalten und mit einem RTW auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu finalisieren voraus zu sein.

Das Leben mit der EM-Rente / Nutzung der EM

Die Bewilligung der EM-Rente gibt Frau Dietmar einen zeitlich begrenzten Rahmen, sich intensiv mit ihren vorhandenen psychischen Beschwerden auseinanderzusetzen und sich biografisch neu auszurichten; dabei ist sie im Kontrast zu anderen Teilnehmern überaus aktiv und selbstbestimmt. Frau Dietmar begibt sich in Psychotherapie, nutzt Entspannungstechniken, ist mit ihrem Hund viel in der Natur und treibt regelmäßig Sport. Durch die finanzielle Sicherheit der EM-Rente ist sie auch in der Lage, aus ihrem Heimatort wegzuziehen und sich an einem anderen Ort (in der Region) neu zu orientieren, eine Wohnung und ihren Alltag zu organisieren. Frau Dietmar gelingt damit ebenso wie Frau Kunert, sich in der EM-Rente ein stabiles Leben aufzubauen, das Räume für biografische und berufliche Neuorientierungen bereithält. Da Frau Dietmar aber deutlich früher als Frau Kunert mit der Veränderung ihres Lebens begonnen hat, ist sie deutlich weiter fortgeschritten. Weil sie im Kontrast zu Frau Kunert nicht auf eine gemeinsame biografische Neujustierung setzt, benötigen sie keine unvorhergesehenen Konflikte, wie etwa bei Frau Kunert in der WG, zu abermaligen grundlegenden Veränderungen.

In einem weiteren Schritt sucht und findet Frau Dietmar für sich eine Nebentätigkeit auf 450 Euro Basis im Verwaltungsbereich der Wohnungsbaugenossenschaft, in der sie wohnt. Sie wird dabei direkt angefragt, da sie Erfahrungen in der sozialen Arbeit habe.

„(J)a und da hab ich jetzt zum 01. März angefangen ähm zu arbeiten mach ich jetzt dreimal drei Stunden die Woche (.) also neun Stunden insgesamt (.) und ja ich merke auch natürlich dass ich, über ´n Jahr raus war klar ist natürlich im Moment noch sehr anstrengend aber ich merke auch, dass es halt mir gut tut“ (Dietmar 1, Z. 304-309).

Anders als noch zum ersten Gesprächszeitpunkt, als sie eine Verlängerung der EM-Rente noch ablehnt, erklärt sie beim Telefoninterview, sie habe sie sich nun doch zu einem Antrag auf Wiederbewilligung entschieden. Wiederkehrende Existenzängste, finanziell und emotional, sind die Hauptgründe dafür. Darüber hinaus fühlt sie sich für einen RTW noch nicht gesund genug. Frau Dietmar wirkt aber zum Zeitpunkt des zweiten Gespräches nicht unzufrieden, es ist auch nicht zu einer Verschlechterung ihres Zustandes gekommen. Die EM-Rente ermöglicht für Frau Dietmar einerseits eine aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit (Krankheitsarbeit), andererseits führt die Vertiefung der Krankheitsarbeit auch zu einer partiellen Verschlechterung. So beschreibt sie, *„dass da immer noch ganz viel los ist in meinem Kopf“ (Dietmar 1, Z. 2050)* und sie nun sensibler sei, wenn ihr Körper ihr Grenzen aufzeige: *„muss man natürlich damit rechnen dass der Körper dann halt auch einige Zeit später noch sagt so nach dem Motto so weißt du was ((lachend)) du kannst mich mal“ (Dietmar 1, Z. 2998ff.)*. Psychosomatische Aspekte der Erkrankung kann sie nun besser einordnen, letztere sind noch nicht vollständig verschwunden. So leidet sie weiterhin unter Inkontinenz, Magen-Darm-Beschwerden und Kraftlosigkeit in den Beinen. Ein weiteres Anzeichen, dass Frau Dietmar sich noch im Prozess der Krankheitsarbeit befindet, zeigt etwa folgende Aussage: *„und es ist ja auch tatsächlich so auch wenn ich jetzt sage so grundsätzlich, hab ich diese Stabilität schon arbeitet es ja innen drin trotzdem weiter“ (Dietmar 1, Z. 2038f.)*.

Gesundheitlich hat sich Frau Dietmar zum dritten Interview weiter stabilisiert. Im Vergleich zu Frau Kunert beschäftigt sich Frau Dietmar deutlich intensiver mit ihrer Krankheitsarbeit. Schritt für Schritt, so ist ihr Vorhaben, sollen alle Aspekte der psychischen Belastungen therapeutisch bearbeitet werden.

„(W)eil ich auch gemerkt habe also in der Therapie sind wir ja jetzt auch fortgeschritten sag ich mal also wir haben halt im ganzen ersten Jahr nachdem ich halt meine neue Therapeutin hatte eigentlich nur Alltagsstabilisierung gemacht und dann hat es halt angefangen dass wir halt so langsam erstmal in die Tiefe gegangen sind und ich merke halt einfach dass das mega anstrengend ist weil mir da teilweise ja was weiß ich nicht was dann hochkommt“ (Dietmar 3, Z. 73-82).

An der Suchttherapie nimmt Frau Dietmar nicht mehr teil. Grundsätzlich hätte sie diese weiter fortgesetzt, doch mit dem Format der Gruppentherapie hatte sie sich nicht anfreunden können: *„diese Gruppe wäre ja gemischt gewesen auch mit ähm ja m- halt Co-Abhängigen, Alkoholabhängigen, Spielsüchtigen und und und“* (Dietmar 3, Z. 1153ff.). Weiterhin, und vielleicht auch ein gewichtigerer Grund, findet die Gruppentherapie in dem Ort statt, in dem sie zuvor mit ihrem ehemaligen Partner gemeinsam gelebt hat, mit dem sie zu viele negative Assoziationen verbindet; die Distanz zum früheren Leben überwiegt bei ihr die Notwendigkeit einer Therapie.

Gesundheitliche Fortschritte erzielt sie auch bei Freizeitaktivitäten ohne direkte therapeutische Begleitung; auch hier unterscheidet sich Frau Dietmar deutlich von Frau Kunert. Im dritten Interview berichtet sie von mehreren Ereignissen. Insbesondere berichtet sie von einem Urlaub gemeinsam mit Freundinnen und dem Hinzugewinn von Kontrolle bei Panikattacken.

Gegenüber der mehrtägigen Nähe zu zwei Freundinnen während eines gemeinsamen Urlaubs war sie zuvor skeptisch eingestellt. Dennoch hatte sie diesen Urlaub forciert, um an sich zu testen, ob sie inzwischen wieder stabil genug ist, längere Zeiten mit anderen Menschen gemeinsam zu verbringen.

„(D)as war aber auch ne total positive Erfahrung also es war zwar mega anstrengend auf der einen Seite aber auf der anderen Seite hatte ich auch gemerkt dass es funktioniert und das war für mich halt äh total toll“ (Dietmar 3, Z. 421ff.).

Der Erfolg zeigt ihr, dass die zuvor fokussierte strikte emotionale Distanz zu anderen Menschen kein grundlegender Faktor mehr ist, um psychische Stabilität zu erfahren; für Frau Dietmar ein erheblicher Lerneffekt und großer Schritt in ihrem Bestreben der Rückkehr in ein normales Leben: *„fand es auch toll dass ich gemerkt habe okay du kannst auch mit anderen Menschen zusammen, äh über eine längere Zeit dann doch irgendwie ne was machen“* (Dietmar 3, Z. 447-450).

Der Hinzugewinn von Kontrolle bei Panikattacken erlangte Frau Dietmar im Kontext ihrer Höhenangst in Form einer therapeutisch nicht begleiteten selbstkonstruierten Konfrontation. Zunächst geht Frau Dietmar gemeinsam mit einer Freundin in einen Kletterpark. Nach anfänglicher Zurückhaltung absolviert sie dann doch alle Parcours erfolgreich: *„also ich hab*

zwischendurch wirklich war ´n paarmal kurz davor dass ich gedacht hab ich schaff ´s nicht mehr ne aber ich hab ´s geschafft“ (Dietmar 3, Z. 1999f.).

Erfreut über das Gelingen stellt sie sich der nächsten Herausforderung: *„und dann wollten wir halt über diese Hänge-Seilbrücke, die ist halt 200 Meter lang 80 Meter hoch über so ne Schlucht“ (Dietmar 3, Z. 2002-2005).* Zunächst scheint die Überquerung unproblematisch, doch nach etwa 30 Metern verfällt Frau Dietmar in eine Panikattacke: *„was aber eigentlich auch gut war weil das war das erste Mal dass ich mich unter Kontrolle hatte bei ner Panikattacke“ (Dietmar 3, Z. 2010f.).* Frau Dietmar gelingt es damit in Ansätzen, die Angst vor der Angst zu überwinden.

Trotz der gesundheitlichen Stabilisierung wird sie weiterhin von einer Einrichtung des ambulant betreuten Wohnens unterstützen. Für sie ist es aber inzwischen weniger eine alltagspraktische Begleitung, sondern vielmehr eine Möglichkeit, in Gesprächen ihren Alltag zu reflektieren.

„(I)ch hab das jetzt äh äh von den Stunden her deutlich reduziert ich treff mich jetzt so alle zwei bis drei Wochen ähm mal für zwei Stündchen (...) also weil ich bin ja ´n Mensch mir hilft das ja wenn ich das (1) bespreche ne ähm um meine Gedankengänge da äh zu aktivieren“ (Dietmar 3, Z. 1513-1522).

Die Umsetzung des biografischen Handlungsschemas in der EM-Rente verläuft bei Frau Dietmar deutlich stringenter als bei Frau Kunert. Sie ergreift ohne Rückschläge die Veränderungsinitiative; zieht in einen neuen Ort, sucht sich psychotherapeutische Unterstützung, baut sich schnell ein neues soziales Netz auf und beginnt bereits nach kurzer Zeit ihre Arbeit in einem Nebenjob. Mit Hilfe der Psychotherapie und auch bei freizeithlichen Aktivitäten erreicht sie große Fortschritte in der Krankheitsarbeit. Im Kontrast zu Frau Kunert stellt Frau Dietmar trotz ihrer großen Fortschritte einen Antrag auf Weiterbewilligung der EM-Rente, der bewilligt wird. Ursächlich dafür ist weniger ein Einrichten in der EM-Rente als vielmehr die bleibende Unsicherheit über ihre Leistungsfähigkeit und nicht zuletzt die vielleicht zu starke Fokussierung der Krankheitsarbeit. Während Frau Kunert seit dem Umzug in den Heimatort des Partners keine medizinisch-therapeutische Behandlung mehr in Anspruch nimmt und sich auf die Wiedergewinnung eines normalen Lebens konzentriert, ist Frau Dietmar insbesondere in

der Psychotherapie darauf bedacht, die biografischen Ursachen ihrer psychischen Beschwerden klein in klein aufzuarbeiten. Dabei kommt es selbstverständlich immer wieder zu psychischen Belastungen, die ihr auch symbolisieren, noch nicht die gewünschte Stabilität erreicht zu haben. Welche der beiden Strategien auf längere Zeit erfolgreicher ist, kann aufgrund der doch eher kurzen Zeit der begleitenden Interviews nicht beurteilt werden.

RTW-Perspektiven und Nutzungsform der EM-Rente

Es ist Frau Dietmars, ebenso wie Frau Kunerts, explizites Ziel wieder zu arbeiten: *„weil mein Ziel ist ja natürlich die Rente wieder zu verlassen, ne (...) weil mit 31 ähm möchte ich jetzt nicht äh, bis an mein Lebensende äh Rente beziehen, ne (.)“* (Dietmar 1, Z. 281f.). Wie der Weg dorthin ausgestaltet sein könnte, kann sie jedoch zum Zeitpunkt der ersten beiden Interviews noch nicht benennen, da sie die Auswirkungen der psychischen Belastungen in der Arbeit auf sich nicht einschätzen kann. Sie ängstigt sich davor, durch vorschnelle Entscheidungen den bisher erreichten Genesungserfolg zu gefährden. Sie wünscht sich zu einem späteren Zeitpunkt zumindest Stunden aufstocken zu können, ist aber unsicher ob sie das durchhalten kann: *„ja also ich merk das halt jetzt schon ne dass diese drei Stunden, dann sich anfühlen als, wär ich halt zehn Stunden ungefähr arbeiten gewesen ne“* (Dietmar 1, Z. 338f.).

Ob sie später eine volle Erwerbstätigkeit bei ihrer Wohnungsbaugenossenschaft, wo sie aktuell in ihrem Nebenjob ihre beruflichen Kenntnisse bereits gut einbringen kann, aufnimmt oder ob sie zu ihrem vorherigen Arbeitgeber zurückkehren wird, kann sie aktuell noch nicht abschätzen; beide Arbeitgeber signalisieren ihr aber großes Interesse. Gern würde sie wieder ihre alte Tätigkeit aufnehmen, ist sich aber unsicher über die Auswirkungen der damit einhergehenden psychischen Belastungen.

„(I)ch kann mir grundsätzlich auch vorstellen also ich, mbf- könnte mir auch vorstellen das wieder zu machen also, ne weil wie gesagt also ja ich wollt das immer machen ich hab das immer liebend gerne gemacht“ (Dietmar 1, Z. 590ff.).

Zum Zeitpunkt des Telefoninterviews, etwa ein Jahr nach der Erstbewilligung der EM-Rente arbeitet sie 3 Stunden pro Woche, da sie sich leistungsmäßig noch nicht mehr Stunden zutraut. Dass Arbeitsverhältnis erfüllt sie jedoch mit Stolz und gibt ihr ein Gefühl der Anerkennung;

nach wie vor ist die Rückkehr in ein reguläres sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis ihr großes Ziel.

Zum dritten Interview haben sich Frau Dietmars Pläne für die Rückkehr in Arbeit und ihre grundsätzliche Einstellung zur Arbeit verändert. Frau Dietmar ist nun weniger auf ein hohes Einkommen und auf Prestige in der Arbeit fixiert: *„und dadurch dass ich da ja auch mittlerweile von weg bin und sage also ich brauche eigentlich nur den Mindestbetrag äh hat sich das ja auch geändert“* (Dietmar 3, Z. 1900-1904). Für sie ist dies aber keineswegs eine negative Entwicklung, sondern vielmehr eine Befreiung aus zuvor bestehenden Zwängen und Idealen; auch hieran zeigt sich der starke Fokus auf die Gesundheitsarbeit zum Zeitpunkt des dritten Interviews unter gleichzeitiger Reduktion der berufsbiografischen Arbeit. Ausschlaggebend dafür mögen aber auch die zahlreichen Rückschläge zur beruflichen Neuausrichtung sein, die Frau Dietmar im bisherigen Zeitraum des EM-Rentenbezugs erfahren hat.

Der erste Rückschlag für sie war die Erkenntnis nicht mehr zurück in die Arbeit vor dem EM-Rentenbezug gehen zu wollen und zu können. Nachdem sie anfänglich diese Option für sich in Erwägung gezogen hatte, ist sie sich nun sicher, psychisch nicht mehr belastbar genug zu sein, um mit *„Menschen die eben, ja Beschwerden haben Probleme haben“* (Dietmar 3, Z. 1593f.) arbeiten zu können. Ein weiterer Rückschlag findet sich in der Einsicht, auch in ihrem aktuellen Nebenjob in der Verwaltung der Wohnungsgenossenschaft kein für sie passendes Arbeitsfeld gefunden zu haben: *„ich probier da diese kaufmännische Geschichte aus ne merke irgendwie hm f- ist nicht so meins“* (Dietmar 3, Z. 1596f.). Der nächste negative Impuls findet sich in eine von ihr gesuchten Beratungsgesprächs bei der DRV bezüglich möglicher LTA Maßnahmen, die sie aus der EM-Rente bringen könnten. Dort wird ihr vorgeschlagen, über eine Umschulungsmaßnahme in einem BFW wieder den Weg zurück in Erwerbsarbeit zu beschreiten. Bereits während des Beratungsgesprächs wird sie aber skeptisch. Sie traut sich nicht zu, abrupt in den Umschulungsalltag mit täglich acht Stunden zu wechseln: *„dann hätte ich halt von zu dem Zeitpunkt wo ich da war noch neun Stunden die Woche auf fünfmal die Woche acht Stunden direkt äh m- gemusst“* (Dietmar 3, Z. 47f.). Darüber hinaus stört sie sich daran, dass sie nur eine eingeschränkte Berufswahl haben würde: *„dann hab ich auch gesagt ja aber das kann doch jetzt irgendwie nicht sein dass äh ich dann irgendwas machen muss was ähm sie mir jetzt da irgendwie dann äh vorgeben obwohl das vielleicht gar nicht das ist was ich mir, vorstelle“* (Dietmar 3, Z. 60ff.). Rückblickend auf ihre Versuche, aus der EM-Rente

zurück in die Arbeitswelt zu wechseln resümiert Frau Dietmar: „(D)ie hab ich ja alle mehr oder minder ausprobiert mich informiert und so weiter und sofort und hab ja dann bei diesen ganzen Sachen festgestellt, war ja immer das Fazit okay ((klatscht)) funktioniert nicht“ (Dietmar 3, Z. 1601-1606).

Aufgrund dieser Ereignisse und auch weil ihr die Arbeit im Nebenjob zunehmend schwerer fällt, seit dem die Verwaltung der Wohnungsgenossenschaft in ein neues Gebäude umgezogen ist und sie sich damit einhergehend im neuen Einzelbüro „eingesperrt“ (Dietmar 3, Z. 167) mit ihrer Arbeit fühlt, hat sich Frau Dietmar dazu entschieden, den Weg zurück in Erwerbsarbeit über eine WfbM einzuschlagen. Zuvor hatte sich Frau Dietmar sich wieder ausgiebig beraten lassen und Informationen eingeholt. Herausgefunden hat sie, dass sie eine 27-monatige Integrationsmaßnahme seitens der DRV bewilligt bekommen kann; der Antrag ist zum dritten Interview bereits gestellt. Von der Integrationsmaßnahme verspricht sie sich, zahlreiche Praktika in ganz unterschiedlichen Bereichen durchführen und sich so in verschiedenen Arbeitsfeldern ausprobieren kann. Gern würde sie Praktika in tierpflegerischen Berufen absolvieren; grundsätzlich ist sie aber auch für andere Berufsfelder offen. Ziel der Teilnahme an der Maßnahme ist es, zu wissen, ob sie sich am Ende einen RTW auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zutraut. Sollte dem nicht so sein, wäre ein vorübergehender oder dauerhafter Verbleib in einer WfbM auch akzeptabel, weil das Einkommen nicht mehr im Vordergrund steht.

„(N)ach diesen 27 Monaten gibt’s ja dann die Möglichkeit zu sagen hey mir geht’s äh so gut ich gehe zurück auf ´n ersten Arbeitsmarkt (...) oder dass man sagt ähm ich mach ne Umschulung oder dass man sagt, ähm, nee ich äh merke ich bin noch nicht soweit ich bleibe jetzt erstmal auf dem zweiten Arbeitsmarkt entweder dass man sagt ich mach das in der Werkstatt vor Ort weil die haben ja auch da eben Angebote so (...) oder man hat se=se- in der Zeit dann nen Außenarbeitsplatz gefunden wo man halt sagt hey finde ich gut ne dann kann man auch über den zweiten Arbeitsmarkt ja auf dem Außenarbeitsplatz bleiben“ (Dietmar 3, Z. 1654-1672).

Ebenso wie Frau Kunert finden sich auch bei Frau Dietmar Rückschläge in ihren RTW-Bemühungen. Bei beiden entspricht das Ergebnis der Beratung zu möglichen LTA-Maßnahmen, die einen Weg für die Rückkehr in den allgemeinen Arbeitsmarkt darstellen

können, nicht den damit verbundenen Hoffnungen. Im Kontrast zu Frau Kunert gelingt es Frau Dietmar sogar, sich aus unterschiedlichen Professionen ausgiebig zu möglichen RTW-Szenarien beraten zu lassen; doch auch dies bleibt bis zum dritten Interviewzeitpunkt ergebnislos. Frau Dietmar schildert im dritten Interview ausführlich, aus welchen Gründen ihr der RTW noch nicht gelungen ist. Aus analytischer Sicht scheint es aber vor allem daran zu liegen, dass ihre RTW-Szenarien, die sie sich zur Zeit des ersten Interviews zurechtgelegt hat (RTW beim alten Arbeitgeber, RTW über eine Vollzeittätigkeit beim Arbeitgeber des Nebenjobs), sich im Laufe der Zeit zerschlagen haben und die Konstruktion eines neuen Szenarios damit wieder Zeit braucht und die Konstruktion zudem hemmt, weil sie zunehmende Verunsicherung in der Wahl eines möglichen Betätigungsfeldes verspürt; an dieser Stelle wäre eine zielgerichtete und am Fall orientierte berufsbiografische Beratung und folgende Begleitung überaus hilfreich gewesen.

Nicht zuletzt muss im Vergleich der beiden Fälle auch berücksichtigt werden, dass ein mögliches Misslingen des RTW und das daran gebundene finanzielle Risiko mit dem Einkommen eines Partners zumindest temporär abgefangen werden kann. Für Frau Dietmar wird damit die fehlende Möglichkeit der Rückkehr in den EM-Rentenbezug bei einem misslingenden RTW nicht nur theoretisch, sondern ganz praktisch zu einer unüberwindbaren Hemmschwelle. Dies zeigt sich auch an dem zum dritten Interview neu erarbeiteten RTW-Szenario. Hier wählt sie eine Variante, von der sie sich die größtmögliche Sicherheit und eine durchgehende beratende Begleitung verspricht. Zu groß ist für sie das Risiko, bei einem misslingenden RTW-Versuch, die Konsequenzen im vollen Umfang allein tragen zu müssen.

Die EM-Rente erweist sich im Fall von Frau Dietmar zunächst als stabilisierender Faktor: „es geht so jetzt auch wieder bergauf, also ne von diesem, ich hatte das Gefühl ich lieg wirklich äh auf ´m Boden und werd noch drei Meter tief in die Erde getrampelt, bis jetzt, dass ich sage: es ist eigentlich schon ganz gut äh ne“ (Dietmar 1, Z. 315ff.). Die Entlastung durch die EM-Rente und die psychotherapeutische Unterstützung reichen bei komplexen Problemkonstellationen (schwieriges familiäres Milieu, Ko-abhängigkeit, prekäre soziale Lage, Essstörung, Depression) allerdings nicht aus, um den ausgeprägten Veränderungsimpuls auch umzusetzen. Für den Übergang in ein

sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis muss ein begleiteter fehlertoleranter Schonraum geschaffen werden, der das Austesten der eigenen Belastungsfähigkeit ermöglicht. Der Weg über eine WfbM ist zwar ein möglicher, aber keineswegs der ideale Weg eines fehlertoleranten Schonraums bei einem RTW-Versuch aus der EM-Rente, zumal von vielen wegen F3 und F4 EM-berenteten Personen die WfbM wegen des hohen Stigmapotentials für sich als Möglichkeit ausschließen würden.

Darüber hinaus zeigt sich am Fallvergleich, dass bei Personen mit einem starken RTW-Wunsch bereits eine Begleitung und Beratung bei der Kreierung eines realistischen RTW-Szenarios hilfreich wäre. Viele der Studienteilnehmer sind wie Frau Dietmar stark darin verunsichert, in welchem Berufsfeld ein RTW möglich wäre. Nicht zuletzt zeigt auch der Fall Frau Dietmar, dass die fehlende Möglichkeit der Rückkehr in den EM-Rentenbezug bei einem misslingenden RTW eine enorme Hemmschwelle darstellt, eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen. Besonders deutlich wird dies am Vergleich der Fälle Frau Dietmar und Frau Kunert. Während unsererseits nach dem ersten Interview die RTW-Perspektive für Frau Dietmar deutlich höher eingeschätzt wurde (bereits im Nebenjob, realistische RTW-Szenarien, mehr Eigeninitiative bezüglich RTW, höhere Handlungssicherheit), hat es Frau Kunert in Arbeit geschafft und Frau Dietmar wegen des hohen Risikos des Misslingens eben nicht. Um das Risiko möglichst zu minimieren, fokussiert Frau Dietmar (vielleicht zu sehr) die Krankheitsarbeit und wählt die aus ihrer Sicht sicherste Variante über eine WfbM in Arbeit.

Bezüglich des Weges in die EM-Rente unterscheiden sich Frau Kunert und Frau Dietmar wenig. Beide sehen ihre psychisch belastende Kindheit zwar nicht als Ursache ihres EM-Rentenbezugs wegen psychischer Beschwerden, aber doch als bestimmend für ihren Lebensweg, der schließlich (zwischenzeitlich) in der EM-Rente mündet. Die beiden sehr jungen Frauen haben wegen ihrer Kindheitserfahrungen einen Beruf gewählt, der psychische Belastungsfaktoren bereithält. Darüber hinaus sind beide eine Partnerschaft eingegangen, die von ihren sozialisierten Normalvorstellungen determiniert ist; Frau Dietmar etwa reproduziert in ihrer Partnerschaft das Verhältnis ihrer eigenen Eltern. Die Partnerschaft wird schließlich zu einer großen psychischen Belastung; bei Frau Dietmar wohl noch mehr als bei Frau Kunert. Die Kombination aus psychischen Belastungen in der Arbeitswelt und der Partnerschaft kumulieren in der Folge in einer misslingenden work-life-

balance, aus der sie (auch mittels der EM-Rente) einen Weg suchen, auf dem sie sich von Grund auf ein neues Leben, also eine neue Normalität, mit Erwerbsarbeit aufbauen wollen.

4.2.1.3 Frau Bunt

„Das weiß ich noch nicht, das kann ich, ganz wenig abschätzen aber äh, ich würde das nicht ausschließen, dass ich ähm, äh wenn ich gut äh stabilisiert bin, dass ich dann äh, äh, auch wieder was machen könnte.“
 Frau Bunt, Interview 3 (Z 723-725)

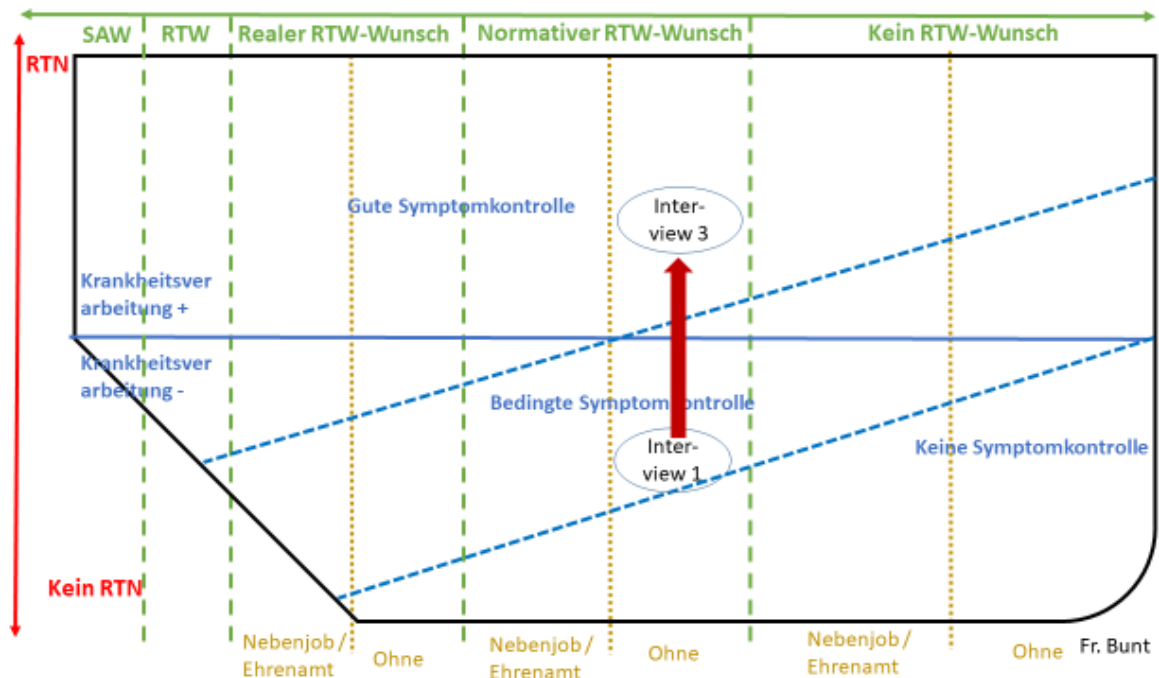


Abbildung 10: Positionierung Frau Bunt (Quelle: eigene Darstellung)

Geschlecht:	Weiblich
Alter:	40 Jahre
Familienstatus:	Mit Partner im Haushalt, 2 Kinder
Wohnort:	Großstadt
Bewilligungsdiagnosen:	F3
Komorbidität/Problemlagen	Borderline, Angststörungen
Erlerner Beruf:	Zahnärztin
Letzte Tätigkeit:	Zahnärztin, 30 Stundenstelle
AU-Status vor EM:	Arbeitslos
Aktuelle Tätigkeit in EM	Keine
Bewilligungszeitraum:	Befristet auf 2 Jahre

Kurzvita:

Frau Bunt hat schon als Jugendliche depressive Phasen, die von starken Manien abgelöst werden, was zu längeren Aufenthalten in der Psychiatrie führt. Dennoch schafft sie es, die Schule zu beenden und ein Medizinstudium mit längeren Auszeiten abzuschließen. Nach Studienende folgt eine depressive Phase, es gelingt ihr aber danach in ihrem erlernten Beruf als Zahnärztin Arbeit zu finden. In der Regel wird ihr aber nach ein paar Monaten gekündigt, da sie Verhaltensauffälligkeiten zeigt. Bei Überforderungen reagiert sie mit Panik und zum Teil mit schroffen Verhalten gegenüber Kollegen. 2016 wird sie schwanger und bekommt eine Tochter, ein Jahr darauf einen Sohn, was sie emotional stabilisiert. Nach einer Auszeit will sie wieder arbeiten, findet auch eine Stelle als Zahnärztin, die sie als optimal für sich sieht, wird aber nach 3 Monaten wieder gekündigt. Darauf erfolgt zeitlich versetzt ein psychischer Zusammenbruch. Ihre behandelnde Ärztin macht ihr klar, dass es aufgrund ihrer Erkrankung keinen Sinn mehr macht in ihrem Beruf zu arbeiten. Nach einer längeren Phase der Arbeitslosigkeit entschließt Frau Bunt sich dazu, einen Antrag auf EM-Rente zu stellen. Dieser wird auf 2 Jahre befristet genehmigt. Der Wunsch und die Hoffnung wieder arbeiten zu können sind bei ihr, auch nach einer weiteren befristeten Verlängerung der EM-Rente, zwar latent vorhanden, es fehlt aber die notwendige Unterstützung, da die Unsicherheit und Angst vor einem weiteren Scheitern zu groß sind.

Familiäre Verhältnisse

Frau Bunt wächst in einer mittleren Großstadt im Osten Deutschlands in intakten Familienverhältnissen auf. Ihre Eltern sind beide Ärzte, was ihre Berufswahl entscheidend prägen wird. In der Familie ist sie das älteste Kind neben drei jüngeren Geschwistern. In ihrer Kindheit gibt es keinen Hinweis auf besonders traumatische Erlebnisse oder familiäre Konflikte, die Auslöser für ihre Erkrankung sein könnten. Schon sehr früh, spätestens in der Pubertät, zeigt Frau Bunt Verhaltensauffälligkeiten. Letztere können nicht eindeutig spezifiziert werden: es fällt ihr schwer „normale“ Beziehungen zu anderen herzustellen, manchmal reagiert sie mit schroffen Antworten auf alltägliche Herausforderungen. In der Schule fällt es ihr, obwohl sie eine gute Schülerin ist, schwer, sich längere Zeit zu konzentrieren, die üblichen Schulfreundschaften fehlen. Obwohl sie in der Lage ist, Beziehungen zu anderen herzustellen, sind diese selten von Dauer, neben ihrer Herkunftsfamilie hat sie aber zu ihrem aktuellen Ehemann eine langjährige stabile Beziehung. Bereits in der Schulzeit hat sie Kontakt mit Psychologen und psychiatrischen Einrichtungen, eine Diagnose lautet auf bipolare Störung, eine Zuordnung, die Frau Bunt für sich akzeptiert hat und die sie als zu ihrem Leben „Dazugehörend“ sieht. Interessanterweise hat ihr jüngerer

Bruder, über den sie aber nur wenige Angaben in den Interviews macht, ähnliche psychische Symptome wie sie, „*der lebt bei meinen Eltern hat ne ganz ganz geregelte Arbeitszeit (...) und hat äh keine Beziehung, mh und ähm (2) lebt sehr sehr regelmäßig und äh (2) verlässlich also hat 'n sehr verlässliches Umfeld sag ich jetzt mal.*“ (Bunt 1, Z 886-889) Es bleibt aber unklar bzw. einer psychologischen Interpretation überlassen, woran diese Übereinstimmung im Krankheitsbild liegen könnte, zumindest ist die Koinzidenz zwischen den Erkrankungsbildern auffällig. Zwischen ihrem Bruder und ihr wird das Thema Krankheit auch nicht angesprochen, wie Frau Bunt auf Nachfrage erklärt. Sie wissen zwar beide über den Zustand des jeweils anderen Bescheid, eine Auseinandersetzung innerhalb der Familie wird aber bei den eher seltenen Treffen in der Regel vermieden.

Ihre Eltern wissen so schon früh über ihre Erkrankung Bescheid. Während die Mutter, die Geschwister und auch ihr soziales Umfeld die Beeinträchtigung akzeptieren, fällt es ihrem Vater offensichtlich schwer sich damit abzufinden: „*Also mein Vater ist da nach wie vor äh reagiert er nach wie vor mit totalem Um- Unverständnis (.)* (I, 806-808). „*Er hat bloß immer gesagt wenn es was ist was dich behindert, dann musst du was unternehmen (.)*“ (Bunt 1, Z. 814f.).

Diese Aussagen werden im Interview aber an einer anderen Stelle wieder etwas abgeschwächt, da hier explizit auf die Unterstützung der Angehörigen verwiesen wird, die auch ihren Vater miteinschließt:

ja, ja ja, die äh äh (2) haben mich immer unterstützt und haben immer positiv gedacht und äh (1) äh sind auch mitgekommen also in der Psychiatrie ist es oft so dass die äh die Angehörigen mit zum=zum Angehörigen Gespräch gebeten werden und dann sozusagen auch äh ne Aufklärung erst mal über die Krankheit bekommen und so weiter und äh das haben meine Eltern und mein Mann immer gemacht also, sind immer mitgekommen (.) und das l=lief eigentlich so immer ganz gut (.) (Bunt 1, Z. 136-142)

Prinzipiell hat Frau Bunt ein stabiles soziales Umfeld in ihrer Familie, das es ihr ermöglicht die Schule, trotz längerer Fehlzeiten, mit sehr gutem Erfolg abzuschließen und ein Medizinstudium zu beginnen. Auch finanziell wird sie von ihrer Familie immer wieder unterstützt. Im Laufe der folgenden Jahre wird ihre Erkrankung aber immer mehr zum bestimmenden Faktor ihres Lebens, der den Weg in eine Alltagsnormalität verhindert.

Frau Bunt wächst in einer, soweit das in ihren Erzählungen deutlich wird, intakten Familie auf, beide Eltern sind Ärzte. Es finden sich keine Anhaltspunkte für traumatische Ereignisse oder Besonderheiten. Auffallend ist, dass ihr Bruder ähnliche Symptome wie sie hat, die beiden tauschen sich aber über ihre Erkrankung kaum aus, innerhalb der Familie scheint das, soweit erkennbar, auch ein Tabu. Die Familie unterstützt Frau Bunt finanziell, zudem findet sie in ihrem Ehemann einen verlässlichen Partner, der vieles kompensiert.

Berufsausbildung und Erwerbsarbeit

Nach der Schule beginnt Frau Bunt, ganz in der Tradition einer klassischen Arztfamilie, mit dem Medizinstudium, mit der Spezialisierung auf Zahnärztin. Die Wahl zur Zahnärztin hat, wie sie im Interview selbst anspricht, weniger mit der Wirklichkeit der tatsächlichen Praxis eines Zahnarztes zu tun als mit bestimmten ästhetischen Vorstellungen, die sie im Beruf verwirklichen will:

„Das hab ich mir ganz schön vorgestellt (.) ich hab mir unter äh also weil ich selber wenig mit ähm: wenig mit den Zähnen hab hab ich mir da drunter eigentlich nur, äh wenn überhaupt die=die also jetzt als Vorstellung hatte ich nur die konser- äh konservierende Zahnheilkunde also schöne Kunststofffüllungen machen (...) alles schön weiß und so weiter, und die ganze Prothetik hatte ich nicht äh und=und=und Chirurgie hatte ich natürlich äh nicht im Auge also, da bin ich ganz blauäugig auch rangegangen.“ (Bunt 1, Z. 152-162)

Trotz dieser „Fehleinschätzung“ verbleibt sie in der Ausbildung, was umso erstaunlicher ist, da bereits in diese Zeit längere Klinikaufenthalte wegen Depressionen in der Psychiatrie fallen. Von diesem Zeitpunkt an muss sie – bis heute – regelmäßig Medikamente nehmen. Depressive Phasen wechseln sich bei ihr mit manischen Phasen ab, die jeweils stärker sind und in der Regel einen stationären Aufenthalt verlangen: *„äh war **vorher** öfter schon äh sehr krank und auch im (1) äh lange in der K- äh hatte lange Klinikaufenthalte wodurch sich mein Studium eben auch sehr, in die ((lachend)) Länge gezogen hat (.)“* (Bunt 1, Z. 28-31)

Ihre Kommilitonen wissen, so wie ihre Familie, über ihre Krankheit Bescheid und besuchen sie auch öfters in der Klinik. Nach den Klinikaufenthalten setzt Frau Bunt jedes Mal ihr Studium fort und denkt nicht daran, es aufzugeben. Trotz aller Hindernisse gelingt ihr schließlich, zeitlich verzögert, der Abschluss in Medizin und die Ausbildung zur Zahnärztin. Dass Frau Bunt

in der Lage war ihr Studium abzuschließen zeugt einerseits von einer starken Willenskraft und Motivation, das einmal Angefangene zu Ende zu bringen, andererseits wird darin auch sichtbar, dass ihre Erkrankung offenbar zu der Zeit in einem Stadium war, wo sie sich noch eine „Normalisierung“ vorstellen konnte, da es immer wieder längere stabile Phasen in ihrem Leben gibt. Ihre Einschätzung der eigenen Erkrankung geht noch davon aus, dass sich alles mit Hilfe von Medikamenten wieder einrichten lässt und sie ein „normales“ Leben führen kann. Nach ihrem abgeschlossenen Medizinstudium arbeitet Frau Bunt eine Zeitlang in einem Labor, zieht aber bald in eine entfernte Großstadt da ihr zukünftiger Ehepartner dort bereits lebt und einer Arbeit nachgeht. Es gelingt ihr auch schnell eine Anstellung als Zahnärztin zu finden, ein Interesse an einer eigenen Praxis hat sie, wie im Interview betont, aber zu keinem Zeitpunkt. Was danach folgt, ist eine sich wiederholende Erfahrung, bei der in den Interviews nicht ganz klar wird, was jeweils der ursächliche Auslöser war. Nach einer ersten unproblematischen Phase in der ärztlichen Praxis gibt es bald Unstimmigkeiten, die sich aufschichten und in der Regel innerhalb von ein paar Monaten zu ihrer Kündigung führen. Soweit im Gespräch deutlich wird, liegt das aber nicht an handwerklichen oder fachlichen Fehlern, sondern an sozialen und interaktiven Problemen. Frau Bunt beschreibt die Situation mehrfach im Interview mit folgenden Worten:

„und ich konnte dann nicht so kooperieren glaub ich“ (Bunt 1, Z. 274); „also n=ne typische Sache ist dass ich immer schnell in die Überforderung gerate“ (Bunt 1, Z. 314f.); „die Chefin hat dann zu mir gesagt äh, es stimmt irgendwas nicht mit Ihnen und es geht, so nicht weiter und da wurde ich praktisch gekündigt (.).“ (Bunt 1, Z. 195ff.); „nee ging nie gut ich bin immer gekündigt worden“ (Bunt 1, Z. 269).

Neben sozialen Problemen (mangelnde Kooperation, Taktgefühl, Umgang mit anderen Mitarbeitern), stellt sich im Beruf, vor allem unter zeitlichem Druck, rasch eine Überforderung bei ihr ein, die sich wiederum negativ verstärkt auf den Umgang mit Anderen auswirkt. Zwar versucht Frau Bunt ihre offensichtlichen Probleme zu Beginn, wie sie es nennt, zu „überspielen“, das gelingt aber nur jeweils für kurze Zeit. Irgendwann wird den Beteiligten dann klar, wie sie nach unserem ersten Interview erklärt, dass *„irgendwas nicht mit mir stimmt.“*

Erwerbsarbeit ist für Frau Bunt so von Anfang an eng mit einem persönlichen Scheitern verbunden. Die Wiederholung dieser Erfahrung wirkt sich im Laufe der Zeit immer stärker auf ihre Vulnerabilität aus. Die depressiven Phasen verstärken sich mit jeder weiteren Kündigung.

Eine Unterbrechung erfährt dieser Kreislauf 2016 durch eine erste Schwangerschaft. Im Nachhinein für Frau Bunt die glücklichste Zeit ihres Lebens: *„ja das war ne tolle Zeit, ja (.) da wurde ich schwanger, und ähm (1) äh war äh überglücklich und es w- äh ist sehr gut gelaufen alles ja, mhm (.) kam meine erste Tochter (.) (1) oder überhaupt meine Tochter.“* (Bunt 1, Z. 441ff.)

Nach ihrer Tochter bekommt sie ein Jahr später ein weiteres Kind, diesmal einen Sohn. Trotz der bis dato negativen Erfahrungen in der Arbeitswelt will sie unbedingt wieder arbeiten und sucht nach einer Auszeit eine weitere Stelle als Zahnärztin. Zu ihrer Überraschung findet sie ziemlich rasch eine neue Anstellung, die sie als „Traumstelle“ bezeichnet, da alle für sie wichtigen Voraussetzungen (Arbeitszeit, Arbeitsweg) erfüllt sind. Nach drei Monaten kommt es aber bereits zu einer Wiederholung der früheren Ereignisse, obwohl sie aufgrund der vorherigen Erfahrungen alles versucht ihre Erkrankung geheim zu halten:

„ich hab natürlich versucht das bei der Arbeit hab ich das versucht zu überspielen und so ne aber ((holt tief Luft)) (2) weil ich hab ja diese A- diese Stelle hab ich ja geliebt und diesen=diesen:, diese Praxis“ (Bunt 1, Z. 299ff.).

Es kommt schlussendlich wie in allen Fällen zuvor erneut zu einer Kündigung, die sie unvermittelt, und aufgrund der für sie optimalen Bedingungen der Stelle, schwer trifft. Nach einem kurzen Schockzustand gerät sie in eine psychische Krise, die eine lange Krankschreibung zur Folge hat:

„(J)a, war ja auch krank (.) (1) war sehr krank also ich hatte (1) dann ne Depression nach der ähm (...) nach der M- ersten Manie de- und diese Depression ging über ein Jahr (.) also wirklich so dass man nicht bei der S-Bahn die Treppen hochsteigen kann, so w- so schlimm (.)“ (Bunt 1, Z. 404-409).

Ab dem Zeitpunkt der letzten Kündigung wird sie nicht mehr berufstätig sein, geht aber zu Beginn noch davon aus, zu einem späteren Zeitpunkt wieder arbeiten zu können: *„also ich hab dann bloß immer gedacht f- äh (1) äh vielleicht äh kann ich mich noch stabilisieren und irgendwann wieder anfangen mit dem, mit dem Job (.)“* (Bunt 1, Z. 367ff.).

Erwerbsarbeit ist für Frau Bunt folglich mit einer Kette von Enttäuschungen verbunden, die stets in dieselbe Erfahrung mündet: ihre persönlichen Verhaltensweisen führen bei anderen zu Irritationen und auch Kränkungen, was eine Zusammenarbeit auf Dauer unmöglich macht. Es handelt sich hier um nicht genauer spezifizierbare Handlungen, die nicht eindeutig einem

Krankheitsbild zugeordnet werden können. Entscheidend ist, dass ein „normales Arbeiten“ für sie nicht möglich ist, ein wichtiger Hinweis für einen möglichen RTW, da in ihrem Fall eine Betreuung oder Begleitung unumgänglich ist (dazu später mehr).

Frau Bunt gelingt, zwar mit vielen Unterbrechungen, der Abschluss eines Medizinstudiums und die Spezialisierung auf Zahnärztin. Auch wenn ihre Vorstellung von dem Beruf der Zahnärztin, wie sie später feststellt, auf falschen Annahmen beruhte, arbeitet sie zu Beginn in verschiedenen Praxen, scheitert aber regelmäßig an zwischenmenschlichen Problemen im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung. Diese Erfahrung wiederholt sich und führt regelmäßig zu Kündigungen. Unterbrochen wird diese Zeit durch die Geburt zweier Kinder, für Frau Bunt die glücklichste Phase in ihrem Leben. Schwangerschaften und Geburten stabilisieren sie, dennoch wächst der Wunsch wieder in ihren alten Beruf zurückzukehren. Nachdem sie eine für sie adäquate Stelle gefunden hat, wiederholt sich aber die Erfahrung der letzten Male. Die Chefin spricht explizit ihr seltsames Verhalten an und sie wird wieder gekündigt, was eine psychische Krise auslöst.

Frau Bunt hat im Prinzip nie eine stabile Phase der Erwerbsarbeit nach dem Ende ihrer Ausbildung erlebt. Nach der letzten Kündigung bricht ihr Erwerbsleben ab und die psychische Krankheit dominiert ihr Leben. Ab diesem Zeitpunkt ist an eine Rückkehr in Arbeit für sie nicht mehr denkbar, wenngleich der Wunsch weiter existiert.

Krankheitsgeschichte

Frau Bunt macht, wie oben bereits beschrieben, bereits sehr früh Erfahrungen mit dem medizinisch-psychiatrischen System. Die Chronifizierung ihrer Erkrankung ist ein langsamer und sich über die Jahre aufbauender Prozess. Schule und Studium kann sie, trotz vieler Fehlzeiten, noch abschließen, da auch längere Phasen der Beruhigung auf psychische Krisen folgen. Die Erfahrungen mit dem Versorgungssystem sind i.e. positiv, auf Nachfrage kann Frau Bunt auch keine Situation nennen, wo sie das Gefühl hatte, nicht adäquat versorgt worden zu sein. „Ja ich würd eigentlich s- würd sagen die haben alles gemacht was möglich war“ (Bunt 1, Z. 751).

In gewisser Weise fühlt sie sich „austherapiert“, die regelmäßige Medikamenteneinnahme hat sie schon lange als Notwendigkeit in ihrem Leben akzeptiert, da sie ihre Erkrankung als nicht „heilbar“ ansieht:

„das ist ne Erkrankung die äh, äh geht nicht weg (.) ((lacht)) äh die muss man immer behandeln man muss immer regelmäßig seine Medikamente nehmen man muss zur Therapie gehen und sonst äh sonst gerät es außer Kontrolle ja de- oder=oder das kann zumindest passieren.“ (Bunt 1, Z. 108-111)

Unklar bleibt in allen Interviews aber ihre spezifische Erkrankung. Sie selbst nennt die derzeitige Diagnose „bipolare Störung“, erzählt aber auch von starken manischen Phasen seit 2011, die auf eine längere depressive Phase folgten: *„hab sehr viel Geld ausgegeben selbstverständlich also was ich eben auch eigentlich gar nicht **hatte** also ich hab das nicht wirklich gut bedacht das ganz **Typische** (.) (...) und hab vielleicht, maximal vier Stunden geschlafen in 24 Stunden und ganz (1) **herkömmliche** Manie äh s- Sachen.“ (Bunt 1, Z. 66-71)* Prinzipiell ist Frau Bunt seit über 20 Jahren in ständiger Behandlung, stabilere Phasen wechseln sich mit längeren Klinikaufenthalten ab, von denen sie im Nachhinein das Gefühl hat in einer Art „Dämmhülle“ gewesen zu sein (wahrscheinlich medikamentös bedingt). Nach dem Zusammenbruch im Kontext ihrer letzten Entlassung und dem Eingeständnis nicht mehr in eine normale Erwerbsarbeit zurückzukehren hat sie sich, vor allem nach der Bewilligung der EM-Rente, aber stabilisiert. Diese Stabilität, das spricht sie offen aus, wird aber nur über die regelmäßige Einnahme von Medikamenten erreicht:

„(W)enn ich ´n bestimmtes Medikament weglassen weil´s einfach, furchtbare Nebenwirkungen hat oder so das mach ich ab und zu, dann weiß ich genau was passiert und das ist äh (4) so ne große Beeinträchtigung äh dass ich einfach weiß dass diese=diese Erkrankung die kann einen voll im Griff haben und die ist fr- kann richtig äh, massiv äh einen beeinträchtigen.“ (Bunt 1, Z. 873-877)

Neben der regelmäßigen Medikamenteneinnahme war Frau Bunt immer wieder in therapeutischer oder psychologischer Behandlung, in der Regel verschafft ihr das kurzzeitig eine Verbesserung ihrer Situation, sie selbst glaubt aber nicht daran, dass diese Hilfen ihre Krankheit groß beeinflussen können. Sehr wichtig ist ihr aber ihre jahrelange Hausärztin, die auch maßgeblich für den EM-Rentenanspruch verantwortlich sein wird. Da Frau Bunt ihre eigene Leistungsfähigkeit nicht einschätzen kann, vertraut sie dem Hinweis ihrer Ärztin, dass ihre Grenzen doch sehr eng gesteckt sind:

„(A)ber sie kennt mich schon sehr sehr lange und sie s- äh äh sagt dann immer so ähm (1) dass beim dass beim be- äh bedi- bei dieser also es geht wahrscheinlich auch wieder um diese Belastungsgrenze und dass da dass dann n- bei mir immer nicht viel Puffer ist (.)“ (Bunt 3, Z. 569-573).

Eine faktische Verbesserung ihres Zustandes sieht Frau Bunt v.a. durch ihre erste Schwangerschaft. Die Krankheit rückt dadurch in den Hintergrund, da sie mit ganz pragmatischen Dingen beschäftigt ist. Die Schwangerschaft wirkt wie eine Art „Therapie“ und ihre Kinder sind, wenngleich es vielfältige Probleme gibt (dazu unten mehr), ein stabilisierender Faktor, wie auch ihr Ehemann, über den sie aber in den Interviews nicht viel erzählt obwohl er offensichtlich das ganze „System Familie“ am Laufen hält und mit ihrer Erkrankung einen Umgang gefunden hat.

Insgesamt verfügt Frau Bunt über jahrzehntelange Erfahrungen mit dem medizinisch-therapeutischen System, ohne dass ihre Situation – außer durch Medikamente – stabilisiert werden konnte. Im Laufe der Jahre, verstärkt auch durch die negativen Erfahrungen in der Erwerbsarbeit, kommt es zu einer Akzeptanz der eigenen Erkrankung, die in den Interviews resignativ wirkt. Der Glaube, eine Verbesserung zu erreichen, existiert nicht (mehr), wenngleich der Wunsch nach „Normalität“ ständig vorhanden ist und sich bei ihr vor allem in Ängsten vor sozialem Abstieg äußert:

„Also es ist immer so ´n Wechsel zwischen v=viel zu viel Geld ausgeben, wenn´s mir gut geht ((lacht)) und ich denke ich hab alles im Griff, ((schnieft)) und äh Verarmungswahn und äh also ich geh dann auch an bestimmten äh Straßenstellen gar nicht lang weil ich weiß äh do=dort sind Obdachlose und ich identifizier mich voll mit denen und ich denke morgen äh könnte ich da“ (Bunt 1, Z. 1130-1134).

Bei Frau Bunt treten sehr früh Krankheitssymptome auf, wobei unklar bleibt welche Ursachen dafür maßgeblich sind. Sie ist, außer zu ihr sehr nahestehenden Personen, nicht in der Lage konstante Beziehungen aufzubauen oder alltäglichen Situationen gerecht zu werden. Vorhandene Ängste werden über schroffes oder irritierendes Verhalten kompensiert. Neben depressiven Phasen hat Frau Bunt starke Manien, die sich etwa in vermehrtem Geld ausgeben ausdrücken. Schon früh macht sie Bekanntschaft mit dem medizinisch-therapeutischen System, das sie eine Zeitlang stabilisiert. Heute fühlt sie sich „austherapiert“, da sie keine weitere Veränderung mehr sehen kann und für sie im Prinzip

alles was möglich war gemacht wurde. Ihr Zustand wird so vor allem über die regelmäßige Einnahme von Medikamenten stabilisiert. Frau Bunt verfügt über ihre Familie ein stabiles soziales Umfeld in das sie eingebunden ist, sie sieht sich aber mit Blick auf andere Menschen als „nicht normal.“

Der Weg in die EM-Rente

Nach der Entlassung an ihrem letzten Arbeitsplatz gerät Frau Bunt in eine schwere Krise, die sie mit einer starken Depression beschreibt. Zum Teil ist sie nicht mehr in der Lage, einfachste alltägliche Handlungen zu verrichten. Insbesondere auch die Betreuung der Kinder muss ihr Ehemann, der als Controller in einer größeren Firma arbeitet, übernehmen. Nach einer langen Krankschreibung beantragt sie zunächst Hartz IV. An eine EM-Rente denkt sie (noch) nicht. Da sie im Prinzip nicht arbeitsfähig ist und sich selbst so einschätzt, wächst die Motivation eine Alternative zu suchen. Schließlich findet sie bei Recherchen die Möglichkeit einen EM-Rentenanspruch zu stellen, für sie vor allem darüber motiviert, aus dem ALG-II-Bezug herauszukommen da sie die ständige Verfügbarkeit und Neubeantragung belastet. Obwohl sie bei einer Beratung erfährt, dass ihr EM-Bezug sehr gering sein wird, hält sie das aber nicht davon ab den Antrag als beste Lösung für sich zu sehen:

„Also ich wollte nicht immer wieder diesen ALG II Antrag machen und deswegen hab (...) äh hab ich gesagt es ist ja jetzt egal woher das Geld kommt, ähm (1) ist ja e- (1) jetzt wurscht und ähm ich mach jetzt diesen Antrag (...) auf die EU Rente (.)“ (Bunt 1, Z. 508-514).

Als sie ihre Ärztin von dieser Absicht unterrichtet, trifft sie sofort auf ein offenes Ohr. Im Interview betont Frau Bunt aber explizit, dass *„die äh Idee mit der EU Rente also da le=letztendlich den Rentenanspruch zu stellen, äh ist äh, bei mir **selbst** äh gekommen (.)“ (Bunt 1, Z. 16f.).*

Gemeinsam mit ihrer Ärztin beantragt sie schließlich einen Termin bei der DRV mit der „Rentensprechstunde“ *„und die war so nett (1) und ähm (2) die hat das im Prinzip für mich ausgefüllt und alles gemacht (.)“ (Bunt 1, Z. 555f.).* Nach einem halben Jahr erhält sie die auf 2 Jahre befristete EM-Rente. Parallel dazu bekommt sie eine kleine „Anwartschaftsrente“, damit ist wohl ihre Versicherung über die Tätigkeit als Zahnärztin gemeint. Da sie in einer Partnerschaft lebt und ihr Mann zu viel verdient, kann sie keine Grundsicherung beantragen.

Soweit in den Interviews deutlich wird, hat Frau Bunt vor der EM-Rentenbeantragung keine medizinische Reha in Anspruch genommen. Auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben scheinen keine erbracht worden zu sein. Angesichts ihres Alters (zum damaligen Zeitpunkt Ende 30) erstaunlich. Wie beim Abschluss ihres Studiums kann man auch beim Weg in die EM-Rente Potenzial erkennen, denn im Prinzip initiiert Frau Bunt den Rentenantrag selbst und organisiert sich auch Unterstützung. Das Hauptmotiv ist zunächst das Wegkommen aus dem ALG-II-Bezug, eine für sie belastende Situation, die sie unbedingt verändern will. Zu diesem Zeitpunkt geht sie aber nicht davon aus, dass die EM-Rente ein Dauerzustand wird, vor allem mit Blick auf ihr Alter und ihrem Wunsch an einem „normalen“ Leben teilzunehmen. Ein weiteres Motiv, das sie weniger herausstellt, das aber ebenfalls eine wichtige Rolle spielt, sind ihre beiden kleinen Kinder, für die sie mehr Zeit haben will. Die Kindererziehung wird aber zu einem Ort der Überforderung und spielt in den Gesprächen, wie noch zu sehen, eine wichtige Rolle.

Die Motivation für die Beantragung einer EM-Rente hat bei Frau Bunt eine eindeutige Ursache: ihr Wille aus dem Bezug von ALG II herauszukommen. Da Frau Bunt auch auf den Hinweis ihrer Hausärztin hin klar wird, dass sie in ihrem Beruf nicht mehr arbeiten kann, und auch sonst keine Option für sie deutlich wird, sieht sie keine andere Alternative mehr als eine EM-Rente zu beantragen. LTA-Leistungen werden ihr offensichtlich nicht angeboten, auch von einer medizinischen Rehabilitation erzählt sie nichts. In der Antragstellung sieht Frau Bunt zunächst die Möglichkeit einer Auszeit, die eine Stabilisierung ihrer psychischen Erkrankung ermöglichen soll.

Das Leben mit der EM-Rente / Nutzung der EM

Mit Bezug der (befristeten) EM-Rente ändert sich zunächst nicht allzu viel im Alltag von Frau Bunt. Erleichternd ist für sie vor allem das Wegfallen der lästigen Formulare und Anträge des ALG-II-Bezugs. Durch diesen Wegfall erwartet sie sich eine Stabilisierung und Beruhigung ihrer Situation. Im Verlauf stellt sich aber immer mehr heraus, dass sie mit der Erziehung der Kinder überfordert ist. Beim zweiten, telefonischen Interview, erzählt sie, dass bei beiden Kindern eine Entwicklungsverzögerung festgestellt wurde und sie als nicht kita- und schulfähig eingestuft werden. Der Sohn spricht mit 3 Jahren nicht oder kaum, die Tochter scheint

keinerlei Regeln und Grenzen anerkennen zu können, etwas, das Frau Bunt an sich selbst als Kind erinnert. Nachdem sie zunächst mit Abwehr auf diese Diagnose der Schulexperten reagiert hat, ist sie später bereit Hilfe anzunehmen, allerdings weiß sie nicht genau, an wen sie sich wenden soll. Ihr Sohn bekommt aber zum Zeitpunkt des dritten Interviews bereits Förderbedarf und Therapie. Auch im Haushalt ist sie tendenziell überfordert und hat eine Familienhelferin organisiert, die sie unterstützt. Die normalen Tätigkeiten, wie Essen kochen, Kinder in die Kita oder an andere Orte zu bringen sind eine tägliche Herausforderung für sie:

*„(J)a leider ich hab Haushalt viel zu tun weil äh vor allen Dingen weil im Moment unsere (1) äh Familienhilfe die auch ´n bisschen mich im Haushalt unterstützt die ist jetzt längere Zeit ausgefallen (...) kommt aber heute wieder (.) (2) und ä:hm (3) ja also ich f- mh was ich so mache ne also ich mache Haushalt einkaufen das Essen vorbereiten, dann muss ich ä:h, geh ich mit (Edda?) zum Schwimmkur- also mit meiner Tochter zum Schwimmkurs (.)“
(Bunt 1, Z. 971-978).*

Im Nachhinein kann Frau Bunt nicht mehr verstehen, wie sie alle diese Dinge auf die Reihe bringen konnte als sie noch gearbeitet hat. Der Status der EM-Rentnerin ist im Moment für sie sehr wichtig, da sie nur dadurch genug Zeit für ihre Kinder hat, denen ihr Hauptaugenmerk gilt. Die eigene Erkrankung ist dadurch in den Hintergrund getreten, psychisch gab es keine größeren Krisen in den letzten Monaten. Ihre Konzentrationsschwächen führt sie auf die Medikamente zurück.

Im Prinzip stagniert ihre Situation über die drei Interviewzeitpunkte. Zwar gibt es immer wieder kleine partielle Anläufe ihre Situation zu verändern, das scheitert in der Regel bereits im Vorfeld, wie wir noch bei möglichen Jobangeboten sehen werden. Es existiert ein normativer Wunsch wieder in Arbeit zu kommen, es fehlt aber jeder ernsthafte Versuch. Am ehesten sucht Frau Bunt zu Beginn des EM-Rentenbezugs noch eine Alternative, als diese dann aus mehr formalen Gründen scheitert, findet sie sich aber schnell mit der Situation ab. Entscheidend und wichtig für sie sind aber Regelmäßigkeit und Routine in ihrem Alltag: *„diese=diese, Zustand oder diese Erkrankung macht das man ´n ganz regelmäßiges Leben führt obwohl man noch gar nicht alt ist (.)“ (Bunt 3, Z. 1376ff.).*

Die EM-Rente ermöglicht ihr den Alltag einigermaßen, trotz der angesprochenen Schwierigkeiten, stabil zu gestalten, wobei ihr Mann viele notwendige Tätigkeiten, von Kochen bis zu Kinderbegleitung, übernimmt.

Diese Kompensationsleistung ist ihr aber bewusst und sie verweist immer wieder in den Interviews auf ihr Umfeld, dass sie in Krisen auffängt und dass ihr erlaubt, ein halbwegs normales Leben zu führen:

*„(J)a also ich hab sch- ähm ich hab schon äh äh aber ich hab mh eben 'n stabiles Umfeld
(.) ja das haben äh glaub ich, also da wird auch immer ganz viel nachgefragt aber ich glaub
das haben viele mit der Erkrankung nicht (.)mit der Diagnose die haben das irgendwie weil
sich viele Leute abwenden“. (Bunt 1, Z. 692-697)*

Frau Bunt sieht im EM-Rentenbezug die Möglichkeit sich gesundheitlich zu stabilisieren. Er ermöglicht ihr sich auf ihre Kinder zu konzentrieren, wobei die Erziehungsaufgaben für sie kaum zu bewältigen sind und sie Hilfe benötigt. Die EM-Rente sieht sie als eine temporäre, eine Art Zwischenstadium, da sie in Zukunft wieder ein Teil der „normalen“ Gesellschaft sein möchte. Frau Bunt arrangiert sich dann aber sehr schnell mit der Situation der Berentung und stagniert im Prinzip über alle drei Interviewzeitpunkte. Sie tritt ein wenig auf der Stelle, findet keine wirkliche Motivation ihre Situation zu ändern, obwohl der Wunsch nach einem RTW vorhanden ist. Er wirkt aber mehr wie ein normativer Wunsch, der erwartungsgemäß geäußert werden muss, es fehlt jede realistische oder konkrete Perspektive. Auch wenn sich ihre psychische Situation stabilisiert hat, bleibt doch die Einschätzung nicht „normal“ zu sein, bei Frau Bunt verbunden mit großen Ängsten vor dem sozialen Abstieg, den sie eng an den Bezug der EM-Rente bindet.

RTW-Perspektiven

In unserem ersten Interview, etwa 6 Monate nach der Bewilligung der EM-Rente, hat Frau Bunt die Aussicht auf einen geschützten Arbeitsplatz. Diese Idee entstand durch den Kontakt mit einer Ergotherapeutin in der Tagesklinik, in der sie nach ihrer letzten Kündigung Betreuung findet. Es handelt sich dabei um eine Schneiderei die vor allem Kinderspielzeug näht. Zwar richtet sie im Gespräch einige Hoffnung auf dieses Projekt, aber es bleibt der Eindruck, dass das mehr eine Art „Pflicht“ ist, einer Arbeit nachzugehen. Eine wirkliche manifeste Motivation ist im Interview nicht zu erkennen. Letztendlich bekommt sie den geschützten Arbeitsplatz in der Schneiderei nicht, da ihre Krankenkasse eine Mitfinanzierung ausschließt. Alternative wäre ein Wechsel der Kasse, doch sie hat Angst davor in einen unklaren Versicherungsstatus abzugleiten:

„Diese Schneiderei Geschichte das war an ne ähm wäre so ne ((räuspert sich)), Arbeitstherapie Sache gewesen und das hat meine Krankenkasse die DAK einfach nicht äh genehmigt mehrmals (1) und da hätte ich die Krankenkasse wechseln müssen und das hab ich aber ähm aus verschiedenen Gründen nicht gemacht“. (Bunt 3, Z. 20-24)

Die Hauptprobleme von Frau Bunt bei einem möglichen RTW sind einerseits die fehlende Motivation, aber vor allem Ängste, den Ansprüchen der Arbeitgeber nicht gerecht zu werden, bei ihren Vorerfahrungen alles andere als erstaunlich. *„(Ä)h also es ist immer so immer so ne Motivationssache ma- also das=das schwankt manchmal bin ich äh ma=manchmal bin ich sehr motiviert das zu machen (...) und dann denk ich mir wieder och eigentlich f- (3) reicht die Kraft grade so für alles so drum rum (.).“ (Bunt 3, Z. 543-548).*

Eine aktive Suche nach Arbeitsmöglichkeiten wird von ihr nicht forciert, sie oszilliert zwischen „ich möchte/müsste“ was tun und der Angst sich zu überfordern. Letzteres überwiegt am Ende und führt dazu, dass ihre Situation über den Zeitraum der Interviews stagniert. Dabei finden sich immer wieder zufällige Konstellationen in ihrer Umgebung, die Arbeitsmöglichkeiten eröffnen würden. Bei unserem dritten Gespräch berichtet sie von einer Begegnung mit einer Nachbarin, die weiß, dass sie eigentlich Zahnärztin ist und die ein Angebot für sie hätte:

*„(J)a äh zu Silvester äh oder vi=viel mehr Neujahr hatten wir Besuch von unseren Nachbarn unter uns die sind (1) Kinderärzte und sie ist am ähm: (1) ähm Bezirksamt also am äh äh, Gesundheitsamt und äh äh äh sie hat eigentlich mich so gefra- äh äh immer mal wieder so gefragt könntest du dir das nicht vorstellen bei uns im zahnärztlichen **Dienst** und so weiter und das könnt ich mir natürlich schon sehr gut vorstellen aber da gibt's äh natürlich auch für mich große Hindernisse aber sie hat mir angeboten dass sie mich äh äh zur Hospitation mitnimmt“. (Bunt 3, Z. 52-59)*

Diese unerwartete Option führt bei Frau Bunt zu einem kurzfristigen Motivationsschub, sie hat zwar weiter Ängste, meldet sich aber bei einem Vorbereitungskurs an, der ihr Wissen wiederauffrischen soll. Zu ihrer Überraschung fühlt sie sich dort ziemlich wohl und bleibt sogar länger als ursprünglich geplant. Dennoch führt dies nicht dazu, das Angebot ihrer Nachbarin wahrzunehmen, es fehlt die Zuversicht ob ihrer Stabilität und Ausdauer. Interessanterweise erhält sie auch von anderer Seite Angebote, die sie aber ebenfalls ablehnt: *„wenn ich meine Kinder äh zum Zahnarzt bringe wir gehen zur Q64 die haben ne Kinder große Kinderabteilung die fragen mich jedes Mal ob ich arbeiten möchte (.) (...) und äh ich s- sag immer ich kann nicht ich traue mich nicht ich“. (Bunt 3, Z. 226-230)*

Im dritten Gespräch kommen wir auch auf die Voraussetzungen für die Aufnahme einer Arbeit zu sprechen. Frau Bunt sieht bei sich zu viele Unwägbarkeiten für einen normalen Arbeitsplatz, glaubt aber, mit Unterstützung und Hilfe zumindest ein paar Stunden in der Woche arbeiten zu können. Das Problem besteht darin, dass sie es nicht schafft, wenigstens eine Art Erprobung zu machen, da sie stets im Vorfeld Gründe findet, warum sie gerade zu diesem Zeitpunkt NICHT kann. Als Haupthindernisse sieht sie,

„(D)ie äh also zum einen äh natürlich t- äh ganz allgemein die Belastbarkeit und dieses hin und her Gefahre und mit=mit Kinder morgens wegbringen und dann das noch und wieder zurück äh das ist so ne Sache und dann äh natürlich diese=dieser Wiedereinstieg ob ich menschlich ob ich mit den Leuten überhaupt äh ich glaube das war ja immer so ´n bisschen auch der Knackpunkt“. (Bunt 3, Z. 64-68)

Es bleibt schwierig abzuschätzen, ob Frau Bunt den Wunsch zu arbeiten nur aus einer normativen Haltung heraus formuliert oder ob es einen ernsthaften Wunsch danach gibt. Zumindest spricht sie davon, dass unter bestimmten Bedingungen sie sich eine Rückkehr in Arbeit vorstellen kann. *„Das weiß ich noch nicht das kann ich, ganz fsch- wenig abschätzen aber äh, ich würde das nicht ausschließen dass ich ähm, äh wenn ich gut äh stabilisiert bin dass ich dann äh äh auch wieder was machen könnte“. (Bunt 1, Z. 723ff.)*

Frau Bunt hat eine durch viele Unterbrechungen gezeichnete Berufsbiografie. Ihr normativer Wunsch nach einem RTW entwickelt kein realistisches Szenario. Im Laufe des Bezugs der EM-Rente hat sich Frau Bunt immer mehr eingerichtet, die finanzielle Absicherung über ihren Ehemann trägt hier sicher wesentlich dazu bei. Zu Beginn versucht sie noch über einen geschützten Arbeitsplatz wieder ins Erwerbsleben einzusteigen, aber nachdem das nicht klappt, hat sie eigentlich keinen wirklichen Versuch mehr unternommen. Das wird etwa daran deutlich, dass sie angebotene Möglichkeiten am Ende jeweils ausschlägt, obwohl sie zu Beginn ernsthaft darüber nachdenkt und auch zum Teil Vorbereitungen (etwa Kursbesuche) dafür trifft. Am Ende überwiegen aber stets Ängste davor, der Situation, vor allem was die sozialen Anforderungen betrifft, nicht gewachsen zu sein. Da Frau Bunt merkt, dass sie schon mit der Erziehung der Kinder an eine Grenze stößt, wird ihr mehr und mehr bewusst, dass sie eine Doppelbelastung nicht aushalten kann. Ein RTW rückt so in weite Ferne, dennoch ist es für Frau Bunt, angesichts ihres jungen Alters,

schwer vorstellbar bzw. zu akzeptieren, dass ihr Arbeitsleben bereits am Ende angelangt ist. Auch wenn sie sich nicht als normal sieht, bei entsprechender psychischer Stabilität sieht sie sich immer noch in Arbeit, es fehlt aber ein realistischer Plan für eine Rückkehr. Aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen im Erwerbsleben sind die Ängste vor einem weiteren Versagen bzw. einer Überforderung sehr groß. Ein RTW scheint so nur mit laufender Unterstützung denkbar.

4.2.1.4 Frau Hoch

„Wenn man mich sieht ähm: denkt man erst mal so ja mit der Frau ist alles in Ordnung und ähm: die ist einigermaßen intelligent und wieso kann die nicht arbeiten? und ähm: tja, ich kann auch arbeiten aber immer hin und wieder mal.“ Frau Hoch (Interview 1, Z 522-525)

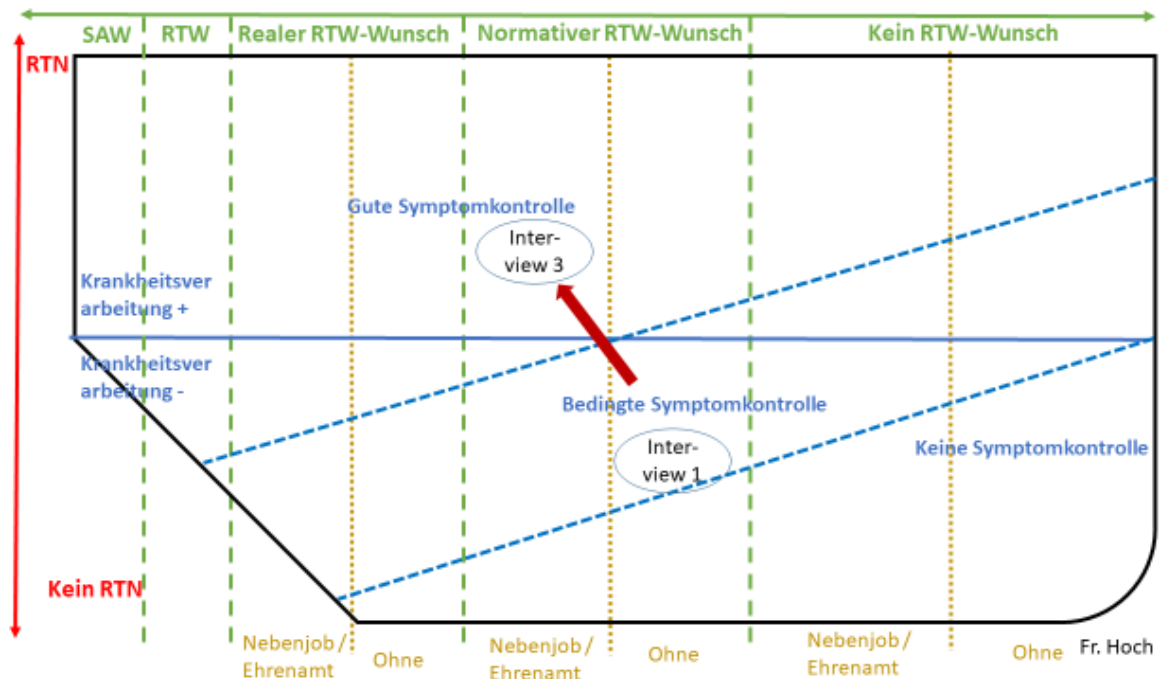


Abbildung 11: Positionierung Frau Hoch (Quelle: eigene Darstellung)

Geschlecht:	Weiblich
Alter:	40 Jahre
Familienstatus:	Alleinlebend
Wohnort:	Mittlere Großstadt
Bewilligungsdiagnosen:	F3
Komorbidität/Problemlagen:	Borderline, generalisierte Ängste
Erlerner Beruf:	Bankkauffrau, Sozialpädagogin
Letzte Tätigkeit vor EM:	Freie Tanztherapeutin
Erwerbsstatus vor EM:	Arbeitslos (ALG II)
Aktuelle Tätigkeit in EM:	Nebenjob
Bewilligungszeitraum:	Weiterbewilligung für 3 Jahre
Kurzvita:	

Fr. Hoch leidet bereits während ihrer ersten Berufsausbildung unter schweren Depressionen, auch eine Borderline-Erkrankung wird diagnostiziert. Dennoch absolviert sie erfolgreich eine Ausbildung zur Bankkauffrau, arbeitet aber nur kurz in diesem Beruf. Danach erfolgt ein zwar immer wieder unterbrochenes, aber abgeschlossenes Studium der Sozialpädagogik. Auch diese Tätigkeit übt sie nur kurz aus und entscheidet sich danach dafür, ihr therapeutisches Setting zum Beruf zu machen. Als freiberufliche Tanzpädagogin ist sie jahrelang Aufstockerin, finanziell wird sie zusätzlich von ihrer Familie unterstützt. Stabile psychische Phasen wechseln sich mit kritischen Phasen ab, es fehlt ihr an Verlässlichkeit, etwas was auch ihre sozialen Beziehungen belastet, da ihr Verhalten schwer vorhersehbar und einzuschätzen ist. Die depressiven Phasen häufen sich im Laufe der Jahre, sie muss permanent in ambulante psychiatrische Behandlung. Schließlich kann sie auch als Tanzpädagogin nicht mehr arbeiten, ist jahrelang arbeitslos und beantragt nach langem eine EM-Rente, die zunächst befristet genehmigt wird. Frau Hoch würde gerne arbeiten und fühlt sich selbst noch viel zu jung für die EM-Rente. Beruflich hat sie aber keine konkreten Vorstellungen und würde jeden denkbaren Job annehmen. Prinzipiell sieht sie sich zum Zeitpunkt des letzten Interviews auf einem guten Weg da sie längere Zeit stabil war. Nach dem dritten Interview arbeitet sie 10 Stunden in der Woche in der Buchhaltung eines Sozialvereins. Bei entsprechender Stabilität wäre eine Teilzeitrente ihr Wunsch für die Zukunft.

Kindheit und Jugend

Frau Hoch wächst in einer mittleren Kleinstadt mit zwei älteren Geschwistern auf, sie ist mit Abstand die jüngste und die Beziehung zu ihren älteren Geschwistern ist nicht besonders eng: *„ja ich bin eigentlich quasi ´n Einzelkind“* (Hoch 1, Z. 297). Ihre Mutter war Laborantin, der Vater Beamter in der Landwirtschaftskammer in H. Nach der Geburt des ersten Kindes gibt die Mutter ihre Anstellung auf und wird Hausfrau. Während der Bruder von Frau Hoch beruflich als Amtsrichter erfolgreich ist, leidet die Schwester, eine Parallele zum Bruder von Frau Bunt, unter Angststörungen, die sie aber halbwegs in den Griff bekommen hat. Mit ihrem Bruder gibt es nur sporadischen Kontakt aber er unterstützt sie finanziell. Ihre Erkrankung bezieht Frau Hoch im Rückblick auch auf ihr familiäres Umfeld, wobei sie nicht genau benennen kann, worin sie die Ursachen sieht. Vor allem der große Altersabstand zu ihren Geschwistern scheint ihr retrospektiv problematisch: *„und es ähm also (1) ähm es ist s- äh schon ´n großer Abstand also es ist auf jeden Fall ähm also beziehungsweise nicht alles aber vieles kommt einfach aus dem familiären Umfeld und da hat es auch begonnen, ähm“*. (Hoch 1, Z. 303-307)

In der Schulzeit gab es, außer die üblichen Themen in der Pubertät, noch keine auffälligen Anzeichen für ihre spätere Erkrankung. Nach dem Abschluss der Realschule weiß Frau Hoch

eigentlich nicht, was sie weitermachen soll und entscheidet sich für eine Fachoberschule für Wirtschaft, die sie erfolgreich abschließt. Die eigene Berufswahl schildert sie danach als eine rein zufällige, ein wirkliches Interesse an der gewählten Ausbildung hat sie nicht, was ihr ziemlich bald klar wird: „*un:d äh bin dann in ner Bank untergekommen weil ich jemanden kannte der jemanden kannte ((lacht)) und hab ne Banklehre gemacht (.)*“ (Hoch 1, Z. 132f.)

Frau Hoch wächst, ähnlich wie Frau Bunt, in einer von außen betrachtet, intakten Familie auf. Bei beiden finden sich in den Erzählungen keine Anhaltspunkte für besonders traumatische Ereignisse oder Besonderheiten. Auffallend ist aber, dass jeweils eines der Geschwister unter psychischen Beeinträchtigungen leidet, wobei diese gemeinsame Erfahrung kaum untereinander thematisiert wird. Die Familie gibt in beiden Fällen finanzielle Unterstützung, bei Frau Hoch spielt das, da sie ohne Partner lebt, eine besonders wichtige Rolle. Im Gegensatz zu Frau Bunt tauchen die psychischen Probleme bei Frau Hoch erst später auf, die Schulzeit verläuft, ihren Erzählungen nach, noch ohne zeitliche Unterbrechungen. Beide thematisieren die spätere Berufswahl als problematisch: Frau Bunt hat ein falsches und idealisierendes Bild der Arbeit einer Zahnärztin, während Frau Hoch ihre Wahl als eine rein zufällige betrachtet.

Berufsausbildung und Erwerbsarbeit

Die Berufswahl von Frau Bunt ist mehr oder weniger zufällig und stellt sich im Nachhinein als unpassend heraus. Da sie ohne eigene Motivation in die Ausbildung geht, stellt sich der erlernte Beruf der Bankkauffrau bald als ungeeignet für sie heraus. In die Ausbildungszeit fallen erste starke depressive Phasen, wobei sie den Grund dafür nicht benennen kann. Es folgen lange Krankschreibungen und ein Suizidversuch. Während ihres ersten längeren Klinikaufenthaltes denkt sie über einen Berufswechsel nach und entscheidet sich nach der Entlassung für ein Studium der Sozialpädagogik, da sie „was mit Menschen machen“ will. „*Und äh hab dann auch während der Therapie, dann entschieden (1) da geh ich jetzt erst mal raus und mach erst mal ´n (1) Cut und dann überleg ich wie´s weitergeht (.) dann hab ich Sozialpädagogik studiert (.) ((lacht))*“ (Hoch 1, Z. 166ff.).

Zunächst stabilisiert sie das Studium, es gibt ihr wieder Strukturen und sie ist stolz darauf das Studium, zwar mit größeren Unterbrechungen, aber schlussendlich erfolgreich zu beenden.

Die Probleme beginnen aber ab dem Moment, wo es darum geht den Beruf praktisch auszuüben. Auch hier stellt sich für sie, ähnlich wie im ersten Beruf der Bankkauffrau, schnell heraus, dass diese Art der Arbeit „nichts für mich ist.“ Nach ein paar halbherzigen Versuchen in verschiedenen Einrichtungen beendet sie auch diese Tätigkeit als nicht für sich passend. Seit diesem Zeitpunkt hat Frau Hoch eine diskontinuierliche Berufsbiografie, geprägt von langen Phasen der Arbeitslosigkeit und nur kurz unterbrochen von prekären Arbeitsverhältnissen:

„(D)ann hab ich, ´n paar Sachen ausprobiert und gedacht ach das ist ja eigentlich auch ´n furchtbarer Job also da hab ich mich auch nie also nirgends irgendwie wiedergefunden (.) und mh dann also mein Lebenslauf ist ja so total zerstückelt dann hab ich hier mal angefangen dann hab ich wieder aufgehört dann hab ich wieder angefangen dann hab ich wieder aufgehört“. (Hoch 1, Z. 184-190)

Ein paar Jahre nach dem letzten Job als Sozialpädagogin macht sie nach ihren eigenen Angaben „nichts“ und kann sich, aufgrund ihrer psychischen Verfassung, nicht für eine Veränderung in ihrem Leben motivieren. Das Einzige, was ihrem Leben zu dieser Zeit Sinn gibt, ist das Tanzen, dem sie eine therapeutische Wirkung zuschreibt. Schließlich wächst in ihr über die Jahre der Entschluss eine tanztherapeutische Ausbildung zu machen, die sie erfolgreich beendet. Nach der Ausbildung hat sie auch ein paar kleinere Aufträge, kann ihr Leben aber davon nicht finanzieren und muss regelmäßig beim Arbeitsamt aufstocken.

„Dann war ich auch total motiviert und hab so drei vier Projekte tatsächlich ähm selbstständig initiiert und ähm bin auch als Honorarkraft ähm in einer Institution auch untergekommen die buchen mich auch jedes Jahr und äh das mach ich auch jedes Jahr wieder aber das ist auch so im Moment das Einzige“. (Hoch 1, Z. 213-217)

Vorhandene Möglichkeiten als Kleinunternehmerin Zuschüsse zu bekommen nimmt sie zumindest einmal in Anspruch, wobei ihr das Erstellen eines Businessplans große Schwierigkeiten bereitet, da sie Probleme damit hat, planerisch und in die Zukunft schauend Einnahmen und Kosten einzuschätzen. Eine freiberufliche Tätigkeit als Tanzpädagogin muss so zwangsläufig, nimmt man noch die Zunahme depressiver Phasen hinzu, scheitern. Die Probleme ihrer Selbständigkeit sieht sie im Interview v.a. in ihrer mangelnden Stabilität und den Anforderungen denen sie sich nicht gewachsen fühlt:

„(J)a also äh ich seh es u- als unrealistisch äh ich hab ne Förderung gekriegt und äh dafür musste ich ´n Businessplan erstellen und das hat mich auch äh richtig viel Nerven gekostet (.) ((lacht)) und ähm, äh da müssen Sie ja relativ viel überlegen w- ähm zu welchem Preis

Sie: d- Ihrem Kurs anbieten ähm in welchem also in: in welcher Anzahl damit ähm die festen Kosten gedeckt sind und dann sind die festen Kosten gedeckt“. (Hoch 1, Z. 545-550)

Die letzten Jahre arbeitet sie, außer durch Vermittlung einer Bekannten, mit der sie zusammen einen Tanz-Workshop macht, praktisch nicht mehr. Zwar würde sie gerne mehr arbeiten, aber das scheitert in der Regel an sozialen Ängsten vor einer konkreten Arbeitssituation. Die eigene Passivität wird durchaus als Problem anerkannt, aber den entscheidenden Schritt kann sie aus eigener Kraft nicht machen. So vergehen die Jahre ohne dass größere Veränderungen zu sehen sind. Dass sie, neben dem ALG-II-Bezug, finanziell von ihrer Familie unterstützt wird, ermöglicht auch eine Passivität, in der sich Frau Hoch über die Jahre eingerichtet hat. Sie sieht auch vollkommen klar, dass je länger diese Phase andauert, desto unwahrscheinlicher die Rückkehr in Arbeit wird. Dennoch fühlt sie sich viel zu jung, um die EM-Rente dauerhaft in Anspruch zu nehmen.

Frau Hoch verfügt, wie gesehen, über keine kontinuierliche Erwerbsbiografie. Dasselbe lässt sich über Frau Bunt sagen, obwohl das Problem bei ihr anders gelagert ist. Während Frau Hoch für sich keine adäquate Arbeit finden kann und die tanztherapeutische Ausbildung mehr der eigenen Genesung dient, hat Frau Bunt zwar eine Ausbildung, die ihr zumindest eine Zeitlang entspricht, sie scheitert aber regelmäßig an zwischenmenschlichen Problemen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung. Es kann sein, dass bei Frau Hoch ähnliche Probleme auftauchen könnten, aber in der Regel lässt sie sich erst gar nicht auf Arbeitssituationen ein. Rationalisiert wird dieses Nicht-Einlassen über die wiederholte Einschätzung, das „wäre alles nichts für sie.“ Vielleicht kann man das als eine Form der Verweigerung interpretieren, die quasi negative Erfahrungen vermeidet, in dem sie „normalen“ Situationen aus dem Weg geht. Das Grundgefühl von Frau Hoch ist, wie noch an der Krankheitsgeschichte sichtbar werden wird, eine ständige Angst, die sich vor allem in Kontexten mit anderen (etwa am Arbeitsplatz) manifestiert. Sowohl Frau Bunt als auch Frau Hoch haben im Prinzip nie eine stabile Phase der Erwerbsarbeit nach dem Ende ihrer Ausbildung(en) erlebt. Insofern ist das Gefühl der Normalität bei beiden nicht vorhanden, etwas, das sie in den Interviews auch beide explizit ansprechen. In diesem Sinne kann bei beiden im EM-Rentenbezug nicht von einer „Rückkehr in Normalität“ gesprochen werden,

da das für Frau Hoch als auch für Frau Bunt, bezogen auf ihre Erwerbsbiografie, keine vorherige erlebte Realität ausdrückt.

Medizinisch-therapeutische Behandlung vor der EM-Rente

Sowohl bei Frau Bunt wie auch bei Frau Hoch gibt es keinen Hinweis auf konkrete traumatische Erfahrungen in der Kindheit.

„So vor 20 Jahren (.) und ähm da gab's ja den großen Knall (1) und äh ich so das Gefühl hatte ich krieg das ähm mit meinem Leben überhaupt nicht mehr in Griff und äh dann ging ja diese ein- äh Therapie nach der anderen los und (1) w- hab ich ja viele stationäre Aufenthalte gehabt...“ (Hoch 3, Z. 78-81).

Das Krankheitsbild ähnelt sich aber sehr, wobei es bei Frau Bunt etwas früher auftritt. Die Krankheitsursache ist für beide auch in der Reflektion auf die Vergangenheit ein Rätsel. Die Krankheit ist einfach da, ohne dass im Nachhinein eine Erklärung dafür existiert. Frau Hoch drückt das im ersten Interview folgendermaßen aus:

*„(J)a das ist äh das ist ähm das ist (1) äh so ne Geschichte ich kann mich äh an nichts erinnern ich weiß überhaupt **nichts** gar nichts aber es gibt ähm anscheinend Auslöser die ich auch, n:icht unbedingt benennen kann“. (Hoch 1, Z. 927-930).*

Im dritten Interview kommt sie nochmals auf den Ausgangspunkt ihrer Erkrankung zurück und spricht von einer Entwicklungsstörung, ein Begriff, den sie wohl aus ihren Therapieerfahrungen nimmt. Aber auch dieser Terminus bleibt letztendlich diffus und unbestimmt.

„Also es gibt einen Teil äh von dem ich ausgehe und auch Therapeuten ausgehen ähm: dass es seit einfach ähm äh nt- eine Entwicklungsstörung (1) ähm gab (2) zum einen und äh dann gibt es ähm aber noch so äh traumatische Gefühls-(...) Wellen ähm von denen ich keine Ahnung habe und von denen ich lange in Kliniken irgendwie, oder äh äh mh ja wo ich lange dran rumgebastelt habe“. (Hoch 3, Z. 849-856)

Während der Ausbildung zur Bankkauffrau, also mit etwa 20 Jahren, hat Frau Hoch zum ersten Mal depressive Schübe, die sich rasch steigern und in einen Suizidversuch münden. In der Klinik wird sie als Borderline-Patientin diagnostiziert, wobei Frau Hoch selbst im Interview immer den Begriff Depression verwendet. *„Die Depressionen wurden immer schlimmer ich*

konnte einfach (3) nichts mehr also es ging dann einfach nichts mehr ich hab 'n Suizidversuch gehabt, zu der Zeit ähm hab dann auf der Intensivstation gelegen“ (Hoch 1, Z. 150-153).

Ähnlich wie bei Frau Bunt hat sie während des stationären Aufenthaltes das Gefühl, die psychologische Behandlung hilft ihr im Umgang mit der Krankheit zunächst sehr. Zum ersten Mal werden Dinge thematisiert, die sie für sich gar nicht als Problem wahrgenommen hatte. Das stabilisiert sie zunächst. Im Laufe der Zeit hat sie aber das Gefühl nicht mehr weiter voranzukommen, da die Ursachen (die sie weiter nicht benennen kann) dieselben bleiben:

*„(J)a auf jeden Fall also am Anfang hat es mir ganz viel gebracht und es war sehr wichtig auch so verschiedene Sachen zu erkennen wo ich ähm überhaupt gar keine Ahnung hatte ne dass=dass ich dass ich da überhaupt 'n Problem habe, auf jeden Fall aber irgendwann dreht es sich im Kreis und äh ich merke halt äh die Ursachen sind immer noch die gleichen“.
(Hoch 1, Z. 108-112)*

Wie Frau Bunt leidet Frau Hoch unter vielfachen Ängsten, die insbesondere in sozialen Situationen entstehen und denen sie deshalb möglichst aus dem Weg geht. Während Frau Bunt offenbar mit Schroffheit und irritierendem Verhalten auf Anforderungen oder Kritik (am Arbeitsplatz) reagiert, zieht sich Frau Hoch schon vorher zurück und meidet für sie angstbesetzte Situationen. Ihre Angst beschreibt sie im Gespräch dabei als eine Art generalisierte Angst vor dem Unbekannten:

*„(J)a also die Angst vor dem Unbekannten würd ich jetzt erst mal so sagen und das Problem ist irgendwie dann äh die=die Angst äh das **Gefühl** was dann entsteht (.) so=so 'n äh so 'n: das ist irgend so 'n ganz komisches Gefühl es k=klumpt sich irgendwie alles zusammen und (1) äh macht mich, bewegungsunfähig also das ist einfach so (2) intensiv dass ich dann ähm nicht mehr möchte also dass=dass es mich **lähmt** genau“.
(Hoch 1, Z. 735-745)*

Prinzipiell kann Frau Hoch alles und jedes Angst machen, wobei sie im Interview erzählt, dass sie sich Strategien im Umgang mit unbekanntem Situationen zugelegt hat. Ein Beispiel dafür sind etwa unsere Gespräche, die im Vorfeld für sie eine Herausforderung sind, der sie sich aber stellen will. In der Therapie hat sie gelernt, Schritt für Schritt an Situationen heranzugehen, die angstbesetzt sind und davon gibt es für sie sehr viele, wie sie explizit anmerkt.

*„(J)a also äh ich hab ähm letzt- auch schon gedacht also grade in Hinsicht auf unser Gespräch so es gibt eigentlich kaum Sachen die mir **keine** Angst machen (.)(Interview 1, Z. 714-716) und dann hab ich gedacht äh ist egal erst mal steigst du in den Zug (.) und wenn der Zug in Berlin angekommen dann guckste weiter ne (.) ((lacht)) also so immer so step by step gemacht um ähm um das Ganze, einfach zu zerkleinern“. (Hoch 1, Z. 694-697)*

Zu ihrer Krankheit hat Frau Hoch ein ambivalentes Verhältnis. Einerseits weiß sie um das Vorhandensein mit allen für sie negativen Folgen, andererseits dient ihr die Krankheit auch als Schutz vor Grenzüberschreitungen, die für sie angstbesetzt sind:

„(A)uf der anderen Seite hat mich die Erkrankung eben auch sehr geprägt also eigentlich, z- immer zu dem hin gestupst so ähm: was wirklich gut für mich ist ich weiß gar nicht ob ich es sonst gemerkt hätte also ähm (3) äh im Prinzip auch ähm (1) hilfreich also sie äh taucht ja auch immer dann auf wenn ich meine eigenen Grenzen übertrete“. (Hoch 1, Z. 978-982)

Anders als Frau Bunt weigert sich Frau Hoch Medikamente zu nehmen. Antidepressiva lehnt sie ab, da sie damit „nicht zurechtkomme.“ Beide fühlen sich, obwohl sie noch regelmäßig mit größeren zeitlichen Abständen psychologische Hilfe in Anspruch nehmen, „austherapiert.“ Von dieser Seite her erwarten beide keine großen Veränderungen mehr, hier geht es mehr um Stabilisierung und Lerneffekte durch die Therapie und die eigene Erfahrung. Diese Umsetzung des in der Therapie Erlernen wird von Frau Hoch wie bereits oben an der Interviewsituation deutlich geworden, als wichtigstes Moment der Behandlung betrachtet:

„Also viele Sachen hab ich tatsächlich in der Therapie gelernt und viele Sachen eignet man sich dann eben auch selber an beziehungsweise es ist ja dann immer das Eine lernt man und das Andere also das Eine ist kognitiv und das an- und dann geht es ja um die Umsetzung und dann, mh fängt man an so eigenständige Sachen zu machen so Anker irgendwie die einem helfen“. (Hoch 1, Z. 669-673)

Bei Frau Hoch wie auch Frau Bunt treten sehr früh Krankheitssymptome auf, für die beide keine ursächliche Erklärung haben. Beide bekommen zu einem frühen Zeitpunkt die Diagnose Borderline, beide sind nur schwer in der Lage soziale, alltägliche Situationen, zu meistern, da vielfache Ängste vorhanden sind. Depressive Phasen, begleitet von starken Manien bei Frau Bunt, häufen sich im Laufe des Lebens und verunmöglichen ein normales Erwerbsleben aufzubauen. Im Unterschied zu Frau Bunt lebt Frau Hoch alleine, etwas, das

sie selbst aber als Voraussetzung für eine Stabilität in ihrem Leben sieht. Soziale Unterstützung findet Frau Hoch bei Freunden, die ihre Erkrankung und die daran geknüpften Verhaltensweisen akzeptieren und bei ihrer Familie, die sie auch finanziell unterstützt. Beide haben in ihrer Biografie eine Unzahl von Angeboten im Versorgungssystem durchlaufen: Psychiatrie, Tagesklinik, Psychotherapie. Das hat bei beiden eine gewisse Stabilität und die Übernahme von Gelerntem in den Alltag mit sich gebracht, beide fühlen sich aber seit längerem „austherapiert“ und erwarten sich von dieser Seite nichts Wesentliches mehr für eine Veränderung. Während Frau Bunt regelmäßig Medikamente nimmt, weigert sich Frau Hoch mit dem Hinweis auf eine Unverträglichkeit. Prinzipiell ist bei beiden im Zeitraum der Interviews eine Stabilisierung der psychischen Situation festzustellen. Das hat vor allem mit der Situation EM-Rente zu tun, die beide als eine Art „Beruhigung“ erfahren. Dazu kommt auch bei beiden ein soziales Umfeld, das Halt gibt, regelmäßige Treffen bei Frau Hoch haben das Verhältnis zur Familie entspannt, auch Frau Bunt besucht, aufgrund der beiden Kinder, ihre Eltern öfter als davor. Eine Akzeptanz der eigenen Beeinträchtigungen ist bei beiden vorhanden, sie sehen sich mit Blick auf andere Menschen aber als „nicht normal“ und gehen zum Zeitpunkt der Interviews davon aus, dass sich das auch nicht mehr ändern wird.

Der Weg in die EM-Rente

Sowohl bei Frau Bunt als auch bei Frau Hoch gibt es ein starkes und verbindendes Motiv bei der Entscheidung für die Beantragung einer EM-Rente: dem Jobcenter und den Problemen rund um die Beantragung von ALG II zu entkommen. Die EM-Rente erscheint bei beiden als die Möglichkeit „Ruhe“ in ihr Leben zu bringen. Frau Hoch beschreibt die eigene Situation vor der Berentung im ersten Interview als „absolut stressig.“

*„(J)a also ähm: die **Rente** zu beantragen das, ähm: das geistert schon einige Jahre einfach in meinem Kopf herum (...) und äh mehr (1) recht als schlecht irgendwie versucht habe ((lachend)) im Berufsleben so, Schritt zu fassen und ähm dann gab's immer wieder **gute** Phasen, aber sehr viel mehr schlechte Phasen und ähm: dann ist ja dann gibt es ja bei uns dieses System mit dem mit dem Jobcenter, und äh das fand ich sehr **schwierig** also ich bin schon seit (...) ich glaub mindestens zehn Jahre im Bezug gewesen weil es immer wieder Einbrüche gab und ich dann einfach nicht mehr weiterarbeiten konnte (.) aber äh das*

System Jobcenter ist absolut stressig“. (Hoch 1, Z. 14-25)

Die Rente ist für beide die Option und Möglichkeit aus dem ALG-II-Bezug heraus zu kommen. Sowohl Frau Bunt als auch Frau Hoch stellen dabei, zwar mit Hilfe, aber im Wesentlichen aus eigener Initiative den Rentenanspruch. Frau Hoch merkt im Interview explizit an, dass sie beim Ausfüllen des Antrages auf EM-Rente erstaunt war, dass es so etwas wie eine medizinische Reha gibt. Auf Nachfragen verneint sie, jemals eine Reha gehabt zu haben, auch bei ihren Aufenthalten in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken wird ihr das Angebot nicht gemacht. Dennoch hat sie nicht das Gefühl, „unterversorgt“ gewesen zu sein. Bei ihr wird auch deutlich, dass es für eine adäquate Unterstützung nicht alleine um medizinische Behandlung geht: *„hätt ich äh nur jemanden gewünscht der mich vielleicht in den Arm nehmen kann, das hätte wahrscheinlich völlig gereicht aber das sind halt so Sachen da ähm“*. (Hoch 1, Z. 887ff.)

Die Motivation für die Beantragung einer EM-Rente hat bei Frau Bunt und Frau Hoch eine entscheidende Ursache: der Wille, aus dem Arbeitslosenbezug herauszukommen. Hintergrund ist bei Frau Hoch eine Stagnation in ihren Lebensverhältnissen und die jahrelange Abstinenz von einer geregelten Berufstätigkeit. Bei Frau Bunt ist es die Erkenntnis nicht mehr in ihrem Beruf arbeiten zu können und keine Alternative für sich zu haben. Beide sehen aber in der Antragstellung zunächst nur die Möglichkeit einer Auszeit. Der Rentenbezug wird im ersten Interview etwa 6 Monate nach der Bewilligung der EM-Rente als temporär betrachtet, da zu einem späteren Zeitpunkt und einer weiteren Stabilisierung der psychischen Erkrankung, ein Wiedereinstieg in Arbeit erfolgen soll. Ob dieser Wunsch auf dem Hintergrund der langjährigen Arbeitslosigkeit und den Krankheitssymptomen realistisch ist, lässt sich zumindest in Frage stellen. Der vorhandene normative Wunsch, über Arbeit ein „normales Leben“ zu führen wird durch die wiederholte Aussage von beiden, eben nicht „normal“ zu sein, konterkariert. Alleine, aus eigener Kraft, scheint ein RTW so unwahrscheinlich.

Das Leben mit der EM-Rente

Frau Hoch empfindet nach der Erstbewilligung ihrer EM-Rente zunächst eine große Erleichterung. Endlich sind die für sie belastenden Prozeduren und Anträge rund um den ALG-II-Bezug nicht mehr vorhanden. Die Sicherheit der Rente nimmt den bis dorthin vorhandenen

Druck und führt zu einer deutlichen psychischen Entlastung: *„ich dachte ja okay es ist wenigstens dieser Druck vom Jobcenter weg“* (Hoch 1, Z. 502f.).

Sowohl Frau Hoch wie auch Frau Bunt sehen in der EM-Rente zunächst einen temporären Zustand, der eine Art „Auszeit“ ermöglicht, in der sie neue Dinge ausprobieren und sich ihre Krankheit stabilisieren kann: *„nehm das wirklich als temporäre Geschichte und äh hab immer noch wieder so dieses Gefühl vielleicht, gibt es, Konstrukte in denen ich arbeiten kann“* (Hoch 1, Z. 640ff.).

Bei Frau Hoch lässt sich die Entlastung, die durch die Rente in ihrem Leben möglich wird, etwa direkt an ihrer Behandlungsfrequenz ablesen: sie ist nicht mehr, wie noch vor dem Rentenbezug, in ständiger Behandlung, sondern trifft sich nur alle 4 Wochen mit ihrem Psychiater, wobei das in der Regel mehr eine Art „Update“ ihrer aktuellen Situation als ein klassisches therapeutisches Gespräch ist. Gesundheitliche Krisen hat sie laut eigenen Angaben nun viel besser im Griff, die EM-Rente wirkt als eine Art Schonzeit und bietet die Möglichkeit für eine Krankheitsbearbeitung oder zumindest für eine Beruhigung der Situation: *„(J)etzt schon seit ähm seit einiger Zeit so dass ich ähm das Gefühl habe wenn ähm, wenn ne Krise da ist ähm (1) dann, ist die Wahrscheinlichkeit groß dass ich sie (1) irgendwie (...) gemeistert kriege“*. (Hoch 3, Z. 45-49).

Trotz der von beiden geschilderten Entlastung durch die EM-Rente bleiben – nach einer ersten Zeit der Erleichterung – viele Fragen übrig. Sowohl Frau Hoch als auch Frau Bunt gehören zu den jüngeren Beziehern und stellen sich bald die Frage: was wird noch kommen? *„Also (1) na m- man ist 40 und (1) klar Frage ist ja da ist ja noch ziemlich viel bis zur ((lachend)) Altersrente an Zeit“* (Hoch 1, Z. 633f.). Zu allen drei Interviewzeitpunkten wird von beiden explizit der Wunsch ausgesprochen, sich in naher Zukunft wieder aus diesem Status zu lösen. Zudem ist er für beide auch schambesetzt. Ihr nahes Umfeld weiß zwar Bescheid, aber ansonsten bleibt es nach außen eine Art Geheimnis. Beide können sich nicht mit dem Status der EM-Rentnerin identifizieren, insofern gibt die Befristung die Möglichkeit einer Rationalisierung: es ist eben nur ein temporärer Zustand, der sich irgendwann wieder ändern wird. Frau Hoch bringt das Verschweigen der EM-Rente allgemein in Verbindung mit ihrer Persönlichkeitsstruktur: *„deshalb erzähl ich´s eigentlich eher erstmal nicht so (.) und (1) hab dann so ne Fassade und äh mein Psychiater meinte mal ich wär irgendwie ne Weltmeisterin im Blenden so (.)“* (Hoch 3, Z. 1191-1199).

Bei Frau Bunt ist die EM-Rente unmittelbar mit der Vorstellung eines sozialen Abstiegs verbunden. Die von ihr mehrmals geäußerten Ängste, bis hin zur drohenden Obdachlosigkeit, dominieren ihr Gefühlsleben. Frau Hoch lebt im Prinzip in schwierigeren Verhältnissen, im Unterschied zu Frau Bunt etwa ohne Partner, hat sich aber über die Jahre mit ihren prekären Lebensverhältnissen arrangiert. Für sie ist die EM-Rente weniger mit einem sozialen Abstieg verbunden, sondern mit der Vorstellung in gewisser Weise von der Gesellschaft abgeschrieben worden zu sein. Das macht sich besonders bemerkbar, als die zwar erhoffte, aber doch ambivalente Bewilligung ihres Folgeantrages, in der Post liegt: *„und da drin stand äh dass ich für die nächsten drei Jahre wieder verberentet bin hab ich schon wieder so gedacht ey, jetzt ham sie jetzt sind sie auf ´m Weg mich abzuschreiben ((lacht))“* (Hoch 3, Z. 525ff.).

Prinzipiell sehen beide die EM-Rente als Schonraum und Auszeit, man wird nicht mehr zu etwas gedrängt und kann „schauen was geht.“ Obwohl v.a. Frau Hoch im ersten Interview eine Weiterbewilligung sehr kritisch gegenübersteht, ist für sie die spürbare Verbesserung ihres Zustandes im Endeffekt der Hauptgrund einen neuerlichen Antrag zu stellen:

„(U)nd seitdem ich da raus bin ist es natürlich äh wesentlich entspannter und das war jetzt auch der Grund ähm (1) dass ich nochmal ´n Rentenantrag gestellt habe ich hab mir das ziemlich genau überlegt“. (Hoch 3, Z. 124ff.)

Frau Bunt und Frau Hoch stabilisieren sich beide gesundheitlich im EM-Rentenbezug. Er ermöglicht ihnen, alltäglichen Belastungen im Beruf aus dem Weg zu gehen. Beide sehen den Bezug nur als temporären, es bleibt aber unklar, wie das Verlassen des Zustandes konkret aussehen soll. Prinzipiell hat man den Eindruck, dass die zeitliche Begrenzung der EM-Rente eine Rationalisierung und zugleich eine Legitimation für den eigenen Zustand bildet. In Zukunft wird man ja wieder arbeiten und Teil der „normalen“ Gesellschaft sein. Insbesondere im ersten Interview ist diese Auffassung noch stark vorhanden, im abschließenden dritten Gespräch sieht das bereits etwa anders aus. Vor allem Frau Bunt zweifelt an ihren Fähigkeiten einer geregelten Arbeit nachzugehen und sieht sich nicht als „normal“. Bei Frau Hoch fehlt mehr eine konkrete Idee, was sie denn beruflich machen könnte. Da ihre Berufswahlen jedes Mal mit einer Enttäuschung enden, im Falle der Tanztherapie mehr finanziell, ist ihr prinzipiell jeder Beruf recht (oder unrecht). Der normative Wunsch nach einer Rückkehr in Arbeit findet bei beiden keine Übersetzung in ein

realistisches Szenario. Man kann an dieser Stelle von einer Stagnation sprechen, die aber bereits vor dem EM-Rentenbezug eingesetzt hatte, im Falle von Frau Hoch bereits über viele Jahre. Im Verlauf der Studie und im Zeitraum der drei Interviews ist wenig Bewegung spürbar, beide treten gewissermaßen auf der Stelle und das obwohl, wie im Falle von Frau Bunt, es genügend Gelegenheiten gegeben hätte, Veränderungen vorzunehmen. Auch wenn beide eine Stabilisierung ihres Zustandes feststellen können, bleibt doch das Problem sich aus dem Zustand der Sicherheit in eine unsichere Situation zu begeben. Dafür sind entscheidend Ängste vor Überforderung in sozialen Situationen und eine fehlende Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit maßgeblich.

RTW-Perspektiven

Frau Hoch hat den latenten Wunsch wieder arbeiten zu gehen, da sie sich viel zu jung für eine dauerhafte Berentung sieht. Ein normales Berufsleben kann sie sich, zumindest zum Zeitpunkt des ersten Interviews aber nicht vorstellen: *„also ich gehe momentan nicht davon aus dass ich voll im Berufsleben stehen werde“* (Hoch 1, Z. 1113f.). Diese Aussage heißt für sie aber nicht, dass sich das in der Zukunft nicht ändern könnte. Sie träumt davon sich mit ihrem Tanzjob selbständig zu machen, davor auch Zusatzausbildungen zu belegen, eine konkrete Vorstellung über den möglichen Zeitraum oder ein fester Plan fehlen aber. Der Wunsch nach einem RTW wird vor allem durch ihren aktuellen Zustand der Stabilität unterlaufen. Im telefonischen Interview etwa 12 Monate nach der Erstbewilligung bringt sie dies auf den Punkt: *„Ich sehe so gesund aus, weil ich in Rente bin.“* Ihre längere stabile Phase führt sie folglich auf den Status der EM-Rentnerin zurück, so dass es eigentlich keinen wirklichen Grund gibt, etwas an ihrer Situation zu ändern: *!und im Moment ist es halt so, dass es ganz gut läuft aber eben auch weil ich in keiner Arbeit stecke die ähm die dauernd irgendwie was von mir fordert!.* (Hoch 1, Z. 1020-1023)

Prinzipiell fehlt Frau Hoch eine Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit. Ihr Problem besteht hauptsächlich in einer nur temporären Fähigkeit sich in Arbeitssituationen zu begeben. Sie weiß, dass sie arbeiten kann, aber dies wird in der Regel schnell von Phasen der Überforderung abgelöst. Die fehlende Stabilität in der Arbeit wird von ihr im ersten Interview explizit angesprochen und dient auch als Erklärung für ihre „Nichtnormalität:“

„(W)enn man mich sieht ähm: denkt man erst mal so ja mit der Frau ist alles in Ordnung und ähm: die ist einigermaßen intelligent und wieso kann die nicht arbeiten? und ähm: tja ((lacht)) ich kann auch arbeiten aber ((lachend)) immer hin und wieder mal ((lacht))“ (Hoch 1, Z. 522-525).

Diese mangelnde Stabilität wird in den Interviews immer wieder thematisiert. Über die Jahre war die Grunderfahrung immer dieselbe: anfangs, in einer psychisch stabilen Phase, ist sie davon überzeugt die Arbeitssituation zu meistern. Nach kurzem stellt sich aber eine Überforderung ein, die in der Regel über die Feststellung „das ist nicht meins“ rationalisiert wird. Die Suche nach einer für sie passenden Situation führt immer wieder zu Enttäuschungen und zum Abbruch:

*„(J)a hab ich auch überlegt also ich äh äh also das ist auch immer noch Thema ähm zu überlegen welches Konstrukt ich mir so zusammenbauen kann (.) aber es muss wirklich schon **passen** also ich hab jetzt die Erfahrung gemacht dass selbst so 450 Euro Jobs irgendwie die, die nicht m:am- die: m- die nicht meins sind“. (Hoch 1, Z. 528-533).*

Die, wie sie es nennt, „Tanzgeschichte“, für sie v.a. Selbsterfahrung, macht sie nur aus Spaß und glaubt nicht an eine reale Chance davon zu leben. Im dritten Interview äußert sie den Wunsch gerne einen „normalen“ Job anzutreten, etwa als Verkäuferin in einer Boutique (Hoch 3, Z. 729). Im Prinzip fehlt ihr aber jede konkrete Vorstellung oder positive Vision für ihr Leben, etwas, das sie selbst traurig findet und ihr Gefühl der Nicht-Normalität verstärkt. Sie versucht zwar modellhaft zu sehen, wie andere ihr Leben und ihren Beruf meistern, aber letztendlich wird ihr immer klar, dass sie diesen Weg nicht gehen kann, selbst wenn sie alles dafür versucht: *„ich=ich frag mich das immer ich guck mir gerne andere Leute an um zu gucken wie die das machen aber das ist äh ist trotzdem kein Maßstab ich=ich kann es nicht so machen“.* (Hoch 3, Z. 1130ff.)

Beim dritten Interview sind ihre RTW-Wünsche zwar stärker geworden, aber ihre Selbsteinschätzung, die noch vor ein paar Jahren davon ausging, wenigstens halbtags einer geregelten Beschäftigung nachzugehen, ist einer skeptischen Haltung gewichen:

„(Ä)h hm weiß ich nicht also ich frag mich ob es äh tatsächlich irgendwann mal der Fall sein wird dass ich so ähm einigermaßen (2) äh ((seufzt)) stabil bin (1) oder vielleicht auch Dinge weggehen komplett (.) aber ich ka- weiß ich nicht ich kann es mir nicht vorstellen“. (Hoch 3, Z. 1347-1351).

Frau Hoch hat sich im EM-Rentenbezug zwar psychisch stabilisiert, für einen erfolgreichen RTW würde sie, wie auch Frau Bunt, aber eine permanente Begleitung brauchen. Auf die konkrete Frage nach einem Job-Coach antwortet Frau Hoch ausweichend, da ihr das „schon wieder zu viel wäre,“ da hier jemand ist, der etwas von ihr erwartet, was sie vielleicht nicht erfüllen kann. Im Prinzip wünscht sie sich nur eine Unterstützung von Seiten einer verständnisvollen Kollegin oder einer Vorgesetzten, für das sie im letzten Interview ein Beispiel gibt: *„also es wär zum Beispiel cool wenn ich äh irgendwo arbeiten würde, und äh da gibt es ne Kollegin die einfach zu mir sagt (...) atme dreimal tief ein“* (Hoch 3, Z. 1430-1434). Frau Hoch wünscht sich jemanden, der für sie zuständig ist und der sie im Notfall wieder *„ein bisschen runterreguliert“* (Hoch 3, Z. 1503), dann, so ihre Überzeugung könnte sie einer Tätigkeit nachgehen ohne wieder sofort in die Überforderung zu kommen.

Im Gegensatz zu Frau Bunt ist Frau Hoch nicht über eine Beziehung abgesichert. Frau Bunt bekommt immer wieder Angebote, die sie nicht wahrnimmt. Der Wunsch nach einem RTW ist bei Frau Hoch stärker ausgeprägt, sie sieht sich auch als arbeitsfähig, aber eben nur temporär, unterbrochen von Phasen, in denen sie Unterstützung bräuchte. Als Wunsch formuliert sie eine Teilzeitarbeit mit einer EM-Teilzeitrente kombiniert. Im dritten Interview ist ihre Motivation wieder zu arbeiten stärker geworden, sie fühlt sich stabiler und hat bereits in unterschiedlichen Bereichen Arbeit gesucht. Zumindest ein paar Stunden im Monat traut sie sich zu den Anforderungen in der Arbeitswelt gerecht zu werden. Ein paar Monate nach unserem letzten Interview informiert sie mich schließlich in einer E-Mail:

„Ich bin bei B. untergekommen. (...) Ich arbeite für den Verein witzigerweise in der Buchhaltung. Zumindest vorerst. Momentan komme ich auf 12 Stunden/Monat. Und es gibt eine sog. Motivationsaufwendung von 4,-€/Stunde. Momentan mache ich das ganz gerne. Ich bin eine tatsächliche Unterstützung, komme mal raus, Stundenanzahl ist machbar, nicht soviel Druck wie in der freien Wirtschaft. Schwächen und geringe Leistungsfähigkeit werden akzeptiert. Ich kann mal schauen ob ich meine Grenzen erweitern kann und trotzdem fit bleiben. Die Sache an sich ist auch gut machbar. Nur die Konzentrationsfähigkeit ist arg eingeschränkt. Kann ich jetzt gut üben. Vielleicht gibt es auch noch andere Aufgaben- das wird sich zeigen. Momentan bin ich neu und schaue erstmal wie ich zurechtkomme“ (E-Mail vom XX.XX:2020).

Frau Hoch wie auch Frau Bunt haben eine durch viele Unterbrechungen gezeichnete Berufsbiografie. Beide haben einen normativen Wunsch nach einem RTW, beide können aber kein realistisches Szenario für sich entwickeln. Die psychische Stabilisierung im Laufe des Bezugs der EM-Rente führt bei beiden dazu sich in diesem Zustand einzurichten und eine Verlängerung zu beantragen. Frau Bunt ist über ihren Ehemann finanziell abgesichert. Dazu kommt die Verantwortung für ihre Kinder, der sie gerecht werden will und die sie immer wieder überfordert. Frau Hoch lebt alleine in finanziell prekären Verhältnissen, auch wenn ihre Familie sie unterstützt. Bei ihr ist der RTW Wunsch stärker vorhanden, auch wenn sie immer wieder darauf verweist, dass eine „Normalität“ eigentlich nicht denkbar ist. An ihrer Berufswahl zeigen sich die Richtungslosigkeit und das Fehlen eines Lebenskonzepts besonders deutlich. Es ist ihr bei einem möglichen RTW auch prinzipiell egal, um was für eine Arbeit es sich handelt. Eine berufliche Identifikation fehlt.

Die grundlegende Angst besteht bei beiden darin, den Anforderungen am Arbeitsplatz nicht zu genügen. Die eigene Leistungsfähigkeit bzw. das soziale Miteinander wird von beiden als problematisch eingeschätzt, bei den bis dato gemachten Erfahrungen nicht gerade erstaunlich. Frau Hoch findet am Ende zumindest auf eigene Initiative einen Arbeitsplatz, der es ihr ermöglicht sich auszuprobieren, ein Schritt den Frau Bunt, obwohl Angebote bestehen, bis zum Ende unserer Gespräche nicht gehen kann. Bei Frau Bunt ist eine Rückkehr in ihren alten Beruf als Zahnärztin auch nur schwer vorstellbar, Frau Hoch schätzt ihre Chancen als freie Tanztherapeutin als nur sehr gering ein. Bei beiden ist eine Rückkehr in den alten Beruf versperrt, ein realistischer RTW ist wahrscheinlich nur mit externer Unterstützung an einem neuen Arbeitsplatz möglich.

4.2.1.5 Frau Roland

„(I)ch bin unwahrscheinlich dankbar und froh dass ich nicht mehr zur Arbeit muss“ (Roland 1, Z. 323f.)

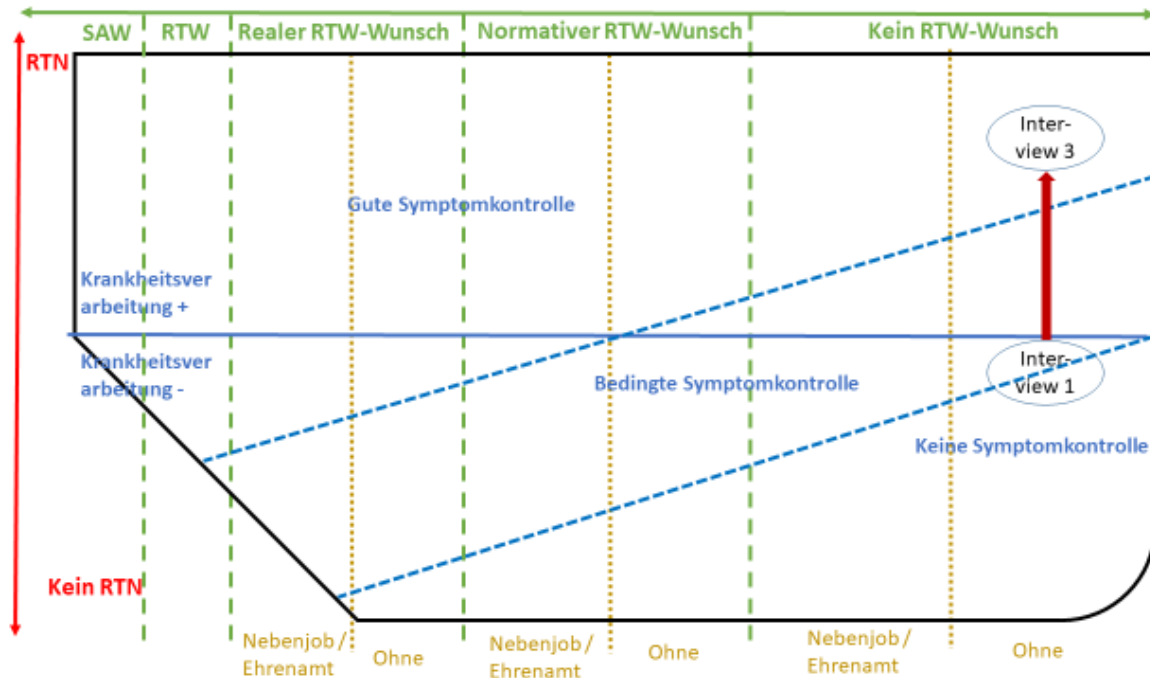


Abbildung 12: Positionierung Frau Roland (Quelle: eigene Darstellung)

Geschlecht:	Weiblich
Alter:	60 Jahre
Familienstatus:	Alleinlebend, Kinder bereits ausgezogen
Wohnort:	Dorf am Rand einer Großstadt
Bewilligungsdiagnosen:	F4
Komorbidität/Problemlagen:	Depression, Schlafstörung, hoher Blutdruck
Erlerner Beruf:	Lehrerin
Letzte Tätigkeit vor EM:	Sozialpädagogische Betreuerin
Erwerbsstatus vor EM:	In Arbeit
AU-Status vor EM:	Unter 6 Monaten krankgeschrieben
Aktuelle Tätigkeit in EM:	-
Bewilligungszeitraum:	Erstbewilligung, unbefristet

Kurzvita:

Nach einer wenig auffälligen Kindheit folgt Frau Roland bei ihrer Berufswahl den Vorgaben des Vaters und den in der DDR vorgegebenen Bahnen. Unbeabsichtigt ergreift sie den Beruf einer Lehrerin und tritt damit in die Fußstapfen ihrer Mutter; etwa zeitgleich beginnt Frau Roland mit der Familienplanung. Nach 13 Jahren Berufstätigkeit wird Frau Roland wegen ihrer früheren Parteizugehörigkeit nach dem kollektivhistorischen Ereignis „Wende“ gekündigt. Auf der Suche nach einer neuen Arbeit helfen ihr alte Kontakte. Frau Roland benötigt etwas Zeit, in dem sozialpädagogischen Bereich die für sie passende Tätigkeit zu finden; parallel absolviert sie eine therapeutische Berufsausbildung, um eine möglichst große Auswahl an Arbeitsplätzen bei ihrem Träger zu haben. Schließlich entscheidet sie sich für die Arbeit in der Heimerziehung, obwohl diese psychische Belastungsfaktoren bereithält. Dennoch bevorzugt sie die Arbeit mit Klienten gegenüber der Büroarbeit.

Im Jahr 2008 verspürt sie erstmals starke psychische Beschwerden. Sie absolviert auch eine psychosomatische Rehabilitation, die sie temporär stabilisieren kann. Eine Krankheitseinsicht entwickelt Frau Roland zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht. Die psychischen Beschwerden sieht sie als kurze Episode infolge der hormonellen Umstellung und akuter Arbeitsbelastungen. Sechs Jahre später kommt es neuerlich zu starken psychischen Beschwerden. Der Tod ihres Partners verdeutlicht ihr, wie sehr sie ihre verbliebene Energie allein in die Arbeit gesteckt hat, um ein labil gewordenes Alltagsleben aufrechterhalten zu können. Tendenziell wird sie aufgrund der Ereignisse einsichtig, sich nun dauerhafte medizinische-therapeutische Begleitung suchen zu müssen. Die darauffolgenden drei Jahre sind gekennzeichnet von zunehmenden Unsicherheiten, aufgrund der psychischen Belastungen ihre Arbeit noch weiter ausüben zu können; immer wieder ist sie krankgeschrieben, versucht einen RTW mittels StW und versucht über eine Stundenreduktion ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten. 2017 kommt es schließlich zu einem psychischen Zusammenbruch und einer finalen Akzeptanz ihrer Erkrankung und aufgrund dieser nicht mehr arbeiten zu können; es folgt ein Antrag auf EM-Rente, der unbefristet bewilligt wird.

In der EM-Rente kann sie mittels intensiver Krankheitsarbeit sich ein neues stabiles Leben aufrechterhalten. Eine Rückkehr in Arbeit schließt sie schnell aus. Stattdessen konzentriert sie sich auf den Aufbau eines neuen sozialen Netzes, auf die Etablierung einer festen Tagesstruktur sowie auf die Ausgestaltung des Alltags über freizeitleiche und familiäre Aktivitäten.

Kindheit und Jugend

Über ihre Kindheit erzählt Frau Roland nur wenig. Offensichtlich sieht sie kaum einen Zusammenhang zwischen ihrer Kindheit und Jugend und dem Bezug einer EM-Rente wegen psychischer Beschwerden. Allein bezogen auf erste Anzeichen psychischer Beschwerden

erklärt sie: „(I)ch kann mich erinnern, n- das war damals glaub ich in der Pubertät (1) bin ich runtergegangen zu meinem Vater und da hatte ich das so ´n bisschen na ich hab Angst vorm Krieg“ (Roland 1, Z. 230ff.). Des Weiteren argumentiert sie bezogen auf ihre Kindheit und die Grundlagen ihrer psychischen Vulnerabilität im Kontext einer genetischen Disposition: „(M)ein Vater selber hatte aber auch Angst (.) auch Versagensängste, ne aber der durfte nur die Angst nicht zeigen sagte er immer weil er immer für Mutti da sein wollte“ (Roland 1, Z. 802-806).

Die Kindheit und Jugend von Frau Roland verläuft unauffällig. Die ersten Anzeichen für ihre Ängstlichkeit scheinen für DDR-Kinder dieser Zeit normal, weil das politische System eine permanente Bedrohung durch einen Krieg gegen die BRD und ihre Verbündeten als Konstrukt des Feindbildes aufrechterhält. Ihre damalige Ängstlichkeit in Verbindung mit ihrem späteren psychischen Zusammenbruch in Verbindung zu bringen, kann auch (ebenso wie die genetische Disposition) Ergebnis einer Psychotherapie sein.

Berufsausbildung

Frau Rolands Berufswahl ist stark von den Vorgaben des Vaters und den begrenzten Möglichkeiten der freien Berufswahl in der DDR determiniert.

„(M)ein Vater war Jäger und die Freunde waren Jäger und viel im Wald gewesen mit dem Vater ich wollte Förster werden und da hatte mein Vater gesagt nee Heike, das geht nicht (.) als Frau (1) Förster (1) kannst du nicht machen, hm (.) na gut da:nn werde ich (1) Sprachmittler“ (Roland 1, Z. 509-514).

Nachdem sie ihr Abitur mit Auszeichnung bestanden hat, bewirbt sie sich um einen der Alternative entsprechenden Studienplatz. Im Bewerbungsgespräch wird ihr vorgeschlagen, doch lieber den Beruf des Lehrers zu ergreifen; ohne Diskussion willigt Frau Roland ein. Auf diese Weise gelenkt, folgt Frau Roland damit ihrer Mutter und wird Sprachlehrerin.

Bereits während des Studiums beginnt Frau Roland mit der Familienplanung. Ihr erstes Kind bekommt sie noch vor dem Absolvieren ihres Staatsexamens und leidet nach der Geburt an „so ne(r) Art Wochenbettdepression“ (Roland 1, Z. 239f.).

Von einer echten Berufswahl kann bei Frau Roland weniger die Rede sein; sie folgt schlichtweg den Vorgaben. Der erlernte Beruf des Lehrers wird damit auch nicht zu einem wichtigen Bestandteil ihrer Identitätskonstruktion. Vielmehr scheint sie sich in der Zeit des Studiums verstärkt auf das aufzubauende Familienleben zu konzentrieren. Grundlage dessen ist sicherlich weniger der im Vergleich zu anderen Zeitgenossen starke Wunsch nach einem Familienleben. Frau Roland scheint vielmehr gesellschaftlichen Konventionen und Normalvorstellungen ihrer Zeit zu folgen.

Erwerbsarbeit

Über insgesamt 13 Jahre bis 1994 arbeitete Frau Roland als Lehrerin. Kurz nach dem Ende der DDR und dem Beitritt zur BRD wurde in der Schule ein Fragebogen zur Parteizugehörigkeit ausgegeben. Sie antwortete vorsätzlich falsch mit „Nein“, weil ihr damaliger Partner, überzeugtes Mitglied der Grenztruppen der DDR, inzwischen entlassen und sie allein für das Haushaltseinkommen sorgen muss; zu stark ist die Angst vor einer Entlassung. Nur wenige Jahre später wurde ihre Falschangabe aber in der zentralen Landesverwaltung entdeckt; sie musste zu einer Anhörung und wird daraufhin entlassen.

Nach kurzer Zeit der Arbeitslosigkeit wird sie über alte Kontakte wieder in Arbeit vermittelt; für Frau Roland eine nicht nur erfreuliche Situation.

„(U)nd dann sagte noch mein Mann (1) so konspirativ, der beim Arbeitsamt, der und der, das ist einer von uns (.) naja dann war mir klar wie das System funktioniert ne? die Obersten die haben sich alle ((Geräusch)) schön verteilt und die anderen äh waren die Bauernopfer“ (Roland 1, Z. 642-645).

Ihre Arbeit im sozialpädagogischen Bereich beginnt Frau Roland zunächst als Ungelernte. Parallel zu ihrer Arbeit absolviert sie eine Ausbildung zur „sozialpädagogischen Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten“ (Roland 1, Z. 656) erfolgreich. Sie wechselt in einen anderen Arbeitsbereich des Trägers und steigt schließlich in die Leitungsebene auf. Sie vermisst jedoch sehr schnell den Kontakt zu den Klienten und wechselt neuerlich den Arbeitsplatz und geht in die „Heimerziehung“ (Roland 1, Z. 665); dort bleibt sie dann für über 15 Jahre.

Zunehmend plagen sie psychische Beschwerden in der Arbeit. Retrospektiv sieht sie die Ursachen dafür in ihrem zu starken Perfektionismus und ihrer fehlenden Distanz gegenüber

den Schicksalen der Klienten. Insbesondere fühlt sie sich zunehmend darin verunsichert, die richtigen Entscheidungen für ihre Klienten zu treffen; eine Fehlentscheidung könnte fatale Konsequenzen für die betroffene Person haben.

„(W)enn ich dann von der Arbeit ging und dann (1) ((seufzt)) zur S-Bahn ging dann dachte ich immer Mensch das und das und und das ging mir dann immer noch im=im Kopf rum ob ich das nu richtig gemacht hatte ne und ob ich auch wieder bloß nicht falsch gemacht ((lacht)) hab“ (Roland 1, Z. 405-409).

Zunehmende plagen sie auch Schlafstörungen, weil sie diese Gedanken mit nach Hause nimmt und nicht abschalten kann. Eine Abkehr von dieser psychisch belastenden Arbeit kommt ihr zu keiner Zeit in den Sinn. Über viele Jahre war die Arbeit der Kontinuitätsfaktor, der ihrem Leben Stabilität gab.

„(N)ach dem ersten Mann (1) nach der Scheidung, die war 2001 (.) dann hatte ich so ´n Lebenspartner (...) und der ist gesegelt und das machte mir also großen Spaß der war aber nicht äh gut zu meinen Kindern“ (Roland 1, Z. 692-701).

Darüber hinaus hatten sich bereits damals ihre Ängste sich derart manifestiert, dass ein beruflicher Neuanfang in ihr Existenzängste hervorgerufen hätte. Frau Roland setzte also auf ihre zwar psychisch belastende, aber gewohnte und ihrem Leben Halt gebende Arbeit und versuchte über andere Strategien den psychischen Belastungen entgegenzuwirken. Nach einem ersten Burnout 2008 absolviert sie nach längerer Krankschreibung eine psychosomatische Reha und kehrt mittels StW wieder an ihren Arbeitsplatz zurück und reduziert ihre wöchentliche Arbeitszeit *„im Interesse meiner Gesundheit auf 35 Stunden“ (Roland 1, Z. 27f.)*. Dennoch läuft Frau Roland sukzessive in eine Phase des Präsentismus. Eben auch wegen ihrer sinkenden Leistungsfähigkeit und ihrem stetigen Vergleich zu den Kollegen wird der Präsentismus durch Existenz- und Versagensängste befeuert: *„(D)as sind ebend auch V=Versa- genau auch=auch Versagensängste ne? ne=nicht so gut zu sein wie der andere“ (Roland 3, Z. 839-843)*. Mit diesen Ängsten steckt sie immer mehr Energie in die Arbeit; Zeit für einen freizeithlichen Ausgleich findet sie so gut wie nicht mehr. Bewusst wird ihr dies in Ansätzen erst, als ihr damaliger Partner wenige Jahre später verstirbt.

„(U)nd das ist mir aufgefallen (1) dass er da ne ganze Menge abgefangen hat und, das war mir vorher gar nicht bewusst dass so (1) sich um sich selber sorgen, dass das auch Zeit in Anspruch nimmt“ (Roland 1, Z. 1098ff.)

Nach einer Krankschreibung steigt Frau Roland neuerlich mittels einer StW wieder in Arbeit ein und reduziert ihre wöchentliche Arbeitszeit nunmehr auf 32 Stunden. Bereits bei dieser Rückkehr beschleicht sie das Gefühl, der Arbeitswelt nicht mehr gewachsen zu sein: *„vom, innersten tiefsten Gefühl her hatte ich das Gefühl dass mit der Arbeit Schluss ist dass ich´s nicht mehr schaffe „(Roland 1, Z. 110f.).* Aufgrund fehlender Alternativen verbleibt sie aber in der Arbeit mit zunehmenden psychischen und somatisierenden Beschwerden. Zwei Jahre später bemerkt sie im Rahmen einer Gruppenreise, *„dass das immer weiter bergab ging mit mir“ (Roland 1, Z. 434f.)* und schlussfolgert für sich: *„so im tiefsten Innern habe ich gedacht so das ist jetzt deine letzte Fahrt“ (Roland 1, Z. 427f.).* Dennoch hält sie ein weiteres Jahr durch, bis sie sich neuerlich wegen der großen Belastungen krankschreiben lässt. Nach ihrem letzten RTW-Versuch im Jahr 2017, für den sie wiederholt eine StW nutzt, *„hab ich zwei drei Wochen durchgehalten und dann g- hatte ich wieder ganz doll Angst und dann war vorbei und, dann war mir klar dass das nicht funktioniert“ (Roland 1, Z. 333ff.).*

Resümierend erklärt Frau Roland im dritten Interview, dass die beschriebene Abwärtsspirale auch mit vorhandenen und eingesetzten betrieblichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht aufgehalten werden konnte: *„haben die schon viel gemacht mit diesem Gesundheitsmanagement und was weiß ich aber gerettet hat ´s mich ja trotzdem nicht“ (Roland 3, Z. 858-861).*

Frau Rolands Erwerbsbiografie wird stark determiniert von ihren begrenzten Möglichkeiten. Sie verbleibt in ihrem erlernten Beruf so lange es ihr möglich ist und wechselt in ein Betätigungsfeld, das ihr vermittelt wird. Eigeninitiativ zeigt sich die Suche nach einem passenden Arbeitsplatz beim Arbeitgeber, wo sie den gewünschten Kontakt zu den Klienten hat, der für sie aber wiederum psychische Belastungen bereithält. Über viele Jahre versucht Frau Roland trotz der steigenden psychischen Beschwerden ihrer Arbeit möglichst gut nachzukommen. Alternativen dazu erkennt sie nicht oder lehnt sie ab. Schließlich muss Frau Roland für sich einsehen, der Arbeit nicht mehr gewachsen zu sein und sie muss nun doch Alternativen in den Blick nehmen.

Medizinisch-therapeutische Behandlung vor der EM-Rente

Nach den bereits erwähnten ersten Anzeichen für psychische Beschwerden (Ängstlichkeit in der Kindheit und Wochenbettdepression) treten bei Frau Roland erstmals wiederkehrende psychische Beschwerden während ihrer Wechseljahre auf. In ihrer Eigentheorien sieht sie damit die Ursachen ihrer Krankheitsgeschichte in einer Kombination aus hormoneller Umstellung und der hohen psychischen Belastung in der Arbeitswelt: „*das war so um die 50 da kam im Prinzip alles zusammen das war 2008 und da war das dann mit der Angst akut*“ (Roland 1, Z. 268ff.). Mit ihren Beschwerden wendet sie sich an den Hausarzt, der bei ihr eine sozialmedizinisch relevante Angststörung diagnostiziert. Die Diagnose verleugnet sie zunächst: „*naja ich hab das nicht so als äh (1) n- Krankheit oder so erkannt (.) ne? (1) und wat Psychischet haben ist ja sowieso doof*“ (Roland 1, Z. 773ff.). Dennoch scheint sie sich bewusst darüber zu sein, an der Situation etwas ändern zu müssen und sich medizinisch behandeln zu lassen. Sie stellt einen Antrag auf eine psychosomatische Reha, die nach widersprochener Ablehnung bewilligt wurde. Im Anschluss der Reha ging es ihr zunächst wieder besser und sie war der Meinung, die psychischen Beschwerden überwunden zu haben. Retrospektiv beurteilt Frau Roland ihren damaligen Gesundheitszustand eher negativ und erklärt darüber auch den weiteren Verlauf.

„(D)ass ich eigentlich zu diesem Zeitpunkt auch schon ziemlich fertig war ne weil mich eigentlich die Arbeit immer mehr ausgefüllt hat, und alles andere so m- wie Freizeitinteressen und=und all diese Dinge eigentlich immer weniger wurden“ (Roland 1, Z. 36-39). „(I)ch denke (1) das kommt zum Ausdruck äh –bruch wenn man, völlig überfordert ist und eigentlich nur noch diesen Tunnelblick hat, nur noch an die Arbeit denkt, und n- überhaupt keinen Ausgleich mehr hat (.) so also überhaupt keine anderen Interessen mehr hat (.) und dann immer nur noch versucht ähm äh für die Arbeit eben fit zu sein ne und dann macht man noch dies und dann macht man noch das und dann wird es eigentlich immer schlimmer“ (Roland 1, Z. 296-305).

Nach mehreren Auf und Abs stellt für sie das Versterben ihres damaligen Partners im Jahr 2014 eine weitere Schlüsselsituation in ihrem Krankheitsverlauf dar. Der Tod führt sie in eine psychische Krise, woraufhin sich Frau Roland für einen längeren Zeitraum (5 bis 6 Monate) krankschreiben lässt. Aufgrund der Ereignisse beginnt Frau Roland nun ihre psychischen Beschwerden als Krankheit wahrzunehmen; in dieser Zeit sucht sie sich erstmals fachärztliche Unterstützung; ihre Suche nach einer Psychotherapie bleibt aber vorerst vergebens. Alternativ

dazu erhofft sie sich von einer Heilpraktikerin Unterstützung. Die eigenfinanzierten fünf Wochen Behandlung stabilisieren sie: *„(U)nd richtig ähm (1) Gesprächstherapie Verhaltenstherapie (2) Akupunktur (.) (1) ja und Verhaltenstherapie auch richtig so mit Hausaufgaben das hat mir gut geholfen, also das hat mir aus diesem Loch rausgeholfen“ (Roland 1, Z. 210-213).* Im Anschluss sucht sich Frau Roland für die dauerhafte Begleitung eine Psychotherapeutin, die fortan zu einer *„feste(n) Säule“ (Roland 1, Z. 222)* wird.

Bis 2017 hatte, wie bereits beschrieben, Frau Roland zunehmend das Gefühl, psychisch der Arbeitswelt nicht mehr gewachsen zu sein. Ausschlaggebend für den psychischen Zusammenbruch war aber letztlich eine Erkältung.

„Januar 2017 (2) hat's mich dann weggehauen (.) ich hatte zuerst also (1) ich hab ganz doll, gezittert und ich dachte ((lachend)) dachte natürlich es wär wieder was Psychisches, letztendlich war es ne starke Erkältung (.) und nach=nach einer Woche kriegte ich d- aber ganz doll wieder Angstpanik (.) das hatte ich 2008 hatte ich das das letzte Mal (.) also ständig Schweißausbrüche Angst=Panik ´n sehr hohen Blutdruck dann hab ich dummerweise noch andauernd den Blutdruck gemessen, so dass ich dann ((lachend)) noch mehr Angst kriegte (.) ja also ich war sch- also ähm (1) ich war sehr sehr, aufgedreht (.) und das Allerschlimmste war dass ich über Wochen nicht schlafen konnte“ (Roland 1, Z. 72-86).

Obwohl Frau Roland bereits im Jahr 2014 ihre psychischen Beeinträchtigungen in Ansätzen als Krankheit akzeptiert hatte, kommt es erst im Jahr 2017 zu einer umfänglicheren Krankheitseinsicht, nachdem sie sich von einer weiteren Ärztin (ihrer eigenen Schwester) wegen der langen Schlafstörungen hat untersuchen lassen.

„(D)as ist alles in Ordnung bei dir du hast nüscht Schilddrüse ist in Ordnung gut (.) dann hab ich irgendwann mal wieder angerufen und hab sie, könnte das vielleicht am Vitamin B12 liegen? und dann hat sie ((lacht)) gesagt, am Telefon, du bist körperlich gesund nun nimm das endlich an, dass du was mit der Psyche hast das musst du annehmen sonst kannst du ja auch nichts weiter dagegen machen“ (Roland 1, Z. 942-948).

Frau Rolands Krankheitsgeschichte ist stark beeinflusst von ihren psychischen Belastungen in der Arbeitswelt. Sie selbst sieht dafür auch die hormonelle Umstellung in ihren Wechseljahren ursächlich. An ihrer Krankheitsgeschichte zeigt sich aber darüber hinaus, wie eine partnerschaftliche Einbindung die psychischen Belastungen in der Arbeitswelt – zumindest temporär – abfedern und den Ausbruch einer psychischen Krise verhindern kann. Ihre Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Angebote ist charakteristisch für Menschen, die psychischen Belastungen allein in der Arbeitswelt ausgesetzt sind und deren Erkrankung und Chronifizierung erst sehr spät erfolgt. Nach anfänglicher Distanzierung von der Diagnose erfolgen eine allmähliche Krankheitseinsicht und intensivierte Inanspruchnahme erst nach einer wiederholten psychischen Krise. Ihre Krankheitsentwicklung und Krankheitsattribution in Kombination mit den in Anspruch genommenen Maßnahmen werfe zwei grundlegende Fragen auf: 1. Wieso konnte die psychosomatische Rehabilitation bei Frau Roland keine Krankheitseinsicht und keine Einsicht in die positive Wirkung einer unmittelbar anschließenden psychotherapeutischen Begleitung vermittelt werden? 2. Wieso ist von keinem medizinisch-therapeutischem Akteur eine LTA-Maßnahme in den Blick genommen worden, wo doch bei Frau Roland die psychischen Belastungen vornehmlich aus ihrer Erwerbsarbeit stammen?

Der Weg in die EM-Rente

Auch nach ihrem psychischen Zusammenbruch ist Frau Roland noch nicht gewillt, die Erwerbsarbeit dauerhaft aufzugeben. Zu hoch ist der Stellenwert der Erwerbsarbeit in ihrer Identitätskonstruktion.

„(M)ir hat die Arbeit immer Spaß gemacht (.) die Arbeit hat mich immer getragen, ich war durch die Arbeit hab ich mein eigenes Geld verdient war auch immer äh unabhängig und konnte auch so, aus der ersten Ehe aussteigen (.) ne? und ich hab also immer viel Wert auch gelegt auf die Arbeit“ (Roland 1, Z. 69-103).

Reflektierend über ihre inzwischen starken gesundheitlichen Einschränkungen und auch ihre beruflichen Tätigkeiten muss sie dann aber einsehen, dass eine Rückkehr weder positiv für ihre gesundheitliche Entwicklung wäre, noch gut für ihre Klienten: *„(M)an möchte bei der Arbeit möglichst stabil sein und du kannst ja auch gerade im pädagogischen Prozess ja auch nur Dinge erreichen, wenn du stabil bist wenn du ne stabile Größe bist“ (Roland 1, Z. 447ff.).*

Zudem sieht sie in ihren ständigen Krankschreibungen eine zu große Belastung für ihre Kollegen. Auch deshalb artikuliert sie vor ihren Kollegen und Vorgesetzten ganz offen, dass sie die Beantragung einer EM-Rente in Erwägung zieht; in diesem Vorhaben wird ihr seitens der Kollegen und Vorgesetzten auch Unterstützung zugesichert.

Mit der Einsicht, nicht wieder zurück an ihren Arbeitsplatz kehren zu wollen und zu können, verbindet sich zunächst eine psychisch belastende Perspektivlosigkeit: *„das war eben im Prinzip die schlimmste Zeit (1) diese, ja diese Perspektivlosigkeit, dieses nicht wissen wohin es geht und in dieser in dieser Schwebe sein“ (Roland 1, Z. 127ff.)*. Frau Roland wendet sich schließlich an die DRV und lässt sich beraten, ob die EM-Rente eine Perspektive für sie darstellen könnte und welche Möglichkeiten sie noch zur Verfügung hat.

„(U)nd da bin ich dann hin, die Frau war sehr nett (.) ich hab ihr mein Anliegen vorgetragen, sie hat sich meinen Rentenversicherungslauf angeguckt und sagte oh der ist aber lang (.) ((lacht)) ja und dann fragte sie mich so richtig ernst allen Ernstes so (2) also soll's der Antrag sein? und dann hab ich schließlich gesagt ja (.) (1) so dann hatte sie mir Unterlagen gegeben dann musste ich im (2) Juni noch mal hin und die restlichen Unterlagen abgeben (2) und im September wurde (1) dann mein Antrag bewilligt und da war ich äh erst mal baff hab ich erst mal gestaunt (.) freuen konnte ich mich erst ein zwei Wochen später“ (Roland 1, Z. 136-145).

Die Bewilligung der unbefristeten EM-Rente erweckt in ihr zunächst das beschämende Gefühl, in der Erwerbsarbeit versagt zu haben; eine Äußerung, die von vielen Studienteilnehmern geäußert wird. Grundlegend soll die bewilligte EM-Rente aber positive Effekte auf Frau Rolands weiteres Leben haben.

Nach ihrem psychischen Zusammenbruch 2017 sieht Frau Roland kein realistisches Szenario mehr für ihre Rückkehr an ihren Arbeitsplatz. Die fehlende Perspektive für ihr zukünftiges Leben belastet sie stark; auch hieran zeigt sich wieder, wie sehr Frau Roland bis zu diesem Zeitpunkt ihren Lebensweg an der Erwerbsarbeit ausrichtet. Die positive Rückmeldung seitens der Kollegen und der Vorgesetzten sowie die den Antrag unterstützende Beratung bei der DRV wirken die Antragstellung einer EM-Rente legitimierend. Anfangs stellt die Bewilligung des Antrags noch einen Rückschlag für sie dar, weil die die Erwerbsarbeit als biografische Richtschnur für ihr weiteres Leben wegfällt. Dies soll sich jedoch schnell ändern.

Das Leben mit der EM-Rente / Nutzung der EM

Das anfängliche Gefühl, im Leben versagt zu haben, legt sich schnell und Frau Roland kommt mit der Witwenrente zuzüglich zur EM-Rente gut über die Runden. Gesundheitlich geht es ihr allmählich besser, nachdem sie ihre Situation akzeptiert hat.

„(J)etzt erst bin ich in der Lage vielleicht seit (1) seit zwei drei Wochen (1) ja praktisch nach einem Jahr, dass ich wieder vier Stunden sechs Stunden am Stück schlafen kann, wach werde und mich wieder hinlege“ (Roland 1, Z. 308ff.).

Der EM-Rentenbezug befreit sie von Verpflichtungen und bietet ihr den Rahmen, zur Ruhe zu kommen und ihren Alltag entsprechend der schwankenden Beschwerden zu gestalten. Ohne EM-Rente, so sagt sie, *„würde ich kaputt gehen dann würde ich glaub ich in der Psychiatrie landen“ (Roland 1, Z. 1221ff.)*. In Arbeit zurückzukehren, kann sie sich nicht mehr vorstellen. Sollte ihr die EM-Rente entzogen werden, würde dies nicht nur die gewonnene labile gesundheitliche Stabilität gefährden, sondern darüber hinaus auch die Möglichkeit, ihr Leben weiterhin selbstbestimmt zu gestalten.

In der Zeit des ersten Interviews sieht sie im EM-Rentenbezug vor allem die Möglichkeit, sich in aller Ruhe der Krankheitsarbeit zu widmen. Dies basiert auch darauf, dass die Bewilligung der EM-Rente für sie das Vorhandensein einer (erheblichen) Krankheit symbolisiert, die eben den Bezug der EM-Rente legitimiert. Während sie vor dem EM-Rentenbezug ihre psychischen Belastungen eher abschwächend darstellt, z.B. *„durchn Wind“ (Roland 1, Z. 905)*, und darüber auch das Episodenhafte hervorkehrt, sieht sie ihre Erkrankung mit dem EM-Rentenbezug als etwas Dauerhaftes und Bearbeitungswürdiges an. Nachdem sie sich bis zum ersten Interview im EM-Rentenbezug gesundheitlich etwas stabilisiert hat, konzentriert sie sich in ihrer Krankheitsarbeit darauf, die Grenzen ihrer verbliebenen Arbeitsfähigkeit auszutesten. Sie achtet in ihrem Alltag pedantisch darauf, ob sie infolge von Belastungssituationen Nachwirkungen verspürt; als Indiz und Warnsignal dafür rückkehrende Schlafprobleme. Eine Steigerung der Leistungsfähigkeit hat sie nicht im Blick, sondern allein die Vermeidung von Überlastungssymptomen; das Einräumen von Pausen ist dabei ein wichtiger alltagspraktischer Lerneffekt. Begleitet wird ihr Fortschreiten in der Krankheitsarbeit dabei von Psychotherapiesitzungen.

„(D)ass ich so jetzt langsam auch so das Gefühl (1) so für meinen Körper entwickle, ne? wann=wann ist Schluss? (1) und dann helfen mir auch immer noch die äh Gespräche (1) auch bei meiner Psychologin ne? da bin ich ja auch immer noch (.) die dann eben sagt (1) das wusste ich ja vorher auch nicht, dass man so nach anderthalb bis zwei Stunden einfach ne Pause macht (.) und sich einfach hinsetzt (.) (1) ne also (1) Gartenarbeit das macht mir total viel Spaß (.) aber dann hab ich eben das früher gehabt da hab ich durchgeschrubbt (.) von vorne bis hinten bis alles, perfekt war (.) so und, da merkt man gar nicht m- was man da mit sich anrichtet eigentlich (.) (1) und jetzt mach ich das so ne da gönn ich mir wirklich nach zwei Stunden (1) anderthalb Stunden ne Pause da=da=da setz ich mich einfach hin und mach die Augen zu (.) dass man wieder runterkommt“ (Roland 1, Z. 1015-1034).

Ebenso wie die Anpassung an die geringere verbliebene Leistungsfähigkeit stellt auch das aktive Bitten um Hilfe einen gelungenen Lernprozess der Krankheitsarbeit dar.

„(F)rüher noch dachte ich immer (...) Hilfe holen ist Schwäche (.) das schafft man alleine, ne? (3) und jetzt weiß ich dass Hilfe holen wichtig ist ne weil das auch für den anderen von dem du Hilfe holst, für den auch wichtig ist ne wenn du immer nur einer bist der keine Hilfe brauchst dann bist du ja auch irgendwann alleine“ (Roland 1, Z. 1498-1506).

Mit diesem Zitat spricht Frau Roland auch einen weiteren Aspekt an, der für ihr Leben in und mit der EM-Rente charakteristisch ist. Während sie früher eher ein Einzelkämpfer war, sucht sie nun im EM-Rentenbezug explizit nach sozialer Einbindung und Teilhabe. Sie tritt einer Laufgruppe bei, absolviert gemeinsam mit anderen Reha-Sport, auf Anraten ihres Vaters tritt sie einem Chor bei und nimmt an Tagesgruppenreisen teil. Der Sport bildet dabei eine Art biografischen Anker, den sie als wichtigen Bestandteil ihrer Identität in die Zeit des EM-Rentenbezugs transformieren kann. Weiterhin engagiert sie sich nun viel stärker in ihrer Familie, um darüber soziale Teilhabe zu erfahren.

Bis zum Telefoninterview (ein halbes Jahr später) haben sich ihre freizeitleichen Aktivitäten gefestigt und verstärkt. Insbesondere bei der Betreuung ihrer Enkel hilft sie vermehrt aus; z.B. holt sie spontan ihre Enkel von der Kita und der Schule ab, wenn ihre Tochter es arbeitsbedingt nicht rechtzeitig schafft, sie abzuholen. Frau Roland bereitet dies viel Freude und sie erhält Wertschätzung als Oma; manchmal wird es ihr aber auch etwas zu viel. Wertschätzung und soziale Einbindung erfährt sie auch weiterhin über ihre Teilnahme am Chor und beim Sport.

Eine Bekannte aus dem Dorf, die ebenso wie Frau Roland an den gemeinschaftlichen Tagesreisen teilnimmt, wird langsam zu einer Freundin.

Frau Roland hat inzwischen die Relevanzsetzung ihrer Arbeitslinien gewechselt. Verstärkt ist sie um biografische und Alltagsarbeit bemüht; die Krankheitsarbeit läuft weiter, hat aber einen untergeordneten Stellenwert eingenommen. Dies liegt auch daran, dass sie ihre Ängste mittlerweile unter Kontrolle hat; Panikattacken kommen weit seltener und fallen viel schwächer aus. Für sich anbahnende Attacken hat sie eine Strategie entwickelt, den Attacken entgegenzuwirken: sie achtet auf Symptome und zieht sich dann zurück, um Ruhe zu finden, um den aufkommenden Ängsten entgegenzuwirken. Ein wichtiger Faktor für den besseren Umgang mit Panikattacken ist für Frau Roland, keinem (zeitlichen) Druck mehr ausgeliefert zu sein. Ebenso haben sich ihre Schlafprobleme deutlich reduziert. Es gibt noch Tage, an denen sie weniger Schlaf findet, dies ist aber nicht mehr belastend für sie, weil sie keinen Zwang mehr verspürt, z.B. wegen der Arbeit ausgeschlafen sein zu müssen. Psychopharmaka hatte sie bereits vor dem EM-Rentenbezug kontrolliert ausschleichen lassen. Einen Grund für die neuerliche Einnahme sieht sie nicht.

Einzig belastender Faktor im Alltag ist die zunehmende Notwendigkeit von Arztbesuchen. Aufgrund des steigenden Alters bekommt sie immer mehr somatische Beschwerden, die für sie auch zu einer psychischen Belastung werden; sie muss sich noch an Notwendigkeit der häufigen Untersuchungen gewöhnen. Weiterhin sieht sie in der Zukunft zwei psychisch belastende Ereignisse auf sie zukommen, vor denen sie große Angst hat; das Versterben ihrer Eltern und irgendwann als Großmutter nicht mehr gebraucht zu werden. Ängste vor dem Verlust der EM-Rente hat sie hingegen nicht mehr.

Zwischen Telefoninterview und drittem Interview hat sich die Situation von Frau Roland verfestigt. Aufgrund der Veränderungen in und mit dem EM-Rentenbezug kann sie ihr Leben so genießen, wie es ist; aus ihrer Sicht war dies ein zentrales Element ihrer psychischen Stabilisierung.

„(U)nd was mir auch noch auffällt jetzt in dieser Zeit ich bin in der Lage wirklich im Heute Hier und Jetzt zu leben (.) und nicht mehr mit den Gedanken oh morgen das das das das das das dass man die nächsten 14 Tage schon vorplant und n- den Kopf nur dafür benutzt die nächsten 14 Tage vorzuplanen und hat gar nicht die Möglichkeit im Hier und Jetzt zu sein“ (Roland 3, Z. 692-699).

Frau Rolands psychische Stabilität fußt auf zwei Säulen, die ihr das Leben im hier und jetzt ermöglichen: 1. die Schaffung eines eigenen kleinen überschaubaren Systems mit fester Tagesstruktur und 2. ihre soziale Einbindung. Während sie tagsüber die selbstgestellten und an die Leistungsfähigkeit angepassten Aufgaben abarbeitet, geht sie abends kollektiven Aktivitäten nach.

„(I)ch brauch also meinen kleinen (1) meinen kleinen überschaubaren Kreis, und dann ist äh gut ja wie entwickelt sich das weiter? (1) ich hab mein äh Sport zweimal in der Woche, ich hab meinen Chor (1) das ist auch immer schon ziemlich ausfüllend ich hab ´n Garten ich hab hier die Familie auch die Familie meines Mannes, ne und meine beiden Kinder (...) und die Enkelkinder das ist so zurzeit, ja im Großen und Ganzen meine Hauptaufgabe ne“ (Roland 3, Z. 18-30).

Trotz ihres durchstrukturierten Alltags fehlt es ihr ein wenig an gemeinsamen Aktivitäten mit einem Partner oder gleichaltrigen Freundinnen; also an emotional verbundenen Bezugspersonen außerhalb der Familie. Somatische Beschwerden im Genitalbereich hemmen sie daran, eine neue Partnerschaft ernsthaft zu suchen; die verbliebenen Freundinnen gehen tagsüber einer Erwerbsarbeit nach und genießen abends (im Kreise ihrer Familie) ihren Feierabend.

„(M)eine Freundinnen sind eigentlich immer noch arbeitsmäßig sehr gebunden (2) so dass das so ´n bisschen schwierig ist sich mit ihnen zu treffen um mal ins Theater zu gehen oder oder=ode=oder solche Dinge ne dass man eben ´n Partner an der Seite hat wo man sagen kann so ich mach jetzt mal dies ich mach jetzt mal das wir gehen mal zusammen ins Theater“ (Roland 3, Z. 116-124).

Frau Roland bleibt so nur die Option der gemeinsamen Freizeitgestaltung mit Menschen, die über mehr Tagesfreizeit verfügen; Altersrentner oder ihre Enkel.

„(D)as ist so meistens dann so mit den mit den Enkelkindern ne die sind ja nu mittlerweile, vier und äh sechs da kann man jetzt schon richtig schöne Fahrradtouren machen ne (...)das macht schon Spaß (.) (2) ja (.) (1) ach so und dann sind immer noch äh von der Volkssolidarität ne da sind immer diese Busfahrten (...) das immer dann immer total chilliger Tag weil ((lacht)) da ebend auch, ja ich glaub die Älteste ist 90 (.) ne das ist äh dann immer ganz besonders gemütlich und das äh Schöne ist dass man ja nu dann immer neben einem sitzt und man kann ganz viel erzählen“ (Roland 3, Z. 134-153).

Insgesamt ist sie aber froh, ihr Leben in der EM-Rente mit vielerlei Freizeitaktivitäten ausgestalten zu können. Gemeinsame Aktivitäten mit anderen Menschen sind für sie enorm wichtig für ihre Lebensqualität und ihre gesundheitliche Stabilität. Die psychischen Beschwerden würden sie weit weniger dabei einschränken als es bei Menschen mit somatischen Erkrankungen der Fall wäre. Auch deshalb hat sie leichte Ängste vor aufkommenden somatischen Beschwerden.

„(D)as Einzige was einen dann immer so wieder ne das sind ebend, so gesundheitliche Sachen ne? ne ganze Zeit lang auch unruhig geschlafen weil die so ganz nebenbei ich hab ja so ´n hohen Cholesterinspiegel und da meinte der Doktor ich soll mal meine Adern überprüfen lassen dann ham sie ´n Knoten in der Schilddrüse entdeckt (.) (1) ko- in dem Moment als er das sagte blieb ich ruhig aber danach oh Gott oh Gott oh Gott“ (Roland 3, Z. 326-333).

Weil sie inzwischen eine zufriedenstellende psychische Stabilität erreicht hat, hat Frau Roland sich keine neue Therapeutin gesucht, nachdem ihre in die Altersrente übergegangen ist. Die absolvierte Psychotherapie bezeichnet sie aber als große Unterstützung in ihrem weitestgehend abgeschlossenen Lernprozess, sich an das Leben mit einer psychischen Vulnerabilität und im EM-Rentenbezug zu gewöhnen. Mit der therapeutischen Unterstützung ist es Frau Roland gelungen, ihre Symptome zu erkennen, ihr eigenes Handeln und ihre eigenen Reaktionen auf psychisch belastende Ereignisse zu reflektieren und neue gesundheitsförderliche Handlungs- und Deutungsmuster zu etablieren (z.B. Abrücken vom Perfektionismus, Anpassung der täglichen Aufgaben an das verbliebene Leistungsvermögen).

„(G)laub man muss sich ganz viel reflektieren und sich auch ganz viel mit=mit anderen unterhalten, sich auch selber reflektieren was mir zum Beispiel aufgefallen (1) so ´n so ´n Zeichen dass ich gelassener geworden bin, ist dass mein Garten nicht mehr perfekt sein muss (.) das muss nicht mehr von hinten und vorne alles gemacht sein also überall gegrubbert Rasen gemäht Kanten grade (.) das muss jetzt nicht mehr sein weil ich mir sag Mensch, du brauchst ja auch noch ´n bisschen Arbeit für ´n nächsten Tag“ (Roland 3, Z. 218-228).

Als weiteres Ergebnis des therapeutisch begleiteten Lernprozesses beschreibt Frau Roland ihre nun geringer gewordene Angst vor dem kommenden Verlust ihrer Eltern, die sie aktuell sehr stark unterstützt und zu denen sie eine starke Bindung hat: *„naja dass irgendwann auch*

die Eltern gehen aber, da hab ich schon gemerkt (1) n- da wächst man dann rein, ne das ist dann ebend so“ (Roland 3, Z. 349ff.).

Frau Roland hat sich nach anfänglichen Akzeptanzproblemen, die für sie wichtige Lebenswelt der Erwerbsarbeit dauerhaft verloren zu haben, schnell mit einem Leben mit und in der EM-Rente arrangiert. Ihr gelingt es sehr schnell, die verloren gegangene Arbeitswelt mit freizeithlichen Aktivitäten, wo sie ebenfalls Wertschätzung erhält, zu kompensieren. Weiterhin schafft sie sich einen stabilisierenden Alltag; an jedem Tag stellt sie sich neue Aufgaben, die im Rahmen ihrer verbliebenen Leistungsfähigkeit zu erledigen sind. Sollte dies nicht gelingen und sie die Aufgaben nicht wie gewünscht abarbeiten können, stellt das für sie auch kein Problem dar; ein wichtiger Lerneffekt und Kontrast zu ihrer früheren Einstellung. Neben dem strukturierten Alltag stellt auch das neu aufgebaute Netzwerk einen wichtigen Faktor der psychischen Restabilisierung und Rückkehr in eine neue Normalität dar; geprägt von neuen Routinen, Handlungs- und Deutungsmuster.

Gesundheitlich geht es ihr mit dem getroffenen Arrangement in der EM-Rente sukzessive besser. Zum Zeitpunkt des dritten Interviews sieht sie auch keine Notwendigkeit mehr für eine psychotherapeutische Begleitung. Ihr Leben hält zwar noch immer potentiell psychisch belastende Aspekte bereit; insbesondere bei somatischen Beschwerden kommen Zukunftsängste auf. Doch Frau Roland hat Strategien entwickeln können, aufkommenden Panikattacken kontrolliert entgegenzuwirken.

RTW-Perspektiven und Nutzungsform der EM-Rente

Das Arbeitsverhältnis ruht bei Frau Roland während des EM-Rentenbezugs, obwohl sie eine unbefristete EM-Rente bezieht. Zum ersten Interviewzeitpunkt ist dies für sie überaus wichtig, da sie zu diesem Zeitpunkt noch das Risiko für sich sieht, die EM-Rente wieder verlieren zu können. Die Sicherheit des weiterhin bestehenden Arbeitsverhältnisses ist damit ein wichtiger Aspekt ihrer gesundheitlichen Stabilisierung während des EM-Rentenbezugs.

„(D)a stand ja drin in dem Bescheid, dass die auch wenn die so lange bewilligt ist, die Rente n- dass es immer noch mal sein kann dass jemand kontrolliert (...) dass das immer sein kann und, das ist zwar auch so ne Unsicherheit ne, die da so ´n bisschen in mir ist aber (1)

ich hab dann zu meinem Arbeitgeber gesagt deswegen möchte ich das Arbeitsverhältnis ruhen lassen“ (Roland 1, Z. 1390-1400).

Ein tatsächliches Bestreben der Rückkehr an ihren vorherigen Arbeitsplatz verbindet sie damit nicht. Im Verlaufe der Krankheitsarbeit wurde ihr bewusst, dass eine Rückkehr in Erwerbsarbeit nicht mehr möglich sein wird. Zu hoch ist das Risiko, bei einem RTW wieder psychisch belastet zu werden und die gewonnene gesundheitliche Stabilität zu gefährden. Ihre erarbeiteten Strategien der Kontrolle aufkommender Panikattacken würden auch in der Erwerbsarbeit nicht umsetzbar sein, sondern nur in ihrem selbststrukturierten „kleinen System“.

„(I)ch muss auch wirklich sagen wenn ich jetzt wieder arbeiten müsste mit dem ganzen (1) Drumherum was da ist da wär ich ruckzuck wieder da wo ich voriges Jahr war (.) da ma- da mache ich mir überhaupt keine Illusionen“ (Roland 1, Z. 972-976).

Mit dem Eingeständnis, nicht mehr in Erwerbsarbeit zurückzukehren, setzt auch der Prozess der Akzeptanz ein, im Leben nicht durchgehalten zu haben; zum Zeitpunkt des Telefoninterviews verbindet sie bereits keine negativen Gedanken mehr damit. Ebenso verändert sich ihr Verhältnis zu ehemaligen Kollegen und Klienten zwischen den Interviewzeitpunkten. Während sie kurz nach Beginn des EM-Rentenbezugs sich mit ehemaligen Klienten auf einen Kaffee trifft und an Firmenveranstaltungen teilnimmt, ist der Kontakt bereits zum Zeitpunkt des Telefoninterviews (etwa nach einem Jahr EM-Rentenbezug) weitestgehend abgebrochen. Wenn überhaupt, kommen noch Treffen aus ihrer Initiative zustande.

Nach einer anfänglichen Konsolidierungsphase, in der sich Frau Roland in der neuen Lebenssituation des EM-Rentenbezugs zurechtfinden muss, schließt sie sehr schnell mit den Gedanken an eine Rückkehr in Erwerbsarbeit ab. Stattdessen konzentriert sie sich auf den Aufbau eines neuen selbststrukturierten Alltags. Freizeitliche zum Teil kollektive Aktivitäten sowie ihre Unterstützung der Eltern und Kinder kompensieren dabei teilweise die Erwerbsarbeit, weil sie dort nun Wertschätzung und soziale Teilhabe erfährt. Im Kontrast zu anderen Studienteilnehmern zieht sie dafür keinen Nebenjob und auch kein Ehrenamt in Erwägung.

Frau Roland steht exemplarisch für die Studienteilnehmer, die einen RTW im EM-Rentenbezug sehr schnell für sich ausschließen. Am Fall Frau Roland kann gut illustriert werden, wie ein Einrichten in der EM-Rente unter konsequenten Ausschluss von Erwerbsarbeit, aber auch unter Ausschluss eines Nebenjobs oder Ehrenamtes funktionieren kann. Trotz ihres hohen Arbeitsethos und des großen Stellenwertes von Erwerbsarbeit in ihrem vorhergehenden Leben gelingt es Frau Roland, den Verlust der Erwerbsarbeit über freizeitliche und familiäre Aktivitäten, über eine feste Tagesstruktur ohne Berufstätigkeit und über ein neues soziales Netz zu kompensieren. Insbesondere die feste Tagesstruktur ohne Berufstätigkeit bildet einen starken Kontrast zu anderen Studienteilnehmern, die einen realistischen oder einen normativen RTW-Wunsch haben und ihren Alltag nicht gewillt sind umzustrukturieren oder nicht dazu in der Lage sind, weil sie für sich keine sinnvolle kompensatorische Arbeit finden, wie Frau Roland z.B. in ihrer Gartenarbeit. Gleichfalls zeigt sich an Frau Roland, wie ein konsequenter Ausschluss von Erwerbsarbeit zu einer psychischen Stabilisierung beitragen kann; auch hier findet sich ein großer Kontrast insbesondere zu Studienteilnehmern, die einen normativen RTW-Wunsch hegen. Der Wunsch nach einer Rückkehr in Erwerbsarbeit unter gleichzeitigem Bewusstsein der Aussichtslosigkeit kann nicht zu einer psychischen Stabilisierung über den Aufbau einer neuen Normalität in und mit der EM-Rente beitragen, wie er bei Frau Roland zu beobachten ist.

Frau Roland steht damit auch exemplarisch für das Gelingen der Rückkehr in eine neue Normalität, die gekennzeichnet ist von einem erfüllten Alltag, sinkenden psychischen Beschwerden und neuen Formen der bzw. neuen Gewichtungen in der sozialen Teilhabe. Ihre neue Normalität unterscheidet sich dabei deutlich von ihrer vorherigen mit Erwerbsarbeit. Diese Differenz ist aber auch gewollt, da nur über die Neukonstruktion überhaupt so etwas wie eine stabile Normalität bei Frau Roland hergestellt werden kann. Nicht verwunderlich sind dabei ihre latenten Ängste, die neue Normalität wieder zu verlieren, z.B. durch das Versterben ihrer Eltern, irgendwann als Oma nicht mehr gebraucht zu werden oder infolge zunehmender somatischer Belastungen nicht mehr an kollektiven Aktivitäten teilnehmen zu können. Die neue Normalität von Frau Roland ist selbstverständlich auch eine eingeschränkte; gemeinsame Aktivitäten mit gleichaltrigen Personen, zu denen eine emotionale Beziehung besteht oder bestehen könnte, finden sich

nicht in ihrer neuen Normalität. Grundlage dafür ist die unterschiedliche Struktur der subjektiven Normalität, die miteinander nicht kompatibel sind. Ein Beispiel dafür ist ihr Wunsch, gemeinsam mit einer Freundin wieder in ein Theater besuchen zu können; ihre verbliebenen gleichaltrigen Freundinnen gehen aber einer regulären Erwerbsarbeit nach, verbringen ihre Freizeit im Kreise ihrer Familien und haben somit nur einen geringen Spielraum für gemeinsame Aktivitäten mit Frau Roland. Dennoch möchte Frau Roland ihre neue Normalität keinesfalls verlieren und über einen RTW in eine kompatiblere Normalität wechseln. Zu groß ist die Gefahr, wieder psychisch belastet zu werden und die gewonnene Stabilität zu verlieren. Daher sollte auch Frau Roland nicht mehr mit dem Thema RTW und Erwerbsarbeit (auch nicht mit Unterstützung und Begleitung) konfrontiert werden. Die EM-Rente ermöglicht für Frau Roland schließlich, ein selbstbestimmtes und möglichst wenig psychisch belastetes Leben zu führen, welches vielleicht nicht die DRV, aber das soziale Sicherungssystem so gut wie möglich entlastet, weil Frau Roland nicht mehr die Notwendigkeit medizinisch-therapeutischer Behandlung für sich sieht.

Neben dem charakteristischen Gelingen eines Einrichtens im Leben mit der EM-Rente steht Frau Roland auch exemplarisch für *eine* Variante des EM-Rentenzugangs. Sie berichtet zwar von einer bereits frühen Ängstlichkeit, ihre Kindheit und Jugend sieht sie jedoch keineswegs als Ursache ihrer psychischen Beschwerden. Sie ist damit beispielhaft eine Person mit einer, zumindest für unsere Studienteilnehmer in diesem Projekt, eher kürzeren Zeit der Erkrankung ohne Traumatisierungen und Retraumatisierungen. Charakteristisch für diese Variante ist auch, dass die Ursachen für die psychischen Beschwerden vornehmlich in die Arbeitswelt attribuiert werden und tendenziell eine biologische Erklärung für die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen gewählt werden.

Weiterhin, so muss angemerkt werden, sind auch am Fall Frau Roland Schnittstellenprobleme zu erkennen. Eine krankenkassenfinanzierte Behandlung infolge der psychosomatischen Reha wurde nicht in den Blick genommen; seitens der niedergelassenen Haus-, Fachärzte und Therapeuten, bei denen Frau Roland in Behandlung war, und auch der Arbeitgeber haben trotz der eindeutigen Attribution der psychischen Belastung in der Erwerbsarbeit zu keiner Zeit eine LTA oder einen Wechsel des Arbeitsplatzes in den Blick genommen.

4.2.1.6 Frau Jauch

Da geht nix mehr, dann müsste ich vielleicht auch dann mal ehrlich sein ja dann, bin ich halt nicht mehr leistungsfähig ja ich glaub dann brauch ich aber nochmal ne Weile wo bis ich mich dann damit total abfinde ja (.) ich mein das Wort ja man ist nicht mehr leistungsfähig das hört sich irgendwie auch nicht schön an ne. (Frau Jauch, Interview 3, Z. 1206-1213)

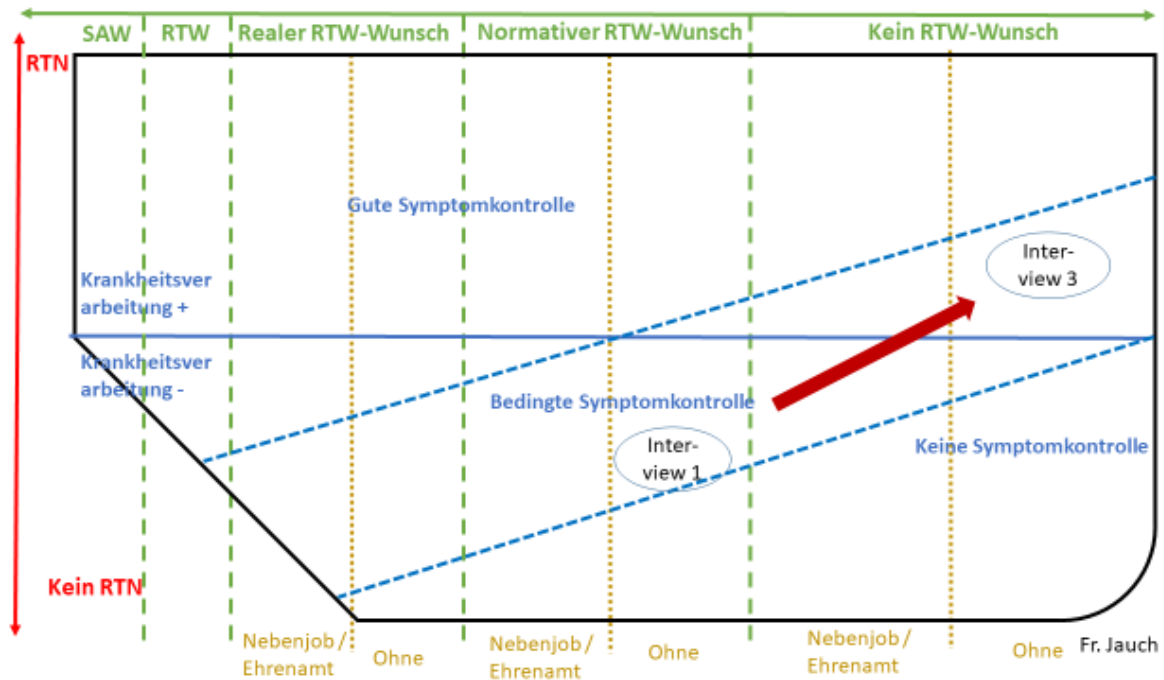


Abbildung 13: Positionierung Frau Jauch (Quelle: eigene Darstellung)

Geschlecht:	Weiblich
Alter:	48 Jahre
Familienstatus:	4 Kinder; mit 2 Kindern in Mietwohnung lebend
Bewilligungsdiagnose:	F4
Komorbidität/Problemlagen:	Angst- und Panikattacken, Versagensängste, HWS, LWS
Erlerner Beruf:	Krankenschwester
Letzte Tätigkeit vor EM:	Arzthelferin
Erwerbsstatus vor EM:	Arbeitslos (ALG II)
Aktuelle Tätigkeit in EM:	Keine
Bewilligungszeitraum:	Befristet auf 2 Jahre (Arbeitsmarktrente)
Wohnort:	Mittelgroße Stadt
Kurzvita:	

Frau Jauch ist ausgebildete Krankenschwester. Durch Heirat zieht sie nach Tschechien und bekommt 2 Kinder. Nach einer konfliktreichen Scheidung lernt sie einen neuen Partner kennen und wird kurz darauf wieder schwanger. Sie bekommt Zwillinge, auch diese Ehe hält nicht lange und sie zieht die vier Kinder praktisch alleine auf.

Von Kindheit an schüchtern, leidet sie v.a. an Prüfungs- und Versagensängsten, die im Beruf immer belastender werden. In Tschechien arbeitet sie, bevor sie den Entschluss fasst, nach Deutschland zurückzukehren, als Arzthelferin. Nach 25 Jahren kehrt sie mit den jüngeren Kindern nach Hause zurück, v.a. wegen ihrer Mutter und den Geschwistern. In W. arbeitet sie zunächst als Fachschwester, wird aber ausschließlich in der Pflege eingesetzt, was sie körperlich und psychisch überlastet. Nach einem psychischen Zusammenbruch wird die Probezeit nicht verlängert. Nach fünfmonatiger ALO bekommt sie einen Job als Arzthelferin, aber bereits nach 3 Wochen gerät sie in eine schwere Krise. Ihr praktischer Arzt lässt sie nicht mehr arbeiten, schreibt sie krank und sie verbringt drei Monate in einer Tagesklinik, was mit den beiden Kindern sehr schwierig zu organisieren ist. Eine anschließende ambulante med. Reha bringt ihr nicht allzu viel, sie wird arbeitsunfähig entlassen und bekommt nach zwei Monaten einen EM-Rentenbescheid, nach eigener Aussage für sie völlig überraschend. Ihr Reha-Antrag wurde offenbar in einen Rentenanspruch umgewandelt.

Unklar bleibt, wer die Kosten übernimmt da sie nur 140€ erhält, zuerst übernimmt das Sozialamt, danach wird das Jobcenter aktiv. Zum Zeitpunkt des dritten Interviews absolviert sie gerade eine LTA-Maßnahme, wo ihr am Ende eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wird.

Familiäre Verhältnisse

Frau Jauch wächst in der ehemaligen DDR in einer Stadt mittlerer Größe mit drei jüngeren Geschwistern auf. Über ihre Eltern erzählt sie wenig. Ihr Vater war Alkoholiker, war aber, wie sie betont, weder gegen ihre Mutter noch gegen die Kinder gewalttätig. Ihre Mutter hat viele Jahre die Großmutter gepflegt und im Prinzip kein eigenes Leben mehr geführt. Der Vater stirbt unerwartet mit Mitte 50, für die Mutter ein großer Schock, den sie nur schwer verarbeiten kann. Zu dieser Zeit lebt Frau Jauch schon lange in Tschechien.

Im ersten Interview berichtet Frau Jauch von ihrem Außenseiterdasein als Kind. Von Kind auf ist sie sehr schüchtern und hat Probleme mit anderen in Kontakt zu kommen oder sich zu zeigen. Da die Eltern religiös sind, darf sie nicht an den üblichen Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche in der DDR teilnehmen. Sie berichtet im ersten Interview von regelmäßigem Mobbing in der Schule: *„einfach ich wurde immer gehänselt ausgelacht ich hatte ne Brille ich war nicht in den Pionieren weil wir in die Kirche gegangen sind“* (Jauch 1, Z. 419f.). Mit ihren

Eltern spricht sie aber nicht über die Mobbing Erfahrungen in der Schule, aus Angst die Situation sonst noch schlimmer zu machen:

„(I)ch hab als Kind schon w- gewusst also selbst wenn ich das jetzt meiner Mutti sage dass ich jetzt Klassenprügel gekriegt hab oder äh im Winter dann=dann halt f- die einen mit=mit Schneebällen dazu geschlagen haben oder dass mir der Ranzen ausgeschüttet wurde was soll meine Mutter machen die geht dahin beschwert sich bei der Lehrerin die, die bestraft die Klasse und was krieg ich am nächsten Tag die doppelte Klassenprügel so und das mach ich nicht“ (Jauch 1, Z. 432-438).

Frau Jauch heiratet früh und zieht wegen ihres Mannes nach Tschechien, wo sie zwei Kinder bekommt. Das zweite Kind, ein Junge, erkrankt mit fünf Jahren an Diabetes Typ I, was eine aufwändige Betreuung zur Folge hat. Zu dieser Zeit lebt sie bereits in Trennung, *„war das natürlich mit der Versorgung von so ´m kleinen Kind und Zucker“ (Jauch 1, Z. 89-92)* sehr schwierig. Die Scheidung von ihrem ersten Mann ist in der Folge sehr belastend da ein langer gerichtlicher Rechtsstreit folgt. Der Sorgerechtsstreit zieht sich und es besteht die Gefahr, dass ihr die Kinder weggenommen werden. Ihr Ex-Mann versucht alles die Kinder zu bekommen und Frau Jauch sieht sich vor Gericht mit Vorwürfen konfrontiert die ihr sehr zu schaffen machen:

„(U)nd so=so fürchterlich wieder die wie die erste Scheidung die sich da über zwei Jahre hinzog und wo (1) da richtig ´n Gerichtsprozess ja war ja also da wurden auch meine Verwandten vorgeladen und als Zeugen aussagen oder so weil das so hingestellt werden sollte ich, taug überhaupt nichts bin als Mutter ne Null und soll nur sehen dass ich da hingehge wo der Pfeffer wächst und (1) also“ (Jauch 1, Z. 512-517).

Letztendlich erhält sie das Sorgerecht für ihre Kinder zugesprochen, bleibt aber in Tschechien da die Kinder bereits in die Schule gehen und sie Arbeit in einer Arztpraxis gefunden hat. Nach ein paar Jahren lernt sie einen neuen Mann kennen und wird sehr schnell wieder schwanger, diesmal mit Zwillingen. Sie heiratet erneut, aber auch diese Ehe hält nicht lange, wenngleich das Verhältnis zu ihrem zweiten Mann relativ gut bleibt. Die Kinder waren und sind auch immer regelmäßig bei ihm, auch der Kontakt untereinander ist freundschaftlich. Frau Jauch ist nach der Trennung alleinerziehende Mutter mit 4 Kindern, eine Situation, die sie oftmals überfordert. *„Es war nicht leicht (1) aber ich hab´s geschafft aber ich hab auch damals schon viele Tabletten genommen“ (Jauch 1, Z. 599f.).* In dieser Zeit vertraut sie sich niemanden an, macht, wie sie sagt, alles mit sich selbst aus, da sie ihre Gefühle anderen nicht mitteilen kann.

Ihre Verschlossenheit zeigt sich auch etwa daran, dass sie ihrer Mutter nichts über die Trennung von ihrem zweiten Mann erzählt. Als sie einen Kindergartenplatz für die Zwillinge findet und die beiden großen Kinder ihre Ausbildung begonnen haben fängt sie wieder an zu arbeiten.

Frau Jauch wächst in der ehemaligen DDR als „Außenseiterin“ auf, da sie aufgrund ihrer familiären Herkunft an den üblichen Veranstaltungen von Kindern und Jugendlichen nicht teilnehmen darf. In der Schule wird sie gemobbt, vertraut sich aber niemandem an. Schon als Kind hat sie Ängste, ist schüchtern und kommt schwer in Kontakt mit anderen Kindern. Sie heiratet früh und verlässt ihre Heimat. Die erste Ehe mit zwei Kindern zerbricht und hat einen Sorgerechtsstreit zur Folge, der sie schwer belastet. Auch eine zweite Ehe, aus der ebenfalls 2 Kinder hervorgehen, scheitert. Frau Jauch ist lange Zeit Alleinerzieherin mit 4 Kindern, was eine enorme Belastung darstellt. Positiv gesehen sind es aber ihre Kinder, die ihr ein Stück weit Stabilität geben. Ähnlich wie Frau Roland, die ebenfalls in der DDR sozialisiert wird, leidet Frau Jauch früh unter Angstsymptomen, für die es zumindest in der Familiengeschichte keine kausalen Erklärungen gibt. Beide bekommen früh Kinder, beide ergreifen einen helfenden/pädagogischen Beruf. Da Frau Roland über 10 Jahre älter ist, wirkt sich die Wende auf ihr Berufsleben aber viel stärker aus.

Berufsausbildung und Erwerbsarbeit

Nach ihrem Schulabschluss beginnt Frau Jauch eine Ausbildung zur Krankenschwester. Es wird im Gespräch nicht ganz klar, ob das ihr Wunschberuf war oder warum sie diese Berufswahl getroffen hat. Kurz nach dem Abschluss lernt sie ihren tschechischen Mann kennen und zieht zu ihm nach B., an der Grenze zur Slowakei in eine mittelgroße Stadt. Dort arbeitet sie im ansässigen Krankenhaus bis die Probleme mit ihrem Jungen, der an Diabetes erkrankt ist, so groß werden, dass sie in die Hauskrankenpflege wechselt, da sie hier zeitlich flexibler sein kann. Nach drei Jahren kommt sie aber an die Grenze ihrer Belastungsfähigkeit:

„(E)s wurn- wurde dann eben schwierig ne immer auf Kommando einschlafen aufstehen einschlafen aufstehen in der Nacht zweimal und so das=das ist nachher richtig belastend geworden und (1) vor allen Dingen auch das dass er auch am Tag, doch mehr auch wieder noch brauchte und wie gesagt in der Schule dann, mein (1) wir haben das noch drei Jahre

mit der Hauskrankenpflege und dann hab ich nachher gesagt also“ (Jauch 1, Z. 196-201).

Erschwerend kommt weiter dazu, dass ihre erste Ehe in einer schweren Krise steckt. Schließlich wird die Überlastung zu groß und Frau Jauch sucht sich, da sie keinen anderen Ausweg mehr sieht, ärztliche Hilfe. *„Das war ne Krisensituation und=und ich hab schon wo dann die erste Ehe so gekriselt hat da ging das eigentlich los so wo ich dann schon, Antidepressiva dann bekommen hab und dann auch, mir ne“ (Jauch 1, Z. 240ff.).* Zu diesem Zeitpunkt ist sie Ende 20.

Danach beginnt sie nach einer Auszeit wieder in einer Arztpraxis zu arbeiten, das gelingt ihr aber nur mit Medikamenten (Beruhigungstabletten und Antidepressiva), da viele Situationen für Frau Jauch eine Überlastung darstellen. Allgemeine Angst- und Panikzustände in sozialen Situationen, Versagensängste, Angst zur Arbeit zu gehen und Angst vor anderen Mitarbeitern machen es ihr unmöglich ohne entsprechende Medikamente zu arbeiten. Auf Druck reagiert sie sofort mit Überforderung und Angstzuständen, etwas, was sie vor allem auf die Verbindung mit ihren eigenen hohen Ansprüchen an sich und auf ihre Arbeit bezieht:

*„(I)mmmer den Anspruch gehabt es muss perfekt sein und (1) und, ich muss in Ruhe arbeiten können und kann ich m- und wenn sehr großer Druck ist wenn der **zu** groß ist un=unter ´n bisschen Druck geht immer aber wenn das wenn ich merke ich hab (1) ich kann´s es wird schwierig dass ich´s schaff dann werd ich sehr schnell sehr nervös“. (Jauch 1, Z. 636-640)*

Trotz dieser problematischen Situation arbeitet sie in Tschechien schließlich viele Jahre mit reduzierter Stundenzahl als Arzthelferin in einer Praxis. Obwohl es ihr schwerfällt und sie nach der Arbeit erschöpft und ausgelaugt ist, kann sie ihren Beruf weiter ausüben. Eine Verschlechterung ihrer psychischen Situation tritt aber in dem Moment ein, als sie den Entschluss fasst von Tschechien zurück nach Deutschland zu ziehen. Dort nehmen die beruflichen Probleme ein Ausmaß an, dass ihr nicht mehr erlaubt einer normalen Arbeit nachzugehen (siehe Abschnitt: Der Weg in die EM-Rente).

Frau Jauchs Berufswahl der Krankenschwester führt in Verbindung mit einem diabeteskranken Kind schon sehr früh im Berufsleben zu psychischen Überforderungen. Sie kann sich nicht abgrenzen, hat Angst vor Vorgesetzten. Ihr Anspruch alles perfekt zu machen führt zu Versagensängsten. Ehekrisen belasten sie dazu und beeinflussen ihre

Arbeitsfähigkeit. Schon früh muss sie Antidepressiva und Beruhigungsmittel nehmen. Die Schwierigkeiten Beruf und Kindererziehung unter einen Hut zu bringen nehmen im Lauf der Jahre zu und führen zu einem Erschöpfungssyndrom. Dennoch gelingt es Frau Jauch in der ganzen Zeit in Tschechien einer Arbeit nachzugehen, auch wenn sie oft an ihre Grenze gelangt.

Medizinisch-therapeutische Behandlung vor der EM-Rente

Wie bereits angesprochen muss Frau Jauch schon sehr früh medikamentöse und auch therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Die Schwierigkeiten in ihrer ersten Ehe und die beruflichen Versagensängste haben in ihrer Rückschau vor allem damit zu tun, dass sie es nicht gelernt hat Grenzen zu setzen. Frau Jauch schreibt sich selbst ein zu passives Verhalten in vielen Situationen zu, Grenzen werden nicht gezogen, eine generelle Haltung die sie selbst als problematisch sieht: *„ja sicherlich hab ich dann auch vielen Situationen zu lange **gewartet** immer schon die ganz **letzte Grenze** dann gekommen ist also nicht schon vorher“* (Jauch 1, Z. 452-455).

Von Kindheit leidet Frau Jauch unter großen Ängsten und vermeidet alle Situationen, in denen sie sich „beweisen“ muss. Konflikten geht sie aus dem Weg, die Einforderung eigener Wünsche und Interessen fällt ihr sehr schwer, das Zurückstellen eigener Bedürfnisse ist in der Regel einfacher für sie als sich dafür einzusetzen. *„Ich war immer sehr schüchtern und zurückhaltend (.) das war schon immer und ich war auch immer ein sehr ängstlicher Mensch gewesen“* (Jauch 1, Z. 327-330).

Obwohl jahrelange Therapieerfahrung gelingt es ihr nicht, den eigentlichen Ursachen ihrer Ängste und Depressionen näher zu kommen. In den Interviews spricht sie von einer Reaktivierung der Mobbing Erfahrung als Kind die immer wieder in ihrem Leben auftreten:

„(D)ass diese alten Mobbing Erfahrungen von früher, dass die quasi wie so ´n das ist wie, ne wenn man irgendw- ne wenn einer ´n, so ´n Sandsack anstößt und sich umdreht und dann geht er weg quasi und in dem Augenblick macht´s rums, und dann liegt man erstmal lang so“ (Jauch 3, Z. 663-666).

Zum Zeitpunkt der Gespräche befindet sie sich regelmäßig einmal pro Woche in psychologischer Therapie, was zumindest eine Stabilisierung im Alltag mit sich bringt. Neben

der psychischen Erkrankung gibt es auch eine starke somatische Komponente. Permanente Rückenprobleme erfordern regelmäßige Physiotherapie und verunmöglichen für sie an normalen Alltagssituationen teilzunehmen, insbesondere auch tägliche berufliche Situationen auszuhalten:

„(M)ir fällt das jetzt hier schon schwer bei diesen Vorträgen da anderthalb Stunden in dem Raum zu sitzen still auf dem Stuhl (1) und jetzt nicht dauernd, ne da so rumzur- und die anderen Leute alle nervös zu machen weil ich Rückenschmerzen habe ja“ (Jauch 3, Z. 1149-1156).

Zwischen den beiden Interviews vor Ort hat Frau Jauch eine schwierige Phase, da sie eine wochenlang andauernde Grippe, die nicht heilen will, hat. Begleitet wird diese Grippe monatelang von schweren Depressionen, einem Gefühl der Sinn- und Antriebslosigkeit. In dieser Zeit ist sie weiterhin in psychotherapeutischer Behandlung, was ihr auch guttut, da sie Themen besprechen kann, die sie sonst mit niemandem teilt. Dennoch sieht sie sich als „austherapiert“ und hat keine große Hoffnung mehr ihren Zustand über professionelle Hilfe zu verändern.

Frau Jauch leidet schon als Kind unter zahlreichen Ängsten, wobei ihr die genaue Herkunft unklar bleibt. Vieles führt sie auf die Mobbing Erfahrungen in der Schule zurück, das könnte aber auch therapeutisch überformt sein, da sie viele Jahre in Therapie war. Als Grunddisposition sieht sie eine Schüchternheit, die es ihr verunmöglicht Grenzen zu setzen und für eigene Dinge einzustehen. Seit vielen Jahren nimmt sie Psychopharmaka, um ihre Ängste in den Griff zu bekommen. Therapien wie auch eine medizinische Reha bringen keine wirkliche Verbesserung. Frau Jauch fühlt sich „austherapiert“ und geht davon aus, dass sie nichts mehr Wesentliches an ihrer Krankheit ändern kann. Die subjektive Einschätzung über den Verlauf ihrer Erkrankung ist sehr pessimistisch, da sie eine Chronifizierung über viele Jahre erfahren hat. Zu ihren psychischen Problemen kommen auch somatische Beschwerden, insbesondere extreme Rückenprobleme, Schulter, Nacken dazu. Diese sind so stark, dass die psychischen Beeinträchtigungen zum Teil in den Hintergrund treten. Inwieweit diese auf psychische Krisen reagieren bleibt offen und kann nur vermutet werden. Prinzipiell resultieren ihre Probleme nicht primär aus der Berufswelt, sondern eine

früh vorhandene Vulnerabilität macht sich auch in der Arbeitswelt unter bestimmten Bedingungen (Stress, Druck, Angst vor Autoritäten) bemerkbar.

Der Weg in die EM-Rente

Frau Jauch hatte schon länger überlegt wieder nach Deutschland zurückzukommen. Am Ende sind es zwei Ereignisse, die ihre Entscheidung schließlich bestimmen:

„(U)nd es kam beides so zusammen also die Trennung von dem Freund das war im Januar und der Tod von meiner Tante das war im Februar (.) da war ich sehr das hat mich doch sehr mitgenommen und dann hab (unv.) auch dieses (1) was soll das ja also was wär 'n jetzt wa=was ist wenn meine Mutter jetzt stirbt und ich bin überhaupt nicht mehr da ich hab ich seh die nur noch einmal im Jahr und oder zweimal“ (Jauch 1, Z. 686-691).

Ihr Entschluss, die Mutter nicht mehr alleine zu lassen, bedeutet nach 25 Jahren wieder nach Deutschland umzuziehen. Frau Jauch findet auch schnell Arbeit in einem Altenheim, wird aber dort schnell an ihre körperlichen und psychischen Grenzen geführt. Sie findet auch keinen Zugang zu den anderen Kollegen, die eine eingeschworene Gemeinschaft bilden. Zudem bekommt sie Arbeiten zugeteilt, die nichts mit ihren vereinbarten Arbeitsaufgaben zu tun haben.

*„Ich war dann also in dem Altersheim angestellt und (1) sollte eigentlich (noch?) als Fachschwester da arbeiten aber mich b- da=da ja immer Personalmangel ist war ich die ganze t- war ich die f- in den ersten Monaten auch den zweiten Monat ich war also anderthalb Monate **nur** in der Pflege zuständig also nur mit **Waschen** beste- beschäftigt“ (Jauch 1, Z. 738-742).*

Nachdem sie eine Schicht alleine selbständig übernehmen soll protestiert sie bei ihrem Vorgesetzten, vor allem da sie sich nicht zutraut der Aufgabe gerecht zu werden. Da es kein Entgegenkommen von Seiten der Leitung gibt, wechselt sie darauf hin ihren Arbeitsplatz und fängt im Krankenhaus von W. an zu arbeiten, was sie zunächst sehr positiv sieht. Der ständige Schichtdienst und die Betreuung der Kinder sind aber bald nicht mehr vereinbar, auch wenn ihre Mutter in dieser Zeit eine große Hilfe ist. Probleme mit Vorgesetzten, Druck und Stress setzen Frau Jauch zu, sie fühlt sich ungerecht behandelt und hat Angst zur täglichen Arbeit zu gehen.

„(S)o schlechte Laune also hä wo bleibt ihr denn wir haben nicht gegessen wenn=wenn Arbeit war wir sind gerannt dass die Schuhsohlen gequalmt haben ja das haben wir uns überhaupt nicht erlaubt und haben immer mussten wir einstecken und einstecken und ich fand das auch zum Teil sehr ungerecht ja“ (Jauch 1, Z. 929-933).

Auch die Angst vor dem vorgesetzten Arzt macht ihr zu schaffen. *„Dann sollte ich nachher mit dem Arzt mitlaufen (.) (1) und da hatte ich nachher einfach zu viel Angst, da war ich dann sehr, da war ich so angespannt dass ich (1) ganz zittrig ich k- das hab ich nachher das hab ich nachher gemerkt also ich das=das ist nachher nicht mehr gegangen (.) aber ich hab dann na-auch konnte zu Hause gar nicht mehr essen ich konnte nicht mehr schlafen“ (Jauch 1, Z. 1089-1094).* Ihr Probevertrag wird schließlich nicht verlängert, sie reagiert unmittelbar darauf somatisch mit einem Bandscheibenvorfall in der HWS. Nach einer kurzen Auszeit findet sie aber einen Job als Arzthelferin. Auch hier fühlt sie sich schnell gestresst. Am meisten belastet sie, dass sie oft Terminabsagen an Patienten machen muss, was ihr extrem schwerfällt. Schließlich erfährt ihre Situation einen entscheidenden Einschnitt durch den Besuch ihres neuen Hausarztes,

„(D)er fragte dann wie´s mir geht und=und da bin ich dann in Tränen ausgebrochen und dann meint er nee Sie können nicht mehr arbeiten gehen ich wollte mich eigentlich nicht krankschreiben lassen weil ich denk ich äh arbeite doch grad erst drei Wochen“. (Jauch 1, Z. 1105-1108)

Im Rückblick ist die Krankschreibung eine große psychische Erleichterung für sie. Eine EM-Rente ist zu diesem Zeitpunkt aber noch kein Thema, stattdessen stellt Frau Jauch einen Antrag auf eine medizinische Reha der auch genehmigt wird. Während der Reha wird ein Antrag auf Teilhabe am Arbeitsleben gestellt, der aber abgelehnt wird: *„ich sei ja als (1) als Arzthelferin **voll** arbeitsfähig wo ich ja damals eigentlich zusammengebrochen bin und das war ja da wo der letzte der war das war der letzte Tropfen“. (Jauch 1, Z. 1364-1371)*

Schließlich erhält Frau Jauch zu ihrer Überraschung nach dem Ende ihrer medizinischen Reha einen Rentenbescheid, *„also, ich hab diese Entscheidung gar nicht richtig treffen **können** (...) ich hatte, aufgrund von gesundheitlicher Beschwerden einen **Reha** Antrag gestellt“ (Jauch 1, Z. 8-11).* Der Weg in die EM-Rente verläuft für sie also über einen umgewandelten Reha-Antrag von dem sie, laut eigener Aussage, während ihres Aufenthaltes in der Klinik gar nichts mitbekommen hatte. *„Nein mir die haben mir meinen **Reha** Antrag von (1) von **vorher** wo ich*

die medizinische Reha die ja nicht **positiv** ausgefallen ist sondern weil ich arbeitsunfähig bin die wurde als Rentenantrag **umgewandelt**“ (Jauch 1, Z. 1383-1385). Sie erhält in der Folge befristet die volle Erwerbsminderungsrente als Arbeitsmarktrente aufgrund der Situation auf dem Arbeitsmarkt.³⁰ Das führt bis zum Ende unserer Gespräche zu unklaren Situationen zwischen den Zuständigkeiten des Jobcenters und der DRV. Zusätzlich kommt auch noch die RV in Tschechien ins Spiel, so dass Frau Jauch die unklare Finanzierungs- und Zuständigkeitssituation dauerhaft belastet.

Der Rentenantrag von Frau Jauch ist nicht von ihr intendiert. Nach ihrer Rückkehr aus Tschechien findet sie zwar eine Arbeit in einem Altersheim, wird aber, entgegen der Stellenbeschreibung, hauptsächlich in der Pflege eingesetzt, was sie schnell psychisch und körperlich überlastet. Sie wechselt den Arbeitsplatz, wird aber nachdem die Probezeit nicht verlängert wurde, arbeitslos. Ihre letzte Stelle als Arzthelferin hat sie dann nur noch drei Wochen bevor ein psychischer Zusammenbruch erfolgt. Frau Jauch kommt danach in eine medizinische Reha, ein dort gestellter Antrag auf LTA wird aber abgelehnt, da sie als arbeitsfähig gilt. Paradoxerweise bekommt sie aber nach der Entlassung aus der Reha einen Rentenbescheid, etwas, das Frau Jauch laut eigenen Angaben sehr überrascht und das sie nicht einordnen kann, da offensichtlich in der Reha niemand mit ihr darüber gesprochen hat. Sie akzeptiert diese Entscheidung aber und bekommt in Folge die EM-Rente als Arbeitsmarktrente, eine Konstellation, die in der Folge zu vielen Problemen der Zuständigkeiten führt.

Das Leben mit der EM-Rente

Frau Jauch ist zunächst einmal froh die EM-Rente zu beziehen, auch wenn sie durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten (ARGE; DRV) ständig in Angst lebt finanziell nicht über die

³⁰ „Damit für einen Versicherten der Teilzeitarbeitsmarkt nicht als verschlossen gilt, muss diesem eine ausreichende Anzahl an Arbeitsplätzen, die seinem (Rest-)Leistungsvermögen entsprechen, zur Verfügung stehen. Gelingt es weder der Arbeitsverwaltung noch dem Rentenversicherungsträger, dem Versicherten einen geeigneten Arbeitsplatz innerhalb eines Jahres ab Rentenantragstellung zu vermitteln, gilt der Arbeitsmarkt als verschlossen. In diesem Fall muss dann die volle Erwerbsminderungsrente als Arbeitsmarktrente geleistet werden. (...) Erhalten Sie Ihre volle Erwerbsminderungsrente auf Zeit oder allein wegen der Lage am Arbeitsmarkt, können Sie Anspruch auf andere Sozialleistungen haben. Das kann zum Beispiel ein Anspruch auf Sozialhilfe oder Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende sein.“ (siehe Sozialversicherung-kompetent (2019))

Runden zu kommen, da sie von einer Stelle auf die andere verwiesen wird. In der Retrospektive sieht sie sich schon länger nicht mehr arbeitsfähig, jedenfalls unter den normalen Bedingungen in der Arbeitswelt. Ihre Probleme führt sie in einem allgemeinen Kontext auch auf ihre DDR-Sozialisation zurück, die es ihr verunmöglicht unter Wettbewerbs- und Konkurrenzbedingungen zu bestehen. Das führt zu einer generellen Einschätzung immer noch nicht „im Westen angekommen“ zu sein. *„(A)lso wenn man nicht (1) ich weiß es nicht das fa- ich hab das früher anders gekannt und ick glaub ich hab mich hier mit dem Westen noch nicht arrangiert ich weiß es nicht bin hier irgendwie fehl“.* (Jauch 1, Z. 1708-1710)

Die Akzeptanz der EM-Rente fällt Frau Jauch trotz der Vorteile, die sie für sich sieht schwer, da sie diese mit Hartz IV und Schmarotzertum gleichsetzt. Dennoch sieht sie die Rente als momentan „beste Lösung“ für sich. Die Rente ist für sie eine Möglichkeit sich ein wenig auszuprobieren und vor allem den üblichen Kontrollen des Jobcenters zu entkommen:

„Ich muss ja nicht zuhause sitzen vielleicht hab ich dann den Mut, weil ich dann nicht immer abhängig bin von irgendwelchen Behörden weil ich da nichts nachweisen muss ich hab dann Rente dann kann ich doch mit meiner Zeit anfangen was ich möchte dann kann keiner kontrollieren kommen“ (Jauch 3, Z. 1733-1736).

Die komplexe und nicht ganz durchschaubare Situation: Rente aus Tschechien, EM-Rente, Arbeitsagentur und ergänzende Sozialhilfe verhindern aber eine Beruhigung der Situation. Frau Jauch lebt ständig in Angst und Unsicherheit, ob alles wie bisher weiterläuft und kommt auch ständig in Situationen, in denen es Schwierigkeiten mit den verschiedenen Ämtern gibt. Positiv ist in der ersten Zeit des Bezugs der EM-Rente, dass sie einen neuen Partner kennenlernt, der in ihren Erzählungen eine Art Antithese zu ihr verkörpert, was bis dato aber gut zu gehen scheint:

*„der hat **nur** soziale Kontakte da geht ja **gar** nix ohne ja (.) er ist natürlich auch hinterher erstmal, alle wenn er von Arbeit kommt, und er braucht auch mal so Rückzug aber ansonsten macht er gerne ja (.) (1) jemanden besuchen jemanden einladen und so ja also da (1) da bin ich eher dann ach ich sag (unv.) können wir nicht lieber wir=wir vier zusammen ((lacht)) so alleine für uns an Strand ja so, wo dass dann so“* (Jauch 3, Z. 633-638).

Sozial ist Frau Jauch vor allem über ihre Kinder eingebunden. Sie selbst sieht sich auch nicht durch ihre Krankheit als isoliert, sondern vor tägliche Herausforderungen gestellt, die sie

bewältigen muss. Die EM-Rente erlaubt es ihr sich mehr um die beiden Kinder zu kümmern, Partner und Herkunftsfamilie stellen ebenfalls einen wichtigen Rahmen in ihrem Alltag zur Verfügung.

*„Ich **lern** ja trotzdem Sachen und ich **hab** Kontakte also ich bin ja nun wirklich kein Eremit ich habe Kinder mit denen muss ich umgehen ich habe, ne Familie mit denen muss ich umgehen ich hab 'n Partner (1) ich muss wenn ich jetzt nicht alles abbrechen will und, oder ganz orn- aufhören möchte zu leben ist es für mich notwendig Sachen immer wieder auch zu üben und auch zu machen ja (.) und dann muss ich natürlich ringsherum gucken, wieviel kann ich leisten“ (Jauch 3, Z. 550-556).*

Zum Zeitpunkt des ersten Interviews formuliert Frau Jauch noch Hoffnung auf einen RTW, wobei das mehr einer normativen Haltung entspringt. Eine realistische Einschätzung wird aber von ihr aber auch mehrmals in den Gesprächen abgegeben. Im Prinzip weiß Frau Jauch, dass sie unter normalen Arbeitsbedingungen in ihrem Berufsumfeld dem Druck nicht standhalten kann.

*„das ist voller Druck das war auch in der Krankenpflege ich mein das ist äh nicht **auch** sowieso auch in der Krankenpflege ja das (1) das ist so ein Leistungsdruck überall das (2) da g- selbst wenn der Arbeitgeber das gut meint ja, der muss ja auch seine Zahlen wieder noch woanders abliefern und der der ne Firma hat der muss auch sein Geld verdienen ja (.) und insofern hab ich das Gefühl ich bin wirklich nicht mehr leistungsfähig“ (Jauch 3, Z. 1288-1293).*

Im Zeitraum zwischen dem Telefoninterview und dem abschließenden dritten Gespräch etwa 1,5 Jahre nach der Erstbewilligung der EM-Rente, stellt Frau Jauch mit Hilfe des Jobcenters einen Antrag auf eine LTA Maßnahme. Sie soll über 5 Wochen Aufschluss darüber geben, ob sie noch in der Lage ist zu arbeiten. Zum Zeitpunkt des letzten Interviews befindet sie sich seit 2 Wochen in der Maßnahme.

Die Bewilligung der EM-Rente bedeutet für Frau Jauch zunächst eine Beruhigung ihrer Situation. Allerdings wird schnell klar, dass aufgrund der komplizierten Umstände und mehrerer beteiligter Institutionen (DRV, RV Tschechien, Jobcenter), eine latente Unsicherheit herrscht. Frau Jauch lebt so in ständiger Angst, Gelder oder Mittel nicht zu bekommen. Zum Teil setzt das Jobcenter Zahlungen aus, da Unklarheiten über Bezüge

herrschen. Sie muss nun öfter Ämtergänge machen, was jedes Mal mit Angstzuständen einhergeht.

Positiv ist für sie, dass sie nun Zeit für ihre beiden Kinder hat und auch für ihren neuen Partner, sowie ihre Mutter, bleibt nun mehr Raum. Sozial ist Frau Jauch gut eingebunden, die EM-Rente erlaubt ihr, ihren sozialen Verpflichtungen nachzukommen, etwa, was ihr sehr wichtig ist. Wird zu Beginn noch ein normativer RTW Wunsch von ihr geäußert (allerdings nur unter ganz bestimmten Bedingungen) verflüchtigt sich dieser im Laufe des Bezugs rasch. Eine folgende LTA Maßnahme ca. 18 Monate nach der Erstbewilligung ist denn auch mehr die Idee des Jobcenters, da Frau Jauch zu diesem Zeitpunkt eigentlich nicht mehr davon ausgeht, arbeiten zu können.

RTW-Perspektiven

Zum Zeitpunkt des ersten Interviews wird bereits deutlich, dass Frau Jauch eine Rückkehr in Arbeit für unwahrscheinlich hält. Wenn, dann müssten bestimmte Bedingungen gegeben sein, unter denen sie sich vorstellen kann, wieder zu arbeiten. Dazu gehört vor allem eine Atmosphäre am Arbeitsplatz die keinen Druck erzeugt als auch der Wegfall von Konflikten, Voraussetzungen, die in der Realität nicht garantiert werden können. Wenn ich *„mich ruhig und normal und sicher fühle dann (1) dann bin ich sicherlich auch normal einsatzfähig nur wenn ich halt merke es kommt ganz viel, Gegenwind“* (Jauch 1, Z. 1772-1773).

Perspektivisch ist für sie nur ein geschützter Raum denkbar, wo sie ihre Leistung abrufen kann, wobei unklar bleibt, in welchem Tätigkeitsfeld sie sich sieht. Es geht für sie mehr um ein prinzipielles Gefühl, gebraucht zu werden: *„ich würde gerne was machen wo ich das Gefühl hätte ich kann das schaffen“* (Jauch 1, Z. 1676-1677); *„n Rahmen wo ich das abliefern kann was ich kann und ich denke vielleicht könnte ich dann auch noch mehr“* (Jauch 1, Z. 1758-1759).

In der Zeit zwischen unserem telefonischen Interview und dem dritten Gespräch hat Frau Jauch schließlich eine LTA Maßnahme beantragt, die sie kurz vor unserem Interview beginnt. In 5 Wochen soll in einem Assessmentzentrum ihre noch vorhandene Leistungsfähigkeit getestet werden. Eine längere berufliche Umschulung auf einen neuen Beruf traut Frau Jauch sich nicht zu, allein der Gedanke daran bereitet ihr schlaflose Nächte. *„(G)ar nicht **Umschulung***

also ich bin (1) das würd ich ne richtige Umschulung würde ich gar nicht schaffen“ (Jauch 1, Z. 33-34).

In unserem abschließenden Gespräch steht die LTA Maßnahme im Mittelpunkt. Die Belastung durch den Kursbesuch ist spürbar, sie ist schnell überfordert und kommt abends müde nach Hause. Nach gerade einmal 2 Wochen ist Frau Jauch bereits an dem Punkt, ihre Leistungsfähigkeit als nur noch sehr gering einzuschätzen. Das bereitet ihr zwar psychisches Unbehagen, andererseits sieht sie in dieser Tatsache auch eine Ehrlichkeit sich selbst gegenüber:

da geht nix mehr, dann müsste ich vielleicht auch dann mal ehrlich sein ja dann, bin ich halt nicht mehr leistungsfähig ja ich glaub dann brauch ich aber nochmal ne Weile wo bis ich mich dann damit total abfinde ja (.) ich mein das Wort ja man ist nicht mehr leistungsfähig das hört sich irgendwie auch nicht schön an ne (.) (Jauch 3, Z. 1206-1213)

Der Besuch der Maßnahme kostet sie sehr viel Kraft. Zu diesem Zeitpunkt ist für sie eigentlich undenkbar, dass sie nochmals einen „normalen Job“ machen wird. Alternativ denkt sie an ein Ehrenamt, aber nur unter Begleitung, da sie Angst hat sich sonst zu schnell zu überfordern, wenn etwa Ansprüche von Anderen an sie gestellt werden. Als Wunsch und einzigen Ausweg sieht nun sie die unbefristete Bewilligung der EM-Rente, *„also im Moment so nach diesen anderthalb Wochen äh heute nach dem heutigen Stand kann ich das so sagen ja am liebsten würd ich jetzt sagen sollen mir Erwerbsunfähigkeitsrente geben“ (Jauch 3, Z. 1726-1728).*

Im Gespräch gibt sie auch an, dass sie von Anfang an davon ausging, dass sie nicht mehr leistungsfähig ist, die 2 Wochen Kurs haben sie nun bestätigt, es fällt ihr schwer die angesetzten Stunden durchzuhalten, auch die Gruppengespräche und die Auseinandersetzung mit anderen Teilnehmern überfordert sie. Hier kommt sie auf ihre Hauptthemen zurück, die sie ihr Leben lang begleiten, ihre Angst vor sozialen Situationen und ihre Panik davor in eine Prüfungssituation zu geraten:

„(U)nd also vor allem sind es f- es sind immer f- sind Konfliktsituationen die ich meide es sind f- Situationen wo ich (1) ja also Lampenfieber Situationen da wo ich irgendwo vorzeigen muss ich soll was können in dem Augenblick“ (Jauch 1, Z. 363-366)

Hatte sie sich im ersten Interview noch von einer LTA Maßnahme eine Verbesserung ihrer Situation erwartet, wird diese nun zur Bestätigung ihrer nicht mehr vorhandenen Leistungsfähigkeit. Ihr Hauptthema bleibt über alle Gespräche ihr mangelndes

Selbstbewusstsein. Sie versucht zwar daran zu arbeiten, aber es gibt zu viele Dinge, die ihr Angst machen und bei denen sie nicht weiß, wie sie zu bewältigen sind. Zumindest gibt es aber ein Hobby, das Erfolgserlebnisse mit sich bringt und das sie seit der Rückkehr aus Tschechien wieder aufgenommen hat. Seit ihrer Kindheit spielt Frau Jauch Geige und absolviert die letzten Jahre auch wieder öffentliche Auftritte in einem Orchester. Solo zu spielen würde sie sich aber, so ihre Aussage, nicht trauen, da dann ja alle Aufmerksamkeit auf ihr läge und das könne sie nicht aushalten. Das Geigenspiel ist aber zumindest ein Element, in dem sie ihre Fähigkeiten zeigen kann. Etwas, das ihr in der Rückschau im beruflichen Kontext immer abging oder zumindest mit viel Unsicherheit verbunden war. Ein RTW scheint für Frau Jauch zum aktuellen Zeitpunkt ausgeschlossen. Mit dem Besuch der LTA Maßnahme erfolgt eine Art Bestätigung ihrer eigenen Einschätzung die sich im Laufe des EM-Rentenbezugs immer mehr in Richtung „Abfinden mit der Rente“ verschiebt. Aufgrund ihrer komplexen Situation und der unklaren Zuständigkeiten wünscht sie sich im Prinzip nur noch den Übergang in einen unbefristeten EM-Rentenstatus.

Nach unserem letzten Gespräch teilt mir Frau Jauch noch mit, dass sie die Maßnahme beendet hat und ihr eine Leistungsfähigkeit unter 3 Stunden attestiert wurde. Sie hofft nun auf eine unbefristete Bewilligung der EM-Rente.

Zu Beginn unserer Gespräche schließt Frau Jauch eine Rückkehr in Arbeit noch nicht aus wobei sie bereits hier prognostisch negative Szenarien formuliert. Im Prinzip kann sie sich schon sehr früh im Bezug nicht mehr vorstellen, arbeiten zu gehen. Als sie in der Reha zunächst das Gegenteil attestiert bekommt, fühlt sie sich missverstanden. Dass ihre Reha dann in einen EM-Renantrag umgewandelt wurde, erstaunt sie deshalb umso mehr. Sie richtet sich sehr schnell in diesem Status ein, Stress bedeuten vor allem die unklaren Zuständigkeiten. Da das Jobcenter darauf drängt, sie solle ihr noch vorhandene Leistungsfähigkeit testen lassen, willigt sie in einen LTA Maßnahme ein. Zu Beginn der Interviews hatte sie darauf noch Hoffnung gesetzt, aber zum tatsächlichen Zeitpunkt des Antritts hat sich die Situation schon so weit verändert, dass die Maßnahme nur noch die Bestätigung für sie ist, den Anforderungen der Arbeitswelt nicht mehr gewachsen zu sein. Inwieweit diese Einstellung dann zum („erhofften“) Ergebnis führt, muss offenbleiben. Frau Jauch ist unter normalen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar, ein

RTW deshalb nicht mehr zu erwarten. Die Organisation des Alltags und die Kindererziehung stellen große Herausforderungen an sie, die sie gerade noch so bewältigen kann. Die EM-Rente ermöglicht es Frau Jauch ihr Leben halbwegs in den Griff zu bekommen, eine Intervention in Richtung RTW macht aber mit größter Wahrscheinlichkeit keinen Sinn mehr.

Frau Jauch steht, wie Frau Roland für die Studienteilnehmer, die einen RTW mit Beginn des EM-Rentenbezugs relativ schnell für sich ausschließen. Da Frau Jauch über 10 Jahre jünger ist, fällt ihr das Eingeständnis aber schwerer. Zum Zeitpunkt des ersten Interviews kann bei ihr noch von einem normativen RTW Gedanken gesprochen werden, wenngleich bereits im Interview vieles darauf hindeutet, dass sie selbst nicht mehr ernsthaft daran glaubt, wieder ein normales Arbeitsverhältnis einzugehen. Insgesamt finden wir im Cluster „kein RTW“ die heterogensten Verläufe und weiteste Spannweite in unserem Studiensample. Frau Jauch und Frau Roland sind hier zwei gute Beispiele: ähnlich sind bei beiden Sozialisation, frühes Weggehen von Zuhause, zunehmende Belastungen in der Arbeit. Beide haben ein hohes Arbeitsethos und „wollen immer alles perfekt machen“, was eine permanente Unzufriedenheit angesichts der spürbaren Leistungsverringerung mit sich bringt. Beide können den Verlust der Erwerbsarbeit schließlich im EM-Rentenbezug über familiäre Aktivitäten kompensieren. Frau Jauch hat aber noch zwei Kinder zu versorgen, während Frau Rolands Kinder bereits erwachsen sind. Bei Frau Jauch spielen die Kinder eine wichtige Rolle für ihre Stabilisierung und geben ihr eine Tagesstruktur. Frau Roland schafft sich eine feste Tagesstruktur über ein neues soziales Netz und ihre Gartenarbeit. Der konsequente Ausschluss eines RTW führt bei ihr zu einer psychischen Stabilisierung, die bei Frau Jauch noch nicht so weit fortgeschritten ist, was vor allem mit der unsicheren finanziellen Situation und der Abhängigkeit vom Jobcenter zu tun hat. Die Ängste vor einem Verlust der arbeitsmarktbezogenen EM-Rente führen bei ihr zu regelmäßigen psychischen Krisen mit stark depressiven Phasen.

Frau Roland steht exemplarisch für eine gelingende Rückkehr in eine neue Normalität, die bei Frau Jauch bis dato nur unvollständig zu erkennen ist. Obwohl sie im Prinzip eine Rückkehr in Arbeit ausschließt, hält sie zu Beginn unserer Interviews noch daran fest, „gebraucht“ zu werden. Eine Arbeitsstelle, in der Rücksicht auf ihre verringerte Leistungsfähigkeit genommen wird und bei der sie jemand in schwierigen Phasen

unterstützt, kann sie sich durchaus vorstellen, hält dies aber in der Arbeitsrealität nicht für umsetzbar. Die EM-Rente ermöglicht ihr, wie auch Frau Roland, ein weitgehend selbstbestimmtes und wenig belastendes Leben, in der sie auch kaum professionelle Hilfe benötigt.

Beide Teilnehmerinnen berichten schon von sehr frühen Angstzuständen, die aber nicht in der Kindheit und Jugend ursächlich festgemacht werden können, sieht man von Frau Jauchs Außenseiterposition in der Schule ab. Bei beiden kommt es im Laufe des Lebens zu Aufschichtungen von Problemen, vor allem in der Arbeitswelt. Bei Frau Jauch kommt noch eine schwere Ehekrise mit anschließender Scheidung hinzu, bei der das Sorgerecht für die Kinder vor Gericht ausgetragen wird. Tendenziell sieht sie aber ihre Probleme hauptsächlich in der Arbeit.

Bei Frau Roland wurde eine krankenkassenfinanzierte Behandlung infolge der psychosomatischen Reha nicht in den Blick genommen und auch keine LTA Maßnahme empfohlen. Frau Jauch stellt zwar noch in der Reha einen Antrag auf LTA, dieser wird aber abgelehnt und in einen Rentenanspruch umgewandelt. Zum Zeitpunkt unseres letzten Interviews absolviert sie ein Assessment um ihre Leistungsfähigkeit zu prüfen. Am Ende wird ihr eine Leistungsfähigkeit unter 3 Stunden attestiert, was für sie nur noch eine Bestätigung dafür ist, nicht mehr in Erwerbsarbeit zurückkehren zu können. Beide Teilnehmerinnen sehen sich nicht mehr in Arbeit, Frau Roland ist aber, wahrscheinlich aufgrund ihres Alters, in der Akzeptanz und der Normalisierung ihres Lebens mit der EM-Rente schon viel weiter als Frau Jauch, die zu Beginn der Bewilligung der EM-Rente noch (normativ) an einem möglichen RTW festhält. Frau Jauch ist insofern ein exemplarisches Beispiel dafür, wie ein zu Beginn des Rentenbezugs noch normativer RTW in die Gewissheit keinen RTW mehr anzustreben übergeht.

4.2.2 Wege in die EM-Rente

4.2.2.1 Krankheitsverläufe und Inanspruchnahmen medizinisch-therapeutischer Angebote

Die Krankheitsverläufe gestalten sich bei unseren Studienteilnehmern sehr variabel und individuell. Dennoch lassen sich vier grundsätzliche Varianten dem Datenmaterial entnehmen.

1. frühe psychisch belastende Erlebnisse. Dabei kann, aber muss es kein traumatisches Erlebnis sein, auf deren Basis sich eine PTBS manifestiert und auch weitere schwere psychische Erkrankungen entwickeln.
2. ein Zusammenspiel aus psychischen und somatischen Beschwerden, wobei die Studienteilnehmer ihre somatischen Beschwerden für den EM-Rentenantrag im Vordergrund sehen; dies kann auch vorliegen, wenn die psychischen Erkrankungen das Krankheitserleben deutlich länger beeinflussen als die somatischen Beschwerden.
3. eine schleichende und anfangs unbemerkten Zunahme ausschließlich psychischer Belastungen in der Arbeitswelt und/oder der Familie, die erst (zu) spät erkannt und behandelt werden.
4. eine Entstehung und Chronifizierung psychischer Beschwerden ohne konkrete Belastungsfaktoren begleitet von einer eher biologischen Ursachenattribution.

Diese Unterscheidung in vier Verschiedene Varianten der Krankheitsverläufe und der Inanspruchnahme medizinisch-psychotherapeutischer Angebote ist durchaus relevant, weil sich daraus Rückschlüsse für einen möglichen RTW aus der EM-Rente ableiten lassen.

Frühe psychisch belastende Erlebnisse

Unter den Studienteilnehmern, die dieser Gruppe zuzurechnen sind, zeigen sich bei genauerer Betrachtung einige Unterschiede, die in drei Subvarianten differenziert werden können.

- a) Personen, die eine innerfamiliäre Traumatisierung als Ursache für ihren langen psychischen Leidensweg benennen.
- b) Personen bei denen das Trauma nicht in der Kindheit in der Familie, sondern im späteren Leben, vornehmlich im Kontext der Arbeitswelt, aufgetreten ist.

c) eine zwar stark psychisch belastende Kindheit, in der jedoch kein Trauma erwähnt wird und im biografischen Verlauf weder eine PTBS-Diagnose gestellt wird noch eine Retraumatisierung vorzufinden ist.

Trotz konkreter Anhaltspunkte für die Aufteilung in drei Subvarianten lassen sie sich die einzelnen biografischen Verläufe nicht immer trennscharf unterscheiden. Beispielhaft dafür etwa Herr Hubert. Allein mit Blick auf die multiplen und schweren psychischen Erkrankungen ist er der Subvariante a) zuzurechnen. Es deutet auch vieles darauf hin, dass er in seiner Kindheit traumatischen Erlebnissen ausgesetzt war; er erwähnt jedoch an keiner Stelle eine PTBS-Diagnose oder eine Retraumatisierung. Weiter deutet auch das Vorhandensein von verschiedenen für die Subvariante c) charakteristischen Phänomenen darauf hin, dass Herr Hubert mehr dieser Variante zuzurechnen ist. Gestützt wird diese Zuordnung auch mit der verstärkten Krankheitsarbeit im EM-Rentenbezug, die bei den Studienteilnehmern der Subvariante a) deutlich geringer ausfällt.

Offen benannte Trauma in der Kindheit

Menschen, die in ihrer Kindheit und in ihrer Familie traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt waren, erweisen sich in der Regel als sehr therapieerfahrene Personen, die vielfache Strategien entwickelt oder vermittelt bekommen haben, den konkreten und wiederkehrenden psychischen Belastungen entgegenzuwirken: *„fünf Minuten nehme um einfach runterzukommen, ne so wo ich durchatmen muss und äh ne einfach äh n-Atemübungen mache“ (Günther 1, Z. 245-248)*. In der Regel weisen diese Personen auch eine Vielzahl an psychischen Erkrankungen auf, die sie im Laufe ihrer psychiatrischen und psychologischen Behandlung diagnostiziert bekommen. Die Bewilligungsdiagnose der EM-Rente (in unsere Stichprobe wurden ausschließlich Personen mit F3- und F4-Bewilligungsdiagnose eingeschlossen) stellt für die entsprechenden Studienteilnehmer interessanterweise nur eine untergeordnete Erkrankung dar. Eine Depression ist *„sehr schnell dann als federführende Diagnose (...) also Angststörung PTBS ist dabei ((lacht)) Depressionen was immer Sie haben wollen“ (Günther 1, Z. 463-483)*.

Ihre zahlreichen Diagnosen erhalten die Menschen in dieser Gruppe meist erst im mittleren bis höheren Erwachsenenalter. Das liegt insbesondere daran, dass sie ihre traumatische

Kindheit in der Jugend und als junge Erwachsene nicht behandeln lassen (wollen). Rückblickend sagt z.B. Herr Günther im ersten Interview: „frag mich manchmal ähm heute oft ob's diese Hilfe die es heute so gibt damals auch gegeben hat, und wenn ja warum hab ich sie nicht bekommen? oder hat es sie nicht gegeben?“ (Günther 1, Z. 363-366). Damit erkennt er sehr deutlich an, dass seine traumatisierende Kindheit behandlungsbedürftig war; gleichfalls zeigen seine Formulierungen aber auch, dass er sich weder über mögliche Therapien informiert hat, noch sich selbst in der Initiative sieht. Deshalb kommt es bei Herrn Günther wie auch bei den anderen Personen dieser Subvariante zu einer langen Zeit der Verdrängung der traumatischen Kindheit und zu einer Reproduktion des Verhaltens bzw. der Verhältnisse in der Partnerschaft, die von einer Zunahme psychischer Belastungen geprägt ist. Trotz der steigenden Belastungen bieten die Verhältnisse einen Rahmen, in dem die psychischen Erkrankungen als handhabbar und kontrollierbar eingeschätzt werden, bis eine Retraumatisierung schließlich die labile Stabilität zerstört.

„2012 hat sich mein Bruder suizidiert und da sind bei mir alte Traumata ausgebrochen ich hab dann auch von meinem Mann zwei Jahre getrennt gelebt weil wir hatten ne schwere Ehekrise damals schon (.) und irgendwie hab ich's auch nicht mehr in Griff bekommen also ich hatte diese Borderline Erkrankung schon früher aber ich bin eigentlich einig=einigermaßen zurechtgekommen damit (.) aber dann ging's nicht mehr und dann war ich verschiedenen Kliniken und der vorletzte Klinikaufenthalt der hat mich eher retraumatisiert da sind 'n paar Sachen vorgefallen die nicht so gut waren“ (Fabian 1, Z. 6-16)

Auf die Retraumatisierung folgt eine grundlegende Veränderung des Lebens. Den Betroffenen gelingt in der Regel eine Befreiung aus den belastenden Verhältnissen und sie suchen aktiv nach medizinisch-therapeutischer Behandlung. Ziel der Behandlung sind zunächst nur Verhaltensänderungen; schnell wird ihnen aber klar, dass eine grundlegende Aufarbeitung der Biografie und der aufgeschichteten psychischen (Co-)Erkrankungen, in Angriff genommen werden muss, die sehr schmerzhaft ist und sich über viele Jahre ausdehnt. Die Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Angebote unsere Studienteilnehmer ist sehr umfangreich; alle suchen sich einen niedergelassenen Psychotherapeuten oder Psychiater. Meistens schließt das auch mehrere Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken und psychosomatischen Rehas mit ein. Neben Erfolgen berichten sie aber auch von Rückschlägen.

„(J)a nach dem ersten Klinikaufenthalt war es eigentlich besser da dachte ich ja ich pack es und dann wollte ich um diese Traumata zu bearbeiten den zweiten Klinikaufenthalt weil ich gemerkt hab das belastet mich nach wie vor sehr und in zwei- der zweite Klinikaufenthalt ist einfach schiefgelaufen die haben alles aufgerissen und mich dann nach Hause geschickt und dann ging es mir erst mal wesentlich schlechter“ (Fabian 1, Z. 148-156).

Weiter erklären sie, dass allein die Inanspruchnahme verschiedenster Angebote ihre psychischen Beschwerden nicht lindern kann, sondern die Hauptaufgabe der Aufarbeitung der Belastungsgeschichte bei ihnen liegt.

„(D)as zieht sich wie ´n roter Faden im Grunde genommen ne und das ist so ´n ewiges, dagegen Angehen und man wird wirklich müde darüber (.) ne und man wünscht sich einfach ne Akzeptanz ne (.) (1) ((holt tief Luft)) (....) das hört man überall und das hört ((lachend)) man auch in den (Rehan?), ist immer ich muss akzeptieren (.) ich muss akzeptieren wie mein Leben ist ich muss akzeptieren was mir passiert ist, ne also jeder verlangt ne Akzeptanz von mir, ne? und ich muss heute etwas akzeptieren was ich (1) mh ich sag mal mit Retraumatisierung, äh 2010 ja nie habe haben wollen (.) ich habe das nicht haben wollen (.) ne so (.) (1) und bin aber derjenige der das nehmen muss und ((holt tief Luft)) (2) ich stell mich dieser Aufgabe“ (Günther 1, Z. 330-343).

Mit neuen Diagnosen werden wieder neue Erklärungsansätze im Rahmen der Therapien, der psychosomatischen Rehas und der psychiatrischen Klinikaufenthalte aufgeworfen. Die eigene Vergangenheit wird so verstehbar und die Akzeptanz der Krankheit gefördert: *„also und in der Klinik hab ich dann auch die, Diagnose von ner dissoziativen Identitätsstörung bekommen und, das hat für mich Einiges erklärt warum manches so schwierig war in meinem Leben“ (Fabian 1, Z. 37ff.).* Mit der Aufarbeitung der eigenen Leidensgeschichte stellen sich langsam allmähliche Erfolge ein: *„wenn ich in die Arbeit ging und das Tor ging auf dann war ich ´n anderer Mensch also es war, ich konnte arbeiten und jeder hat gedacht ich bin immer lustig und fröhlich und immer gut drauf und wenn ich wieder rausgegangen bin war ich wieder wer anders“ (Fabian 1, Z. 41-44).* Darauf aufbauend etablieren sie Strategien des kontrollierten Entgegenwirkens in Krisensituationen.

„(R)esultierend aus meiner Reha weiß ich ganz einfach auch dass äh diese Trigger die es da gibt äh mit überwiegend Frauen, oder auch nem bestimmten Klientel an Männern äh natürlich mit meiner Vergangenheit zu tun haben (.) ne? und ähm es bis zu einem

bestimmten Level dann eben halt immer geht äh mh mh dass ich sagen kann okay da nehm ich mich raus, oder ich zieh mich zurück oder ne ü- schlaf mal ne Nacht drüber also all diese Dinge die man so halt ne ((hustet?)) für sich so auf ´m Schirm hat und versucht umzusetzen“ (Günther 1, Z. 91-99).

Trotz der oft großen Therapieerfolge gelingt es diesen Studienteilnehmern aber dennoch nicht, in Erwerbsarbeit zu verbleiben. Gerade für Personen in dieser Gruppe ist das eine große Enttäuschung, da die Arbeit in ihrem Leben einen durchgängig stabilen Gegenpart zum psychisch belastenden Leben in der Kindheit und Partnerschaft darstellt. Mit dem EM-Rentenbezug bricht dieser Teil weg.

Traumatisierung im Rahmen der Erwerbsarbeit

Die Studienteilnehmer dieser Subvariante eines frühen belastenden Erlebnisses sind in unserer Stichprobe selten vertreten. Vor dem Eintritt in die EM-Rente haben sie kaum Kontakt mit der DRV. In Folge der im Rahmen der Erwerbsarbeit aufgetretenen psychisch belastenden Ereignisse sieht sich insbesondere die gesetzliche Unfallversicherung in der Zuständigkeit. Infolge eines Arbeitsunfalls (z.B. Frau Walther) oder einer misslungenen Behandlung einer arbeitsbedingten Erkrankung, die dauerhafte Folgeschäden nach sich zieht (z.B. Herr Volker), werden von Seiten der zuständigen Berufsgenossenschaften zahlreiche (Anschluss-)Behandlungen gewährt, um die entstandenen somatischen Beschwerden zu lindern und die möglichst vollständige Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen: *„von 90 bis 98 hatte ich äh fast jedes Jahr ne OP oder ne längerfristige Reha Maßnahme“ (Walther 1, Z. 152f.)*. Das gelingt aber nur bedingt. Alle Personen dieser Subgruppe leiden bis heute stark unter somatischen Beeinträchtigungen. Frau Walther bekommt zwischenzeitlich sogar eine EM-Rente wegen ihrer somatischen Beschwerden bewilligt.

„(U)nd ich bin dann aus der Verrentung noch mal raus ähm (1) hab das also nicht noch mal äh (1) verlängert beantragt (.) und hab aber muss ich heute sagen den gleichen Fehler wieder gemacht und mich in die Arbeit gestürzt“ (Walther 1, Z. 43-47).

Entscheidend für den Krankheitsverlauf und die Beantragung der EM-Rente ist jedoch, dass die zuständigen Berufsgenossenschaften sich über viele Jahre dagegen wehren, die mit dem Ereignis verbundene psychische Belastung anzuerkennen; selbst den Betroffenen gelingt es über lange Zeit nicht, diese Zusammenhänge zu erkennen. Frau Walther erklärt sich das über

das geringe Wissen über die Behandlung von psychischen Traumata in der Zeit ihres Arbeitsunfalls:

„aber dann muss ich natürlich äh (1) äh die Medizin ´n bissl in Schutz nehmen 1990 war man mit diesen psychologischen Behandlungen äh (1) was Traumata anging noch m- bei Weitem nicht so weit wie man das heute ist ja“ (Walther 1, Z. 175-178).

Die nicht behandelte und erst viel später diagnostizierte PTBS wirkt sich negativ auf den weiteren Lebensverlauf im Privaten wie im Beruflichen aus. Mit zunehmender psychischer, und für sie selbst über einen langen Zeitraum unerklärlichen, Vulnerabilität wird die Biografie brüchig. Den betroffenen Personen gelingt es nur sehr schwer und begrenzt, eine stabile Partnerschaft und Familie aufzubauen: *„ich hab dann meinen Sohn bekommen ist hart wenn man das als Mutter sagt aber es ist so (1) eben auch weil ((räuspert sich)) ´n Kind erwartet wurde“ (Walther 1, Z. 532ff.).* Die Berufsbiografien verlaufen brüchig; häufige Stellenwechsel, Fort- und Weiterbildungen sowie Umschulungen prägen die Erwerbsbiografie.

„(J)a und dann war natürlich wieder ((räuspert sich)) Kündigung wieder gekriegt (...) ich denk komm, arbeitslos ist auch wieder scheiße sag ich ne obwohl es mir so, körperlich und seelisch k- überhaupt nicht mehr gut ging ne (.) ich denk mir aber w- aber so ist es auch nix ne wollt ich meiner Frau auch nicht antun ne“ (Volker 1, Z. 1764-1785).

So können über 20 Jahre vergehen, ohne dass eine psychische Erkrankung bei den Personen dieser Subgruppe erkannt und behandelt wird. Zwar sieht etwa bei Frau Walther eine Therapeutin in einer Schmerzlinik zwischenzeitlich Anzeichen einer PTBS, doch wird auch bei ihr wegen der großen Zeitspanne zum Ereignis eine Behandlung zunächst nicht in Betracht gezogen.

„(D)ort die Psychologin ähm (1) schriftlich fixiert dass sie vermutet dass da so ne PTBS noch (1) im Raum steht und das behandelt werden muss aber es geht immer am Ende um Leistungen ja und dann sagt der Leistungsträger na kann ja gar nicht sein nach so viel Jahren ja das war so und äh da kann ich für mich sagen hab ich noch mal sieben Jahre verloren“ (Walther 1, Z. 186-195).

2014 erleidet Frau Walther schließlich einen psychischen Zusammenbruch und muss dauerhaft in psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung. Sie begibt sich unverzüglich in eine auf PTBS spezialisierte psychiatrische Einrichtung und erhält anschließend eine durchgängige Psychotherapie, worüber sie ganz intensiv ihre PTBS und die langen Jahre

der schleichenden Chronifizierung aufzuarbeiten versucht. Herr Volkers Weg in eine in psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung und damit in die Anerkennung seiner PTBS verläuft ebenso brüchig. Einen ersten Kontakt zu einem Psychiater sucht er nach dem Tod seiner Mutter.

„(D)as war wo, damals meine Mutter gestorben ist 2010 da hab ich's erste Mal 'n Psychiater aufsu- aufgesucht auf Anraten von meinem Hausarzt ne (.) der hat gesagt, du bist ja mit den Nerven so runter ne geh mal zum Psychiater“ (Volker 1, Z. 3050-3058).

Die begonnene Therapie bricht er nach kurzer Zeit ab, weil die Nebenwirkungen der Psychopharmaka seine somatischen Beschwerden verschlimmern. Damit wird die Diagnose einer PTBS um weitere sechs Jahre hinausgezögert. In der Zwischenzeit geht Herr Volker wieder arbeiten, wird aber ständig nach Kurzem gekündigt. Schließlich lässt er sich am Ende seines letzten Beschäftigungsverhältnisses krankschreiben und wechselt nach dem Ende des Krankengeldes in die Arbeitslosigkeit. Als dann auch der AGL I Bezug endet, rät ihm sein Hausarzt, sich in die Hände eines Facharztes zu begeben, der ihm die Teilnahme an einer psychokardiologischen Reha ermöglicht, wo er erstmals die Diagnose PTBS erhält.

„(U)nd dann stellte sich heraus dass=dass ich ne, posttraumatische Belastungsstörung habe (.) die p- dieser Nierenverlust und, diese (unv.) Geschichte mit Katheder Entzündung was die ganze Scheiße wat wat da alles schiefgelaufen ist ne u:nd da haben die gesagt das können wir nicht behandeln“ (Volker 1, 2624-2634).

Bevor er deshalb die Reha vorzeitig beendet, erhält er in der Klinik Unterstützung beim Antrag auf eine EM-Rente vom Sozialdienst. Eine Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit wird seitens der Klinikleitung für Herrn Volker ausgeschlossen. Auch Frau Walther erhält Unterstützung bei ihrem Antrag auf eine EM-Rente seitens ihrer „Ärzte und Psychologen“ (Walther 1, Z. 66); allerdings erst zwei Jahre nach der erstmaligen Diagnose PTBS. Wegen der langjährigen Chronifizierung scheinen in dieser Subgruppe der Studienteilnehmer die sehr späten Behandlungsversuche den Erhalt der Erwerbsfähigkeit nicht mehr beeinflussen zu können. Dafür sind mehrere Faktoren ursächlich: das wenig verbreitete Wissen über die Behandlung von Traumata Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre, die lang andauernde Abwehr der Anerkennung psychischer Folgen des traumatisierenden Ereignisses seitens der Berufsgenossenschaften, sowie die Verdrängung und Verleugnung einer psychischen Erkrankung von Seiten der betroffenen Personen.

Riskante Familienkonstellationen

Diese Subvariante der frühen psychisch belastenden Erlebnisse unterscheidet sich von der ersten (offen benannte Trauma in der Kindheit) vor allem darin, dass die entsprechenden Studienteilnehmer sich zwar wegen ihrer Kindheit und Jugend in ihrer Herkunftsfamilie stark psychisch vorbelastet sehen, aber nicht traumatisiert. Charakteristisch sind hier mehrere Phänomene:

- Psychisch belastende Kindheit;
- Flucht aus der Familie mit dem Erreichen der Volljährigkeit;
- Berufswahl wird stark durch die psychisch belastenden Erlebnisse in der Kindheit geprägt;
- Aufnahme einer psychisch belastenden Partnerschaft;
- Häufige soziale Konflikte in der Arbeitswelt (z.B. Mobbing).

Diese charakteristischen Phänomene dieser Subgruppe sind mit Blick auf einen möglichen RTW von besonderer Relevanz, weil allen jüngeren Frauen es aus Eigeninitiative oder mit Unterstützung gelingt, bis zum dritten Interview einen RTW in den allgemeinen Arbeitsmarkt oder in den geschützten Arbeitsmarkt durchzuführen bzw. ein realistisches Szenario für den RTW zu entwickeln, der kurz vor der Umsetzung steht. Wir finden also in dieser Subvariante eine Konstellation, die bei einer RTW-Unterstützung in den Blick genommen werden sollte und die folgenden Merkmale zeigt:

Frau in den 30ern, F3-Hautdiagnose, Flucht mit dem Erreichen der Volljährigkeit aus dem psychisch belastenden Elternhaus, durch die Kindheit geprägte Berufswahl, psychisch belastende Partnerschaft, tendenziell soziale Konflikte in der Arbeitswelt. Letzteres kann aber nicht verallgemeinert werden, da neben dem Eckfall Frau Kunert auch der minimale Kontrastfall Frau Dietmar zu dieser Gruppe gehört, die (als einzige in dieser Gruppe) von keinen Konflikten in der Arbeitswelt berichtet.

Die charakteristischen Phänomene werden im Folgenden Einzelnen beschrieben. Dabei wird weitestgehend auf die Darstellung der Krankheitsverläufe von Frau Dietmar und Frau Kunert verzichtet, da sie im Kapitel 4.2.1. ausführlich behandelt werden.

Gründe, warum die eigene Kindheit als psychisch belastend erlebt wurde, können ganz unterschiedliche sein. Zu nennen sind hier vor allem Gewalterfahrungen in der Kindheit, die

zwar kein Trauma aber dennoch eine psychische Vulnerabilität auslösen: *„hab die Schläge meines Vaters ertragen müssen“ (Hartmut 1, Z. 154)*; Vernachlässigungen und fehlende Wertschätzung: *„ich konnte machen was ich wollte, ich hab's ihm nie Recht gemacht“ (Hartmut 1, Z. 622)*, übersteigerte Leistungsansprüche:

„ja mei Papa der ist Beamter, und, hat immer so von oben herab also es musste immer alles 100 Prozent sein alles musste gut sein es galt nur seine Meinung es (1) ja wenn was ned nach ihm gangen ist er hat Wutausbrüche gehabt er hat mich gewürgt er wollt, mich umbringen er wollt“ (Paul 1, Z. 102-105),

aber auch *Alkoholismus im Elternhaus: „meiner, immer feuchten Familie“ (Hubert 1, 686).*

In besonderer Weise psychisch belastend ist die Kindheit von Frau Seller. Sie wird im Alter von 12 Jahren vom Jugendamt in einem Kinderheim untergebracht, nachdem ihre Mutter gestorben war und der psychisch kranke Vater *„war nicht in der Lage sich zu kümmern“ (Seler 1, Z. 543f.)*. Die sechs Geschwister werden dabei voneinander getrennt in unterschiedlichen Heimen untergebracht. Während ihres Heimaufenthaltes wird sie psychotherapeutisch begleitet, was Frau Selers Krankheitsarbeit aber nicht maßgeblich beeinflusst.

Die Loslösung vom Elternhaus bzw. vom Kinderheim erfolgt mit Erreichen der Volljährigkeit (etwa Frau Stoph, Frau Paul, Frau Ritzel). Nahezu fluchtartig stürzen sich die entsprechenden Studienteilnehmer mit beginnender Berufsausbildung oder dem Studium in ein neues Leben; einige Männer nutzen dafür auch die Armee.

„(U)nd äh ich hab dann auch ganz bewusst gesagt wie kann ich mich A – vom Elternhaus lösen? ich muss weg, ich kann das nicht mehr ertragen (...) und ich war ja in die Richtung erwachsen was heißt erwachsen in Richtung Volljährigkeit 18 und so weiter (...) und hab mich dann als äh freiwilliger Soldat bei der Bundeswehr beworben weil das war meine einzige Chance“ (Hartmut 1, Z. 643-652).

Mit dem Verlassen des Elternhauses versprechen sich die Studienteilnehmer den Aufbau eines „normalen“ und psychisch belastungsfreien Lebens. Daher sehen sie in der Regel auch keine Notwendigkeit einer Behandlung für sich. Allein Frau Kunert erkennt, dass ihr biografischer Ballast behandlungswürdig ist; sie vernachlässigt aber bald die Therapie zugunsten der biografischen Arbeit, nachdem sie neuen sozialen Halt gefunden hat.

Mit der Loslösung vom Elternhaus ergreifen die entsprechenden Studienteilnehmer i.d.R. einen Beruf; die Berufswahl wird stark von ihrem Elternhaus und den daran gebundenen Erfahrungen psychischer Belastungen beeinflusst. Herr Hubert geht, aufgrund der begrenzten Möglichkeiten der Berufswahl in der DDR, als einziger dieser Gruppe einen anderen Weg: *„ich hab ja auf ´n letzten Pfiff die Lehre gekriegt als Zerspanner ich hatte gar keene Lust Zerspanner zu machen no ich hab´s o war ja jeden Tag betrunken“* (Hubert 1, Z. 743ff.). Doch auch an seinem Fall zeigt sich deutlich, wie wenig selbstbestimmt die Berufswahl erfolgte und stattdessen strikten Vorgaben folgt, die etwa bei Herrn Hartmut direkt aus dem Elternhaus stammen.

„(I)ch bin äh mh mh so Maschinen Getriebe haben mich interessiert, hab mich dann einfach heimlich dann angemeldet Prüfung bestanden und sollte dann den Lehrvertrag unterschreiben mein Vater war jahrelang auf, auf (Rapport?) (.) dann sagt er nee mein Junge erst mal n- kriegte ich wieder Schläge (1) erst mal hast du dat mit mir abzustimmen und zweitens machst du auf keinen Fall die Arbeit ich such dir ´n Handwerk (.) (1) dann war ich wieder in die Ecke gestellt war das Thema durch und dann hab ich dreieinhalb Jahre (1) Heizung (unv.) gelernt im Handwerk“ (Hartmut 1, Z. 633-640).

Andere Studienteilnehmer dieser Subvariante psychisch belastender Erlebnisse in der Kindheit zeigen sich deutlich selbstbestimmter. Ähnlich wie bei den Eckfällen Frau Kunert und Frau Dietmar ist aber auch bei ihnen die Berufswahl durch die psychisch belastende Kindheit beeinflusst.

Eng an den Aufbau eines „normalen“ Lebens ist neben dem Erlernen und Ausüben eines Berufs auch der Beginn einer Partnerschaft mit Familienplanung geknüpft. Dies gelingt jedoch den meisten nicht wie gewünscht, wofür unterschiedliche Ursachen genannt werden, die immer auf eine psychische Belastung in der Partnerschaft hinweisen, insbesondere Co-Abhängigkeiten von einem süchtigen Partner: *„da hab ich dann mit eener Alkoholikerin zusammengewohnt hab ich aber ne gewusst (.) die hat mich ja dann da war ich co-abhängig“* (Schramm 1, Z. 277-282). Hier wird an eine biografische Erfahrung angeknüpft, für eine psychisch kranke Person sorgen zu müssen.

„(D)ie beiden Ehen die=die letztendlich gescheitert sind natürlich auch mit meinem Dazutun gar keine Frage (.) aber bei der zweiten äh die hat mich im Prinzip mh sie war ne geschlagene Frau Alkohol die Kinder sollten umgebracht werden da fühlte ich mich berufen aus falsch verstandener Liebe (unv.) der Samariter zu spielen“ (Hartmut 1, Z. 954-958).

Wie das Zitat von Herrn Hartmut bereits andeutet, scheitern die Partnerschaften dieser Studienteilnehmer nach wenigen Jahren. Teilweise wiederholen sich, wie in der eigenen Biografie, mit dem Scheitern der Partnerschaft die negativen Folgen für die eigenen Kinder: „also das war e ganz großer Knackpunkt eigentlich der größte der mir o noch leidtut weil die Kinder drunter gelitten haben“ (Hubert 1, Z. 795f.). Frau Paul lebt jahrzehntelang mit ihrem Mann zusammen, obwohl die Beziehung längst beendet ist. „Aber er ist nie ausgezogen also durch das dass er dann in Rumänien, war, war er ähm wie gesagt fast drei Jahre lang weg kam vielleicht zwei drei Mal im Jahr zu Besuch sag ich jetzt einmal, ich wusste dass er da unten ne Freundin hat“ (Paul 1, Z. 235-239).

Psychische Belastungen finden sich jedoch nicht nur in der Partnerschaft, sondern häufig auch in sozialen Konflikten oder Problemen in der Erwerbsarbeit. Insbesondere Herr Schramm berichtet darüber sehr ausführlich.

„(J)a ich konnte ja nur no- machen was ich wollte ((haut auf Tisch)) es war (1) hab ich mich zurückgezogen na was denn du bist (unv.) eener sagte eener, ich hab im Auto noch gesessen und Radio was gehört, ah du kommst ja gar ne mehr aus ´m Auto raus (.) (1) mh sitz ich daneben, was sitzt ´n du schon wieder hier? (Schramm 1, Z. 518-522).

Ähnliche Erlebnisse finden sich aber bei vielen anderen Studienteilnehmern dieser Subvariante: „wenn man zum Beispiel sich krankgemeldet hat dann waren die anderen Kollegen beleidigt“ (Seler 1, Z. 222f.). Soziale Probleme und Konflikte können aber auch aus einer zunehmenden Arbeitsbelastung entstehen: „dann sagt der Endmontage Arbeiter du brauchst dich bei mir nicht beschweren der Abteilungsleiter hat gesagt mach dem neuen Jungen mal Dampf“ (Hartmut 1, Z. 295ff.). Völlig unabhängig davon, auf welcher Basis soziale Konflikte und Probleme in der Arbeitswelt entstehen, sie wirken als psychische Belastung auf die Studienteilnehmer und summieren sich mit den psychischen Beschwerden, die im Rahmen der fehlgeschlagenen Partnerschaft entstanden sind (etwa bei Frau Bischoff).

Schließlich kommt es zu einem psychischen Zusammenbruch. Bei den weiblichen Studienteilnehmern deutlich früher als bei den Männern dieser Subgruppe. Erst jetzt werden psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote intensiv genutzt. Zumeist führt der Weg zunächst in eine klinische Behandlung (Psychiatrie oder psychosomatische Reha) in der erstmals mit der Aufarbeitung der Biografie begonnen wird: „(D)ann hab ich hier letztes Jahr äh in dieser Klinik ganz viel erfahren (1) was ich vor was mir vorher nicht bewusst war warum

ich so ticke wie ich ticke“ (Seler 1, Z. 27-30). Daran schließt sich eine lang andauernde Behandlung bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten oder einem Psychiater an, mitunter unterbrochen von weiteren Aufenthalten in einer Psychiatrie oder Rehaklinik. In Erwerbsarbeit kehrt kaum einer dieser Studienteilnehmer und wenn, dann auch nur für wenige Monate, zurück. Meistens wird bereits beim ersten Klinikaufenthalt oder kurz danach beim niedergelassenen Arzt die Empfehlung ausgesprochen, einen Antrag auf eine EM-Rente zu stellen: „deswegen wurde mir nahegelegt diese Rente zu beantragen“ (Seler 1, Z. 72f.). Während sich die Gruppe der jüngeren Frauen darauf einlässt und den Antrag umgehend bei der zuständigen DRV einreicht, zeigt sich bei den Männern zunächst eine Abwehr. Erst nachdem sich somatische Begleiterscheinungen einstellen, die Berufsbiografie brüchiger wird bzw. die Motivation zu einer Rückkehr in Arbeit immer weiter sinkt, stellen sie, unterstützt von den begleitenden Fachärzten und/oder vom Partner, letztendlich doch den Antrag auf eine EM-Rente.

„(A)Iso der Auslöser war eigentlich der erste war der Orthopäde (.) der hat gesagt weil ich sage äh äh was=was soll ich ´n jetzt ich geh arbeiten een Monat ich hab vor zwei Jahren in innerhalb eines Jahres fünf Arbeitsplätze gehabt weil ich´s ne ausgehalten bin o psychisch bedingt, no? weil die Schmerzen immer stärker wurden und sich von Tag zu Tag summierten wenn sie keene Entlastung hatten (...) da hat der gesagt er sagt wie soll ´s weitergehen können wir ne in Richtung Teilzeit oder was? da sagt er wir machen jetzt en EU-Antrag (.) er war der Erste (.) der Psychologe dann danach der Zweite“ (Hubert 1, Z. 67-82).

Komorbide Krankheitsverläufe

Bei den Studienteilnehmern dieser Variante haben wir es mit Personen zu tun, die ihre somatischen Beschwerden im Vordergrund sehen. Hier sind besonders Frau Schnabel und Frau Wenda zu nennen, deren Leben sich rund um ihre vielfältigen somatischen Krankheiten organisiert. Einige Teilnehmer, wie etwa Frau Huth, waren bei den Interviews überrascht, als das Thema psychische Beschwerden angesprochen wurde, weil sie diese bei sich nicht sehen. Diese Personen waren der Meinung, dass ihnen die EM-Rente allein wegen ihrer somatischen Erkrankungen bewilligt wurde. Die im Datenmaterial vorgefundenen Subvarianten gliedern sich folgendermaßen auf:

a) Menschen, die seit vielen Jahren an somatischen Beschwerden leiden und die sich chronifiziert haben und zu sowohl somatischen als auch psychischen Folgeerkrankungen führen.

b) psychische Beschwerden und Belastungen, die im biografischen Verlauf immer wieder auftreten, manchmal bereits sehr früh, direkt nach der Volljährigkeit. Die psychischen Beschwerden werden aber nur als Episode gesehen, die überwunden werden kann. Im späteren biografischen Verlauf dominieren dann somatische Beeinträchtigungen, die von einem neuerlichen Auftreten psychischer Beschwerden begleitet werden.

Schwere somatische Erkrankung mit psychischer Komorbidität

Die Ursachen für die somatischen Erkrankungen werden ausschließlich in der Arbeitswelt gesehen. Verantwortlich gemacht werden hauptsächlich langjährige und starke Überlastungen: „also machen wir weiter solange bis dass wir kaputt sind“ (Gerhard 1, Z. 191f.) oder Arbeitsunfälle. Weiter wird auch nach biologischen Erklärungsansätzen für die somatische Erkrankung gesucht: „nicht ausgebrochen ist das Lip Lymphödem bei den Kindern“ (Arndt 1, Z. 1285f.).

Die Krankheitsverläufe dieser Studienteilnehmer sind geprägt von aus ihrer Sicht falsch gestellten Diagnosen, falschen Erklärungen der Symptome und damit auch fehlerhafter Behandlungsversuche. Damit einher geht auch das Gefühl der Stigmatisierung im Gesundheitssystem.

„(D)as Eenzige was die machen wollten war ne Fastenkur und vom Gewicht runter (.) wo ich gesagt mit dem Lip Lymphödem, habt ihr da keene Chance (.) (2) ja dann haben sie meine, die Schilddrüsenmedikamente hoch genommen damit ich leichter abnehme und was weeiß ich was alles probiert und das hat aber och alles nichts gebracht (.) im Endeffekt haben sie gesagt bei Ihnen hilft nur eens wir müssen Sie in die Tsychiatrie einweisen“ (Arndt 1, Z. 852-858).

Zu den vererbten oder in der Arbeitswelt entstandenen somatischen Grunderkrankungen gesellen sich weitere somatische Beschwerden, die immer mehr einschränken.

„(F)angen wir mal von oben an hier hinten im=im Halsbereich hab ich ´n (Prodabs?) drin also sprich ´n Bandscheibenvorfall wirkt sich nach rechts links auf die Schultern aus, geht

in die Arme rein da unten auf beiden Händen hab ich äh hier die Einengung sprich Karpaltunnelsyndrom heißt der Scheiß (.) so ab und zu muss ich aufpassen dass mir hier der Kram nicht aus der aus ´n Händen kippt (.) so und dann geht man den Rücken runter und wenn man unten am Ende der=der Lendenwirbelsäule angekommen ist findet man neun Stück davon (.) neun (Prolapse?) also neun kaputte Bandscheiben drin, die Hüftgelenke beide nicht in Ordnung (.) ne und dann kommt die Fibromyalgie die liegt dann noch oben drüber über diesen ganzen“ (Gerhard 1, Z. 255-276).

Wegen der zunehmenden somatischen Beschwerden müssen diese Personen immer mehr Medikamente zu sich nehmen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf Schmerzmedikamenten. Die Medikamente verlieren wegen des Gewöhnungseffekts schnell an Wirkung; es entwickelt sich eine negative Dynamik bis schließlich nur noch sehr starke Medikamente zumindest temporär für Linderung sorgen: *„seitdem bin ich ebend off Methadon weil alles andere durcheinander ging nicht mehr und dann haben die irgendwas gesucht was dann wieder geht“ (Arndt 1, Z. 1364-1369).*

Die starken und zunehmenden Schmerzen, die Stigmaerfahrungen im Gesundheitssystem, die immer weiter sinkende Leistungsfähigkeit und das Gefühl, immer mehr aus dem normalen Leben ausgeschlossen zu sein, führen schließlich zu psychischen Beschwerden. Herr Samuel berichtet etwa von einem Burnout nach seinem Arbeitsunfall bei der Rückkehr in Arbeit. Frau Arndt spricht von einer Depression *„an der ich heut noch zu knapsen hab“ (Arndt 1, Z. 560f.)* und Herr Gerhard spricht offen seine daraus resultierenden häufigen Suizidgedanken an: *„und ich hab´s schon fertig gebracht hab ´n Schlüssel in der Hand gehabt und wollte mich umbringen (.) ((weinend)) hab ich heute noch Probleme mit, a:ch Scheiße“ (Gerhard 1, Z. 286-289).* Trotz der psychischen Belastungen aufgrund der somatischen Beschwerden sehen diese Studienteilnehmer in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten aber keine Hilfe. Hemmschwellen für die Inanspruchnahme liegen in der schlechten regionalen Versorgungslage sowie in der Präferenz der Schmerzbehandlung gegenüber der psychiatrisch-psychotherapeutischen. Vor allem stehen aber mögliche Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten im Vordergrund.

„(W)eil die Tsychopharmaka dann ja och nicht wirken oder nicht in dem Maße mit den Wechselwirkungen (.) dann kommen die wieder an und sagen die können dann eben nüscht machen das Eenzige was bleebt wär wirklich ne Sch- Gesprächstherapie und ich muss ganz ehrlich sagen da drauf hab ich keene Lust“ (Arndt 1, Z. 1554-1560).

Die Ablehnung einer Gesprächstherapie bei Frau Arndt findet sich auch bei den anderen Studienteilnehmern dieser Subvariante. Das mag einerseits daran liegen, dass für sie die psychischen Beschwerden nicht einen so hohen Stellenwert in ihrer Beeinträchtigung einnehmen, wie die somatischen. Andererseits steht das auch in Zusammenhang mit ihrer langjährigen Behandlungserfahrung der somatischen Beschwerden und einer damit einhergehenden biografisch erworbenen Fokussierung auf Medikamente zur Linderung von Beschwerden.

In den Krankheitsgeschichten der hier angesprochenen Studienteilnehmer ist ein starker Fokus auf somatische Erkrankungen zu finden. Die psychischen Beschwerden werden nur randseitig und als Folge der somatischen Belastungen genannt. Nicht nur für diese Studienteilnehmer, sondern tendenziell auch für uns war es bei den Interviews daher überraschend, dass sie wegen einer F3- oder F4- Hauptdiagnose EM-berentet wurden. In Ansätzen könnte dies für diese Subvariante die in den F4-Diagnosebereich der ICD-10 fallende somatoforme Belastungsstörung erklären, weil alle dieser Subvariante zugehörigen Studienteilnehmer wegen einer F4-Diagnose berentet wurden; eine detailliertere Diagnoseaufschlüsselung liegt leider nicht vor. Dieser Erklärungsansatz erweist sich jedoch als vage in Anbetracht der ähnlichen Geschichten von Personen der folgenden Subvariante, die mehrheitlich wegen einer F3-Diagnose EM-berentet wurden. Der Verwendung einer F-Diagnose als Hauptdiagnose trotz der mehrheitlich somatischen Beschwerden scheint aus unserer Sicht mehr eine strategische Komponente bei der Beantragung einer EM-Rente zu sein.

Episodale psychische Krankheitsgeschichte mit Dominanz der somatischen Beschwerden

Die Studienteilnehmer dieser Subgruppe weisen häufige psychische Beschwerden im Vorfeld ihrer schweren somatischen Erkrankung auf, die sie aber als gut bearbeitet einschätzen. Frau Dante z.B. spricht davon, einmal eine Depression während einer Umschulung gehabt zu haben. Für die depressive Episode kann sie auch klare Ursachen benennen, was ihr selbstverständlich dabei hilft, die psychischen Beschwerden zu überwinden.

„(D)as war die Umschulung (.) ich hatte dann Angst das alles zu schaffen (.) und dann war noch ´n Todesfall ich hatte ´n sehr guten Kontakt zu meiner Oma und war dort sehr sehr oft und die ist dann in der Zeit och verstorben (.) und damals och diese=diese Kündigung das hab ich gar nicht verwunden“ (Dante 1, Z. 985-989).

Ähnlich ist es bei Frau Stephan. Sie hat zwar im biografischen Verlauf vor der schweren somatischen Erkrankung mehrere Episoden psychischer Beschwerden, sieht diese aber als überwunden an. Das ist in ihrem Fall überraschend, da sie neben einer Wochenbettdepression auch über ein Burnout berichtet, aufgrund dessen sie aus einer psychosomatischen Reha arbeitsunfähig entlassen wurde und bereits zu diesem Zeitpunkt eine EM-Berentung zur Debatte stand: *„und da kam erst das Schreiben Mitte Januar ich=ich könnte Rente beantragen“* (Stephan 1, Z. 1182). Frau Stephan entscheidet sich zum damaligen Zeitpunkt aber noch gegen eine EM-Rente und für einen RTW mittels einer StW, weil sie für sich eine klare Ursache für die psychischen Beschwerden sieht: *„ich bin ´n Perfektionist und das hat mir das Genick gebrochen“* (Stephan 1, Z. 1244). Das Wissen über die konkrete Ursache hilft dabei, die in diesen Biografien sehr spezifisch erzählten psychischen Beschwerden zu überwinden. Im Kontrast zu Frau Dante sucht sich Frau Stephan aber psychotherapeutische Unterstützung: *„ich hab ne Langzeittherapie gehabt von anderthalb Jahren“* (Stephan 1, Z. 1257).

Festzuhalten gilt, dass alle Studienteilnehmer dieser Subgruppe über eine sehr hohe Selbstwirksamkeit verfügen, was sowohl den Umgang mit den psychischen und auch den späteren somatischen Beschwerden betrifft als auch ihre gezielte und selbstgesteuerte Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Angebote. Wichtig ist auch, dass die von Frau Dante und Frau Stephan exemplarisch beschriebenen psychischen Episoden nicht in einem Zusammenhang mit der Krankheit gebracht werden, die zur EM-Berentung führt. Frau Dante möchte so die den ersten somatischen Beschwerden vorhergehende Depression explizit *nicht* im Kontext ihrer Erkrankungsgeschichte hin zur EM-Rente verstanden wissen: *„ich war immer fit immer gesund (.) und es fing eigentlich an äh 2010“* (Dante 1, Z. 4ff.).

Die somatischen Erkrankungen entstehen in der Regel erst viele Jahre nach den ersten Episoden der psychischen Beschwerden. Die Symptome werden anfänglich noch heruntergespielt: *„das angefangen mit=mit äh Muskelbrennen in den Oberarmen (.) da hat das so erst angefangen mal (.) und da hab ich damals noch gedacht ja viel Stress und=und viel Autofahren bis die Arme halt übermüdet sind“* (Bertram 1, Z. 108-111). Bei Frau Dante fallen die ersten Anzeichen einer somatischen Erkrankung deutlicher aus, für sie ist ein zwar erschreckendes aber noch kein dramatisches Ereignis.

„(D)a hatt ich dann nen Kleinhirnfarkt und die haben mich dann in die Klinik gefahren und vor der Klinik geht die Krankenwagentür auf und da krieg ich ´n Lufthauch ins Gesicht

und es war schlagartig alles wieder da (.) ich konnt alles wieder bewegen ich konnt wieder sprechen es war alles wieder da“ (Dante 1, Z. 31-35).

An dieser Stelle muss kurz auf den Sonderfall Frau Karl eingegangen werden, die nicht vollumfänglich in diese Subgruppe passt. Ausschlaggebend dafür ist die Entstehung ihrer somatischen Beeinträchtigung infolge eines Suizidversuchs; die somatische Beeinträchtigung ist damit eine unmittelbare Folge ihrer psychischen Beschwerden.

„2011 hatte ich ´n Unfall das heißt ich bin ähm gut in, eigentlich in ja psychoso=psychosoziale na wie soll ich jetzt sagen (1) naja suizidale Absicht war es nicht wirklich ich hatte zu Hause häusliche Gewalt und hab keinen Ausweg mehr gesehen und bin von einer Brücke gesprungen hab mir dabei den zweiten Lendenwirbel getrümert (.) und äh daraufhin eine inkomplette Querschnittslähmung erlitten sag ich jetzt mal“ (Karl 1, Z. 72-80).

Trotzdem zeigen sich drei Aspekte, in denen Frau Karl mit den weiteren Studienteilnehmern dieser Subgruppe deutliche Übereinstimmungen hat: die lange Behandlungsgeschichte aufgrund der somatischen Beeinträchtigung, die hohe Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung bei der Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Angebote und der (ausschließliche) Fokus auf die somatische Beeinträchtigung bezüglich der EM-Berentung: *„nein das kann gar nicht sein weil ich hab deswegen den Rollst- äh deswegen die Rente“ (Karl 1, Z. 47f.).*

Nachdem die meisten der Studienteilnehmer die ersten Symptome nicht ernst genommen haben, kommt es später, aufgrund weiterer Symptome, zu der Einsicht, sich untersuchen und behandeln zu lassen. Retrospektiv schätzt Frau Dante den Zeitraum zwischen dem Auftreten weiterer Symptome und einer ersten Behandlung als zu lange ein: *„was geblieben ist ist der Drehschwindel und so Dias und Blitze hinterm Auge also besonders bei Belastungen (...) ja und (1) äh dann bin ich in die Reha die kam ziemlich spät“ (Dante 1, Z. 44-55).*

Möglicherweise aufgrund der Versäumnisse, sich möglichst zeitnah nach den ersten Symptomen untersuchen und behandeln zu lassen, folgt eine lange und sehr intensive Behandlungskette. Dabei nehmen die Studienteilnehmer dieser Subgruppe medizinisch-therapeutischer Angebote sehr selektiv und gezielt in Anspruch. Frau Stephan recherchiert z.B. nach Therapien, ihre Schmerzen zu lindern; Frau Dante, Herr Bertram und Frau Erasmus

suchen gezielt nach Spezialisten für ihre somatischen Krankheiten, um möglichst schnell wieder von ihren Beschwerden befreit zu werden.

„(Ich war) noch mal in Berlin dort machen die so’n DNA-Test jetzt gerade um noch mal tiefergründig zu gucken ähm was kann da sein? wo kann es herkommen?“ (Bertram 1, Z. 84ff.).

„(D)ann bin ich dann hier in das Krankenhaus aber die machen von dieser Sorte nur vier Eingriffe im Jahr (.) (1) und hätten mir ´n Nickelprodukt eingesetzt (.) und ich vertrag das nicht (...) ich sag das möchte ich nicht es gibt ´n bioresorbierendes Metall und da haben die gesagt ja das hat die Klinik her nicht das hat äh ne andere (.) na ich sag dann hätt ich von Ihnen gern gewusst wer das jetzt hat“ (Dante 1, Z. 102-110).

Alle Bemühungen bringen aber nur temporäre Erfolge. Es treten weitere behandlungswürdige somatische Beschwerden auf bzw. die vorhandenen Beschwerden nehmen weiter zu und beeinträchtigen den Alltag immer mehr:

„(D)as klappte dann alles ((räuspert sich)), gut war auch alles nur schmerzlindernd (1) ging wieder ´n bisschen und das wurde immer unerträglicher ne? also dann war das wirklich so, ich ha- es hat keine Ruhe mehr geholfen die Tabletten haben nicht mehr angeschlagen es hat gar nichts mehr wirklich gar nichts mehr gewirkt“ (Stephan 1, Z. 176-182).

Begleitet wird die Zunahme der Beeinträchtigungen von neuerlichen psychischen Beschwerden. Frau Erasmus und Frau Stephan berichten z.B. von einer wiederkehrenden Depression. Frau Dante entwickelt einen Waschzwang. Es entsteht schließlich der Gedanke, einen Antrag auf eine EM-Rente zu stellen, da trotz der großen Selbstwirksamkeit ein dauerhafter Verbleib in der Erwerbsarbeit mit den starken somatischen Beeinträchtigungen bei den Studienteilnehmern selbst aber auch bei den behandelnden Ärzten nicht mehr als sinnvoll erachtet wird. Durch die verminderte Leistungsfähigkeit kommt es zudem bei diesen Studienteilnehmern zuvor zu Konflikten in der Arbeitswelt.

Retrospektiv werden die psychischen Beschwerden aus der Vergangenheit und auch die, die im schweren Verlauf der somatischen Krankheitsgeschichte sich entwickelt bzw. reaktiviert haben, für den Antrag auf eine EM-Rente positiv bewertet.

„(A)Iso, wissen Sie, so blöd es sich anhört aber ich konnte zu dieser Zeit sagen, oder froh darüber sein dass ich auch Depressionen hatte (.) ich glaub nicht dass ich sonst krank äh berentet worden wäre“ (Stephan 1, Z. 918-921).

Diese Einschätzung wird bei Herrn Bertrams Weg in die EM-Rente untermauert. Er hatte zunächst allein wegen seiner somatischen Beschwerden einen Antrag gestellt, der aber abgelehnt wurde. Danach geht er in Widerspruch und nennt nun auch psychische Erkrankungen, um die EM-Rente bewilligt zu bekommen. Herrn Bertram, der sich bis zum Widerspruch nicht als psychisch stark beeinträchtigt gesehen hat, absolviert in der Zeit zwischen dem Widerspruch und der Bewilligung seiner EM-Rente eine psychosomatische Reha. Letztere kann er nutzen, um sich mit den psychischen Belastungen, die sich in seiner Biografie aufgeschichtet haben, auseinanderzusetzen: *„und auf deren Impuls hin im Grunde habe ich dann angefangen mich, ja letztendlich äh therapieren zu lassen“ (Bertram 260f.).*

Psychische Erkrankung aufgrund von Belastungen in Arbeit und/oder Familie

Die meisten Studienteilnehmer gehören dieser Variante der Krankheitsverläufe an. Die Erkrankung wird erst im Erwachsenenalter sichtbar. Zum Teil berichten die Studienteilnehmer zwar von latenten psychischen Beeinträchtigungen in der Kindheit, aber sie erzählen keineswegs von einer schwierigen Kindheit oder traumatischen Erlebnissen. Die Krankheitsgeschichten zeigen sich dabei im Erwachsenenalter von ganz unterschiedlicher Dauer. Während manche eine Krankheitsaufschichtung in einem Zeitraum von 10 und mehr Jahren für sich sehen, beschreiben wiederum andere eine sehr kurze Zeit der Erkrankung; z.B. Frau Roland, die im Kapi. 4.2.1.5. ausführlich dargestellt wird. Diese Variabilität der Krankheitsdauer findet sich auch in unserer Fragebogenerhebung wieder (Abbildung 14).

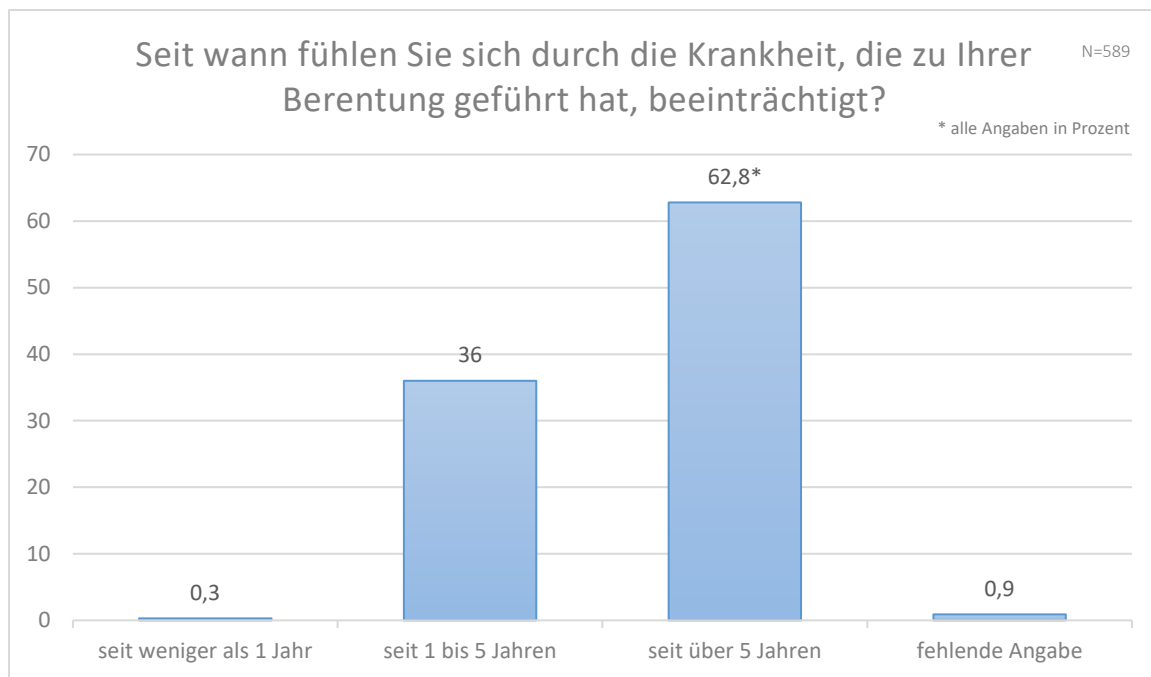


Abbildung 14: Dauer der psychischen Beeinträchtigung vor der EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)

Studienteilnehmer dieser Variante besetzen nahezu vollständig den Bereich zwischen ein und fünf Jahren, berichten aber auch von längeren psychischen Beeinträchtigungen über fünf Jahre hinaus. Unabhängig von der Dauer der Erkrankung werden durchgängig starke familiäre und/oder berufliche Belastungen der Psyche als Ursachen für die Chronifizierung der psychischen Beschwerden genannt, die schließlich zu einem Antrag auf eine EM-Rente führen. Damit ist die Dauer der psychischen Erkrankung *kein* signifikanter Faktor für den EM-Rentenanspruch. Vielmehr sind es verschiedene Konstellationen, die durch die Kombination und das Zusammenspiel mehrerer Faktoren bestimmt werden.

Psychische Belastungen in der Arbeitswelt können vielgestaltig sein; daher wird darauf in einem eigenen Kapitel (4.2.2.2) eingegangen. Hier soll das Thema dennoch kurz angerissen werden, da es für diese Variante der Krankheitsverläufe überaus wichtig ist. Herr Jülich beispielsweise sieht das Risiko einer psychischen Erkrankung aufgrund der Arbeitsbedingungen in seiner Branche als grundsätzliches Problem an.

„(I)ch denk mal es ist ba- also bei uns in der Branche ist einfach der Stress dieser=dieser permanente Stress den man da hat äh das Tagesgeschäft und also, Sachen die Sie halt einfach nicht liegenlassen können ne das kann halt eben (so ich sag mal so?) klassischer Beamter nicht verstehen der (1) halt äh ob er das heute macht oder morgen ist dem

wurscht ne aber wenn Sie Kunden haben die drauf warten und das dann halt, dann müssen Sie einfach ne (.) (1) das ist dann schon äh (1) das ist dann kann dann schon belastend sein ne“ (Jülich 1, Z. 169-177).

Stress im Verkauf wird aber auch nicht nur seitens der Kunden aufgebaut. Herr Wegner ist im Einzelhandel zum stellvertretenden Filialleiter aufgestiegen und verspürt Druck seitens der Regionalleitung, der bei ihm zu einer Rückkehr von Panikattacken führt: *„und viel Stress halt da gehabt im Discount (.) und dann kam das plötzlich wieder (.) diese Attacken (.) und auch zu Hause Atemnot und äh, Unruhe“ (Wegner 1, Z. 112-115).* Rückblickend steht für Herrn Wegner fest, *„der Laden hat mich kaputtgemacht“ (Wegner 1, Z. 846f.).* Psychisch belastender Druck und Stress ist aber nicht allein auf den Handel beschränkt. Frau Thoralf berichtet, dass in ihrer Branche (sozialer Bereich) unter den Einrichtungen inzwischen ein immenser Konkurrenzkampf herrscht, der sich psychisch belastend auf die Mitarbeiter auswirken kann: *„es liegt viel auch an äh, dem Druck der Leiterin, ja? wie gesagt was ich hier schon sagte äh die Konkurrenz so unter den Einrichtungen“ (Thoralf 1, Z. 802ff.).* Deshalb resümiert sie rückblickend: *„da hab ich immer so gedacht warum haste dich, so kaputt, spielen lassen?“ (Thoralf 1, Z. 799f.).*

Psychische Belastungen in der Arbeitswelt resultieren bei unseren Studienteilnehmern aber auch aus sozialen Konflikten, die in ganz unterschiedlichen Varianten auftreten. Exemplarisch dafür Frau Hannes:

„(E)einige eben von den Kollegen komplett verständnisvoll und einige überhaupt nicht und eben mit dem Chef erst ja dann nein und (...) dann hat er tatsächlich auch, ha- ich war nicht die Einzige es waren auch andere die dann rausgemobbt wurden“ (Hannes 1, Z. 367-383).

Für die Beschreibung des Krankheitsverlaufs der Studienteilnehmer dieser Gruppe ist überaus wichtig zu erwähnen, dass es neben arbeitsbezogenen psychischen Belastungen auch psychische Belastungsfaktoren in der Familie gibt; teilweise haben diese auch einen weitaus höheren Stellenwert im Krankheitsverlauf als die in der Arbeitswelt, so z.B. bei Frau Rabe.

„(D)as war bestimmt so zwei drei Jahre, ne dass es immer mal wieder kam und wieder so, und dann 2016 ähm war das so dass meine Tante starb (.) so und das war da richtig so ((Geräusch)) (1) und da hab ich wirklich das Gefühl gehabt ich=ich implodier (.) ja also ich hab äh drei Tage und Nächte nicht geschlafen“ (Rabe 1, Z. 428-435).

Das Zitat von Frau Rabe deutet auch an, dass dieses Ereignis nicht das einzig psychisch belastende Erlebnis war, aber einen herausgehobenen Stellenwert besetzt. Das ist insbesondere mit Blick auf die Doppelbelastung aus Arbeit und Familie von Bedeutung. Frau Rabe ist als Anwältin einer erheblichen psychischen Belastung in ihrem Arbeitsalltag ausgesetzt; dennoch überwiegen die psychischen Belastungen in der Familie: *„was immer da war das war ja sowieso immer da also mein Sohn der in, der Schule sehr b- äh (1) Unterstützung brauchte mein Mann äh der da äh, berentet war schon“* (Rabe 1, Z. 464-467). Herr Wegner hingegen sieht die Grundlage für seine Angststörung mehr in der Arbeitswelt, obwohl auch bei ihm vorhergehende psychisch belastende Erlebnisse in der Familie zu finden sind, die erste Anzeichen seiner Angststörung darstellen: *„also das erste Mal fing das an äh 2000 (.) da hat mein Vater Krebs gehabt (2) und da hab ich urplötzlich ´n Anfall von Atemnot gehabt (.) im Nachgang weiß ich das war ne Panikattacke“* (Wegner 1, Z. 38-44).

Am Beispiel der beiden Fälle Frau Rabe und Herr Wegner wird ansatzweise eine Aufschichtung psychischer Belastungen parallel in den Arenen Familie und Arbeitswelt deutlich. Frau Thoralf beschreibt den Prozess ihrer Erkrankung aufgrund der Doppelbelastung in der Arbeitswelt und in der Familie folgendermaßen:

„(B)ei mir kam dann aber eben auch diese Wandlung vor ja 2009 wo ich auch gesagt hab irgendwas stimmt mit dir nicht äh die typischen Symptome was Depressionen angeht, aber man hat´s eben noch nicht erkannt dass es, so ist (.) oder was Depressionen überhaupt sind ja (.) ich hab das auch zu der Zeit ganz anders definiert (.) (1) und, hab dann im Prinzip z- (1) zwei Jahre so damit gelebt (.) eigentlich man hat funktioniert mein Alltag war gewesen arbeiten Kinder versorgen arbeiten bis, ä:h ja bis heute ja ich hab selber so für mich auch nie irgendwo ´n Hobby entdeckt oder, man war eben die äh (2) ich bin in vielen Rollen reingeschlüpft (.) Mutterrolle äh Arbeit ja Verantwortung hier und dies und jenes also ich hab wirklich viel auch ähm im Leben so jetzt mir ran gezogen“ (Thoralf 1, Z. 69-82).

Herr Jülich sieht den Prozess der Erkrankung in seinem Leben ganz ähnlich. Stets war er bemüht, den hohen Anforderungen in der Arbeitswelt und den Wünschen seiner Kunden gerecht zu werden. Das hat jedoch unmittelbare Folgen auf sein Privatleben: *„zu Hause heißt es dann schon wieder ja jetzt müssen wir (unv.) essen ne wir warten jetzt mit dem Essen auf dich und Sie stehen im Stau was wollen Sie dann machen da haben Sie, dann geht der Stress da ja weiter“* (Jülich 1, Z. 185ff.). Wegen der schleichenden Zunahme der psychischen

Beschwerden sinkt seine Leistungsfähigkeit und er kann die hohen Erwartungen seiner Partnerin nicht mehr erfüllen; schließlich trennt sie sich von ihm: „ja die Beziehung ist dann halt irgendwann mal natürlich geendet ganz klar“ (Jülich 1, Z. 646f.). Problematisch an dieser Kombination aus psychischen Belastungen in der Arbeit und in der Familie sind bei Herrn Jülich mehrere Faktoren. Erstens gibt es keine sogenannte Work-Life-Balance mehr, was sich insbesondere im Fehlen eines Regenerationszeitraums im Alltag zeigt. Zweitens bleibt in einem solchen Alltag auch wenig Zeit, um psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote in Anspruch zu nehmen. Drittens haben derartige Konstellationen auch ganz konkrete Folgen auf die sozialen Gefüge der Studienteilnehmer dieser Gruppe. Während bei Herrn Jülich die Partnerschaft endet und ihm damit seine letzte soziale Einbindung außerhalb der Arbeitswelt verloren geht, berichtet Herr Wegner davon, wie sein soziales Leben aufgrund der fortschreitenden gesundheitlichen Einschränkungen immer weiter reduziert wird:

„Autofahren war früher das Liebste was mir passieren konnte ich konnt stundenlang rumfahren (.) das kann ich nicht mehr (.) ich kann nicht äh spontan irgendwo hinfahren (.) (1) ich kann auch zum Beispiel ich bin Dortmund Fan nicht äh, ich hab immer mal wieder Einladungen, ach komm doch mit irgendwie schaffst das schon sag ich nee (.) ich schaff ´s nicht bis äh be=be=bis zum Stadion (.) außerdem würde ich wahrscheinlich im Stadion auch Panik kriegen“ (Wegner 1, Z. 580-588).

Wie am Beispiel von Herrn Jülich deutlich wird, kann die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten aufgrund der fehlenden Zeit im Alltag verhindert werden. Das soll aber keinesfalls suggerieren, dass die Studienteilnehmer dieser Gruppe unterversorgt sind, obwohl bei einigen Teilnehmern ein früherer Zugang durchaus hilfreich hätte sein können. Als Hemmschwelle für die Inanspruchnahme des Angebots niedergelassener Fachärzte und Therapeuten muss neben der fehlenden Zeit im Alltag auch die lange Wartezeit auf einen Termin angeführt werden.

„(D)a hab ich dann immer schon gemerkt irgendwie kann ich mich nicht konzentrieren und so und hab dann so, Tests gemacht diesen Beck Beck´schen Depressions- (inventar?) Test irgendwie das damit kann man so Depressionen messen (.) und danach hieß es immer ja mittelgradig das ist jetzt ne mittelgradige Depression, dann dachte ich ja pff äh naja aber ehe ich dann ´n Termin beim=beim Arzt hab ((lachend)) ist sie ja schon wieder vorbei“ (Rabe 1, Z. 418-425).

Diese Hemmschwellen nimmt auch Frau Thoralf wahr. Sie hatte zwar kurzzeitig eine Psychotherapie absolviert, nachdem ihre Therapeutin aber in Rente gegangen ist, sucht sie sich wegen der bestehenden Barrieren keinen neuen Therapeuten: *„hab ich mich auch erst mal mit kündigt gemacht, war schwierig dann auch ´n Therapeuten zu finden (...) ja und denn arbeiten und denn d- dann war keine Zeit für so was muss ich ganz ehrlich sagen“* (Thoralf 1, Z. 207-222).

Frau Hannes und Herr Wegner werden im Kontrast dazu über einen langen Zeitraum nahezu durchgängig psychotherapeutisch begleitet. Für beide war für die Suche nach einer Therapie die Feststellung der eigenen psychischen Beeinträchtigung ausschlaggebend. Bei Herrn Wegner war es die in der Arbeitswelt ausgelöste Panikattacke und bei Frau Hannes begann die psychotherapeutische Begleitung nach ihrem ersten Aufenthalt in der Psychiatrie. Für Herrn Wegner war die psychotherapeutische Begleitung aber wenig hilfreich, allein die Unterstützung bei der Antragstellung der EM-Rente hebt er positiv hervor.

Eine große Zahl der Studienteilnehmer dieser Variante findet auch den Weg in eine psychosomatische Reha. Die Zugangswege sind dabei sehr variabel. Frau Hannes etwa geht erst auf Anraten ihrer niedergelassenen Psychiaterin in die psychosomatische Reha, nachdem sie bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist. Frau Thoralf hingegen sucht sehr früh den Weg in die psychosomatische Reha, die zunächst abgelehnt, nach Widerspruch dann aber doch bewilligt wird. Herrn Jülich wird die Reha-Maßnahme eher verordnet, nachdem er aus dem Arbeitsleben ausgeschieden ist und kurz vor dem ALG-II-Bezug steht.

Die Bewertung der psychosomatischen Reha fällt unterschiedlich aus. Frau Hannes bewertet die Reha-Maßnahme rundum positiv; hierbei muss auch erwähnt werden, dass alle in Anspruch genommenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote retrospektiv gut bewertet werden, bezüglich IRENA äußert Frau Hannes: *„genau das war auch total toll“* (Hannes 1, Z. 980). Frau Thoralf hingegen zeichnet ein ambivalentes Bild. Einerseits hat die erste Reha als Auszeit (vgl. Kardorff, Meschnig, et al., 2019) einen Rahmen zur Erholung und Regeneration geschaffen. Die zweite psychosomatische Reha hingegen vier Jahre später und mit bereits vorhandenem Anspruch der Nutzung der Reha hin zur Rente (vgl. ebd.) kann aber keine positive Wirkung mehr entfalten.

„(In der ersten Reha) hab ich das noch anders empfunden und, äh f- auch Freude gehabt auch mit den Mitpatienten man hat auch ja- in der Freizeit dann was das hab ich in dieser Reha alles nicht äh gekonnt (.) da war ich äh dann wirklich froh dass ich abends um acht äh in meinem Zimmer war“ (Thoralf 1, Z. 485-490).

Herr Jülich sieht die psychosomatische Reha bereits schon vor Antritt als reine Vorgabe. Dementsprechend negativ fällt auch sein Urteil aus. Die dort getroffenen Entscheidungen seien zu sehr an den Interessen der DRV ausgerichtet: *„ich mein diese Rehaklinik äh arbeitet letztendlich ja auch mit der Rentenversicherung zusammen, und da werden Sie schon ganz schön verarscht“ (Jülich 1, Z. 456ff.).*

Frau Rabe hingegen wehrt sich konsequent gegen eine psychosomatische Reha und bevorzugt einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik:

„(I)m Juni herum rief mich die Krankenkasse an (.) so und das war echt der Hammer der, äh sagt er ja und was ist nu und ähm ich möge doch jetzt bitte mal einen R=Reha Antrag stellen bei der Rentenversicherung (...) also wirklich nach nicht nach dem Motto w=was können wir für Ihre Gesundheit Gutes tun sondern wie kommen wir aus der Zahlungspflicht raus?“ (Rabe 1, Z. 282-297).

Prinzipiell sind Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik bei dieser Gruppe von Studienteilnehmern eher selten zu beobachten; allein drei Personen (Frau Hannes, Frau Rabe und Frau Posch) haben den Weg in eine Psychiatrie gewählt. Frau Posch wählte nicht freiwillig den Weg in die Psychiatrie, sondern wurde nach einem Suizidversuch in die Klinik gebracht. Frau Hannes war sogar mehrfach in einer Psychiatrie (2005, 2007 und 2017) und bewertet ihre Klinikaufenthalte überaus positiv. Die positive Bewertung teilt auch Frau Rabe: *„die haben mir das Leben gerettet“ (Rabe 1, Z. 345).* Über das Erlernen neuer Strategien des Umgangs mit der Erkrankung berichten beide nichts. Für sie scheint die Psychiatrie vornehmlich ein Ort der Akutversorgung, der in besonders belasteten Situationen gewählt wird und von dem sie sich eine überwiegend medikamentöse Behandlung und differenzierte Diagnostik versprechen: *„ich hab dann das Medikament nicht vertragen deswegen hat das eben auch so lange gedauert weil man das alles abwarten musste und so und dann dann kam die neue Diagnose“ (Rabe 1, Z. 354ff.).*

Tageskliniken werden von diesen Studienteilnehmern ebenso selten in Anspruch genommen. In unserem Sample sind es allein zwei Personen (Frau Rabe und Herr Wegner). Im Kontrast zur stationären Psychiatrie bewertet Frau Rabe die Tagesklinik tendenziell negativ. Sie fühlt sich von den Vorgaben überfordert. Dem Konzept der Tagesklinik, über eine feste Tagesstruktur einen Weg aus der Akutphase zu bahnen, scheint sie (noch) nicht gewachsen. Obwohl die Teilnahme an der Maßnahme damit eher negative Wirkungen entfaltet, führt sie sie zu Ende, denn: „wenn ich das jetzt abbreche aus eigener äh eigenem Antrieb (1) so dann ähm (1) fi- hab ich da Probleme“ (Rabe 1, Z. 374f.).

Herr Wegners Beurteilung der Tagesklinik fällt zwiespältig aus. Negativ beurteilt er die Versuche, mittels Therapie und insbesondere Medikation Veränderungen in Gang zu bringen: „ja dann wurd auch in der Tagesklinik was anderes ausprobiert das hab ich nicht vertragen da bin ich erst richtig abgedreht“ (Wegner 1, Z. 1275ff.). Positiv hingegen sieht er die mit seinem Aufenthalt in der Tagesklinik angestoßene Inanspruchnahme zusätzlicher Unterstützungsangebote im Anschluss: „durch die Tagesklinik war ich auch in einer Selbsthilfegruppe“ (Wegner 1, Z. 373f.). Selbsthilfegruppen werden von den interviewten Studienteilnehmern dieser Gruppe aber selten in Anspruch genommen; anhand der Fragebogenerhebung wird aber kontrastiv deutlich, dass immerhin 17,8 % aller Studienteilnehmer an mindestens einer Selbsthilfegruppe teilgenommen haben, wie in Abbildung 15 zu sehen ist.

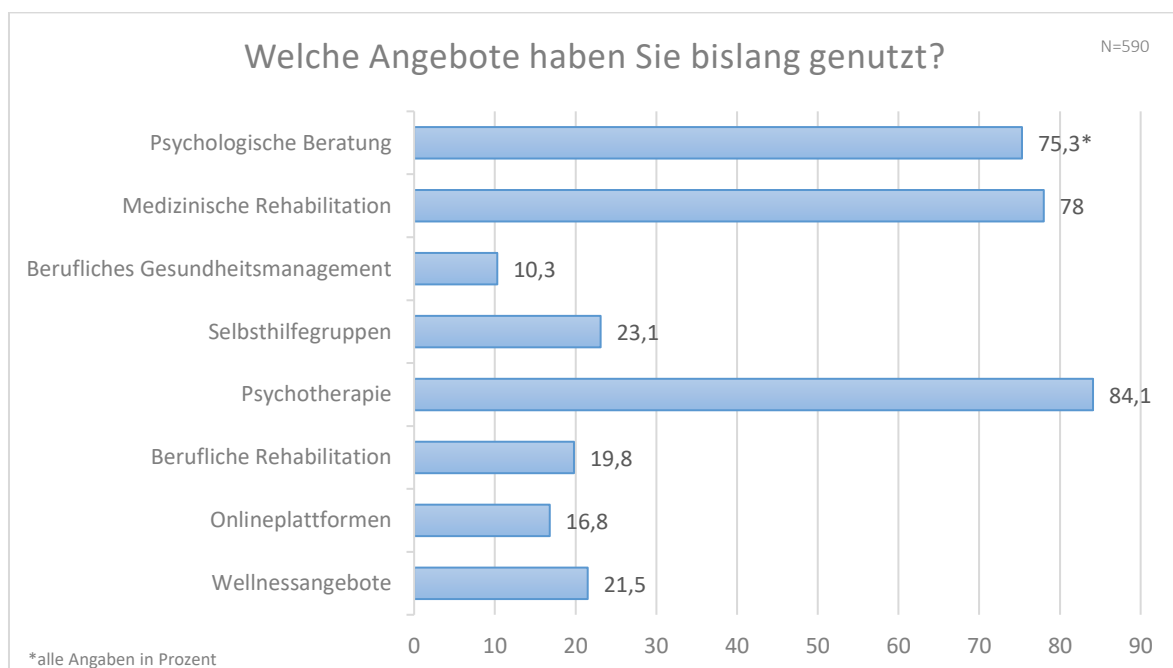


Abbildung 15: Inanspruchnahmen vor der EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)

Weiterhin fällt in der Abbildung auf, dass unsere Studienteilnehmer in der Fragebogenerhebung auch noch Onlineplattformen und Wellnessangebote für eine gesundheitliche Stabilisierung nutzten, die bei den Interviews nicht erwähnt wurden. Zudem muss angemerkt werden, dass wir in unserer Fragebogenerhebung die zuvor erwähnten Inanspruchnahmen von Psychiatrien und Akutkliniken nicht gesondert abgefragt haben, die, wie unserer Interviewergebnisse aber abbilden, eine überaus wichtige Rolle in der medizinisch-therapeutischen Versorgung vor der EM-Rente spielen. Bei dieser Frage im Fragebogen kann es auch zu einer statistischen Verzerrung gekommen sein, da womöglich einige Studienteilnehmer aufgrund der fehlenden Möglichkeit, eine Psychiatrie anzukreuzen, dafür medizinische Reha angekreuzt haben.

Einen RTW aus der psychosomatischen Reha, der Psychiatrie oder der Tagesklinik streben die Studienteilnehmer dieser Gruppe nur dann an, wenn der Klinikaufenthalt schon relativ früh im Krankheitsverlauf eintritt. Das ist nicht weiter verwunderlich, schließlich gehen einige dieser Personen bereits mit dem festen Vorhaben, eine EM-Rente zu beantragen (Frau Thoralf bei ihrer zweiten Reha oder nach langer Erwerbslosigkeit, Herr Jülich) in die Klinik. Diejenigen, die sich von dem Klinikaufenthalt noch eine psychische Entlastung und eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit versprechen, kehren im Anschluss wieder in an ihren vorherigen Arbeitsplatz zurück; ausnahmslos nutzen sie dafür eine StW. Diesen Studienteilnehmern gelingt es in der Regel weitestgehend beschwerdefrei für einen kurzen Zeitraum zu arbeiten. Einzige Ausnahme hier Frau Rabe, die sich bereits während der StW in der Arbeitswelt überfordert sieht.

„(S)ie dachten dann äh ja die kommt jetzt wieder und jetzt gelten arbeitsrechtliche Bedingungen und da sollte ich dann gleich (1) äh in die härtesten (2) also sollte ich gleich das=das=se- (1) die Tätigkeit äh erbringen die am härtesten ist (...) so das ist äh Stress hoch fünf da haben Sie nicht mal fünf Minuten Pause so (.) (2) äh weil da nur der Mann war und äh da hab ich gesagt das geht nicht das kann ich nicht“ (Rabe 1, Z. 64-72).

Alle anderen Teilnehmer kehren aus der Klinik zunächst gestärkt wieder in Arbeit zurück. Bald häufen sich aber wieder psychische Belastungen in der Arbeit und in der Familie; teilweise kommen somatische Leiden hinzu, deren Behandlung häufig hinausgezögert wird. Ähnlich wie bei Herrn Jülich beschrieben, konzentrieren sie sich auf den Erhalt der fragilen Stabilität und verzichten aus vorgeschobenen Zeitgründen die Behandlung. Positiv gilt aber festzuhalten,

dass sich die Teilnehmer, die nach dem Klinikaufenthalt zurück an ihren Arbeitsplatz gehen, sich direkt im Anschluss psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung bei niedergelassenen Ärzten und/oder Therapeuten suchen. Frau Thoralf gelingt dies wie beschrieben nur für kurze Zeit. Die Begleitung hilft jedoch nicht dabei, eine dauerhafte gesundheitliche Stabilität zu erzeugen: *„war alles gut vier Monate waren rum äh wie gesagt das hatte mich dann auch wieder psychisch so alles mit runtergezogen Arbeit das ganze Leben die OP“ (Thoralf 1, Z. 258-262).*

Es folgen wenige Jahre später neuerliche Klinikaufenthalte und schließlich ein Antrag auf eine EM-Rente auf Anraten der Klinikmitarbeiter bzw. der niedergelassenen Ärzte und Therapeuten infolge einer psychischen Krise. Die behandelnden Ärzte und Therapeuten bestätigten schließlich die Einsicht, dass ein Therapieerfolg nicht mehr zu erwarten ist: *„und irgendwann hat mein Therapeut dann gesagt (2) dat wird nix mehr“ (Wegner 1, Z. 161f.).*

„(D)ann stand ich im Laden weinte und hab jemanden gefragt ob er mir ne Tüte Milch und ne Tüte Brot geben kann und an der Kasse hab ich mein Portemonnaie hingehalten weil ich's also ich wusste nicht was ich mit dem Geld anfangen sollte (.) und ich konnte kein Satz zu Ende reden und war also komplett fertig (.) und dann wurd mir gesagt das ist ne manische Phase und ich bin jetzt bipolar und, ja dann bin ich, siebeneinhalb (...) bin ich siebeneinhalb Wochen in der Psychiatrie, gewesen und in der Zeit hab ich dann eben, die Rente beantragt“ (Hannes 1, Z. 150-163).

Psychische Krankheit ohne erklärbare Ursache

Frau Tänzer ist, neben den bereits im Kapitel Eckfälle beschriebenen Teilnehmerinnen Frau Bunt und Frau Hoch, die einzige interviewte Person in unserem Sample, die für die Entstehung ihrer psychischen Beschwerden keinerlei Ursachen sieht. Frau Tänzer hat eine glückliche Kindheit, erleidet keine PTBS infolge eines Unfalls oder aufgrund von körperlicher Gewalt und sie leidet auch unter keinen bedeutsamen somatischen Erkrankungen. Während des Auftretens erster psychischer Beschwerden in Form einer Panikattacke lebt sie in einer glücklichen Partnerschaft, ist sehr zufrieden mit ihrer Arbeit und ist in Familie und freundschaftliche Beziehungen sozial eingebunden: *„(W)o man sagt ach nee nee nein du hast ja ´n stabilen Freundeskreis du hast ´n festen Partner du hast Arbeit du studierst ist doch alles gut (Tänzer 1, Z. 24f.).* Ihre erste Panikattacke verunsichert sie sehr; eben weil sie keine

psychischen Belastungsfaktoren in ihrem Leben entdecken kann. Sie begibt sich deshalb umgehend in psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung, wodurch sie in ein labiles Gleichgewicht gerät und auch ihr Studium wieder aufnehmen kann.

„(D)ann hab ich ähm seit 2008 halt durch die Medikation mich soweit stabilisiert bekommen dass ich Studium erst mal fortgesetzt ha:be und äh (3) ja wenn´s einem wenn das Umfeld einigermaßen passt und man stabil ist kommt man da auch irgendwie durch“ (Tänzer 1, Z. 39-42).

Schnell merkt sie aber, dass sie in ihr vorheriges Leben nicht mehr zurückkehren kann. Insbesondere ihre Freizeitaktivitäten muss sie zunehmend einschränken, was eine Verkleinerung ihres sozialen Netzes bewirkt: *„im Stadion und so weiter kamen auch leider die ersten Panikattacken im Stadion ähm ähm (3) ja es ist leider ´n Rattenschwanz ne der sich dann hinterher durchs ganze Leben zieht“ (Tänzer 1, Z. 63ff.).* Mit eingeschränkter Lebensqualität aber weiterhin glücklicher Partnerschaft hält Frau Tänzer noch einige Jahre durch, bis die Psychopharmaka allmählich an Wirkung verlieren. Es kommt zu häufigen Panikattacken, der befristete Arbeitsvertrag wird einvernehmlich zwischen Frau Tänzer und ihrem Arbeitgeber nicht mehr verlängert. Auf Anraten ihres Psychiaters geht sie in eine psychiatrische Klinik; *„seitdem bin ich zu mindestens von Depressionen einigermaßen stabil es schwankt (1) aber ähm ja“ (Tänzer 1, Z. 118ff.).* Die sich daran anschließende Langzeit Reha (scheinbar eine Kombination aus medizinischer und beruflicher Reha; sie spricht von einer *„Belastungserprobung“* [Tänzer 1, Z. 683] im Interview) bricht sie nach vier Wochen ab, weil sie sich völlig überfordert fühlt: *„wenn ich schon nicht ich kann nicht Vollzeit arbeiten gehen wie soll ich dann ne Vollzeit-Reha machen“ (Tänzer 1, Z. 171f.).* Der Antrag auf eine EM-Rente folgt für Frau Tänzer selbstevident auf diesen Abbruch: *„es war für alle Beteiligten klar es läuft auf Rente hinaus“ (Tänzer 1, Z. 403).*

Ebenso wie bei Frau Tänzer finden sich sowohl bei Frau Bunt wie auch bei Frau Hoch in den Interviews keine Hinweise auf frühe belastende Lebensereignisse. Beide wachsen in intakten Familien auf, zeigen aber schon sehr früh Anzeichen psychischer Auffälligkeiten, ohne dass sie dafür in der Rückschau eine Ursache nennen können: *„Ja das ist äh das ist ähm das ist (1) äh so ne Geschichte ich kann mich äh an nichts erinnern ich weiß überhaupt **nichts** gar nichts aber es gibt ähm anscheinend Auslöser die ich auch, n:icht unbedingt benennen kann“ (Hoch 1, Z. 927-930).* Natürlich sucht auch Frau Hoch, vor allem in ihren regelmäßigen Therapiesitzungen

nach Gründen und spricht auch im Interview von einer „Entwicklungsstörung“ wie im folgenden Zitat deutlich wird:

„Also es gibt einen Teil äh von dem ich ausgehe und auch Therapeuten ausgehen ähm: dass es seit einfach ähm äh nt- eine Entwicklungsstörung (1) ähm gab (2) zum einen und äh dann gibt es ähm aber noch so äh traumatische Gefühls-(...) Wellen ähm von denen ich keine Ahnung habe und von denen ich lange in Kliniken irgendwie, oder äh äh mh ja wo ich lange dran rumgebastelt habe“ (Hoch 3, Z. 849-856).

Es bleibt unklar, ob hier eine reale traumatische Erfahrung vorliegt oder sie sozusagen therapeutisch induziert ist. Fakt ist aber für Frau Hoch, dass sie *immer auffällig* war. Ähnlich Frau Bunt, die sich schon früh als nicht „normal“ sieht, sich aber damit laut eigener Aussage arrangiert hat. Es bleibt zusammengefasst in allen drei Fällen unklar, woher die psychischen Beeinträchtigungen stammen. Eventuell handelt es sich um endogene Prozesse oder eine frühe Vulnerabilität, für die es keine ursächliche Erklärung gibt. Bei Frau Bunt wie Frau Hoch, nicht jedoch bei Frau Tänzer, werden schon früh psychologische und therapeutische Maßnahmen eingesetzt. Für alle gilt aber, es bleibt auch in den Gesprächen mit ihnen unklar, was präventiv zusätzlich geschehen hätte müssen um eine EM-Berentung zu vermeiden.

Exkurs 1: Zeit des Präsentismus

Präsentismus ist ein in diesem Forschungsprojekt sehr häufig vertretenes Phänomen, insbesondere in den letzten Jahren der Berufstätigkeit vor dem EM-Rentenbezug. Ausnahmslos alle interviewten Studienteilnehmer gehen in dieser Zeit krank zur Arbeit, für sich allein vielleicht noch kein Anzeichen von Präsentismus. Unser Datenmaterial kann hier vielleicht ein wenig dazu beitragen, den Präsentismusbegriff weiter zu klären und ausdifferenzierter zu diskutieren. Stellen wir die grundsätzliche Frage, was Präsentismus ist und was nicht, am Fallbeispiel von Frau Dante, deren Präsentismusverhalten auch den Eckfällen Frau Bischof und Frau Stoph im Exkurs 2 gleicht.

Frau Dante arbeitet als Ergotherapeutin. Ihre Arbeit ist geprägt von einem hohen Grad an Selbständigkeit und Verantwortung für ihre Klienten. Nach einer depressiven Episode im Jahr 2000 erleidet sie im Jahr 2011 einen Schlaganfall; bei der Einlieferung in die Notaufnahme sind die Symptome verschwunden. Dennoch wird sie ausgiebig untersucht und es bleiben

Folgeschäden. Frau Dante bleibt in neurologischer Behandlung und geht in eine Reha. Danach kehrt sie, obwohl arbeitsunfähig aus der Reha entlassen, wieder an ihren Arbeitsplatz zurück.

„(J)a und dort hat dann meine Chefin angerufen nach drei Wochen weil das sollte verlängert werden die Reha, und ich wollte doch wieder zurückkommen weil uns Verträge geplatzt sind (...) dann hat die Sozialarbeiterin sich da auch sehr aufgeregt und was machen Sie denn da ich sag ich will ja meinen Job ni verlieren ich=ich geh zurück ich geh jetz in die Arbeit bin also sofort wieder voll in die Arbeit weder mit ner Eingliederung oder sonst was“ (Dante 1, Z. 65-70).

Im Anschluss wird ihr ein GdB von 50 anerkannt, der als Grund genommen wird, ihr die Leitung einer Niederlassung zu entziehen; Frau Dante empfindet dies als Herabsetzung ihrer Person. Gesundheitlich geht es weiter bergab. Im Zuge der Nachbehandlung der Folgeschäden des Schlaganfalls wurde ein Loch in der Herzscheidewand entdeckt, das operativ behandelt werden muss. Ihre weitere Krankheitsgeschichte ist geprägt von immer neuen somatischen Beschwerden, die operative Behandlungen zur Folge haben. Frau Dante versucht dabei nach den Operationen stets einen RTW an ihren alten Arbeitsplatz, wobei sie immer wieder das Gefühl hat, von ihrer Vorgesetzten gemobbt zu werden, worauf Depressionen folgen. Als Mobbing empfindet Frau Dante auch das Anraten ihrer Vorgesetzten, eine EM-Rente zu beantragen; ein Anzeichen dafür, dass Frau Dante einen offenen Umgang mit ihren Beeinträchtigungen in der Arbeitswelt pflegt. In der Arbeit stellt Frau Dante allmählich bei sich selbst die gesunkene Leistungsfähigkeit fest: *„und wollte trotzdem voll die Sache gut machen und=und (1) das ist mir dann nicht mehr so gelungen (.) das war ´n starker Stress dann geworden“ (Dante 1, Z. 776-779).* Aus Verantwortung gegenüber ihren Patienten und mit einer Veränderung der Gewichtung im Alltag hin zur Selbstsorge beginnt sie sich allmählich von ihrer Erwerbsarbeit zu distanzieren und nimmt vermehrt medizinisch-therapeutische Angebote in Anspruch. Wenig später stellt sie einen Antrag auf EM-Rente, der bewilligt wird.

Zur Diskussion gestellt werden soll hier, ob bei Frau Dante ein Präsentismus vorliegt. Aus ihrem Fall geht hervor, dass sie trotz multipler psychischer und somatischer Beschwerden immer wieder den Weg zurück an ihren Arbeitsplatz sucht, der sie psychisch und somatisch belastet. Frau Dante geht also definitiv krank zur Arbeit. Den RTW nach den jeweiligen Klinikaufenthalten sucht sie aus zweierlei Gründen: einerseits, um weiterhin ihre Arbeit behalten zu können (im ersten langen Zitat spricht sie das Risiko des Arbeitsplatzverlustes an)

und andererseits aus Pflichtgefühl gegenüber ihren Patienten. Beide Aspekte sind entsprechend der Ergebnisse von (Steinke & Badura, 2011) Ursachen für einen Präsentismus. Hier wird aber die These vertreten, dass bei Frau Dante *kein* Präsentismus vorzufinden ist. Ausschlaggebend für diese Behauptung sind einige Differenzen im Datenmaterial zwischen Frau Dante und anderen interviewten Studienteilnehmern, die zur Konkretisierung des Begriffes Präsentismus beitragen können. Ein besonderer Wert wird bei der Diskussion der Differenzen auf die Auswirkungen der jeweiligen Aspekte auf den weiteren Krankheitsverlauf und das subjektive Krankheitserleben gelegt.

Die von Kocyba und Voswinkel (2007) mit dem Phänomen des Präsentismus in Verbindung gebrachte Krankheitsverleugnung im Betrieb können auch wir in unserem Datenmaterial feststellen, z.B. bei Herrn Jülich. Am Fall von Herrn Jülich zeigt sich aber gleichermaßen, dass beim Vorliegen einer Krankheitsverleugnung diese nicht allein auf den Betrieb beschränkt sein muss.

„(D)a geht’s ja dann weiter ne das ist ja (unv.) zu Hause da: interessiert das ja erst mal nicht da sind ja a-, andere Bedürfnisse eigene Bedürfnisse die dann mh befriedigt werden müssen in irgend ner Art und Weise und das funktionierte dann halt irgendwann auch nicht mehr“ (Jülich 1, Z. 241-245).

Weiter geht aus unserem Datenmaterial hervor, dass die Krankheitsverleugnung nicht allein auf die von den Autoren beschriebenen branchenspezifischen und mit arbeits- und geschlechtsbezogenen Rollenbildern verknüpfte Ursachen reduziert werden kann. Die Krankheitsverleugnung am Arbeitsplatz scheint aus unserer Sicht weniger an Rollenbilder geknüpft, sondern vielmehr an die schlichte Notwendigkeit, Geld für das gemeinsame Haushaltseinkommen zu erwirtschaften.

„(W)ie ich dann bei meinem Hausarzt war zum ar- von dem gehört habe dass in dem so wie du dran bist darfst du den Job nicht machen und das wurde noch bestätigt durch Gutachten und Arbeitsamt (...) ach dem Arbeitgeber dürfen Sie doch gar nichts ((haut auf Tisch)) erzählen (.) das Schlimme ist unser Betriebsarzt wusste genau wie’s mir geht (.) unser Betriebsarzt wusste genau was bei uns im Job abläuft glauben Sie der hat mal gehandelt? (1) niemand hat gehandelt alle, immer Deckmäntelchen oben drüber sieh zu wie du irgendwie klarkommst (.) tja dann bleibt einem nichts mehr (.) dann muss man eben weiter arbeiten solange bis es nicht mehr geht und das hab ich gemacht (.) aber schön ist es nicht“ (Gerhard 3, Z. 744-763).

Die von Badura und Steinke angeführten wichtigsten Ursachen für Präsentismus mit Pflichtgefühl (66 %) und Rücksicht auf Kollegen (46 %) (vgl. Steinke & Badura, 2011) finden sich in unserem Datenmaterial als untergeordnete Motivationen für die Krankheitsverleugnung im Betrieb. Ganz zentral treten jedoch die daran gebundenen Verschleierungsszenarien in den Vordergrund: *„also für mich war es eben so gewesen dass ich wirklich äh, nicht mehr anwesend war ich hab’s zwar v:ersucht nach außen so zu zeigen aber es war (1) das waren Z- das waren schlimme Zustände“ (Thoralf 1, Z. 670ff.).*

„(H)ab auch den Job gekriegt bei der Zeitarbeitsfirma ne (.) hab ich da auch angefangen ne (1) na dann kriegte ich da meine Panikattacken ne ich hatte das ja verheimlicht beim Vorstellungsgespräch ne äh der hat da ich=ich hab ja auch verschwiegen dass ich schwerbehindert bin hab ich auch verschwiegen ne“ (Volker 1, Z. 1024-1033). „(O)h weia fängt die Kacke wieder an ne ich hatte Sehstörungen gekriegt da ne (.) vorm Computer gesessen ne (2) durch, diese Panikattacken und ständig, (unv.) beobachten beim Arbeiten ne unauffällig so mal unter ´n unter der Bank so den Puls gefühlt ne, merkte ich schon wieder 140 Puls und so ne Scheiße, im Sitzen beim Arbeiten und ich denk mir oh weia“ (Volker 1, Z. 1103-1109).

Praktisch gleichwertig zur Krankheitsverleugnung im Betrieb ist ein anderes für den Präsentismus verantwortliches Phänomen: die fehlende Krankheitseinsicht. Die interviewten Studienteilnehmer bemerken im Laufe ihrer Erwerbsarbeit durchaus, dass sich die psychischen Beschwerden aufgrund der hohen Belastungen in der Erwerbsarbeit (und teilweise auch im privaten Bereich) negativ auswirken; die psychischen Beschwerden als Krankheit anzuerkennen gelingt jedoch nicht. Erst nach dem Ausstieg aus der Erwerbsarbeit können sie im Rahmen einer klinischen Behandlung oder aufgrund der Bewilligung der EM-Rente ihre eigenen Beschwerden als Krankheit akzeptieren und für sich annehmen. Frau Roland schildert die Zeit ihres Präsentismus retrospektiv folgendermaßen: *„wenn mich früher ((lachend)) jemand gefragt hat mir ging’s ja immer gut (.) bis dann dieser Zusammenbruch kam ne“ (Roland 3, Z. 718-721).*

„(M)ir ist es ja äh sogar gesagt worden ne meine Hausärztin hat gesagt Frau (unv.) Sie haben Bluthochdruck da müssen Sie was machen ne machen Sie mal ne Reha oder so (.) dat war ´n halbes Jahr bevor dann der Zusammenbruch kam (.) aber da hab ich gedacht äh wieso läuft doch also geht doch noch ne ich geh doch noch jeden Tag arbeiten es klappt doch ich komm doch noch aus ´m Bett“ (Kunert 3, Z. 948-955).

Als Ursache benennt Frau Roland für die Verleugnung ihrer Krankheit in der Zeit des Präsentismus im dritten Interview „*Versagensängste ne? ne=nicht so gut zu sein wie der andere*“ (Roland 3, Z. 841ff.).

Ein besonderes Phänomen des Präsentismus mit fehlender Krankheitseinsicht findet sich im Fall von Frau Fabian. Im ersten Interview kann sie sich dieses Phänomen über die erst nach dem Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit diagnostizierten „dissoziativen Identitätsstörung“ erklären; auch dies ein Grund dafür, dass Frau Fabian im Laufe ihrer Erwerbstätigkeit noch keine Krankheitseinsicht ausprägen konnte. Dennoch war sie sich damals durchaus über die psychischen Beschwerden bewusst, die hauptsächlich aus familiären Belastungen stammten. Am Arbeitsplatz hingegen fühlte sie sich kaum belastet, nahm aber die Beschwerden aus dem familiären Kontext mit in die Arbeit, aber ohne, dass sie dort vordergründig waren. Darüber hinaus war die Erwerbsarbeit von Frau Fabian durchweg bestimmt von der noch nicht entdeckten dissoziativen Identitätsstörung.

„(I)n der Klinik hab ich dann auch die, Diagnose von ner dissoziativen Identitätsstörung bekommen und, das hat für mich Einiges erklärt warum manches so schwierig war in meinem Leben und ich oft so, gewechselt hab dass ich in der Arbeit eben, ja ich hatte ja damals ne schwere Ehekrise aber trotzdem gearbeitet und wenn ich in die Arbeit ging und das Tor ging auf dann war ich ´n anderer Mensch also es war, ich konnte arbeiten und jeder hat gedacht ich bin immer lustig und fröhlich und immer gut drauf und wenn ich wieder rausgegangen bin war ich wieder wer anders“ (Fabian 1, Z. 37-44).

Bei der Klärung der Frage, ob bei Frau Dante nun im Laufe ihrer Erwerbsarbeit eine Phase des Präsentismus vorzufinden ist oder nicht, werden die gerade an anderen Fällen diskutierten Phänomene folgend berücksichtigt. Anhand der von Steinke und Badura herausgearbeiteten Ursachen könnte bei Frau Dante durchaus ein Präsentismus festgestellt werden. Wie unsere Daten nahelegen, scheint aber allein das Vorhandensein bzw. die Artikulation dieser Ursachen keine negativen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und das subjektive Krankheitserleben zu haben. Vielmehr scheint es auch unserer Sicht für die negativen Folgen des Präsentismus sinnvoll, verstärkt die Krankheitsverleugnung (insbesondere auch mit Blick auf Motivation und Verschleierungsszenarien) sowie die fehlende Krankheitseinsicht in den Blick zu nehmen. Für Frau Dante gilt diesbezüglich, dass sie weder ihre Krankheit in der Arbeitswelt verleugnet (sie pflegt einen offenen Umgang mit ihren Einschränkungen) noch hat sie eine fehlende Krankheitseinsicht (sie ist sich ihrer somatischen und psychischen

Krankheiten bewusst). Das Pflichtgefühl gegenüber den Patienten und die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, lassen sie zwar für einen gewissen Zeitraum krank zur Arbeit gehen, aber das hat keinerlei negativen Effekt auf die weitere Krankheitsgeschichte und ihr Krankheitserleben.

Aufgrund der Relevanz der Krankheitsverleugnung und der fehlenden Krankheitseinsicht für den Präsentismus sehen auch unsere Studienteilnehmer keine oder nur eine geringe Chance, Menschen in dieser Zeit mit entsprechenden Interventionsmaßnahmen helfen zu können; auch wenn dies aus unserer Sicht der letztmögliche Zeitpunkt ist, die Beantragung der EM-Rente zumindest zu verzögern, wenn nicht zu verhindern. Die größten Hemmschwellen für eine gelingende Intervention sehen unseren Studienteilnehmern in:

- Der fehlenden Sichtbarkeit psychischer Erkrankungen (auch im Gesundheitssystem): *„dann frag ich mich wer soll dann bei nem psychischen Problem auf mich zukommen oder mir helfen wenn man ja schon eigentlich bei ner körperlichen Geschichte ja schon gar nicht mehr wirklich die Hilfe bekommt“ (Jülich 3, Z. 833ff.);*
- Der fehlenden Erkenntnis des eigenen Behandlungsbedarfs: *„bis zu dem ich sag jetzt einfach mal für mich sagen wir Exitus-Tag da hätt ich niemals äh niemals ähm mh den Bedarf gesehen (1) was zu ändern“ (Jülich 3, Z. 852f.);*
- Der fehlende Nachvollziehbarkeit der psychischen Krankheit: *„indem er sa- von seinen Problemen erzählt hat und ich dann auch, hab auch zugehört wir haben auch gesprochen, aber verstanden hab ich das nicht“ (Jülich 3, Z. 868ff.);*
- Dem Fehlen konsequent umgesetzter betrieblichen Präventions- und Interventionsansätze: *„das ist alles routinemäßig ja geht noch kannst arbeiten ne da wird nicht mal dahinter geguckt was mit den Leuten eigentlich los ist also dieses Gesundheitsmanagement in den Betrieben davon predigen sie ja immer aber wird das auch w=wird das auch wirklich so gemacht ne?“ (Roland 3, Z. 641-647);*
- Der hohen Arbeitsbelastung: *„und die sind heute mit dem Kopf nur noch bei der Arbeit (.) weil sie gar nicht mehr anders können weil sie sonst gar nicht alles absichern können“ (Roland 3, Z. 684-689);*
- Den fehlenden Möglichkeiten der Regeneration außerhalb der Erwerbsarbeit: *„weil die Leute denken ja ich=ich erhol mich jetzt ich flieg nach da und ich flieg nach dahin und dahin und das ist schön und darauf freu ich mich (.) ja aber das ist ja auch wieder Stress*

(.) das ist ja auch wieder Stress alles packen alles zusammenwühlen dahin, dann wieder zurück und dann ist man völlig fertig muss man sich erstmal wieder akklimatisieren und buff wieder in die Arbeit“ (Roland 3, Z. 706-711);

- Und nicht zuletzt in den teilweise vorhandenen Erwartungen der Arbeitgeber krank zur Arbeit zu gehen: *„ich bin mit äh ich bin mit 39 Fieber arbeiten gewesen und meine Chefin hat dann gesagt ja dann musst du jetzt mal gleich richtig laufen dann schwitzt äh schwitzt es aus (.) (1) und ganz ehrlich, ich (unv.) drei Kolleginnen beziehungsweise kannte (1) diese bei- die drei leben nicht mehr“ (Wegner 3, Z. 1837-1841).*

Frau Roland sieht die Verantwortung für Präventions- und Interventionsansätze in der Zuständigkeit der Arbeitgeber. Gleichzeitig sagt sie aber auch, dass der innerbetriebliche Bedarf an Unterstützungsmaßnahmen nur schwer erkannt und damit nicht eingeleitet werden kann. Angesprochen auf konkrete Akteure kann sie aber auch keine weiterführenden Empfehlungen aussprechen.

„(D)ie anderen kennen einen ja das ist ja so dieses ne wenn man jeden Tag in Spiegel guckt dann nimmt man ja auch kaum ne Verä=Veränderung wahr (.) ne aber wenn einer mal so von außen kommt der einen vielleicht früher kannte und (3) naja und äh pf- ich war eigentlich immer dafür bekannt dass ich ein=ein sehr sehr ruhiger Mensch bin (.) ja gut nach außen hin wirkte ich ja weiter ruhig (.) das war ja mehr innerlich dann alles ne (.) ja das ist schwierig (2) zu sagen wer das erkennen könnte“ (Roland 3, Z. 730-739).

4.2.2.2 Berufsbiografien vor der EM-Rente

Bei unseren Studienteilnehmern zeigen sich bezüglich der Berufsbiografien in der Regel zwei verschiedene Phänomene: Sie haben entweder eine sehr diskontinuierliche Erwerbsbiografie oder aber eine sehr stringente Erwerbsbiografie mit starker beruflicher Identität. Wie es anhand der Ergebnisse der Fragebogenerhebung zu erkennen ist, sind dabei brüchige Erwerbsbiografien in unserem Sample in der Minderheit. Lediglich 12,5 % waren direkt vor der EM-Berentung über 18 Monate arbeitslos und über die Hälfte der Studienteilnehmer waren mindestens fünf Jahre bei ihrem letzten Arbeitgeber angestellt.

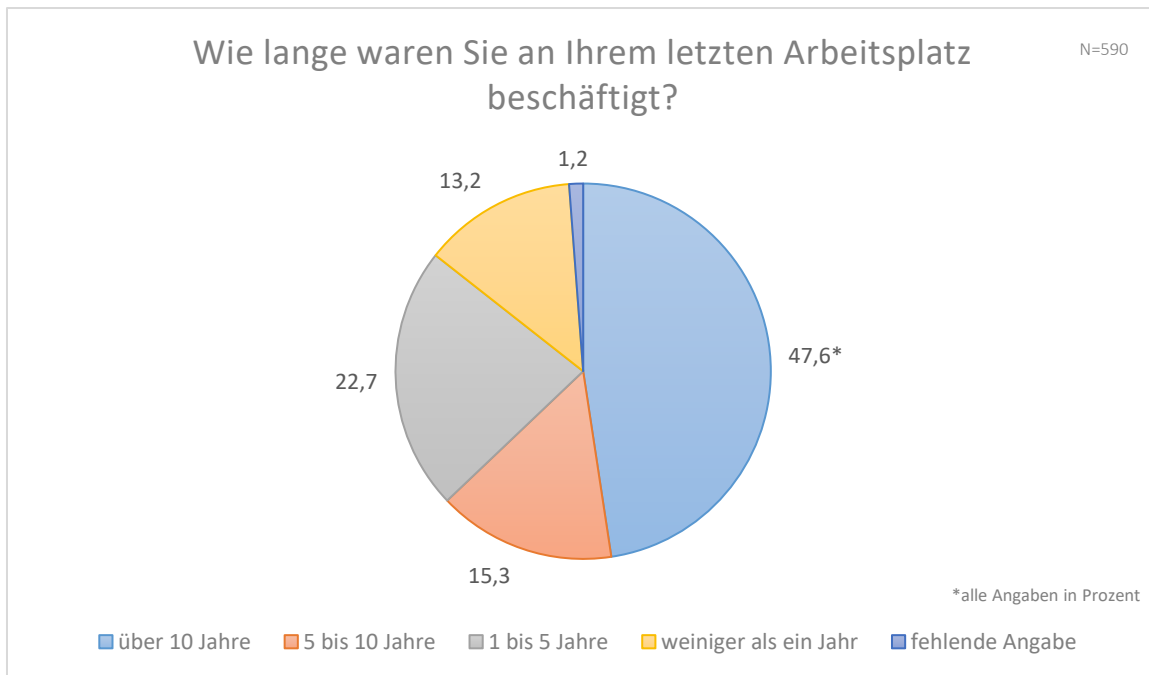


Abbildung 16: Dauer der letzten Beschäftigung vor der EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch bei der Interviewbefragung ab, auch wenn bei den Interviewten ein deutlicherer Unterschied zwischen langen und kontinuierlichen sowie stark brüchigen Erwerbsbiografien aufscheint. In personenbezogenen Dienstleistungsberufen fällt zudem auf, dass diese beiden Konstellationen auch in Kombination vorliegen können (z.B. Frau Kunert und Herr Günther). Hier liegt eine starke berufliche Identität bei gleichzeitig brüchiger Erwerbsbiografie vor. Diese Teilnehmer bleiben in ihrem Beruf, wechseln aber den Arbeitgeber. Da beide Aspekte häufig mit als Ursache der psychischen Beschwerden gesehen werden, zeigt sich in diesem Fällen eine Kombination aus psychisch belastenden Faktoren der Arbeitswelt.

Diskontinuierliche Erwerbsbiografien

Auffällig ist bei den Personen mit diskontinuierlicher Erwerbsbiografie (mit Ausnahme der zuvor erwähnten Konstellation), dass der erlernte Beruf in den Interviews nur sehr randseitig angeschnitten wird, weil er schlichtweg kaum eine Bedeutung mehr für das Leben hat. Dabei scheint bei einigen Teilnehmern der ursprünglich erlernte Beruf zu Beginn einen hohen Stellenwert gehabt zu haben: „*ich bin von Haus aus Meister für Holztechnik (...) ne war dann zum Schluss dort Obermeister*“ (Schramm 1, Z. 587-594). Wie an diesem Zita zu erkennen ist,

wird aufgrund eines Ereignisses das Leben in zwei Zeitspannen gesplittet; vor dem Ereignis und nach dem Ereignis, weil Herr Schramm die erste Zeitspanne des Lebens mit „zum Schluss“ beendet wird. Bei Herrn Schramm war dieses lebensverändernde Ereignis das kollektivhistorische Ereignis „Wende“. Der damit einhergehende Strukturwandel auf dem ehemaligen Territorium der DDR kann für ihn dementsprechend als Ursache für den Verlust seiner stringenten Berufsbiografie attribuiert werden. Für Herrn Schramm beginnen mit der Wende beruflich turbulente Zeiten. Er arbeitet viele Jahre im Handel bei unterschiedlichen Arbeitgebern, bei der Post und ist schließlich Dienstwagenfahrer. Mit keiner dieser Tätigkeiten kann sich Herr Schramm mehr identifizieren; die Arbeit dient nur noch der Sicherung des Lebensstandards. Begleitet werden die häufigen Wechsel der Arbeitsstellen von Umzügen. Mitunter zieht er in Städte, in denen er sich ausgegrenzt fühlt. Retrospektiv sieht er eine Fehlentscheidung als ursächlich für seine brüchige Berufsbiografie: *„dann kam die Wende und da hatt ich nur noch ne Lohnkostenzuschussstelle und dann isses für mich so ´n bissel unsicher gewesen (.) und da bin ich rausgegangen (.) hm hätt ich ne machen sollen“* (Schramm 1, Z. 596-600).

Bei anderen Teilnehmern kommt es bereits nach der Berufsausbildung zur Diskontinuität. Diese Personen identifizieren sich weder mit ihrem Ausbildungsberuf noch mit den weiteren beruflichen Tätigkeiten im Anschluss. Interessanterweise sehen auch sie die Grundlage für ihre diskontinuierliche Erwerbsbiografie in einer eigenen Fehlentscheidung. Frau Seler verlässt nach absolvierter Berufsausbildung ihren Ausbildungsbetrieb für ein höheres Einkommen bei anderen Betrieben, *„das war eigentlich der größte Fehler meines Lebens weil von da an ging´s bergab“* (Seler 1, Z. 215f.). Sie erzielt zwar wie gewünscht ein höheres Einkommen, bei keinem der folgenden Arbeitgeber findet sie aber einen verständnisvollen Umgang unter den Mitarbeitern und fühlt sich immer wieder gemobbt. Herr Wegner sieht hingegen seinen Fehler bereits bei der Berufswahl: *„das Problem ist einfach meine Ausbildung die ich hatte (1) war für die frei=freie Wirtschaft nur ´n besserer Schreibmaschinenkurs“* (Wegner 1, Z. 76f.). Mit seinem Berufsabschluss gelingt ihm kein Übergang in den Arbeitsmarkt. Notgedrungen absolviert er zunächst seinen Grundwehrdienst und nimmt anschließend Hilfstätigkeiten an; er liefert Pakete aus, arbeitet in unterschiedlichen Märkten an der Kasse und ist Packer bei einem großen Versandhandel. In einem Supermarkt kann er sich zum stellvertretenden Filialleiter hocharbeiten, doch diese Arbeit ist für ihn psychisch stark belastend, weshalb er in der Folge wieder andere Hilfstätigkeiten bevorzugt.

„(I)mmmer Druck von oben immer weniger Stunden, teilweise (1) der Laden rappellvoll eine Kollegin an der Kasse ich alleine im Laden, soll gleichzeitig Getränkepaletten fahren und gleichzeitig muss ich gucken dass die Brötchenschütten alle voll sind (.) äh dass der Laden picobello ist und gar nicht machbar (1) und ich musste für jeden Pups da meinen Kopf hinhalten und so weiter“ (Wegner 1, Z. 849-855).

Die diskontinuierliche Erwerbsbiografie führt diese Studienteilnehmer immer wieder in stark psychisch belastende Arbeitsverhältnisse, die die Chronifizierung der psychischen Erkrankung begünstigen. Ein ganz anderes Wechselspiel zwischen Erkrankung und Erwerbsarbeit zeigt sich mitunter bei Personen, die die Ursachen ihrer Erkrankung in negative Kindheitserlebnissen oder Traumata sehen. Sie sehen zwar die Arbeit auch als einen Ort der psychischen Belastung, die Diskontinuität der Erwerbsarbeit wird aber nicht darüber erklärt, sondern über die bereits vorher vorhandenen psychischen Krankheiten, die ein längeres Beschäftigungsverhältnis verhindern.

„(I)ch bin sowieso schon psychisch vorbelastet durch die Kindheit, so dass ich sowieso nie äh länger ausgehalten hab ich hab, mal nachgeguckt ich hab 23 Arbeitsplätze in meinen äh Arbeitsjahren gehabt (.) der kürzeste war drei Tage“ (Hubert 1, Z. 105-109).

Anhand der Erzählung von Herrn Hubert zeigt sich, dass das Thema Erwerbsarbeit in seinem Leben nur von peripherer Bedeutung ist. Er hat sich zu keiner Zeit mit einem Beruf oder einer Tätigkeit identifizieren können.

„(D)a bin ich eigentlich reingewachsen ich wollt ´s nie machen (.) aber es hat mir dann gelegen (.) (1) no? dann später och die Kundengespräche also meine Freunde haben alle gesagt wir hätten nie gedacht dass du Verkäufer im Baumarkt machst (.) (1) wo du im Jahr drei Sätze sagst“ (Hubert 1, Z. 478-485).

Herr Günther dagegen identifiziert sich sehr stark mit seinem erlernten Beruf, dennoch verläuft seine Erwerbsbiografie sehr brüchig. Auch er sieht die Ursache dafür in seinen zugrundeliegenden psychischen Erkrankungen: *„ich hab immer wieder wechselnde Arbeitgeber gehabt immer wieder Schwierigkeiten auch auf der Arbeit gehabt“ (Günther 1, Z. 37f.)*. Ebenso wie Herr Hubert hat Herr Günther große Probleme soziale Beziehungen aufzubauen und zu pflegen; stets suchen beide nach sozialer Einbindung und gleichzeitig nach Distanz. Wertschätzung für die Arbeit zu erhalten ist bei beiden Personen ein wichtiger Faktor für die Motivation zu arbeiten. Im Kontrast zu Herrn Hubert hat die Erwerbsarbeit für Herrn

Günther aber noch eine andere Bedeutung: hier kann er als „normaler“ Mensch agieren und wahrgenommen werden, was ihm in seinem Privatleben nicht gelingt. Ursächlich dafür sieht er die psychisch stark belastende Kindheit und das damit einhergehende Versäumnis der Sozialisation in die Basisregeln des partnerschaftlichen Miteinanders. Kontrastiv dazu kann er im Laufe seines Studiums ein berufliches Rollenverständnis erwerben und anschließend in der Arbeitswelt als unauffällig wahrgenommen werden: *„sind aber zwei völlig verschiedene Paar Schuhe (...) da bin ich sehr sicher da ist das Eis dicker“* (Günther 1, Z. 583f.). Das ist auch die Grundlage für den hohen Anteil des Berufs in seiner Identitätskonstruktion.

Eine starke Diskontinuität in der Erwerbsbiografie findet sich auch bei Herrn Volker. Ursächlich dafür benennt er die starken psychischen und somatischen Beschwerden infolge eines erlittenen Traumas in der Arbeitswelt. Das Trauma und dessen Folgen verhindern eine dauerhafte Ausübung seines erlernten Berufs, weil die Arbeit psychisch und auch somatisch belastend ist. Herr Volker lässt sich, mit mäßigem Erfolg, in den kaufmännischen Bereich umschulen. Schnell muss er bemerken, dass auch die Tätigkeit als Industriekaufmann psychische und somatische Belastungen mit sich bringt, seine Krankheiten sind zu diesem Zeitpunkt bereits chronifiziert. Es folgt ein sozialer Abstieg begleitet von wechselnden Hilfstätigkeiten. Die Motivation, trotz der sehr starken psychischen und somatischen Beeinträchtigungen, immer wieder neue Arbeitsplätze zu suchen, ist bei Herrn Volker allein finanzieller Not geschuldet: *„(O)bwohl es mir so, körperlich und seelisch k- überhaupt nicht mehr gut ging ne (.) ich denk mir aber w- aber so ist es auch nix ne wollt ich meiner Frau auch nicht antun ne (1) diese scheiß Arbeitslosigkeit“* (Volker 1, Z. 1781-1785).

Ähnlich ist die Motivation arbeiten zu gehen auch bei Frau Arndt, nachdem sie ihren ursprünglichen und lange ausgeübten Beruf verloren hat: *„hab ich notgedrungen weil ich nüscht anderes gefunden hab, Bratwurst verkauft“* (Arndt 1, Z. 105f.). Zuvor hatte Frau Arndt viele Jahre als Bankkauffrau gearbeitet, ohne dass es besondere Auffälligkeiten gegeben hätte. Sie war in ihr Team eingebunden, bekam Wertschätzung von Kunden und Kollegen. Mit ihrem Beruf war sie zwar identifiziert, er besaß aber keinen besonderen Stellenwert für ihre Identität. Die zunehmenden äußerlichen Symptome ihrer Erkrankung werden schließlich von Seiten der Vorgesetzten bemerkt und kritisch bewertet. Es kommt zur Kündigung: *„dann, hieß es natürlich du bist zu alt und zu breit (.) wenn man schon alt wird darf man's wegsen nicht sehen“* (Arndt 1, Z. 520ff.). Im Anschluss kann Frau Arndt beruflich nicht mehr Fuß fassen: *„du*

musst ja jeden Strohalm nehmen denn du kriegst (.) ((seufzend)) ja (.) (1) ne und so hat man sich von een zum anderen gehandelt“ (Arndt 1, Z. 682ff.).

Abschließend sollen hier noch drei Sonderfälle kurz skizziert werden, bei denen zwar im weitesten Sinne eine diskontinuierliche Berufsbiografie vorliegt, bei denen aber eine eigentliche berufliche Identität im engeren Sinne gar nicht vorhanden ist. Es handelt sich bei allen drei Fällen um jüngere Frauen, die im Prinzip bis zur EM-Berentung das Gefühl haben, noch nicht das „Richtige“ für sich gefunden zu haben. Dies trifft einmal auf die bereits im Kapitel 4.2.1. dargestellten Fälle von Frau Bunt und Frau Hoch zu. Beide haben eine äußerst brüchige Erwerbsbiografie, Frau Hoch hat bis zum Zeitpunkt unserer Befragung eigentlich noch keine längere Beschäftigung vorzuweisen, Arbeitsstellen und Arbeitsfelder werden, sobald die ersten Probleme mit Vorgesetzten, Kollegen oder inhaltliche Herausforderungen auftauchen, rasch gewechselt. Frau Bunt hat zwar einen Beruf, macht aber die Erfahrung, dass sie immer nach kurzer Zeit gekündigt wird, eine Identifikation mit ihrem Beruf hat so nie stattgefunden. Sowohl Frau Bunt als auch Frau Hoch zeigen bereits sehr früh psychische Auffälligkeiten und sind seit ihrer Jugend in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Ein stabiler Alltag war für beide ausgeschlossen, was unmittelbare Auswirkungen auf ihre berufliche Situation hat. Auch bei Frau Grün zeigen sich früh Symptome, die ein normales Berufsleben verunmöglichen. Das liegt insbesondere an einer narzisstischen Störung, die sich darin zeigt, dass sie sich in der Regel an Wissen und Kompetenz überlegen fühlt und so an ihren wechselnden Arbeitsplätzen immer rasch in Konfliktsituationen mit Anderen gerät:

„Wenn ich wenn ich irgendwo arbeite (1) und sehe dass Prozesse nicht optimal sind dann möchte ich die optimieren egal ob das nun meine Sache ist oder nicht (.) und wenn ich sehe dass jemand, ähm, etwas nicht gut macht (1) ä:hm (2) dann hab ich das Bedürfnis demjenigen zu sagen wie er’s besser machen könnte (.) das macht einen nicht immer unbedingt sympathisch“ (Grün 1, Z. 693-698).

Nachdem Frau Grün immer öfter den Arbeitsplatz aufgrund von Problemen mit Kollegen und Vorgesetzten wechseln muss, häufen sich längere psychiatrische Aufenthalte, die sie schon seit ihrer Jugend begleiten. Zusätzlich leidet sie an vielfältigen somatischen Erkrankungen, die sie zum Teil bewegungsunfähig machen. Frau Grün identifiziert sich in der Regel stark mit ihrer Arbeit, was den regelmäßigen Verlust umso mehr als Katastrophe für sie erscheinen lässt. Da

sie familiär aus einem sehr leistungsorientierten Umfeld kommt, bricht ihre mühsam errichtetes Selbstbild immer wieder zusammen, was aber nichts an der eigenen Vorstellung ändert, im Prinzip alles besser zu können als andere. Das wird etwa auch in ihrer Einschätzung der beruflichen Reha die sie nach einer längeren Krisenphase absolviert deutlich:

„(A)Iso meine wichtigsten Aufgaben tatsächlich in der beruflichen Reha waren Zuspätkommen, ähm Pausen machen (1) mich langweilen (1) ähm (2) und anderen nicht die Arbeit wegnehmen, das waren meine wichtigsten Aufgaben in der beruflichen Reha“ (Grün 1, Z. 483-486) „aber auch da wurden mir regelmäßig wieder Sachen weggenommen (1) ähm (2) aber da durfte ich dann immerhin, ähm (1) anderen was beibringen, und das hat mich so ´n bisschen beruhigt (Grün 1, Z. 502-504).

In allen drei Fällen haben wir es mit jüngeren Frauen zu tun, die zu einem bereits sehr frühen Zeitpunkt psychiatrisch/psychotherapeutische Hilfe benötigen. Eine klassische Erwerbsbiografie können alle drei nicht aufbauen, da alle Voraussetzungen dafür fehlen. Im Falle von Frau Hoch und Frau Grün hat sich auch keine berufliche Identität ausbilden können, Frau Bunt hat zwar einen Beruf (Zahnärztin), ist aber nicht in der Lage diesen über einen längeren Zeitraum auszuführen.

Wie anhand der Diskussion der Ergebnisse zu sehen, kann eine diskontinuierliche Erwerbsbiografie zu psychischen Belastungen in der Erwerbstätigkeit führen und damit die Entstehung und Chronifizierung psychischer Erkrankungen fördern. Andererseits kann eine psychische Erkrankung auch Grundlage einer diskontinuierlichen Erwerbsbiografie sein, z.B. wenn die Krankheit das dauerhafte Eingehen von zwischenmenschlichen Beziehungen verhindert. Obwohl wir bei einigen unserer Studienteilnehmer eine große Diskontinuität in der Erwerbsbiografie feststellen können, so kann diesbezüglich aber keine Kausalität zu einem EM-Rentenanspruch hergestellt werden. Das zeigt sich vor allem am Beispiel der nun zu diskutierenden Erwerbsbiografien, für die eine starke berufliche Identifikation charakteristisch ist.

Identifikation mit dem Beruf

Die Studienteilnehmer mit einer starken beruflichen Identifikation verfügen in der Regel über eine stringente Erwerbsbiografie. Nur sehr selten finden sich berufsbiografische Brüche, die,

wenn sie denn vorhanden sind, auf gesellschaftliche Umbrüche zurückzuführen sind, insbesondere infolge des Strukturwandels auf dem ehemaligen Territorium der DDR. Diese singulären Änderungen in der Erwerbsbiografie werden begleitet von einem temporären Verlust beruflicher Identität, die relativ schnell über den neuen Beruf wieder bezogen wird. Förderlich auf die starke berufliche Identifikation wirken ganz unterschiedliche Faktoren. Herr Bertram z.B. berichtet davon, dass neben dem für ihn hohen Einkommen ihm seine zugestandene Selbständigkeit in der Ausübung seiner Tätigkeiten besonders gut gefällt, was ihn auch die langen Zeiten der Trennung von seiner Familie verschmerzen lässt.

„(I)ch hab diese Arbeit einfach geliebt (.) ähm das war, äh natürlich gut bezahlt ähm mit äh dem gro=großen Handicap natürlich dass man getrennt von der Familie ist ähm (.) Sonntagabend los, Freitagnachts nach Hause“ (Bertram 1, Z. 15-18).

Den hohen Stellenwert der Eigenständigkeit bei der Ausübung des Berufs betont auch Frau Dante. Für sie ist es aber darüber hinaus die Wertschätzung ihrer Arbeit seitens ihrer Kunden, die sie besonders motivieren und den Beruf zu einem wichtigen Teil ihrer Identität machen. Die Relevanz der Wertschätzung für die Identifikation mit dem Beruf und der Tätigkeit berichten auch viele andere Studienteilnehmer; sie findet sich z.B. auch in den Eckfalldarstellungen Frau Kunert, Frau Dietmar und Frau Roland im Kapitel 4.2.1. Herr Hartmut bringt es im ersten Interview kurz und knapp auf den Punkt: *„dat ist schön wenn Sie da so dieses Feedback kriegen“ (Hartmut 1, Z. 1140)*. Diese Form der anerkennenden Wertschätzung erhalten unsere Studienteilnehmer nicht nur von Kunden und Klienten, sondern meist auch innerbetrieblich von Kollegen und Vorgesetzten. Eine gute soziale Einbindung in der Arbeitswelt ist meist die Grundlage für ein wertschätzendes Miteinander. Problematisch wird es, wenn diese Wertschätzung von Seiten der Kollegen und Vorgesetzten nicht vorhanden ist. Die Folgen erhaltener Wertschätzung seitens der Kunden bei ausbleibender innerbetrieblicher Wertschätzung sind an Frau Dante gut zu illustrieren.

„(U)nd dann hat sie immer zu mir gesagt wenn ich dies oder jenes noch gemacht hab hier das hab ich von dir nicht verlangt (.) (1) also es wurde gar ne anerkannt (.) ich wollt ja gar nichts haben aber einfach nur dass=dass jemand sagt Mensch die ist aber gut die arrangiert sich ich dacht das ist ´n gutes Aushängeschild für die Praxis wenn man so ist (.) aber war nicht gewollt“ (Dante 1, Z. 937-945). „(I)ch sag das mach ich für mich das ist das tut mir gut und das mach ich für mich ganz allein und ich bestimme wann ich wann was mach“ (Dante 1, Z. 978f.).

Die fehlende Wertschätzung seitens der Vorgesetzten für ihr Engagement führt keineswegs zu einer Verringerung der Identifikation mit dem Beruf, sondern vielmehr zu einem Kampf um Anerkennung, der in einem sozialen Konflikt mündet. Für Herrn Hartmut gibt es eine klare Unterscheidung beim Erhalt innerbetrieblicher Wertschätzung in ein vorher und nachher. Den Wendepunkt markiert seine Erkenntnis, dass die von ihm angestrebten innerbetrieblichen Verbesserungen nicht umgesetzt werden. Aus seiner Sicht rein aus Gründen der Profitmaximierung: *„das war für mich ne Signal- äh Botschaft für mich selber (.) bin in einem System gefangen wo ich heute sage da möchte ich nie wieder rein“* (Hartmut 1, Z. 118f.). Mit diesem Erlebnis fällt es Herrn Hartmut zunehmend schwer, die seitens der Vorgesetzten gegebene Wertschätzung noch wahrzunehmen. Er beginnt die im Vorfeld erhaltene Wertschätzung infrage zu stellen. Von einer ganz anderen Wertschätzung berichtet Frau Hannes, die einen wesentlichen Teil ihrer beruflichen Identifikation umfasst.

„(D)as ist was was man lebenslang hat und das wird einem auch nicht genommen bloß weil man das jetzt nicht mehr beruflich macht und das fand ich ziemlich wichtig weil mir das immer, äh (1) ja so ne Ehre war Diakonin zu sein“ (Hannes 1, Z. 505-509).

Über ihre Tätigkeit als Diakonin bezieht sie neben ihrem gesellschaftlichen Status auch eine an das Amt gebundene und institutionalisierte Wertschätzung in ihrer Gemeinde, die sie entkoppelt von ihrer eigentlichen beruflichen Tätigkeit und über die Zeit der Erwerbstätigkeit hinaus erhalten kann.

Die starke berufliche Identität wirkt sich bei Frau Hannes wie auch bei den anderen Studienteilnehmern, die sich in sehr hohem Maße mit ihrem Beruf identifizieren, tendenziell negativ auf die psychische Gesundheit aus. Dafür sind der hohe Anspruch an die Durchführung der beruflichen Tätigkeiten und die auf sich selbst projizierte Vorbildfunktion für die anderen Kollegen ursächlich. Häufig wird dieses Phänomen von unseren Studienteilnehmern als Perfektionismus beschrieben, der einen psychischen Belastungsfaktor darstellt. Der hohe Anspruch an sich selbst fördert darüber hinaus das eigene Engagement, was weiterhin zu psychischen Belastungen führt und dies in doppelter Weise: *Erstens* fehlt aufgrund des hohen beruflichen Engagements (auch nach Feierabend) häufig ein Ausgleich in der Freizeit: *„ja da hab ich dann, auf Urlaub verzichtet und und und viele Sachen Überstunden dann gemacht und und und (.) dann kam ging das los“* (Thoralf 1, Z. 151ff.). *Zweitens* wird das eigene Engagement

auch von den Kollegen eingefordert, eine Erwartung, die beinahe zwangsläufig zu einer psychisch belastenden Enttäuschung führen muss.

„(W)as ich da so noch miterlebt hab wo ich sage, ich könnte d- mit solchen Leuten könnte ich nicht zusammenarbeiten (.) meine Kollegin, die war schon voll berentet sag ich jetzt mal die ist mit 63 gegangen die hat jetzt noch so ´n bisschen dazu verdient jetzt was was sie ja durfte (1) die hat dann nachmittags, ´n Besen genommen und hat äh den Sand reingefegt mit Rückenschmerzen und und und, und die Jungen sitzen da auf de Bank und gucken zu“ (Thoralf 1, Z. 1298-1312).

Der Übergang in die EM-Rente bringt für die Menschen mit starker beruflicher Identifikation zwangsläufig einen Identitätsverlust mit sich, der aufgefangen und kompensiert werden muss. Es braucht einen neuen strukturellen Kern, um den sich herum die noch vorhandenen und in die EM-Rente transformierbaren Identitätsbestandteile neu ausrichten können, damit aus dem Ende der Berufstätigkeit nicht das Ende eines sinnstiftenden Lebens wird.

„(D)er Beruf war Berufung, das hab ich mit Leidenschaft gemacht (.) es war ein äh (2) ich weiß nicht wie ich das ausdrücken soll es war ein Teil von mir war ein wichtiger Teil (.) (1) der vielleicht schlecht äh äh (unv.) worden ist oder gewichtet worden ist der war vielleicht zu schwerlastig, im Vergleich zu meinem Privatleben“ (Hartmut 1, Z. 1108-1116).

Weitere exemplarische Fälle einer starken Identifikation mit ihrem Beruf finden sich bei Frau Ritzel, Frau Stoph, Herrn Busch, Frau Bischoff oder bei Frau Fabian. Bei ersterer geht das so weit, dass sie ihre EM-Berentung nicht akzeptieren kann/will und versucht sich rechtlich auf ihren alten Arbeitsplatz als leitende OP-Schwester einzuklagen. Frau Ritzel ist ein, wenn nicht vielleicht das extremste Beispiel in unserer Kohorte, für eine fehlende Krankheitseinsicht aufgrund einer Überidentifikation mit ihrem Beruf. In ihren Augen ist die Renten-Diagnose falsch gestellt und sie auch vollkommen gesund. Die EM-Rente ist ein Missverständnis, dass sie aufklären möchte. Vor dem Hintergrund ihrer Beziehungskonstellation (seit 20 Jahren von ihrem Mann getrennt, immer noch im selben Haus lebend, aber versucht sich täglich aus dem Weg zu gehen), wird im Interview deutlich, warum die Identifikation mit ihrer Arbeit so stark ist. Der Arbeitsplatz ist für sie ein geschützter Raum, in dem sie den privaten Problemen aus dem Weg gehen kann und über den sie allein Bestätigung für ihre Person erhält. Insofern ist nachvollziehbar warum Frau Ritzel so vehement gegen die EM-Rente opponiert. Ein direkter Vergleich mit Frau Fabian bietet sich an dieser Stelle an, weil auch sie sich in einer ganz

ähnlichen Konstellation befindet. Ebenso wie Frau Ritzel ist der Arbeitsplatz für sie über viele Jahre ein geschützter Raum, in dem sie sich, im Kontrast zum Aufenthalt im gemeinsamen Haus mit ihrem Ehemann, sehr wohl fühlt und bestätigt wird. Dem Wechsel zwischen dem Wohlfühlen am Arbeitsplatz und dem Unbehagen in der Partnerschaft setzt Frau Fabian sogar in den Kontext der Diagnose Dissoziative Identitätsstörung: *„wenn ich in die Arbeit ging und das Tor ging auf dann war ich ´n anderer Mensch also es war, ich konnte arbeiten und jeder hat gedacht ich bin immer lustig und fröhlich und immer gut drauf und wenn ich wieder rausgegangen bin war ich wieder wer anders“* (Fabian 1, Z. 41-44). Konträr zu Frau Ritzel gelingt ihr aber die Krankheitseinsicht und vor allem die Einsicht, an dem für sie idealen Arbeitsplatz, mit dem sie sich stark identifiziert (Firma, Kollegen, Tätigkeit), aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr dauerhaft tätig sein zu können. Gerade die Akzeptanz der fehlenden Erwerbsfähigkeit expliziert den Unterschied zwischen beiden Fällen und erklärt die Spannbreite unterschiedlicher Reaktionsmuster auf die EM-Rente bei Personen mit starker beruflicher Identifikation.

Kränkungen in der Arbeitswelt

In den Erwerbsbiografien unserer Studienteilnehmer finden sich zahlreiche Erlebnisse, die als schwere Kränkungen wahrgenommen werden. Die anfängliche Vermutung, dass das insbesondere bei personenbezogenen Dienstleistungsberufen und/oder bei Studienteilnehmern mit starker beruflicher Identifikation vorzufinden ist, musste im Zuge der Datenanalyse aber verworfen werden. Wir finden in unserem Datenmaterial gleichermaßen kränkende Erlebnisse bei Personen mit geringer beruflicher Identifikation, bei Personen mit stringenter oder brüchiger Erwerbsbiografie und auch über die verschiedenen Krankheitsverläufe hinweg.

Zuallererst werden Stigmatisierungen und Mobbing in der Arbeitswelt seitens der Vorgesetzten als persönliche Kränkungen wahrgenommen. Diese finden sich z.B. bei Frau Arndt in der Entlassung wegen des krankheitsbedingten Übergewichts, oder in dem Gefühl von Frau Hannes, systematisch vom Vorgesetzten aus dem Arbeitsverhältnis heraus gemobbt zu werden.

„(S)o hat er ganz viele Sachen natürlich gewusst und auch extra ausgenutzt und dann nachher hat er noch gelogen und gesagt ich hätte Gewalt gegen ne Bewohnerin ausgeübt was nicht stimmte (.) aber es reicht ja der Verdacht und die mussten nachher ne ganze Menge Geld bezahlen um mich da loszu- äh wir haben uns auf 'n Vergleich geeinigt“ (Hannes 1, Z. 350-355).

Kränkendes Mobbing seitens eines Vorgesetzten steht aber nicht grundsätzlich in einem Zusammenhang mit einem (drohenden) Verlust des Arbeitsplatzes. Wie weiter oben am Beispiel von Frau Dante beschrieben, wird auch die fehlende Wertschätzung des in die Arbeit eingebrachten Engagements als Kränkung und Mobbing verstanden.

Als stigmatisierende Personen werden von unseren Studienteilnehmern aber nicht allein die Vorgesetzten benannt; viele fühlen sich auch von ihren Kollegen gemobbt. Die Ausprägungen der innerbetrieblichen Stigmatisierungen sind dabei vielgestaltig und stehen auch immer in Abhängigkeit mit der Vulnerabilität der stigmatisierten Personen. Interessanterweise kommt es bei unseren Studienteilnehmern nur sehr selten zu krankheitsbezogenen Stigmatisierungen; allein Frau Seler berichtet von einem mehr peripheren Zusammenhang.

„(D)as ging überwiegend darum dass, wenn man zum Beispiel sich krankgemeldet hat dann waren die anderen Kollegen beleidigt weil man hat sie ja im Stich gelassen die mussten dann die Arbeit für einen mit machen, so was eher ne so so 'n kleines Gezicke unter Frauen (.) ich bin eigentlich überhaupt nicht so 'n Typ ich war so nicht (.) ich hab das alles toleriert wenn die mal krank waren aber wenn ich dann mal krank war dann“ (Seler 1, Z. 222-232).

Die meisten Studienteilnehmer, die sich im Kollegenkreis stigmatisiert fühlen, sehen andere Ursachen dafür. Herr Schramm fühlt sich z.B. an mehreren Arbeitsplätzen in Westdeutschland als Ostdeutscher stigmatisiert: *„ich war der IM, der Stasi Spitzel, der dumme Ossi, ihr habt doch nüscht gelernt ihr seid doch blöde“ (Schramm 1, Z. 32f.)*. Das belastet ihn psychisch derart, dass er seine Arbeitsplätze folgendermaßen beschreibt: *„war die Hölle wieder“ (Schramm 1, Z.22f.)*. Frau Erasmus kann sich im ersten Interview selbst nicht erklären, worauf das Mobbing in ihrem Team aufgebaut war. Sehr deutlich beschreibt sie aber einen Prozess der Zuspitzung, der in einer „Hetzjagd“ auf den eigenen Sohn durch die Kollegen mündet.

Insgesamt scheinen soziale Konflikte ein großes Problem in den Erwerbsbiografien einiger unserer Studienteilnehmer, ohne dass sie gegensteuern könnten. Allein Frau Kunert (Eckfall

im Kapitel 4.2.1.) gelingt es, den sozialen Konflikten in der Arbeitswelt souverän zu begegnen. Das bewirkt aber nur eine temporäre psychische Entlastung, da anschließend neue belastende Faktoren in ihrer Erwerbsarbeit auftauchen, die nicht im Kontext sozialer Konflikte stehen und dennoch als Kränkungen wahrgenommen werden. Wie Frau Kunert berichten auch andere Studienteilnehmer von fehlender Unterstützung und Wertschätzung in der Erwerbsarbeit, die als persönliche Kränkung wahrgenommen werden. Frau Stephan fühlt sich z.B. aufgrund fehlender Unterstützung bei ihrem RTW nach einer langen Krankheitsphase aufgrund somatischer Beschwerden persönlich gekränkt.

„(D)er Betrieb unterstützt ja unterstützt einen ja auch nicht dass man gesund wird die wollen dich ja nur wieder am Arbeitsplatz haben (.) ähm und wie gesagt machen dann noch solche Gespräche ne? und ähm (1) nee das ist wirklich so man wird alleine gelassen“ (Stephan 1, Z. 781-786).

Die fehlende Unterstützung beklagt sie aber nicht allein seitens ihres Arbeitgebers, sie vermisst sie auch bei ihren Kollegen und bringt dies für sich in einen Zusammenhang mit dem generellen Verlust moralischer Werte in der Arbeitswelt.

„(U)nd auch so meine Kollegen also ich wurde regelrecht auch alleine gelassen (.) auch die Kollegen, was äh, was ich sagen muss, ich hab das ja nun ich kann ja nun 20 Jahre in einem Job sagen und 18 Jahre im anderen Job (.) ich muss es f- wirklich so sagen früher, waren die Kollegen viel aufmerksamer“ (Stephan 1, Z. 980-985).

Herr Gerhard sieht ähnlich wie Frau Dante die fehlende Wertschätzung in der Arbeit als persönliche Kränkung. Er erhält zwar seitens seines Arbeitgebers keine Unterstützung, doch das stellt für ihn keine derartig große Kränkung dar wie die fehlende Wertschätzung.

„(D)as außen rum ist wichtig (.) mal zu sagen danke mal zu sagen habt ihr gut gemacht oder so das ist wichtig (.) da ziehen die Menschen viel mehr raus als wenn da einer sagt du kriegst noch 100 Euro mehr dat ist doch noch schön aber wenn du überall immer nur angeschissen bist, das ist problematisch“ (Gerhard 1, Z. 461-468).

Ob soziale Konflikte, z.B. in Form von Stigma oder Mobbing, oder fehlende Unterstützung und Wertschätzung als kränkend empfunden werden, hängt immer von der jeweiligen Person und ihren persönlichen Einschätzungen ab, die nach der Aussage von Herrn Günther als ein Zusammenspiel aus psychischen Vulnerabilitäten und der emotionalen Reaktion auf das (womöglich) kränkende Ereignis gefasst werden kann: „wenn äh wirklich die Emotionen (1) im

Rahmen der psychischen Erkrankung überhand nehmen, ne wo ich dann anfangs quasi abzuschalten (.) ne? (2) und das ist 'n unberechenbarer Faktor' (Günther 1, Z. 1319-1322).

Exkurs 2: personenbezogene Dienstleistungsberufe

Allgemein wird ein starker Zusammenhang zwischen der ausgeübten Erwerbstätigkeit, chronischer Krankheit und Frühberentung vermutet. Ebenfalls ist bekannt, dass ein niedriges Bildungsniveau die Wahrscheinlichkeit dauerhafter Erkrankungen und den Bezug einer EM-Rente erhöht. Über die Risiken für eine Erwerbsminderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen gibt es relativ wenige Untersuchungen, was v.a. auch an den Schwierigkeiten der Klassifikation von Berufsgruppen liegt. Die RV macht aktuell keine Berufsangaben mehr, da die Meldungen der Arbeitgeber in der Regel zu ungenau sind und keine klare Zuordnung erlauben. Deshalb wird im Folgenden auf einen Artikel von 2013 Bezug genommen, der die Kategorien der Blossfeld-Skala verwendet.³¹ Ein Hauptproblem der von der Autorin Tatjana Mika erhobenen Daten bei der RV besteht insbesondere darin, dass Personen ohne gültige Berufsangabe nicht erfasst werden können. Das ist der Fall, wenn eine Arbeitgebermeldung längere Zeit zurückliegt, d.h. die Person sehr wahrscheinlich schon lange arbeitslos war. Hier findet sich aber ein hoher Anteil an EM-Rentnern, was eine Verzerrung der Daten zur Folge hat.³²

Zusammenfassend kommt Mika in ihrer Auswertung der vorhandenen Daten der Versicherungskonten zum Schluss, dass das höchste Risiko für eine frühzeitige Berentung über alle Versicherten hinweg, Beschäftigte mit einfachen Dienstleistungstätigkeiten, einfachen kaufmännischen und Verwaltungsberufen haben. Betrachtet man die Daten geschlechtsspezifisch sieht das Ergebnis etwas anders aus: „Das höchste Risiko für eine Erwerbsminderung besteht bei Frauen allerdings für Semiprofessionen, also schwerpunktmäßig für Frauen in sozialen Berufen, mit im Ergebnis etwa 14 %.“³³ Interessant ist hier, wie Mika anmerkt, dass diese Personen zunächst lange unauffällig sind und erst im Alter ab Mitte 50 das Risiko einer EM-Berentung steil ansteigt. Für die Gruppe der von uns Interviewten lassen sich dafür exemplarische Fälle von betroffenen Frauen finden, von denen

³¹ Mika (2013): Risiken für eine Erwerbsminderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen

³² Zur Datenlage: ebd. (2013, S. 393)

³³ Ebd. (2013, S. 395)

folgend drei kurz skizziert werden, die allesamt viele Jahre als Krankenschwester gearbeitet haben. Darüber hinaus sind in unserem Interviewsample aber auch jüngere Vertreterinnen dieser Gruppe vorzufinden, etwa die Eckfälle Frau Kunert und Frau Dietmar (Kapitel 4.2.1.).

Frau Bischoff hat über 40 Jahre in der Pflege gearbeitet, die meiste Zeit davon auf der Intensivstation. Obwohl sie Krankenschwester in unseren Gesprächen nach wie vor als ihren Traumberuf beschreibt, benennt sie gleichermaßen die große Belastung durch die Tätigkeit. Hier nennt sie v.a. die ständige Geräuschkulisse auf der Intensivstation, der Schichtdienst, sowie die Rationalisierung der Arbeit mit dem Ziel der Steigerung der Rentabilität der Klinik. Schlüssel für ihren psychischen Zusammenbruch ist aber die Person ihres ehemaligen Chefarztes, den sie als launisch und cholerisch beschreibt. Sie wird noch heute von Alpträumen geplagt, in denen sie diesem Arzt begegnet. In den Interviews kommt sie immer wieder auf ihn zurück:

„(M)einem alten Chef dit war ´n richtiger Despot (.) (1) also der war ein sehr au- an- unangenehmer Despot (.) und äh der hat uns, also m- m-, ja der hat sich dann immer ausgepickt wen er am Tag hatte ja, kurze Situation (1) äh ick sollte ´n Patienten kardiovertieren (1) alles vorbereiten Sie müssen dann praktisch die, kleben die Elektroden müssen die Monitore auf Alarm stellen und und und, äh, den Defibrillator reinstellen alles dass er bloß noch kommt der Herr Graf und loslegen kann (.) er kommt Bettdecke runter (1) wat hab ick dir jesagt? haste dit nach den janzen Ja- aber wortwörtlich haste dit nach den janzen Jahren noch nicht begriffen wo ick die Elektroden haben will ratsch, alle ab, hinjklebt (.) kein Wort hab ick jesagt ist jut schluckste“ (Bischoff 1, Z. 908-918).

Mit der Zeit wirken sich die Elemente: Schichtdienst, Überlastung, Tod von Patienten, aber v.a. die als Demütigungen erlebten Handlungen des Chefarztes immer stärker auf die Psyche von Frau Bischoff aus. Schlafstörungen, sowie ein gestörtes Essverhalten, das bei Frau Bischoff zu Adipositas führt, kommen hinzu. Auch die Organisation des Haushaltes, eine problematische Partnerschaft, die Schwierigkeiten im Umgang mit ihrem jüngeren Sohn und die Pflege der Schwiegereltern wirken auf Dauer stark belastend. Schließlich kommt es zu einer akuten Krise, die Frau Bischoff als „Burnout“ und als Beginn ihrer psychischen Labilität beschreibt. Nachdem sie sich für eine Umschulung zur medizinischen Kodierkraft entschieden hat, um der psychisch belastenden Situation am Arbeitsplatz zu entkommen, bzw. diese zu minimieren, wird ihr mitten in der Schulung überraschend mitgeteilt, dass sie die Umschulung

doch nicht zu Ende bringen darf, da sie anderweitig gebraucht wird. Damit bricht für Frau Bischoff alles, was sie an zukünftiger Perspektive entwickelt hat, zusammen:

*„(D)it also dit war janz janz janz furchbar für mich dit können Sie sich nicht vorstellen also, wat man da och in der Art und **Weise** wie dit Gespräch gelaufen ist, **wie** man mir dit mitgeteilt hat, also schlimmer geht nimmer (.) (...) ick hab ja wir haben da gesessen ((haut auf Tisch)), so ich fang dann mal an hat ((klatscht)) äh f- äh f- hier die von der Personalabteilung gesagt also äh wir haben uns dann entschieden äh, dass Sie die Schule aufhören können, äh und wieder auf Station gehen denn wir benötigen da nur noch eine Kollegin. (...) Wusste jar nicht wir mir geschieht da, ick erst mach ick mir da Hoffnungen und=und stürze mich rinn voller Energie und mach die Schule (...) ick hatte keene Ahnung von Computer (.) ick, noch nie da hab mich mit meinen Söhnen dann zusammengesetzt und hab angefangen mich da reinzusteigern und dit zu machen und ick wollte dit machen ick hatte och Energie dafür aber hier wollte man mir dit canceln und (1) uff die **Innere** wollten sie mich och noch abschieben“ (Bischoff 1, Z. 1463-1490).*

Die dadurch ausgelöste Kränkung kann Frau Bischoff psychisch nicht überwinden. Durch die Unterstützung der damaligen Oberschwester gelingt es ihr an eine andere Klinik zu wechseln. Hier erlebt sie zwar eine deutlich angenehmere Arbeitsatmosphäre, aber sie fühlt sich weiterhin sowohl körperlich als auch seelisch belastet. Neben Infekten und Bluthochdruck, begibt sie sich das erste Mal in psychiatrische bzw. neurologische Behandlung. In dieser Zeit nimmt sie zudem mehrere Kuren in Anspruch, um sich soweit seelisch und körperlich zu stabilisieren, damit sie wieder in der Lage ist, ihre Tätigkeit auszuführen. Eine Meniskus-OP 2015 stellt einen erneuten Einschnitt dar. Durch die zunehmende körperliche Einschränkung leidet auch ihre Psyche. Eine EM-Rente hat sie bis zu diesem Zeitpunkt aber ausgeschlossen. In Folge kommt es aber aufgrund einer akuten Suizidalität zu einer Einweisung in die Psychiatrie. Es dauert mehrere Wochen bis Frau Bischof medikamentös eingestellt werden kann. Während dieses Klinikaufenthaltes empfiehlt ihr eine Psychologin die Beantragung der EM-Rente. Die Bewilligung der EM-Rente beschreibt Frau Bischof schließlich als Erlösung.

Frau Posch hat ebenfalls viele Jahre, insgesamt 35, als Krankenschwester gearbeitet, zuletzt über 10 Jahre in einer Drogenambulanz. Biografisch sieht sie sich zu Extremen hingezogen, was die Auswahl ihrer Arbeitsfelder bestätigt:

*„Sozusagen **extrem** ich hab Palliativstation gearbeitet ich war Stationsleitung ich hab, ähm ich bin nach=nach äh **München** gefahren hab mir da äh neue experimentelle*

Stationen angeguckt mit so ´m großen Krankenhausteam und und und, und=und dann jetzt wie gesagt Heroinstudie (...) mitgemacht und dann in der Drogenambulanz in der Suchtaufnahme gearbeitet, und dann zum Schluss eben in der größten Drogenambulanz Hamburgs“ (Posch 1, Z. 118-125).

Dort kommt es schließlich während ihres Dienstes zu einem Angriff durch einen als gewalttätig bekannten Suchtkranken, der eine gebrauchte Spritze nach ihr wirft. Diese Tat kann Frau Posch nicht verarbeiten und sie fällt in eine schwere Depression. Entscheidend dafür ist aber v.a. eine Supervisionssitzung, in der sie keine Unterstützung durch das Team erfährt: *„Ende des der Supervision sagte dann die Sozialtherapeutin zu mir, K. weißt du eigentlich dass du mir grade eine halbe Stunde meiner kostbaren Lebenszeit geklaut hast?“ (Posch 1, Z. 437-439)*

Sie lässt sich in Folge dieser für sie einschneidenden Erfahrung krankschreiben und bekommt schließlich eine psychosomatische Reha bewilligt, die sie in der Retrospektive als nicht hilfreich beschreibt. Zwei Tage nach der Entlassung aus der Reha begeht sie einen Suizidversuch mit Tabletten, überlebt aber zufällig, da ihr Mann früher als erwartet nach Hause kommt. Sie wird gerettet und liegt ein paar Tage im Koma. Noch heute fühlt sie deswegen einen leisen Groll gegenüber ihrem Mann, der, wie sie mir nach unserem ersten Interview anvertraut *„mich nicht gehen ließ.“*

Es folgen nach der Entlassung aus der Klinik ständige depressive Schübe, nach einer fast zweijährigen psychiatrischen Behandlung nimmt sie schließlich regelmäßig Psychotherapie in Anspruch. Dort wird ihr der Grundkonflikt mit ihrer Mutter deutlich, auf den sie ihre Probleme letztendlich zurückführt. Die Beziehung mit ihrer Mutter ist als Kind geprägt von psychischem Missbrauch und Gewalt. Ihr Vater ist berufsbedingt permanent abwesend. Frau Posch wird zur Komplizin der heimlichen Affären ihrer Mutter und muss diese unter Androhung von Gewalt viele Jahre mittragen.

„(D)as Drama wenn man das so benennen will hat eigentlich in meiner Kindheit angefangen ich bin mit einer Mutter groß geworden was sich eigentlich auch erst so im (1) alles im Nachhinein in den ganzen Therapien und sonst irgendwas rausgestellt hat, ähm meine Mutter hat mich (1) nicht, körperlich aber psychisch sexuell missbraucht.“ (Posch 1, Z. 187-191).

Im Laufe der Therapie bricht sie den Kontakt zu ihrer Familie komplett ab. Ein geplantes Treffen mit ihrem Vater, den sie als Opfer der Mutter sieht, scheitert daran, dass sie kurz davor

einen psychischen Zusammenbruch erleidet. Neben den immer stärkeren psychischen Problemen, v.a. Depressionen, ist ihre Adipositas ein weiteres großes Problem. Trotz eines Magen-Bypasses muss sie weiter abnehmen, was ihr sehr schwerfällt.

Nach ihrem zweijährigen psychiatrischen Aufenthalt kommt Frau Posch zum Schluss: „ *und dann äh war klar ich kann nicht weiter in meinem Beruf arbeiten*“ (Posch 1, Z. 45f.). Sie muss sich danach arbeitslos melden und wird schließlich von der Arbeitsagentur auf einen EM-Antrag gedrängt, der nach einigen Verzögerungen genehmigt wird. Eine erwünschte Umschulung in ein Handwerk erhält sie nicht, was bei ihr auf Unverständnis stößt.

*„(N)ein das war also es war wirklich tatsächlich so vom (1) das Arbeitsamt hat mir gar nichts angeboten (...) irgendwie und auch **überhaupt** kein also das Arbeitsamt hat sich wirklich, ich kann's nicht anders sagen ganz ganz schäbig verhalten (Posch 1, Z. 1403-1408).*

Die Bewilligung des EM-Antrages bringt dann kurzfristig eine Beruhigung, doch ist Frau Posch weiter stark suizidgefährdet, wie sie selbst angibt. Mit ihrer Therapeutin hat sie aber, wie sie mir im ersten Interview anvertraut, einen „Lebensvertrag“ abgeschlossen, der ihr eine Stütze ist. Neben den aufgeschichteten Problemen in der Arbeit und den zahlreichen Belastungen im Umgang mit Drogensüchtigen scheint bei Frau Posch aber die familiäre Situation und ihre Reflexion darauf eine wichtige Rolle für ihre schwere Depression zu spielen, die schlussendlich in einen EM-Antrag mündet.

Für *Frau Stoph* war ein helfender Beruf immer ihr Traum und so hat sie früh den Einstieg gefunden. Bereits mit 17 Jahren arbeitet sie als Krankenschwester in einer großen Klinik. Mit ihrem Jugendfreund hat sie drei Fehlgeburten, die mit psychischen Krisen einhergehen. Regelmäßige psychologische Betreuung begleiten sie in dieser Lebensphase. Überraschenderweise klappt es dann doch noch und sie bekommt einen Sohn, auf den sie sehr stolz ist. Als ihr Sohn knapp ein Jahr alt ist, verlässt sie ihr Mann und sie muss alleine ihr Leben organisieren, was sie, auch neben ihrer anstrengenden Tätigkeit, gut schafft. Sie zieht mit ihrem zweiten Mann zusammen und macht noch spät, mit Ende 40, eine Ausbildung zur Pflegedienstleiterin, die sie erfolgreich absolviert. In den folgenden Jahren wird die Arbeitsbelastung immer mehr, neben der Pfl egetätigkeit muss sie als Leiterin zusätzlich vieles an Organisatorischem bewältigen.

*„Also wenn i jetzt so dran denk denk i immer i weiß gar ned wie i das geschafft ha- also mein Tag hat so ausgeschauen dass i imf- in der Früh um fünf aufgestanden bin um sechs in die Arbeit bin dann acht Stunden gearbeitet hab oder auch länger (1) dann schnell schnell ich war immer so schnell zu Hause dass wenn mein Mann heimkommt dass alles fertig ist der hat das ned **verlangt** aber das war so in mir **drin** (.) und am Abend um acht war i dann so platt dass i gesagt hab tut mir leid ich muss ins Bett gehen ich muss morgen früh wieder fit sein um in die Arbeit zu gehen und da zu funktionieren“ (Stoph 1, Z. 370-379).*

Ihre Ehe wird durch die Dauerbelastung in der Arbeit zunehmend vernachlässigt, die psychischen Beschwerden nehmen zu. Nach einem besonders anstrengenden Tag bricht sie schließlich Zuhause zusammen, kann sich nicht mehr vorstellen, wieder zur Arbeit zu gehen und fällt in eine tiefe Depression.

*„Ich hab 40 Jahre **gearbeitet**, dann hatt ich 2015 also in Anführungsstrichen **Burnout**, gibt´s ja als Diagnose so ned mit ganz schwerer Depression und Angst- und Panikstörung und Herzphobie und war dann also mit kleinen Unterbrechungen ein Jahr in der Psychiatrie in Gauting, was mir sehr gut getan hat was aber auch sehr schwierig war weil da erst alles rauskommen ist (.) es ist sehr viel in meinem Leben passiert“ (Stoph 1, Z. 14-19).*

Während des Psychiatrieaufenthaltes gelingt es ihr langsam aus ihrer Antriebslosigkeit heraus zu kommen. Für sie selbst wird klar, dass sie zum ersten Mal in ihrem Leben alleine und selbstbestimmt sein möchte. Ihr bisheriges Leben deutet sie nun als fremdbestimmt und abhängig von Anderen. Sie trennt sich in Folge von ihrem Mann, was sehr große Schuldgefühle auslöst, denn den Grund dafür kann sie ihm nicht verständlich machen. Nachdem sie eine eigene Wohnung bezogen hat, nimmt Frau Stoph noch einmal eine Tätigkeit im Pflegebereich mit 30 Wochenstunden auf. Eine Zeit lang ist sie psychisch stabil, freut sich an ihrer neuen Lebenssituation, doch ein paar Monate später folgt eine weitere schwere Krise.

*„Hab dann im ambulanten Dienst angefangen und hab mich gefühlt wie so, ja wie Königin allein auf der Straße mir hat´s wieder so viel Freude gemacht, hab dann nach ´m Vierteljahr doch ´n kleines Ressort für die Dementen übernommen (1) wollt ich auch hab mein eigenes Büro gehabt hab also teilweise in der Pflege, meine festen Tage im Büro gehabt, und so im, **März** hat´s dann angefangen dass ich gemerkt hab irgendwie bei mir ich bin wieder so ja so verspannt so=so, so **angespannt** (...) und dann ist das aber immer schlimmer*

*geworden mit ja die **Angst** ist wieder zum Vorschein kommen: ich wusste ned vor was aber ich hab gemerkt äh ich hab mich wieder überfordert und dann war wieder so ein Tag wo ich gesagt hab ich=ich=ich kann ned bevor das jetzt weitergeht und wieder **schlimmer** wird es hat mir richtig Angst gemacht (2) bin ich zu meiner Psychiaterin und hab das mit ihr besprochen da hat sie erst mal gesagt zwei Wochen erst mal krankschreiben (...) und dann bin ich halt nach zwei Wochen wieder hin und hab gemerkt also es wird eigentlich **schlimmer** (1) u:nd auch so bissel die Depression wieder wobei die bei mir jetzt ned so im Vordergrund stand (.) aber die Angst das hat mir einfach total Angst gemacht“ (Stoph 1, Z. 33-54).*

Ihre Psychiaterin empfiehlt ihr schließlich eine EM-Rente zu beantragen, etwas, an das Frau Stoph bis dorthin nie gedacht hat. Die Rente wird ihr schließlich sofort unbefristet bewilligt. Als Auslöser für die Berentung sieht sie am Ende unseres Gespräches zusammenfassend ihre Unfähigkeit Grenzen, sowohl in der Arbeit als auch im Privaten, zu ziehen.

„Mein ganzes Leben (1) auch ja eben au- privat das alles weil ich halt immer nur, ich konnt überhaupt ned nein sagen es war ganz äh selbstverständlich rufen wir die Gabi an die Gabi macht das die=die=die macht alles möglich (.) und ich hab’s ja au- irgendwie möglich gemacht“ (Stoph 1, Z. 1019-1022).

Auch wenn der Beruf der Krankenschwester bei allen drei betroffenen Frauen aufgrund der mentalen Anforderungen einen wesentlichen Anteil an der Frühberentung hat, wird in den drei intensiven Interviews klar, dass es sich in der Regel bei allen um eine Kombination aus beruflichen und privaten bzw. familiären Problemen handelt, was auch auf unsere weiter oben erwähnten jüngeren Teilnehmerinnen zutrifft. Zwar bringt der Beruf vielfältige Überlastungen mit sich, diese äußern sich bei den meisten aber erst, wie bei Mika beschrieben, zu einem relativ späten Zeitpunkt in der Erwerbsbiografie. Das Vorhandensein jüngerer Teilnehmerinnen aus sozialen Berufen in unserer Interviewsample könnte womöglich einen Trend zu früheren psychischen Krisen aufgrund der Arbeitsverdichtung, der Digitalisierung etc. und der damit einhergehend vermehrten Stressanfälligkeit sowie zunehmender sozialer Konflikte in diesen Berufsfeldern andeuten. Für alle ist der Beruf ein wichtiges Element in ihrem Identitätskonzept, hier bekommen sie Anerkennung und das Selbstbild als „Helfende“ wird bestätigt. Unterschiedliche Gründe (Vorgesetzte, Schichtdienst, Gewalt in der Arbeit, Überlastung durch Arbeitsverdichtung) führen schließlich zu psychischen Krisen. Diese können nicht mehr durch familiäre Unterstützung kompensiert werden, sondern

machen private Probleme erst deutlich. Zudem finden sich in den Biografien häufig sehr frühe psychische Beeinträchtigungen (Kapitel 4.2.2.1.) und die Empfehlung zur EM-Rente wird seitens niedergelassener oder Klinikärzte ausgesprochen. Andere Konstellationen hätten wahrscheinlich, so unsere Vermutung, nicht direkt in die EM-Rente geführt. Insofern bleibt offen, ob der Beruf wirklich eine entscheidende Kategorie für eine EM-Berentung ist oder ob nicht eine spezielle Kombination von beruflichen und privaten Problemen hier zu berücksichtigen ist. Empirisch haben wir aber zu wenige Fälle, um hier eindeutige Aussagen machen zu können.

4.2.2.3 LTA vor der EM-Rente

Berufliche Neu- und Zusatzqualifizierungen sowie berufliche Fort- und Weiterbildungen finden sich in vielen Biografien unserer interviewten Studienteilnehmer. Dies spiegelt sich auch in unserer Fragebogenerhebung wider. Etwa ein Fünftel der Befragten geben dort an, vor ihrem Rentenanspruch eine berufliche Reha in Anspruch genommen zu haben. Allerdings fehlen sowohl präzise Angaben zur Art der Maßnahme wie für den Zeitraum, in dem diese stattgefunden hat. Letzteres ist aber entscheidend, um die Frage beantworten zu können, ob eine berufliche Reha aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen oder aufgrund eingetretener bzw. drohender Arbeitslosigkeit in Anspruch genommen wurde.

Berufliche Rehabilitation ohne gesundheitliche Einschränkungen

Häufig finden wir bei unseren Studienteilnehmern beruflichen Qualifizierungen sowie Fort- und Weiterbildungen, die nach eingetretener oder bei drohender Arbeitslosigkeit neue berufliche Perspektiven eröffnen sollen. Diese Maßnahmen wurden bereits viele Jahre vor dem Eintritt in die EM-Rente in Anspruch genommen. Bei unseren Fällen handelt es sich dabei in der Regel um berufliche Neuorientierungen aufgrund der fehlenden Möglichkeit, im vorherigen (erlernten) Beruf weiterarbeiten zu können. Aus unserem Sample nutzt alleine Frau Weber eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme, um bei ihrem alten Arbeitgeber an einem neuen Arbeitsplatz weiterbeschäftigt zu werden. Bei allen anderen Personen, die nicht wegen gesundheitlicher Einschränkungen an einer beruflichen Rehabilitation teilgenommen haben,

ist auffällig, dass es sich dabei um Personen handelt, die aus Ostdeutschland stammen und die die fehlende Möglichkeit, im erlernten Beruf weiterzuarbeiten, als späte Folge der „Wende“ sehen und weniger aufgrund gesundheitlicher Belastungen im zuvor ausgeübten Beruf.

„(I)ch hätt damals eigentlich schon abspringen sollen und, ja man macht’s ne (.) egal jetzt auch warum (.) ja war dann neun Jahre in dem Beruf und dann wurden ja die ganzen jungen Leute entlassen, damals war man ja noch jung, ähm die keine Kinder haben nicht verheiratet sind ging das ja nach Punktsystem und der Kündigungsgrund war damals aus Gründen rückläufiger Kinderbetreuungszahlen werd ich nie vergessen den Satz (.) deswegen haben die gekündigt“ (Dante 1, Z. 610-618).

Die aufgrund von Kündigungen notwendige berufliche Neuorientierung wird damit erzwungen; wegen der schlechten Arbeitsmarktlage bleibt auch nur wenig Spielraum für mögliche Berufe. Meist helfen soziale Kontakte dabei, sich eine neue berufliche Perspektive zu erarbeiten, für die eine berufliche Neuqualifizierung notwendig ist. In manchen Fällen wirkt die berufliche Neuorientierung komplett fremdbestimmt, wie am Beispiel Frau Stephan zu sehen ist.

„(D)ann hat der hatten hatten die dieses Objekt übernommen haben die hatten haben beim Arbeitsamt so ne Umschulung beantragt gehabt (...) und wir sind dann auch alle in diese Umschulung gekommen (.) ne? aber nicht jeder hat ’n Job als Sozialarbeiterin gekriegt ich glaub ich war die Einzige die Glück hatte“ (Stephan 1, Z. 951-959).

Im Anschluss an die berufliche Neuqualifizierung arbeiten die Studienteilnehmer zunächst in ihrem Umschulungsberuf, wobei die männlichen Teilnehmer nach kurzer Zeit den Beruf wieder verlassen; hier zeigt sich durchweg eine brüchige Berufsbiografie. Die Frauen hingegen haben über die berufliche Neuqualifizierung eine Chance des Aufbaus einer stabilen Berufsbiografie erhalten, die sie auch nutzen. Über viele Jahre hinweg arbeiten sie im neu erlernten Beruf im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungsberufe. Im Laufe der Zeit nehmen die psychischen Belastungen in der Arbeit aber zu. Somatische Erkrankungen begleiten die Chronifizierung der psychischen Beschwerden oder sind deren Folge. Am Ende folgt so der Antrag einer EM-Rente, weil trotz der Inanspruchnahme medizinischer sowie psychiatrisch-psychologischer Angebote die weitere Ausübung des Umschulungsberufs nicht mehr möglich ist. Die berufliche Neuqualifizierung steht damit in keinem direkten Zusammenhang mit dem EM-Rentenbezug. Dennoch führte die Arbeit im Umschulungsberuf

zu psychischen und somatischen Belastungen, die als Ursachen für die Beantragung einer EM-Rente genannt werden.

Berufliche Rehabilitation aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen

In der Regel finden sich bei diesen Personen berufliche Rehabilitationsmaßnahmen erst kurz vor dem Antrag auf EM-Rente. Allein Herr Volker nimmt sehr früh aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen eine Umschulungsmaßnahme in Anspruch. Herr Volker, der im Vorfeld der EM-Rente eine Umschulung erfolgreich absolviert hat, weist starke Differenzen zu der zuvor beschriebenen Gruppe auf. Parallelen zeigen sich lediglich in der brüchigen Erwerbsbiografie. Ein grundlegender Unterschied besteht darin, dass Herr Volker die Umschulung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen beantragt und bewilligt bekommt.

„(D)ann zum Arbeitsamt denen gesagt hier ich sag mein Urologe hat mir gesagt hier vom Bau runter, Niere futsch ne und Herzproblematik so, Arbeitsamt sofort gesagt hier sofort vom Bau runter ne (1) ä:h, wir machen da ne Umschulung“ (Volker 1, Z. 603-606).

Die Wartezeit bis zum Beginn der Umschulung zum Industriekaufmann überbrückt er mit einer stark somatisch belastenden Arbeit in einer „Knochenmühle“ (Volker 1, Z. 690). Auch die Umschulung selbst wird zu einer großen Herausforderung; insbesondere die Prüfungen sind für Herrn Volker eine psychische Belastung: *„ich mich da zwei Jahre da durchgequält, Prüfung auch geschafft (1) trotz meiner Panikattacken während der Prüfung so und Scheiß ne, ja natürlich Horror ne“ (Volker 1, Z. 858ff.)*. Es gelingt ihm ein erfolgreicher Abschluss der Umschulung und er arbeitet anschließend im kaufmännischen Bereich. Der Aufbau einer stringenten Berufsbiografie gelingt ihm jedoch nicht. Immer mehr wird die Arbeit zu einer psychischen Belastung, es beginnt eine Abwärtsspirale von einer qualifizierten Berufstätigkeit bis hin zu Aushilfstätigkeiten, immer wieder unterbrochen von Zeiten der Arbeitslosigkeit. Die Umschulungsmaßnahme führt damit zwar zu einem RTW, aber zu keinem dauerhaften Verbleib (Stay at Work), da die Umschulung zu spät im biografischen Verlauf in Anspruch genommen wurde. Herr Volker ist bereits zu stark belastet, um im Anschluss der Umschulung dauerhaft im kaufmännischen Bereich arbeiten zu können.

Auch bei anderen Studienteilnehmern erfolgen die LTA-Maßnahmen zu spät; bei ihnen jedoch erst kurz vor dem Antrag auf eine EM-Rente. Diese Personen weisen meist eine lange Krankheitsgeschichte vor der LTA-Maßnahme auf, zudem sind sie bereits sehr therapieerfahren. Von den niedergelassenen Therapeuten und Psychiatern werden aber über

viele Jahre, trotz der Beschwerden, die aus einem psychisch belastendem Arbeitsalltag resultieren, keine LTA-Maßnahmen in Erwägung gezogen. Erst nachdem die Betroffenen ihren Beruf aufgeben mussten, wird ihnen die Möglichkeit eröffnet, mittels einer Umschulung, einer Anpassungsqualifizierung oder Integrationsmaßnahme sich beruflich neu zu orientieren. Die Empfehlung zu einer LTA-Maßnahme aufgrund der psychischen Beschwerden wird aber auch dann nicht von niedergelassenen Therapeuten oder Psychiatern ausgesprochen, sondern seitens der Rehafachberater der DRV bzw. der Bundesagentur für Arbeit oder in einer medizinischen Rehabilitation.

„(D)ann äh bin ich in der Zeit schon krank psychisch krank geworden und bin da auch ganz unglücklich aus der ganzen Geschichte ausgeschieden also mir wurde gekündigt und geklagt und naja diese ganzen Sachen (.) und äh dann war ich zur Reha und ähm da wurde mir gesagt ich könnte Teilhabe am Arbeitsleben beantragen müsste also nicht mehr in meinen Beruf zurück weil ich da im Beruf weniger als drei Stunden arbeiten könnte also mit Menschen sollte ich nix mehr und ä:h, ja daraufhin hab ich eben Teilhabe am Arbeitsleben beantragt und äh wollte und sollte dann Kauffrau für Büromanagement werden“ (Hannes 1, Z. 21-34).

Die LTA Maßnahme wird von den entsprechenden Studienteilnehmern aber nicht mehr beendet, da sie bereits psychisch sehr vulnerabel sind. Sie fühlen sich den Anforderungen der Maßnahme nicht mehr gewachsen, es kommt zu Konflikten und schließlich zum Abbruch: *„äh nach 14 Tagen Weinattacken hat dann die Psychologin gesagt (unv.) so geht dat nicht so können wir keinen Erfolg verbuchen“ (Hartmut 1, Z. 249ff.)*. Wegen des Abbruchs der LTA-Maßnahme wird die Situation immer auswegloser. Trotz einer Maßnahme ist es ihnen nicht gelungen, zurück in Erwerbsarbeit zu gelangen. Es folgt ein Antrag auf eine EM-Rente auf Anraten der Mitarbeiter der beruflichen Rehaeinrichtung oder der Rehafachberater der DRV oder BA: *„dann sagte mir die Reha Beraterin nee ich hab ja nur Maßnahmen die gehen ja nur Vollzeit (.) und da Sie Vollzeit im Moment nicht arbeiten können steht ja auch in Ihrem Arztbrief kann ich Ihnen nicht helfen da müssen Sie die Rente beantragen“ (Seler 1, Z. 829-833)*. Rückblickend auf ihre abgebrochene LTA-Maßnahme sagen alle Studienteilnehmer unisono, dass diese Maßnahme ihnen durchaus hätte dabei helfen können, den EM-Rentenbezug zu verhindern. Sie hätte jedoch in einer Zeit durchgeführt werden müssen, in der sie noch die Chance zu einer psychischen Regeneration für sich gesehen hätten.

„(A)ber wenn ich ähm (2) nach dieser Therapie (2) den Job dran gegeben hätte und hätte mir was anderes äh gesucht mit Unterstützung der Rentenversicherung im=im Rahmen der Umschulung irgendwie was Geeignetes zu finden (1) das hätte äh unter Umständen hätte das funktioniert“ (Wegner 3, Z. 1782-1787).

Frau Karl hat ihre Umschulung aus gesundheitlichen Gründen abbrechen müssen. Das hat für sie weitreichende Konsequenzen, da sie mit der Umschulungsmaßnahme ihr Leben von Grund auf neugestalten wollte. An die Umschulung war nicht nur ein RTW geknüpft, sondern der Aufbau eines neuen Identitätskonzepts. Dies gelingt ihr im Verlauf der Maßnahme auch sehr gut; sie identifiziert sich mit dem zu erlernenden Beruf, wechselt das BFW, um sich ein Leben in ihrer Heimat aufbauen zu können und findet dort auch einen neuen Partner. Zu ihrem Bedauern kommt es aber zu gesundheitlichen Rückschlägen. Frau Karl schafft es aus gesundheitlichen Gründen nicht, ihre Prüfungen zu absolvieren und beklagt die fehlende Unterstützung im BFW, die Umschulung trotzdem noch erfolgreich zu Ende zu führen: *„dieses Gespräch ist ohne mich gelaufen und es wurde ohne mich entschieden dass ich gesagt habe ich will aufhören (.) (1) was niemals so gewesen ist“ (Karl 1, Z. 1537ff.)*. Ohne den Abschluss sieht sie nur die Möglichkeit für sich, einen RTW in ihrem vorherigen Beruf anzustreben. Sie hat zwar auch bei ihren Praktikumsbetrieben aus der Umschulung angefragt, doch ohne Abschluss will sie niemand einstellen. Ein RTW in den vorherigen Beruf misslingt zudem. Für Frau Karl ist mit dem Abbruch der Maßnahme nicht nur die misslingende Rückkehr in Erwerbsarbeit verbunden, sondern auch eine zunehmende Fragilität ihres neuen Identitätskonzepts, dessen Aufbau nicht abgeschlossen werden kann. Sie entscheidet sich schließlich für einen Antrag auf EM-Rente, um zumindest ihre neue Partnerschaft als biografischen Anker zu nutzen und nicht in finanzielle Not zu geraten.

„(B)in dann relativ schnell in Hartz IV gerutscht durch meinen Freund auch (1) hab dann eigentlich überhaupt kein Geld bekommen weil er so viel gekriegt hat (.) und irgendwann muss ich Ihnen sagen hab ich einfach die Schnauze voll gehabt und hab gesagt ich habe es probiert ich hab jetzt sechs Jahre lang probiert alles Mögliche zu machen, ich beantrage jetzt die Rente“ (Karl 1, Z. 122-128).

Der Fall Herr Ballauf wird folgend ausführlicher dargestellt, da er als einziger seine LTA-Maßnahme kurz vor der Berentung beendet hat und ihm ein vorübergehender RTW gelungen

ist. Nach seinem Schulabschluss will Herr Ballauf eigentlich Koch werden. Da ihm aber seine Eltern davon abraten, entscheidet er sich für eine Ausbildung zum Floristen, ein Beruf der, wie sich bald herausstellt, ganz andere Anforderungen verlangt als in seinen Vorstellungen. Nach der Lehre macht er sich als Florist selbständig, bleibt aber nicht lange in diesem Beruf tätig. Er heiratet früh, bekommt zwei Kinder und arbeitet schließlich 15 Jahre in der Tuchweberei seines Schwiegervaters, wo er schnell in eine Führungsposition kommt. Die Ehe gerät in eine schwere Krise als Herr Ballauf seine Homosexualität bewusst wird. Das Verhältnis zu seiner Frau endet in einem tiefen Zerwürfnis. Zu den beiden Kindern, heute 29 und 32 Jahre alt, hat er seit der endgültigen Trennung vor über 20 Jahren keinen Kontakt mehr.

Nach der Scheidung kündigt er in der Firma des Schwiegervaters und lernt kurz danach seinen heutigen Mann kennen. Gemeinsam entwickeln sie die Idee für einen Blumenladen, den Herr Ballauf 6 Jahre führt. Die Arbeit ist schwer, Feiertag und Wochenendarbeit, Nässe und Kälte, führen schließlich zu einer Lungenentzündung, worauf er für Monate ausfällt. Nach der Genesung arbeitet Herr Ballauf umso härter, um verloren gegangene Zeit aufzuarbeiten und die Auszubildenden und seinen Mann, die das Geschäft in der Zwischenzeit geführt haben, zu entlasten:

„Hab ich dann, hab ick irgendwie, nur noch gearbeitet, also irgendwie so von morgens bis abends und dann noch am besten die Nacht durch und so einfach um so, dit wieder auszugleichen ja (Ballauf 1, Z. 261-263).“

Herr Ballauf fühlt sich zunehmend müde und körperlich am Ende. Ein Burnout kündigt sich an, begleitet von Suizidgedanken. In diese Zeit fällt auch ein positiver HIV Test, sein Mann ist ebenfalls, wie eine Untersuchung danach ergibt, positiv. Über die Schwulenhilfe organisiert er sich einen Psychiater, der ihm nach mehreren Gesprächen eine psychosomatische Reha empfiehlt. Dort wird ihm eine berufliche Umschulung empfohlen, die er trotz seines Alters auch erhält. Ein dreimonatiger Vorbereitungskurs mit anschließender Umschulung zum Bürokaufmann in einem BFW absolviert er, trotz anfänglicher Ängste über seine Leistungsfähigkeit, als Klassenbester, was sein Selbstbewusstsein enorm stärkt und ihn wieder positiv in die Zukunft blicken lässt. Im Prinzip wären also hier alle Voraussetzungen für eine Stabilisierung seiner Situation vorhanden.

Er findet nach der Maßnahme auch ziemlich schnell eine Arbeit in einer Reha-Einrichtung, zwar nicht genau in seinem Beruf, aber mit unterschiedlichen Aufgaben, insbesondere mit

Patientenkontakt, was ihm große Freude macht und wo er sich viel Selbstbestätigung holt. Dennoch kommt es aber sehr schnell wieder zu einer Überforderungssituation in der Arbeit, depressive Phasen verstärken sich, eine schwere Lebererkrankung zwingt ihn schließlich dazu die Arbeit aufzugeben. In dieser Zeit wird auch eine Krebserkrankung seines Mannes diagnostiziert.

Und bin dann nahtlos von dieser Krankheit mit der Leber, ähm wieder wegen Depressionen lange Zeit krankgeschrieben gewesen, ja und dann war eigentlich so der den ja diesen äh Aspekt erst mal ins Spiel brachte war wirklich mein Mann der dann sagte also so irgendwie, ja geht dir nicht mehr, also irgendwas müssen wir uns hier einfallen lassen und dann habe ich mit meinem Psychologen und meinem Psychiater darüber äh gesprochen, wobei der Psychologe nicht so dafür war äh überhaupt den Antrag zu stellen, ähm aus Angst dass man halt so, ja in so ne ja dann nichts mehr macht ähm und der Psychiater dir aber sehr unterstützte (Ballauf 1, Z. 45-54).

Herr Ballauf denkt nun erstmals ernsthaft über eine EM-Rente nach, fühlt sich aber wegen seiner Depression nicht in der Lage den Antrag auszufüllen. Der behandelnde Psychiater rät ihm aber mehrfach dazu. Schließlich stellt er einen Antrag und ist selbst überrascht, dass alles komplikationslos bis zur Genehmigung seiner Rente läuft. Er erhält die EM-Rente auch beim ersten Mal gleich unbefristet. Die berufliche Umschulung scheint damit auch in seinem Fall zu spät erfolgt zu sein, obwohl eigentlich alle Voraussetzungen für eine positive Entwicklung gegeben sind. In der beruflichen Reha zeigt Herr Ballauf Ehrgeiz und Leistungswillen, was ihn optimistisch stimmt. Auch der rasch gefundene Arbeitsplatz entspricht seinen Vorstellungen. Dennoch fehlt es an Ausdauer und Belastungsfähigkeit und so steht am Ende die EM-Rente.

Fehlende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Es gibt des Weiteren viele Studienteilnehmer, bei denen das Thema Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu keiner Zeit und von keiner Seite aus angesprochen wurde. Dies bedeutet aber nicht, dass ihnen LTA-Maßnahmen nicht dabei hätten helfen können, ihre Berufsbiografie neu auszurichten und einen EM-Rentenbezug zu vermeiden. Die Studienteilnehmer, die dies für sich erkennen und sich deshalb an die Rehaträger wenden, sehen sich aber mit großen systembedingten Hindernissen konfrontiert, LTA zu erhalten.

Insbesondere scheinen die Hindernisse dann groß zu sein, wenn der Kontakt zu den Rehaträgern bereits vor der Chronifizierung der psychischen Beeinträchtigungen gesucht wird.

„(W)o ich dann dachte ja was=was machst du jetzt? (1) und äh mir fiel da nie was ein ja (.) ich bin dann mal zum Arbeitsamt hin und die sagt ja Sie sind ja nicht arbeitslos hauen Sie ab so ungefähr“ (Rabe 3, Z. 630ff.). „(D)a muss man auch diese ganze, ähm, Szenerie schon durchlaufen haben mit langer Krankheit und Reha und was weiß ich bevor die dann überhaupt da mal tätig werden“ (Rabe 3, Z. 682-686).

Ähnliches zeichnet sich in unterschiedlichen Biografien unserer Teilnehmer ab. Auch Herr Gerhard strebt viele Jahre vor dem EM-Rentenanspruch mit bereits gutachterlich attestierter Berufsunfähigkeit einen beruflichen Wechsel an und sucht dabei nach Unterstützung beim Arbeitsamt. Diese wird jedoch abgelehnt und Herr Gerhard kehrt wegen fehlender Alternativen in seinen vorherigen Beruf zurück: *„dass ich überhaupt so lange noch durchgehalten hab ist son kleines Wunder“ (Gerhard 1, Z. 741f.)*. Retrospektiv betont er im dritten Interview, dass sich eine rechtzeitige LTA-Maßnahme auch für die Rehaträger finanziell positiv auswirken hätte können:

„(D)as hätte garantiert auch (1) Vater Staat Krankenkasse und und und immense Kosten gespart (.) weil es wird ja immer schlimmer die Kasse muss dann das Medikament dies Medikament jene Therapie und so weiter“ (Gerhard 3, 714-718).

Eine Empfehlung auf eine LTA-Maßnahme wird bei weiteren Studienteilnehmern zum Teil auch nicht in der medizinischen Reha ausgesprochen. Frau Arndt, die zum Zeitpunkt der Reha bereits längere Zeit aus ihrem Beruf ausgestiegen ist und mit Nebenjobs, selbständigen Tätigkeiten und Ähnlichem versucht, das Haushaltseinkommen auf einem erträglichen Minimum zu halten, bekommt beim Verlassen der Reha lediglich mitgeteilt, dass sie im vollen Umfang arbeitsfähig eingeschätzt wird bzw. werden muss.

„(D)ann aber 2014 nachdem ich dann (...) natürlich och ohne ´n Krankenschein, zur Reha g- äh zur Kur gekommen (.) die in der Kur haben mir glattweg gesagt wenn Sie arbeitsfähig hier gelandet sind muss ich Sie och arbeitsfähig wieder entlassen“ (Arndt 1, Z. 202-205).

Frau Kunert (vgl. Kapitel 4.2.1.1.) geht einen anderen Weg. Nachdem sie bemerkt, den psychischen Belastungen in der Arbeitswelt nicht mehr gewachsen zu sein, sucht sie nach einer beruflichen Veränderung. Ähnlich wie Frau Rabe und Herr Gerhard strebt sie eine

Tätigkeit in ihrer Branche an, die weniger psychische Belastungen bereithält und wo sie ihr Vorwissen gut einbringen kann. Kontrastiv zu den anderen Studienteilnehmern sucht sie nicht die Hilfe der Rehaträger, sondern besucht Fort- und Weiterbildungen; doch auch ihre Bemühungen scheitern. Bei einem späteren Klinikaufenthalt (bei Frau Kunert die Psychiatrie) wird ihr beruflicher Veränderungsimpuls nicht aufgegriffen. Es folgt eine Empfehlung zur EM-Rente und nicht zu einer LTA-Maßnahme.

LTA-Maßnahmen sind ein wichtiger Teil im Portfolio der Rehaträger. Mit einem gezielten Einsatz kann die Erwerbsfähigkeit von chronisch kranken Menschen erhalten oder wiederhergestellt werden. Anhand der gerade beschriebenen Phänomene bei unseren Studienteilnehmern deutet vieles darauf hin, dass mit einem rechtzeitigen und zielgerichteten Einsatz der LTA-Maßnahmen der Bezug einer EM-Rente verhindert werden kann. Wie sich zeigt, gibt es aber einige systembedingte Hemmschwellen für einen möglichst frühzeitigen Einsatz von LTA-Maßnahmen.

Erstens liegt eine Hemmschwelle darin, dass bestimmte Bedingungen erfüllt sein müssen, eine LTA-Maßnahme bewilligt zu bekommen. Auf diese Weise werden Personen aus der Versorgung ausgeschlossen, die wegen des hohen Stellenwerts der Erwerbsarbeit in ihrem Leben (unabhängig davon, ob die notwendigen Finanzen, der wichtige Erhalt von Wertschätzung oder andere Gründe im Vordergrund stehen) in ihrem belastenden Beruf weiterarbeiten.

Zweitens ist eine Hemmschwelle darin zu finden, dass niedergelassene Ärzte und Therapeuten auch bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen viel zu selten LTA-Maßnahmen für ihre Patienten in Erwägung ziehen; ja selbst in einigen Rehakliniken scheint eine Empfehlung auf eine LTA-Maßnahme eher selten zu sein, wie sich am Fall Frau Arndt andeutet. Die Folge ist eine Rückkehr in die belastende Situation und eine weitere Chronifizierung der Krankheit, bis schließlich keine Alternative mehr zu einem Antrag auf eine EM-Rente gesehen wird oder viel zu spät eine LTA-Maßnahme bewilligt wird, die aber keinen Erfolg mehr zeigt und meist abgebrochen wird.

Herr Bertram verweist im Zusammenhang mit LTA-Maßnahmen auf eine weitere Hemmschwelle hin, und zwar *drittens* die Situation der Beurteilung seitens eines Rehafachberaters der DRV. Der aktuelle Gesundheitszustand, mit dem unsere Studienteilnehmer sich in eine LTA-Beratung begeben, scheint einen mitentscheidenden

Einfluss auf die Bewilligung oder Ablehnung einer LTA-Maßnahme zu haben. Problematisch daran ist, dass ein halbes Jahr früher oder ein halbes Jahr später der Gesundheitszustand ein ganz anderer sein kann und damit die Beurteilung ganz unterschiedlich ausfallen könnte. Viele unserer Studienteilnehmer erhalten aber auch kein Beratungsgespräch.

*„(D)a bin ich hin und es war grad ne Phase in der es mir nicht so besonders ging und da haben wir geguckt was kann ich machen, und ich hab zu ihm gesagt damals zu dem: äh Mitarbeiter dort ähm, ich sehe im Augenblick keine Perspektive also mir geht's gesundheitlich so schlecht ich kann, nicht (1) naja und da hat er seine Akte zugeklappt und hat gesagt dann kann er nichts für mich tun (.) und da war das Gespräch beendet“
(Bertram 3, Z. 990-997).*

Wird eine LTA-Maßnahme früh im biografischen Verlauf in Erwägung gezogen, sollten neben der biografischen Passung (Kardorff et al., 2016; Klaus et al., 2018) auch kommende psychische Belastungen des avisierten Berufsfelds in Kombination mit psychischen Vulnerabilitäten der Teilnehmer berücksichtigt werden, da dies langfristige Auswirkungen auf die bzw. den Erhalt der Erwerbsfähigkeit haben kann, wie unsere anfangs diskutierten Fälle zeigen. Bei unseren Studienteilnehmern, die ihre LTA-Maßnahme aufgrund der eingetretenen Arbeitslosigkeit als Spätfolge des Strukturwandels bewilligt bekommen haben, handelt es sich aber sicherlich um eine sehr spezielle Kohorte.

4.2.3. Der Antrag auf EM-Rente

4.2.3.1 Ursachen und Attributionen für den EM-Rentantrag

Die Motivation, einen Antrag auf eine EM-Rente zu stellen, ist bei unseren Studienteilnehmern ganz unterschiedlich gelagert. Daran gebunden sind verschiedene Ursachenattributionen, Lebenssituationen aber auch biografische Erfahrungen und Berufswege. Grob unterscheiden lassen sich drei Varianten:

Erstens gibt es Studienteilnehmer, die aus der Erwerbsarbeit heraus einen Antrag auf eine EM-Rente stellen, da sie sich nicht mehr in der Lage fühlen, ihre Berufstätigkeit weiterzuführen. In der Vergangenheit haben sie bereits verschiedene stationäre psychiatrisch-psychologische Angebote in Anspruch genommen. Der RTW aus diesen Klinikaufenthalten oder aus langen

AU-Zeiten gelingt meist mit der StW; die Phasen der Berufsausübung werden aber immer kürzer, bis sie wieder arbeitsunfähig werden.

Zweitens beantragen Studienteilnehmer eine EM-Rente, weil sie sich aufgrund ganz unterschiedlicher psychisch belastender Ereignisse in der Vergangenheit und in der Lebenssituation der Antragstellung in einer ausweglosen Situation sehen, kurzfristig mithilfe von Erwerbsarbeit ein neues stabiles Leben aufzubauen. Die EM-Rente soll den Rahmen dafür schaffen.

Drittens finden sich unter unseren Studienteilnehmern Personen, die die EM-Rente als eine dauerhafte Alternative zur eingetretenen Arbeitslosigkeit wählen, weil sie für sich aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen keine Chance mehr sehen, wieder einen Weg in Erwerbsarbeit zu finden.

Die allermeisten Studienteilnehmer gehören zur ersten Variante. In der Regel weisen sie eine sehr stringente Berufsbiografie; es sind zwar mitunter Berufswechsel vorzufinden, aber dies sind nur singuläre Phänomene und es bleibt bei einer hohen Identifikation mit den Berufen, auch bei einem Berufswechsel. Ebenso zeigen sich ein hoher Stellenwert der Erwerbsarbeit im Leben und ein großer Berufsethos. Die Auslöser der psychischen Belastungen sind dennoch oder vielleicht gerade deshalb mehrheitlich in der Arbeitswelt vorzufinden. Bei einigen Fällen werden psychischen Belastungen auch vornehmlich in der Familie wahrgenommen, diese wirken sich schließlich auf die Erwerbsarbeit aus. Die Krankheitsgeschichte dehnt sich auf viele Jahre aus, in dem die psychischen Beschwerden allmählich und schleichend ansteigen: „*das ist natürlich 'n Entwicklungsprozess über Jahrzehnte gewesen*“ (Gerhard 1, Z. 15f.). Nach dem Bemerkten der Auswirkungen der psychischen Belastungen auf die eigene Arbeitsfähigkeit nehmen sie erste psychiatrisch-psychologische Hilfe in Anspruch. Es folgen Klinikaufenthalte in Psychiatrien, Tageskliniken und Rehaeinrichtungen. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz gelingt immer wieder, meist hilft dabei eine StW. Frau Fabian kommentiert diese Zeit im ersten Interview mit: „*hab ich mich so durchgeschlagen*“ (Fabian 1, Z. 90); eine Aussage, die diese sehr lange Zeitspanne von abwechselnden klinischen Behandlungen und Berufstätigkeit gut charakterisiert. Die Zeitspannen der Arbeitsfähigkeit verkürzen sich jedoch immer weiter im Prozess und die Studienteilnehmer fallen immer mehr in den in Exkurs 1 beschriebenen Präsentismus. Lange halten sie daran fest, ihren Beruf bis zum Eintritt in die Regelaltersrente ausüben zu können; verantwortlich dafür ist neben dem hohen Arbeitsethos insbesondere der

Stellenwert der Erwerbsarbeit in der Identitätskonstruktion und die strikte Orientierung an der Normalbiografie. Darüber erklärt sich schließlich auch die große Enttäuschung und Verzweiflung beim Übergang zur EM-Rente, das eigene Leben nicht gemeistert zu haben. Zur Illustration dieses generellen Phänomens an dieser Stelle nur ein Zitat aus dem Interview mit Frau Roland.

„(H)ast nicht durchgehalten (.) alle anderen halten durch bloß du nicht (.) ne? und dann hab ich mich damit getröstet okay hast ja drei Kinder großgezogen die auch gut geraten sind wo niemals Jugendhilfe in Anspruch oder genommen werden musste oder sonst was (.) (1) und immerhin haste ja 36 Jahre geschafft (.) gearbeitet so (.) und ja und dann ging das“ (Roland 1, Z. 147-155).

Nach einer langen Zeit der Verleugnung des zunehmenden Verlustes der Arbeitsfähigkeit trotz der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychologischer Angebote in Kliniken und bei niedergelassenen Ärzten und Therapeuten kommt es teilweise in der Folge eines psychischen Zusammenbruchs zu der Einsicht, dass ein Leben mit Erwerbsarbeit und den vorhandenen psychischen Beschwerden und Belastungen nicht mehr auf Dauer zu bewerkstelligen sein wird. In anderen Fällen führt diese Selbsteinsicht wiederum in eine akute psychische Krise. Der psychische Zusammenbruch wird aber immer mit der erstmaligen Einsicht, aufgrund der psychischen Beschwerden und Belastungen nicht mehr dauerhaft arbeiten gehen zu können, verbunden. Die Studienteilnehmer beschreiben diesen Moment ganz unterschiedlich, aber immer als belastendes lebensveränderndes Ereignis: „vom innersten tiefsten Gefühl dass mit der Arbeit Schluss ist“ (Roland 1, Z. 110f.); „wie son Schalter“ (Stephan 1, Z. 386); „herber Schlag“ (Rabe 1, Z. 93). Einige der Studienteilnehmer sind versucht, zunächst Alternativen zum Antrag der EM-Rente zu suchen. Dabei orientieren sie sich aufgrund ihrer starken Identifikation mit Beruf und Arbeitgeber aber nicht am allgemeinen Arbeitsmarkt, weshalb auch LTA-Maßnahmen nicht in den Blick genommen werden (vgl. Kapitel 4.2.3.3), sondern suchen allein nach innerbetrieblichen Veränderungen. Die Suche bleibt aber erfolglos:

„(B)in ich dort von der Schwerbehindertenvertretung ähm betreut worden (.) und dann haben wir auch äh auch hier gesessen, wir haben uns in der Stadt getroffen (.) also tatsächlich ein hoher Aufwand ist da betrieben worden (.) und wir haben alle Möglichkeiten beleuchtet was, äh aufgrund meiner Erkrankung was ist möglich? was kann ich machen? oder was kann der Arbeitgeber mir überhaupt bieten? und wir sind irgendwann zum Schluss gekommen, er hat keine Alternative“ (Bertram 1, Z. 52-59).

Aufgrund eines fehlenden innerbetrieblichen Arbeitsplatzwechsels, fehlender Möglichkeiten der (weiteren) Stundenreduktion aber auch fehlenden Umsetzbarkeit einer Anpassung des Arbeitsplatzes sehen diese Studienteilnehmer schließlich für sich keine Alternative mehr zur Beantragung einer EM-Rente.³⁴ Dieser Schritt hin zum Antrag wird meist von unterschiedlichen Akteuren gefördert, die im Kapitel 4.2.3. diskutiert werden.

In der zweiten Variante, in der die Beantragung der EM-Rente als einziger Weg aus einer verfahrenen und ansonsten ausweglosen Situation genutzt werden soll, finden sich mehrheitlich die Studienteilnehmer, für die die besten Aussichten auf einen gelingenden RTW aus der EM-Rente bestehen, insofern sie die richtige Unterstützung und Beratung bekommen. Die EM-Rente wird von diesen Studienteilnehmer als eine Art Auszeit gesehen, in der sie ihr Leben wieder ordnen und sich eine neue Perspektive aufbauen wollen. Die Auszeit soll dazu dienen, strategisch und in einzelnen Schritten zunächst sich mit Unterstützung von Ärzten und Therapeuten (niedergelassene und in Kliniken) gesundheitlich zu stabilisieren (Krankheitsarbeit), anschließend wieder eine stabile Lebensführung und Alltagsstruktur zu etablieren (Alltagsarbeit) und final neue biografische und berufliche Pläne zu entwickeln (biografische Arbeit). Diese einzelnen Schritte unterliegen meist Störungen, die immer wieder Neuausrichtungen und Neuanfänge hervorbringen. Wie sich das konkret gestaltet und welchen Einfluss dies auf einen RTW aus der EM-Rente hat, zeigt sich an den Eckfällen Frau Kunert und Frau Dietmar im Kapitel 4.2.1. Bei Frau Dietmar ist auch zu erkennen, wie eine dieser Etappen (bei ihr die Krankheitsarbeit) aufgrund verbleibender Unsicherheiten den RTW hemmen kann.

Wie kommt es aber nun zur Motivation, den Antrag auf eine EM-Rente zu stellen und diese als biografische Auszeit und Neujustierung zu nutzen? Frau Dietmar und Frau Kunert geben bereits erste Aufschlüsse dazu im Kapitel 4.2.1. Ganz ähnlich verläuft es bei anderen Studienteilnehmern in dieser Variante. In der Regel erzählen sie von einer schwierigen Kindheit oder berichten von Traumatisierungen innerhalb der Herkunftsfamilie. Über viele Jahre werden die entstandenen psychischen Beschwerden nicht durchgängig behandelt; es

³⁴ Ein Spezialfall und im Kontrast dazu stehen Teilnehmer, die innerhalb ihres Unternehmens die Möglichkeit und das Angebot auf einen Teilzeitarbeitsplatz bekommen. Sie beantragen, wie die Fälle Frau Hibbeler und Frau Huth zeigen (Exkurs 3), eine Teilzeit EM-Rente bei gleichzeitiger zeitlicher wie auch inhaltlicher Umstrukturierung ihres alten Arbeitsplatzes.

folgen eine Chronifizierung, eine ungewollte Reproduktion belastender familiärer Verhältnisse und schließlich psychische Zusammenbrüche.

„(D)a äh hat dann so hat man mir das später erklärt dann diese Retraumatisierung stattgefunden wo all das was ich bisher irgendwo verkapselt habe ne plötzlich ausgebrochen ist (.) das Dumme ist eben ne wie gesagt ich war 45 (.) ((holt tief Luft)) (1) und das war für mich wie von heute auf morgen (1) als wenn man mich irgendwo weiß ich nicht als wenn mir n=n- Füße weggerissen hätte und ich von jetzt auf gleich irgendwo aufgeknallt bin ne so richtig“ (Günther 1, Z. 393-403).

Die psychischen Belastungen liegen aber nicht allein in der Partnerschaft. Die Erwerbsarbeit ist häufig geprägt von sozialen Konflikten, psychisch belastenden Missverständnissen und partiell auch von zwischenmenschlichem Verhalten, das stigmatisierend wirken kann und als psychischer Stress wahrgenommen wird.

„(E)s wird halt viel verlangt auf ´m ersten Arbeitsmarkt also sprich ich musste immer funktionieren (.) und das Menschliche das war außen vor (.) und dann gab´s viel Probleme, im zwischenmenschlichen Bereich mit Kollegen oder auch, so von Arbeitgebern her (...) immer wieder scheiterte es an demselben nämlich am Stress oder am o=oder am Zwischenmenschlichen“ (Seler 1, Z. 52-65).

Aufgrund der Instabilität der beiden zentralen Arenen Partnerschaft und Arbeit finden diese Studienteilnehmer keinen sozialen Halt mehr. Neben relevanten Bezugspersonen, die orientierungsfördernd wirken und von denen Wertschätzung erhalten wird, fehlen konkrete (berufs-)biografische Perspektiven. Aus verlaufskurvenanalytischer Perspektive haben sie das zuvor über viele Jahre trotz psychischer Belastungen erhaltene labile Gleichgewicht verlassen und sind in die Phase des Trudels (Schütze, 1995) übergegangen, welche gekennzeichnet ist von einer vollständigen Verunsicherung der bis dahin für sie geltenden Handlungs-, Orientierungs- und Deutungsmuster, womit auch der Verlust, der zuvor meist dominanten beruflichen Bestandteile der Identität verbunden ist. In dieser Zeit suchen die Betroffenen nach psychiatrisch-psychologischer Unterstützung; ihr Weg führt sie in psychiatrische oder Tages- und Rehakliniken; es beginnt eine lange Zeit ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Begleitung. Der Antrag auf eine EM-Rente wird in der Regel seitens der Ärzte und Therapeuten nicht nur unterstützt, sondern häufig auch als einziger Weg aus der verfahrenen Situation heraus gesehen. In ihrer Unsicherheit folgen sie dem Vorschlag, da sie auf das Urteil der Professionellen vertrauen.

„(D)as war sehr hart, das von=von Außenstehenden von den Ärzten vor Ort zu hören (1) die nächsten Jahre das wird nix und das wird auch wahrscheinlich danach auch noch mal verlängert werden und das ist 'n sehr langer Prozess der dir jetzt bevorsteht“ (Tänzer 1, Z. 295-299).

Retrospektiv werden die Ursachen für den EM-Rentenbezug ganz unterschiedlich benannt. In der Regel wird die Kindheit als Hauptursache angeführt. Sie hat die Grundlagen der psychischen Vulnerabilität geprägt, die wiederum ausschlaggebend für verfahrenere und ausweglose Situation gesehen wird. Die Möglichkeit, über eine EM-Rente diese Situation überwinden zu können, wird aber ganz zentral von den behandelnden Psychiatern und Psychologen motiviert.

Die Motivation, eine EM-Rente zu beantragen, findet sich bei der dritten charakteristischen Variante in der fehlenden Perspektive, sich aus der Arbeitslosigkeit mit den starken gesundheitlichen Beschwerden noch einmal einen Weg zurück in Erwerbsarbeit bahnen zu können. Diese Studienteilnehmer klagen in der Regel über starke psychische oder somatische Co-Morbiditäten, die sie weit stärker belasten als ihre Depression oder Angststörung. In den aus den weiteren somatischen oder psychischen Krankheiten heraus entstehenden Beschwerden sehen sie die eigentlichen Ursachen für ihre Arbeitslosigkeit und für die Beantragung der EM-Rente.

Diese Studienteilnehmer blicken auf eine sehr lange gesundheitliche Leidensgeschichte zurück. Wegen multipler Beschwerden begeben sie sich immer wieder in Behandlungen, die nur leichte und keine dauerhaften Linderungen bewirken. Allein Herr Wegners Leidensweg ist deutlich kürzer. Für ihn steht seine Angststörung im Vordergrund. Wie den anderen Studienteilnehmern dieser Gruppe können aber auch ihm die medizinisch-therapeutischen Behandlungen nicht dabei helfen, die Beschwerden und die sich daraus ergebenden Einschränkungen deutlich zu verringern. Darüber hinaus sieht auch er seine starken Beschwerden als ursächlich dafür an, keine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr finden zu können. Das wird ihm auch von seiner Psychotherapeutin bestätigt, die ihm deshalb zu einem Antrag auf eine EM-Rente rät.

„(D)a hatte meine Therapeutin gesagt Herr Wegner ähm, n- suchen Sie sich am besten Hilfe vom VdK machen Sie's nicht alleine (1) weil wenn man das alleine macht äh, macht man oft das Verkehrte und äh suchen Sie sich Hilfe und ähm, sehen Sie zu (.) solange Sie

noch Krankengeld und Arbeitslosengeld kriegen bevor Sie äh, äh e- äh äh in den Abgrund rutschen“ (Wegner 1, Z. 184-190).

Ähnlich wie Herr Wegner sieht auch Herr Hubert, dessen hautsächliche gesundheitliche Beeinträchtigungen aus anderen psychischen Krankheiten herrühren (Borderline, Zwänge), seine Beschwerden als ursächlich für seine brüchige Erwerbsbiografie und sieht retrospektiv die Grundlagen dafür in der Kindheit verankert: *„ich bin sowieso schon psychisch vorbelastet durch die Kindheit, so dass ich sowieso nie äh länger ausgehalten hab ich hab, mal nachgeguckt ich hab 23 Arbeitsplätze in meinen äh Arbeitsjahren gehabt (.).“ (Hubert 1, Z. 105ff.).*

Im Kontrast zu Studienteilnehmern wie Herrn Wegner und Herrn Hubert sehen andere Personen dieser Variante die Ursachen der eingetretenen Arbeitslosigkeit und der fehlenden Rückkehrperspektive in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in ihren somatischen Beschwerden. Frau Karl etwa berichtet davon, dass ihr wegen der somatischen Einschränkungen ein Weg zurück in Arbeit verwehrt wird. Ihre Versuche, wieder zurück in Arbeit zu gehen, misslingen immer wieder.

„(D)ann hab ich ein halbes Jahr das probiert da zu arbeiten (1) ähm auf 25 Stunden (1) hab dann aber körperlich wieder gemerkt dass es nicht so ganz funktioniert (...) und musste dann halt feststellen gut das geht nicht bin dann relativ schnell in Hartz IV gerutscht“ (Karl 1, Z. 109-123).

Ähnlich geht es auch Frau Arndt. Bei ihr kommt noch hinzu, dass sie nicht nur wegen der somatischen Beschwerden keine Chance mehr für einen RTW auf den allgemeinen Arbeitsmarkt für sich sieht, sondern dass sie darüber hinaus wegen der Beschwerden ihre langjährige Berufstätigkeit verliert. Die Entscheidung, eine EM-Rente zu beantragen, basiert schließlich auf der fehlenden Chance, sich mit den vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen (wieder) eine stabile Berufsbiografie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufbauen zu können und der Suche nach einer Rahmung für ein abgesichertes Leben: *„ich will diese finanzielle Absicherung dann äh nehm ich jetzt die Rente“ (Karl 1, Z. 171).* An der Entscheidung, die EM-Rente zu beantragen, sind oft auch negative Erfahrungen und Assoziationen mit dem Arbeitsamt und dem Jobcenter gebunden. Für Herrn Hubert ist darüber hinaus der Kontrast zwischen einer EM-Rente und dem Bezug von ALG I oder ALG II wichtig für das Selbstbild. Mit dem EM-Rentenbezug möchte er sich auch milieuspezifisch von den ihm bekannten langzeitarbeitslosen Menschen distanzieren.

„(D)as Gefühl, ist für mich besser weil ich ja keen Liederjahn bin no es g- ich seh ja och die andern ((lacht)) die vom Arbeitsamt betreut werden die Lang-Arbeitszeitlosen no (.) die=die aber noch äh das Problem des Trinkens und das, Drogenzeugs hatten no die seh ich ja och ich beim Einkaufen no? das ist ja ne mein Ding“ (Hubert 1, Z. 985-992).

Die EM-Rente ist für Personen dieser Variante also eine Perspektive auf ein stabiles Leben ohne Erwerbsarbeit, die sie aufgrund ihrer starken Beeinträchtigungen nicht mehr ausüben können. Diese Perspektive sehen sie mit finanzieller Unterstützung von Arbeitsamt bzw. Jobcenter für sich nicht. Die EM-Rente sorgt für eine Legitimation des dauerhaften Lebens ohne Erwerbsarbeit. Der Bezug einer EM-Rente institutionalisiert sozusagen die Anerkennung der fehlenden Erwerbstätigkeit aufgrund der Beeinträchtigungen. Mithilfe dieser Institutionalisierung können sich diese Personen im Selbstbild und in der Selbstdarstellung von den arbeitslosen „Liederjahn“ (Hubert 1, Z. 985) distanzieren. Obwohl sie mit dem EM-Rentenbezug rein formell lediglich den Träger des sozialen Sicherungssystems wechseln, sind diese Faktoren für die betroffenen Menschen von immenser Bedeutung, so dass sie bereit sind, alle finanzielle Mittel aufzubringen, um den Übergang in die EM-Rente zu bewirken.

„(U)nd dann wurde der Widerspruch wieder abgelehnt“ (Arndt 1, Z. 273) „dann hab ich Klage eingereicht (...) da hab ich erst mal dann versucht ähm (1) diese (1) mein- wie heißt 'n das? (3) Gerichtskostenbeihilfe zu beantragen (...) so also, war da ja eh nüscht drin so dann naja dann hab ich Klage äh erst mal eingereicht weil mir die Zeit weggefallen ist und dann hab ich eben gesagt ((haut auf Tisch)) dann haben meine Kinder gesagt so Mutti und jetzt nimmste dir 'n Anwalt (1) dann zahlen wir den eben“ (Arndt 1, Z. 319-343).

In manchen Fällen, etwa bei Frau Paul, wird eine gesellschaftliche Stigmatisierung durch die EM-Rente angesprochen. Bei ihr hat das aber mehr mit dem eigenen Selbstbild zu tun, dass keine Legitimation des Lebens ohne Erwerbsarbeit kennt.

4.2.3.2 Der Stellenwert der Erwerbsarbeit bei der Antragstellung

Bei der im vorherigen Absatz zuletzt beschriebenen Gruppe an Studienteilnehmern hat die Erwerbsarbeit schon viele Jahre vor dem Antrag der EM-Rente an Relevanz im Leben verloren. Das liegt vor allem daran, dass ein Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt aus der Arbeitslosigkeit heraus schon über lange Zeit mit großen Hemmschwellen verbunden war. Darunter finden sich neben dem regionalen Arbeitsmarkt insbesondere gesundheitliche

Einschränkungen psychischer und somatischer Natur. Aufgrund der wiederholten Zurückweisung bei den Versuchen, trotz gesundheitlicher Einschränkungen wieder eine sozialversicherungspflichtige Arbeit aufzunehmen, ist der Stellenwert der Erwerbsarbeit für das eigene Leben schon über einen längeren Zeitraum gesunken. Allein Herr Wegner betont im ersten Interview, dass für ihn der Antrag der EM-Rente eine schwierige Entscheidung darstellt, weil er damit das (endgültige) Ausscheiden der Erwerbsarbeit aus seinem Leben besiegelt: „*anfangs war es schwer beziehungsweise richtig schwer war es als ich die Rente beantragt habe*“ (Wegner 1, Z. 1439f.). Für die meisten anderen dieser Gruppe von Studienteilnehmern sind der Antrag und die Bewilligung nur noch eine Erleichterung und eine Befreiung aus der brüchigen Erwerbsbiografie und der gefühlten Kontrolle durch Arbeitsamt oder Jobcenter. Dies gilt auch für Frau Karl, für die der Antrag der EM-Rente gleichzeitig den über Jahre versuchten Aufbau eines neuen Lebens mit geplantem Einbezug der Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit zum Scheitern verurteilt. Die vielen Rückschläge bezüglich einer Rückkehr in Arbeit vor ihrem EM-Rentantrag haben aber auch bei Frau Karl den Stellenwert der Erwerbsarbeit für ihr Leben und ihre Identitätskonstruktion im Vorfeld des Antrags sukzessive absinken lassen, sodass es zu keinem Bedauern des (endgültigen) Verlustes der Erwerbsarbeit mehr kommt.

In diesem Zusammenhang gilt es einen selten auftretenden Fall kurz anzureißen. Für sehr wenige unserer Studienteilnehmer hat die Erwerbsarbeit bei der Beantragung der EM-Rente einen sehr geringen Stellenwert, obwohl diese Personen über viele Jahre hinweg und auch bis zum Übergang in die EM-Rente erwerbstätig sind. Für Herrn Gerhard z.B. diente die Erwerbsarbeit sein Leben lang ausschließlich der Sicherung des Lebensunterhalts. Er hatte sich zwar immer mit seinem Beruf identifiziert und in seiner Arbeit auch Wertschätzung seitens der Klienten und Kunden erfahren, doch das führte dennoch nicht zu einem relevanten Stellenwert der Arbeit in seinem Leben.

„(A)lle Leute leben in der heutigen Zeit nur noch auf dem Level wir müssen arbeiten (.) das ist warum die Menschen so sind, weiß es nicht ich denke früher waren wir ´n bisschen anders davor (.) (1) aber das hat sich mit diesem, mit diesen=diesen äh Jahrzehnten immer mehr eingebürgert das Wichtige ist immer nur die Arbeit die Arbeit die Arbeit“ (Gerhard 1, Z. 886-892).

Im Kontrast zu Herrn Gerhard hatte für die allermeisten Studienteilnehmer die Erwerbsarbeit eine sehr große Bedeutung in ihrem Leben. Bei vielen von Ihnen ist die Erwerbsarbeit zum Zeitpunkt der Antragstellung der wichtigste Faktor in der Identitätskonstruktion. Der Verlust der Erwerbsarbeit mit dem Übergang in die EM-Rente entzieht dem Leben damit eine wichtige Sinnquelle: *„Arbeit macht ja auch Spaß (.) und es ist ja auch ne Erfüllung man hat ja, man tut ja was und=und das (1) das alles so wegzulassen das ist schon schwierig“ (Jülich 1, Z. 560ff.).* Dementsprechend schwer fällt es, mit der EM-Rente die Berufstätigkeit aufzugeben. Frau Erasmus berichtet im ersten Interview davon, dass sie große Angst davor hatte, die EM-Rente zu beantragen. Sie ist immer gern zur Arbeit gegangen, auch als sie bereits unter starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen gelitten hat. Um über einen langen Zeitraum trotz der Beeinträchtigungen arbeiten zu können nahm sie regelmäßig Schmerzmittel, deren Wirkstoff Opiate sind. Den Antrag auf EM-Rente ist sie erst bereit zu stellen, als sie in Folge der regelmäßigen Schmerzmitteleinnahme Schlafstörungen bekommt und es zu Mobbing unter den Kollegen kommt. Frau Roland geht es ganz ähnlich. Die Bereitschaft, ihre Erwerbsarbeit aufzugeben, zeigt sich erst, als ihre Schlafstörungen aufgrund der hohen psychischen Belastungen ihr Leben dominieren und die sie begleitenden Experten (Ärzte, Therapeuten, Reha-Fachberater der DRV) keine Alternative mehr zu einer EM-Rente sehen. Retrospektiv beurteilt sie die Entscheidung positiv, da im EM-Rentenbezug im Einklang mit ihrer Akzeptanz, nicht mehr arbeiten zu können, auch ihre Schlafstörungen stark abnehmen.

„(D)ann hab ich den Termin bei der Rentenversicherung gehabt im März (2) und da bin ich dann hin, die Frau war sehr nett (.) ich hab ihr mein Anliegen vorgetragen, sie hat sich meinen Rentenversicherungslauf angeguckt und sagte oh der ist aber lang (.) ((lacht)) ja und dann fragte sie mich so richtig ernst allen Ernstes so (2) also soll's der Antrag sein? und dann hab ich schließlich gesagt ja (.) (1) so dann hatte sie mir Unterlagen gegeben dann musste ich im (2) Juni noch mal hin und die restlichen Unterlagen abgeben (2) und im September wurde (1) dann mein Antrag bewilligt und da war ich äh erst mal baff hab ich erst mal gestaunt (.) freuen konnte ich mich erst ein zwei Wochen später“ (Roland 1, Z. 135-145).

Bei Frau Roland zeigt sich exemplarisch ein wichtiges Phänomen, das auch bei den anderen Studienteilnehmern vorzufinden ist, die bei Antragstellung der Erwerbsarbeit noch einen sehr hohen Stellenwert in ihrer Identitätskonstruktion zuweisen. Geradezu extrem bei Frau Ritzel zu sehen, die sich wieder auf ihren alten Arbeitsplatz einklagen will und die Rente nicht

akzeptieren kann. Neben psychischen Belastungen in der Partnerschaft, in der Arbeitswelt und aufgrund des biografischen Ballastes wird in dieser Zeit auch der mit dem EM-Rentenbezug einhergehende Verlust der Erwerbsarbeit selbst zu einer großen psychischen Belastung. Verständlicherweise suchen diese Studienteilnehmer mitunter nach Strategien, trotz eines EM-Rentenbezug die Erwerbsarbeit zumindest in kleineren Teilen weiterhin als wichtigen Faktor ihres Alltags behalten zu können: „ja also äh da dachte ich dann erst ja, (unv.) will ich vielleicht nur teilweise in Rente? aber f- ähm (1) letzten Endes äh das war dann immer so ´n so ´n Hin und Her äh welchen A- Renten Antrag ich jetzt stelle“ (Rabe 1, Z. 94-98). Ähnliches zeichnet sich auch bei der Antragstellung bei Herrn Günther ab. Im Kontrast zu Frau Rabe entscheidet er sich letztlich aber für eine Teil-EM-Rente und arbeitet gemeinsam mit seinem Arbeitgeber einen Plan der Teilzeitbeschäftigung mit dem EM-Rentenbezug aus. Die EM-Rente wird ihm aber voll bewilligt, was bei Herrn Günther zu einem ungeplanten und nicht gewollten vollständigen Verlust der Erwerbsarbeit mit sich bringt.

„Fakt war dann eben dass mir die halbe Erwerbsminderungsrente äh nicht gegeben wurde sondern sofort die volle (.) die ich eigentlich hab gar nicht haben wollen also ich hatte ja noch ´n Arbeitsvertrag ich war im Arbeitsleben ich äh durfte meine Stunden reduzieren vonseiten des Arbeitgebers und hab mich da völlig unverstanden gefühlt warum ich jetzt quasi von heute auf morgen aus meiner Arbeit raus musste“ (Günther 1, Z. 68-77).

Für Herrn Günther ist dies ein schwerer Schlag, da für ihn die Erwerbsarbeit die zentrale Arena der gesellschaftlichen Teilhabe war. Mit dem Verlust der Erwerbsarbeit geht neben dem Verlust der Alltagsstruktur bei ihm auch der Verlust von Wertschätzung und der sozialen Teilhabe verloren. Dementsprechend ist er im EM-Rentenbezug auch nicht gewillt, die Erwerbsarbeit und seinen Beruf aus seinem Identitätskonzept zu lösen. Für ihn bleibt, wie auch bei Frau Dietmar, Frau Thoralf und bei Frau Hannes, die Erwerbsarbeit ein wichtiger Identitätsbestandteil im EM-Rentenbezug, auch wenn sich dies zunächst widersprüchlich anhören mag. Ausführlich dargestellt wird dieser Aspekt im Kapitel 4.2.3.2., hier seien aber schon einmal unterschiedliche Varianten dieses Phänomens angedeutet. Einmal sehen wir bei Frau Dietmar und Herrn Günter das Beibehalten der Erwerbsarbeit und des Berufs im EM-Rentenbezug mittels eines Nebenjobs. Mithilfe des Nebenjobs kann die Erwerbsarbeit in einer abgeschwächten Version fortgeführt werden und geht damit nicht dem Identitätskonzept verloren. Die Akzeptanz des Berufsverlusts fällt zwar schwer, aber gelingt, worauf neue berufliche Pläne entwickelt werden können. Eine etwas modifizierte Variante sehen wir bei

Frau Hannes, die neben der Kompensation mittels eines Nebenjobs auch den Beruf in ihrem Identitätskonzept nicht verliert: „*das ist was was man lebenslang hat und das wird einem auch nicht genommen bloß weil man das jetzt nicht mehr beruflich macht*“ (Hannes 1, Z. 505f.). Darüber hinaus gelingt es ihr, sich auch mit der Tätigkeit in ihrem Nebenjob zu identifizieren, da sie insbesondere über die Sonderstellung der Tätigkeit vergleichbar zu ihrer früheren Tätigkeit assoziiert: „*und wenn man das nicht kann und das können viele nicht dann kann man da bei der Arbeit nicht teilnehmen also das wird auch regelmäßig überprüft*“ (Hannes 1, Z. 661ff.). Eine weitere Variante sehen wir bei Frau Thoralf, die Zeit ihres Lebens der Erwerbsarbeit und ihrem Beruf einen hohen Stellenwert in ihrem Leben eingeräumt hat. Ihr gelingt es weder vor noch während des EM-Rentenbezugs den Verlust der Erwerbsarbeit und des Berufs zu akzeptieren. Damit einhergehend findet sie auch keine Kompensationsstrategien, was für sie sehr belastend ist.

Kontrastiv dazu gibt es aber auch Studienteilnehmer, die bereits bei der Antragstellung der Erwerbsarbeit kaum noch einen großen Stellenwert in ihrem Leben einräumen. Das bedeutet aber keineswegs, dass die Erwerbsarbeit und auch der Beruf in ihrem Leben zu keiner Zeit dominant waren. Der große Unterschied besteht bei diesen Studienteilnehmern zu der zuvor dargestellten Gruppe darin, dass die Akzeptanz des (dauerhaften) Verlustes der Erwerbsarbeit dem Antrag auf EM-Rente vorgelagert ist. Der Akzeptanzprozess spielt sich bei diesen Personen bereits im Zuge der Inanspruchnahme psychologisch-psychiatrischer Angebote ab und steht damit in einer engen Bindung an die Akzeptanz der Auswirkungen der psychischen Belastungen auf die eigene verringerte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dieser Prozess zeigt sich beispielsweise auch am Eckfall Frau Kunert die im Rahmen ihrer Klinkaufenthalte sich eingestehen muss, nicht mehr in ihren vorherigen Traumberuf zurückkehren zu können. Dementsprechend hat die Erwerbsarbeit bei ihrer anschließenden Antragstellung keinen hohen Stellenwert mehr. Dies bedeutet aber nicht, dass es diesen Personen nicht schwergefallen wäre, den Verlust der Erwerbsarbeit zu akzeptieren.

„(I)ch hab meine Arbeit auch gern gemacht und dann plötzlich (1) bist du ´n Pflegefall das ist schon für die, Psyche enorm ne? ja dann hatten sich auch wieder bisschen die Depressionen verstärkt (...)und nach nach diesem letzten Krankenhausaufenthalt hatte ich mich dann entschieden in Rente zu gehen“ (Stephan 1, Z. 363-374).

An diesem Zitat aus dem ersten Interview mit Frau Stephan geht deutlich hervor, dass die Akzeptanz, nicht wieder in Arbeit zurückzukehren, auch für diese Personen ein psychisch belastendes Erlebnis ist; gleichzeitig wird aber deutlich, dass dieser Akzeptanzprozess im Rahmen einer klinischen Behandlung stattgefunden haben muss; sicherlich begleitet und unterstützt von Ärzten und Therapeuten, worauf an späterer Stelle noch einmal ausführlich eingegangen wird (Kapitel 4.2.3.4). Vorteilhaft für diese Personen ist, dass sie ihren Weg aus der Erwerbsarbeit (in Harmonie) mit ihrem Arbeitgeber planen können und bereits vor der EM-Rente sich auf ihre Selbstsorge konzentrieren können.

„(I)ch hab gute Arbeit gemacht und da, die waren sehr traurig als ich gekündigt hab die hätten sehr gern gehabt dass ich wieder komm (.) aber ich hätte nicht mehr die Leistung bringen können wie vorher, also es wär unmöglich gegangen und damit wär ich für die Firma nur 'n Klotz am Bein gewesen“ (Fabian 1, Z. 681-687).

Der Wechsel in die EM-Rente stellt für diese Personen bezüglich des Verlustes der Erwerbsarbeit und der Berufsausübung keine große Herausforderung mehr dar. Für sie bedeutet das lediglich noch das Erreichen der finanziellen Absicherung ihres Lebens ohne Erwerbsarbeit.

4.2.3.3 Erwartungen an die EM-Rente

Die finanzielle Absicherung des Lebens ohne Erwerbsarbeit aufgrund der vorhandenen psychischen und/oder somatischen Beeinträchtigungen ist auch die wichtigste Erwartung unserer Studienteilnehmer an die EM-Rente. Für Frau Roland stellt diese finanzielle Sicherheit eine neue Perspektive für ihr Leben dar, die sie aus der unsicheren Situation der noch nötigen Berufstätigkeit mit parallel fehlender Arbeitsfähigkeit herausführen kann. Ähnlich sieht es auch Frau Karl. Für sie bietet der EM-Rentenbezug eine Möglichkeit der wiederkehrenden Selbstbestimmung in ihrem Leben im Kontrast zur vorher gefühlten Fremdbestimmung seitens des Jobcenters.

„(D)as war das Schönste, diese ganzen Unterlagen einfach nur weiter nach hinten heften zu können in einem Ordner also manch- ich hab sie nicht verbrannt ne um Gottes Willen, aber einfach diesen Ganzen dass du di- damit nichts mehr zu tun hast (.) und=und für mich war es halt auch ich hab ja mich auch ich hab mich weiterhin beworben und alles Mögliche

aber jetzt ist es halt einfach so dass ich weiß, ich f- bekomme monatlich das und das und jetzt kann ich gucken worauf hab ich Lust“ (Karl 1, Z. 235-243).

Die Höhe des EM-Rentenbezugs spielt dabei interessanterweise eine untergeordnete Rolle. Selbstverständlich ist es für unsere Studienteilnehmer wichtig, dass die EM-Rente für den Lebensunterhalt reicht. Erwartungen an eine hohe EM-Rente, mit der sie sich ein gutes Leben gestalten können, werden aber nicht formuliert. Insbesondere an Herrn Wegner kann die häufig angetroffene finanziell prekäre Lage während der Antragstellung aufgrund der gesundheitlich stark eingeschränkten Möglichkeit einer Erwerbsarbeit nachzugehen, illustriert werden.

„(I)ch wär jetzt, ich, äh ich hab dann auch noch ´n großes Problem, ähm, wir sind in Privatinsolvenz (.) und als jetzt mein Arbeitslosengeld auslief bin ich zum Jobcenter gegangen wegen Hartz IV An- beantragen (.) haben die mir nicht bewilligt (.) Problem ist nur, meine Frau kriegt auch 800 Euro weggepfändet von ihrem Gehalt äh f- äh äh äh wegen der Insolvenz (...) wir haben wir haben acht Wochen hier nur von Toastbrot gelebt (.) bis ich dann tatsächlich glücklicher Weise den äh Bewilligungsbescheid der Rente bekommen habe (.) ich wäre da tatsächlich (in dem grade?) durch dieses Raster gerutscht“ (Wegner 1, Z. 260-285).

Neben der finanziellen Sicherheit haben unsere Studienteilnehmer auch die Erwartung an die EM-Rente, sich ausgiebig ihrer Krankheitsarbeit widmen zu können: *„ich habe ne Chance endlich von dem Gedanken des Suizides wegzukommen“ (Hartmut 1, Z. 792f.)*. Zur Krankheitsarbeit zählen unsere Studienteilnehmer neben der intensiven Inanspruchnahme ambulanter psychiatrisch-psychologischer Angebote auch Klinikaufenthalte und insbesondere die Ausrichtung des Alltags an die gesundheitlichen Einschränkungen. Herr Gerhard fokussiert sich dabei auf den leidensgerechten Umbau seines Eigenheimes, Frau Roland ist fortan darauf bedacht, jedweden Stress in ihrem Alltag zu vermeiden und Frau Dietmar setzt neben intensiver Therapie auf neue gesundheitsförderliche Freizeitaktivitäten und –kontakte. Allen gemein ist dabei, dem Leben eine neue Struktur zu geben. Frau Seler betont zudem, dass sie sich von dem EM-Rentenbezug auch eine selbstbestimmtere Krankheitsarbeit verspricht und ganz gezielt und nach eigenem Bedarf psychiatrisch-psychologische Angebote in Anspruch zu nehmen; diesen Aspekt assoziiert sie mit der Befreiung aus der Kontrolle des Jobcenters.

„(W)enn ich jetzt hier in die in die Klinik will dann muss ich das bei denen erst genehmigen lassen dass ich überhaupt in die Klinik gehe (.) und äh (1) ich brauch mich nicht bewerben ich ich kann selber für mich entscheiden und in meinem Tempo entscheiden was ich jetzt damit mache“ (Seler 1, Z. 736-739).

Herr Hubert und Herr Schramm sehen das ganz ähnlich. Zuallererst sind auch sie froh, sich nun ausgiebig ihrer Krankheitsarbeit widmen zu können, ohne sich im Jobcenter rechtfertigen zu müssen. Beide setzten im Kontrast zu Frau Seler aber weniger auf psychiatrisch-psychologische Angebote, sondern vielmehr auf die Kreierung eines gesundheitsförderlichen Alltags, in dem sie Zeit für Aktivitäten finden, von denen sie sich eine Abnahme psychischer Beschwerden, sie also im Sinne von (Antonovsky, 1997) Ressourcen aktivieren können, um Stressoren in ihrem Alltag besser entgegenzuwirken.

„(D)as Einzige was ich dorte von den ganzen Klinik aufhalten äh das ist das Malen (.) dort unten ist das erste Bild was ich ge- das war mit Serviettentechnik so und dann bin ich ´n nächste Mal und da hab ich mich dort mal hingesezt und hab dorte, och mal mit ´n Finger was gemacht (1) und da sagt die was das sieht aber gut aus was Sie machen“ (Schramm 1, Z. 581-587). „(W)enn ich male denk ich an nix andres (.) da bin ich wirklich ich (1) ich hatt sogar ne Ausstellung gehabt“ (Schramm 1, Z. 887-890).

Neben der finanziellen Sicherheit und der Zeit für die Krankheitsarbeit erhoffen sich einige unserer Studienteilnehmer von der EM-Rente auch eine Befreiung aus den Zwängen psychisch belastender Erwerbsarbeit. Insbesondere Frau Stephan beschreibt, dass die Entscheidung, eine EM-Rente zu beantragen, für sie eine psychische Entlastung darstellt, weil sie sich damit den normativ-gesellschaftlichen Zwängen zur Erwerbsarbeit entziehen kann.

„(D)ann als ich mich wirklich dazu entschieden hab eher Rente in Rente zu gehen oder versuchen Rente zu bekommen, dann ging es mir immer besser auch (.) vom=von der Psyche auch her (.) dann war endlich mein eigener Druck weg (.) (1) äh mein eigener Druck unter den ich mich gestellt hatte ne? du musst wieder gesund werden und arbeiten gehen ne“ (Stephan 1, Z. 398-406).

Diese normativ-gesellschaftlichen Zwänge zur Erwerbsarbeit spiegeln sich auch in ihrer Biografie wider. Immer wieder fühlt sie sich vom medizinischen System zum RTW gedrängt, obwohl sie sich gesundheitlich noch nicht wieder in der Lage sieht. Ähnlich ergeht es auch Frau

Rabe: „*ich wurd immer nur von irgendwelchen Behörden getriezt, die immer mich in Arbeit bringen wollten das war immer de- f- das erklärte Ziel in Arbeit in Arbeit in Arbeit, und ich hab immer gesagt Halt, ich brauch länger*“ (Rabe 1, Z. 137ff.). Die EM-Rente wird so neben der institutionalisierten Bestätigung, wirklich krank zu sein, auch zu einer Legitimation der fehlenden Ausübung einer Berufstätigkeit.

Während die eben beschriebenen Studienteilnehmer froh sind, nicht mehr mit dem Thema Erwerbsarbeit konfrontiert zu werden, gibt es kontrastiv andere Personen in unserem Interviewsample, die sich dies gern wünschen würden. Sie erwarten sich von der EM-Rente selbstverständlich auch eine finanzielle Sicherheit und Zeit für eine produktive Krankheitsarbeit. Ihre Erwartungen gehen aber noch darüber hinaus, da sie den EM-Rentenbezug in der Zeit der Antragstellung als einen temporär begrenzten Rahmen in Form einer Auszeit von der Erwerbsarbeit für eine berufliche und biografische Neuorientierung sehen. Einen Antrag auf eine dauerhafte EM-Rente wollen sie nicht stellen, sondern lieber wieder trotz der in der Zeit der Antragstellung verfahrenen und ausweglos scheinenden Lebenssituation zurück in die Erwerbsarbeit kommen: „*dann hätt ich mir wahrscheinlich irgendwo ´n Job gesucht zum Regale einräumen (.) oder in ner Fabrik irgendwas zusammenstecken*“ (Kunert 1, Z. 339-342). Neben den Eckfällen Frau Kunert und Frau Dietmar, die ausführlich im Kapitel 4.2.1. dargestellt werden, versprechen sich auch andere Studienteilnehmer von der EM-Rente einen zeitlich begrenzten Rahmen der biografischen und beruflichen Neuorientierung. Die (berufs-)biografische Neuausrichtung wird bei allen grundsätzlich der intensiven Krankheitsarbeit nachgelagert, was mitunter im laufenden EM-Rentenbezug hinderlich für die individuelle biografische Arbeit sein kann, da die Krankheitsarbeit aufgrund zunehmender Unsicherheiten über die eigene Erwerbsfähigkeit expandiert.

4.2.3.4 Empfehlungen zur und Unterstützung bei der Antragstellung

In der Diskussion der qualitativen Ergebnisse zu den Empfehlungen eine EM-Rente zu beantragen, soll hier noch einmal auf die Fragebogenauswertung Bezug genommen werden. Wie die Summierung der Angaben in Abbildung 17 zeigt, sind im Fragebogen häufig Mehrfachnennungen aufgetreten. Dies spiegelt sich auch in den qualitativen Daten wider.

Genauso verhält es sich mit der häufigen Antwort, eine Empfehlung seitens der Haus- und Fachärzte sowie der Psychologen erhalten zu haben. Anhand der Interviewdaten stellt sich aber heraus, dass bei der Fragebogenerhebung eine Differenzierung zwischen niedergelassenen Ärzten und Therapeuten und klinischen Ärzten und Therapeuten hätte getroffen werden sollen; eine Empfehlung die EM-Rente zu beantragen wird bei unseren Interviewteilnehmern häufig erstmals in einem klinischen Kontext ausgesprochen und erst im Nachhinein von den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten aufgegriffen.

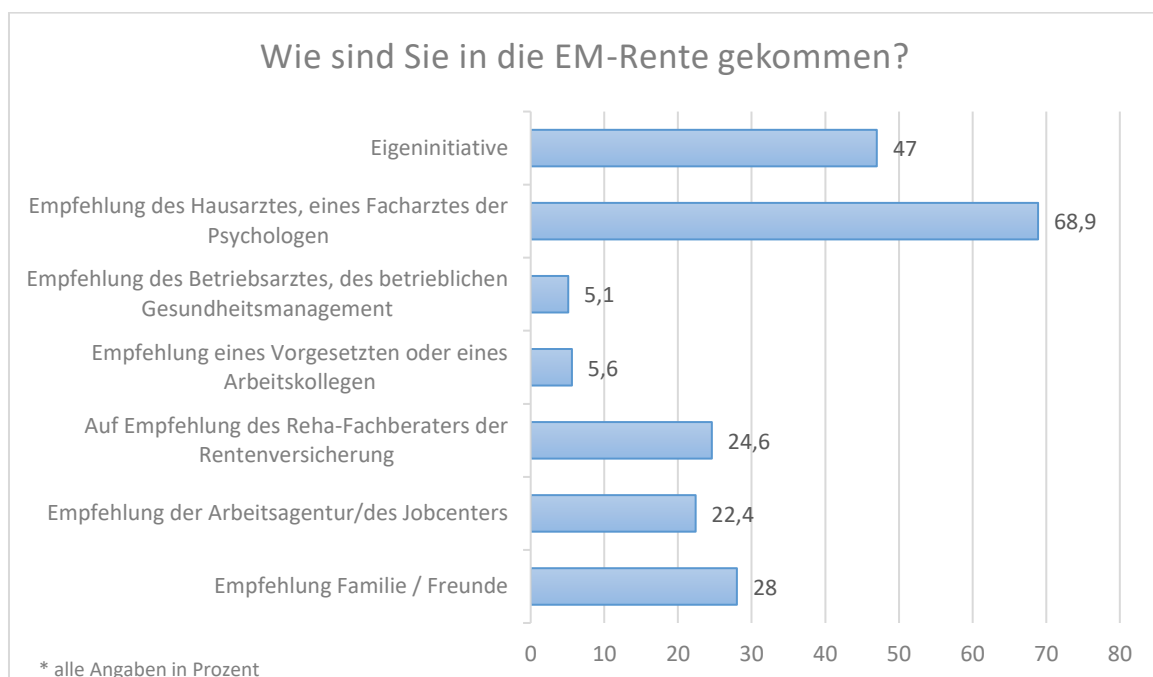


Abbildung 17: Unterstützung beim Antrag auf EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)

Die weiteren Antwortmöglichkeiten finden sich ebenfalls in unserem Interviewmaterial. Allerdings wird innerhalb der Familie und im Freundeskreis weniger die Empfehlung gegeben, eine EM-Rente zu beantragen. Vielmehr werden die Studienteilnehmer von Familie und Freunden in der Entscheidung bekräftigt und darin unterstützt. Die große Zahl der Eigeninitiativen mit 47 % bei der Fragebogenerhebung ist mit Blick auf die qualitativen Daten allerdings erstaunlich, da nur ganz wenige Personen angeben, allein aus eigener Initiative die EM-Rente beantragt zu haben. Selbst bei diesen Personen zeigen sich auch Anzeichen dafür, dass sie die EM-Rente nicht völlig ohne Unterstützung beantragt haben. Die Ergebnisse der qualitativen Daten bezüglich der Eigeninitiative scheinen also eher darauf hinzudeuten, dass

auch diese 47 % potenziell Unterstützung und Zuspruch erfahren haben, nachdem sie eigeninitiativ die EM-Rente als Möglichkeit für sich erkannt haben.

Exemplarisch soll die Beantragung der EM-Rente in (scheinbarer) Eigenregie an zwei Fällen kurz illustriert werden, die im Interview explizit darauf hinweisen, keinerlei Unterstützung bekommen zu haben. Herr Gerhard beantragt die EM-Rente seiner Meinung nach ganz allein, weil er sich mit seiner Erkrankung von den Haus- und Fachärzten missverstanden fühlt.

„(U)nd dann durfte ich mich belesen und dann ist mir klargeworden (1) keine Chance in der Falle sitzt du da kommst du nicht mehr raus (.) (1) und daraufhin hab ich dann eigenmächtig Rente beantragt (.) also nicht über irgendwelche Ärzte sonst was die haben alle kein Verständnis für so was gehabt sondern das hab ich dann von mir aus gemacht (.) und dann ging der Prozess los“ (Gerhard 1, Z. 64-71).

Wie im weiteren Verlauf des Interviews deutlich wird, hatte er sich zwar keine Unterstützung beim Stellen des Antrags gesucht, aber im Prozess der Beantragung der EM-Rente, die auch die Einleitung eines sozialgerichtlichen Verfahrens beinhaltet, nachdem sein Antrag zunächst abgelehnt wurde.

„(U)nd daraufhin hab ich hier den Sozialverband eingeschaltet und die haben mir gesagt geh zu dem und dem und dann bin ich hingegangen und der hat ´n Gutachter Gutachten geschrieben und, ich hab das dann auch über Rechtsanwälte laufen lassen und die haben gesagt so ´n Gutachten haben sie noch nicht erlebt so dezidiert und so genau und=und so sehr am Menschen orientiert“ (Gerhard 1, Z. 97-102).

An Herrn Gerhard zeigt sich damit eine erste nötige Kontextualisierung der Ergebnisse der Fragebogenerhebung, und zwar wie die Frage „Wie sind Sie in die EM-Rente gekommen?“ seitens der Studienteilnehmer interpretiert wird. Herr Gerhard würde sicherlich angeben, dass er mithilfe eines Sozialverbandes und mit juristischer Unterstützung die EM-Rente bekommen hat. Allerdings nicht auf Empfehlung eines anderen Akteurs, weshalb ihm im Fragebogen nur die Möglichkeit bereitgehalten wurde „Eigeninitiativ“ anzukreuzen.

Wie Herr Gerhard betont auch Herr Schramm im Interview, seine EM-Rente völlig in Eigenregie beantragt zu haben: *„grad mit der Rente (3) ich hab alles: selber erarbeitet (.) keine*

Hilfe in nix null Nachfrage null“ (Schramm 1, Z. 188f.). An anderer Stelle im Interview wird aber dennoch deutlich, dass die Entscheidung hin zur EM-Rente zumindest gefördert wurde.

„(D)avor war ich mal zur Kur und da wurde mal gefragt ob ich (1) ja ´13 war ich zur Kur, ob ich Rente und da sag- da hab ich mich noch gar ne damit beschäftigt (...) und nach ´m zweeten Mal also jetze wo ich, es zweete Mal gemacht hat hat meine Frau vorneweg gesagt sagt sie, willste ne, du bist nu äh das, also kannst ne mehr wie du mal konntest (.) und fe- alles nur durch die Frau (.) so und dann bin ich zu der Rente dorthin mit dem Ausfüllen (...) sag ich naja und wie is ´n, ja da müssen Sie ´s mal durchlesen“ (Schramm 1, Z. 227-242).

An Herrn Schramm zeigt sich ein weiteres Phänomen für den überaus hohen Anteil von eigeninitiativ beantragten EM-Renten. Die Frage „Wie sind Sie in die EM-Rente gekommen?“ kann zweideutig interpretiert werden, weil sie gleichermaßen die Empfehlung und die Unterstützung abfragt. Herr Schramm hat seitens der Rehaklinik eine erste Anregung und seitens seiner Partnerin eine Empfehlung zur EM-Rente erhalten. Es deutet vieles darauf hin, dass er sich die Chancen seines Antrags bei der DRV hat schätzen lassen, was auch als Empfehlung oder sogar Unterstützung gewertet werden kann. Für Herrn Schramm steht jedoch fest, seine EM-Rente hat er in Eigenregie und ohne Unterstützung beantragt: *„aber wie gesagt das hab ich alles alleine nie eine Hilfe“ (Schramm 1, Z. 394f.).*

Die allermeisten Studienteilnehmer erhalten sowohl Empfehlungen zur EM-Rente als auch Unterstützung bei der Antragstellung. Meist bekommen sie diese gleich von mehreren Akteuren. Auffällig, und leider nicht im Fragebogen explizit abgefragt, ist die erstmalige Thematisierung einer möglichen EM-Rente bzw. die erstmalige Empfehlung, eine EM-Rente zu beantragen, innerhalb klinischer Behandlungen. Es ist zu vermuten, dass diese in der Fragebogenerhebung mehrheitlich mit unter die Antwortkategorie „Empfehlung HA / FA / Psych.“ gefallen ist. Gleichzeitig besteht aber auch das Risiko, dass einige Studienteilnehmer diese Empfehlung bei ihren Antworten nicht mitberücksichtigt haben, weil die Antwortkategorie „Empfehlung der Klinik/Reha“ nicht vorhanden war.

Wie der Eckfall Frau Kunert erhalten auch einige andere Personen eine Empfehlung zur EM-Rente in einer psychiatrischen Klinik. Frau Seler beschreibt dies als Tipp seitens der klinischen Akteure: *„die haben mir nur den Tipp gegeben versuchen Sie das mal ähm die Erwerbsminderungsrente zu beantragen so dass Sie den Druck nicht mehr haben einfach*

arbeiten zu müssen“ (Seler 1, Z. 78-83). Frau Kunert geht in der Einflussnahme der klinischen Akteure auf den EM-Renten Antrag etwas weiter und betont die gemeinsame Entscheidung zusammen mit ihrer betreuenden Ärztin: „also wir hatten in der ähm Klinik überlegt beantragen wir´s oder beantragen wir es nicht“ (Kunert 1, Z. 52f.). Ganz ähnlich ist auch die unterschiedliche Einflussnahme auf den Antrag der EM-Rente seitens der Mitarbeiter in den Rehakliniken. Auch in den Rehakliniken finden wir Beispiele, wo der Entschluss eine EM-Rente zu beantragen, als gemeinsame Entscheidung mit den behandelnden Ärzten gedeutet wird: „in der Reha hatte man mir gesagt wir könnten auch auf diese Berufsunfähigkeitsrente äh, probieren oder versuchen“ (Thoralf 1, Z. 562f.). Herr Günther nimmt die Empfehlung dagegen weniger interaktiv wahr. Für ihn ist es eher eine Vorgabe, der er zu folgen hat: „im Rahmen der letzten Reha ist äh mir dann auch gesagt worden dass man mich so schnell erst mal nicht im Arbeitsleben sieht (.) und äh ich doch den Antrag stellen sollte zu mindestens auf eine halbe Erwerbsminderungsrente“ (Günther 1, Z. 54-59). Ähnlich sieht es auch Herr Volker. Er hätte jedoch darüber hinaus auch noch in der Rehaklinik eine direkte Unterstützung bei der Antragstellung erfahren, wenn er die Rehamaßnahme nicht gesundheitsbedingt hätte vorzeitig beenden müssen.

„(I)n der in der Reha war schon klar (.) da haben die gleich schon gesagt da ist auch dieser Sozialdienst ist da ne? da hatte ich schon vorher schon paar Gespräche mit geführt ne (.) und da war das jetzt aber zu kurzfristig dass ich da meinen Renten Antrag in der Reha noch stellen konnte (.) ne die hilft einem dabei ne die Sozialarbeiterin ne (.) die hätte das dann alles für einen gemacht“ (Volker 1, Z. 2700-2711).

An den Schilderungen von Herrn Volker, in denen er das Aktive nahezu ausschließlich auf die Klinikmitarbeiter attribuiert und sich selbst in einer passiven Position verortet, wird deutlich, welchen Stellenwert die Einschätzung der professionellen Akteure auf die Antragstellung hat. Ohne eine ärztliche Stellungnahme zum Thema EM-Rente oder eine ärztliche Empfehlung würden viele Studienteilnehmer zumindest zu diesem Zeitpunkt keine EM-Rente beantragen: „hab aber auch schon von ganz vielen in den Jahren so zu hören gekriegt stell ´n Renten Antrag ich sage das äh ich kann doch keen A- Renten Antrag stellen wenn meine Ärzte mir das nicht sagen“ (Thoralf 1, Z. 373ff.). Die professionelle Fürsprache zum EM-Renten Antrag hat für viele Studienteilnehmer auch eine legitimierende Funktion, insbesondere wenn innerhalb der Familie und im Freundeskreis noch eine gewisse Skepsis gegenüber den psychischen Beschwerden vorzufinden ist.

„(Für den Verwandtschaftskreis (2) war es gar nicht mal schlecht das so zu hören, weil dann endlich dann doch ne Akzeptanz da war (.) das ist so ne andere von offizieller Seite (1) ne Bestätigung von dem was Tochter oder (1) Cousine schon lange gesagt hat, aber das war jetzt dann mal so schwarz auf weiß und das ist für viele wie so ne Bestätigung, oh dann stimmt das ja doch und dann kann man da jetzt anders mit umgehen“ (Tänzer 1, Z. 303-311).

Die professionelle Fürsprache beschränkt sich dabei nicht nur auf Ärzte und Therapeuten, wie bereits das Zitat von Herrn Volker andeutet. Stärker tritt dies in den Vordergrund bei Studienteilnehmern, die die Empfehlung hin zum Antrag der EM-Rente innerhalb einer beruflichen Rehabilitation ausgesprochen bekommen: *„auch vom BFW klar da ging es ja auch immer, so ma- hören Sie doch auf mit der Umschulung und machen Sie doch jetzt Ihre Rente“ (Karl 1, Z. 1784f.).*

Bei Frau Jauch geschieht die Umwandlung der Reha in Rente laut ihrer eigenen Aussage, ohne dass sie davon wusste. Für sie völlig überraschend erhält sie nach der Reha einen Rentenbescheid, obwohl noch während der Reha eine LTA Maßnahme beantragt wurde.

„Also, ich hab diese Entscheidung gar nicht richtig treffen können (...) ich hatte, aufgrund von gesundheitlicher Beschwerden einen Reha Antrag gestellt (...) der auch bewilligt wurde nach vielerlei Umständen das war auch nicht ganz einfach (.) da das mit der Reha jetzt nicht richtig, n- äh ri- keinen richtigen Erfolg hatte meine Schmerzen gleich geblieben sind und jetzt die Depression auch äh natürlich von der Reha jetzt nicht einfach weg ist ja (.) wurde das von ner, ich weiß jetzt nicht wer das macht ob das die Rente umwandelt oder die Krankenkasse (...) es wurde umgewandelt in einen Renten Antrag (...) während eigentlich, während der Reha eigentlich hatten wir einen Antrag gestellt auf Teilhabe am Arbeitsleben“ (Jauch 1, Z. 8-23).

Den größten Einfluss auf die Beantragung einer EM-Rente haben aber behandelnde niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten. Die Einflussnahme dieser Akteure kann ähnlich wie bei den klinischen Akteuren ganz unterschiedlich ausfallen. In wenigen Fällen beschränkt sich die Einflussnahme auf die Empfehlung, eine EM-Rente zu beantragen. Mit der Empfehlung werden auch meistens gleich weitere unterstützende Akteure mit benannt, um den Antrag möglichst einfach bewilligt zu bekommen: *„da hatte meine Therapeutin gesagt Herr Wegner ähm, n- suchen Sie sich am besten Hilfe vom VdK machen Sie´s nicht alleine (1) weil wenn man das alleine macht äh, macht man oft dat*

Verkehrte“ (Wegner 1, Z. 184ff.). Viel häufiger geht die Einflussnahme der niedergelassenen Ärzte und Therapeuten über die bloße Empfehlung hinaus. Der Antrag auf EM-Rente wird häufig als gemeinsame Entscheidung empfunden: „hab ich dann mit meinem Hausarzt und ähm mit äh der Betreuerin (...) und so haben wir irgendwann gesagt ja vielleicht ist es doch besser halt erst mal ne Erwerbsminderungsrente zu beantragen“ (Dietmar 1, Z. 242-245). Die Einflussnahme der niedergelassenen Ärzte und Therapeuten wird als große Unterstützung gesehen. Allein das Gefühl in einer stark belastenden Situation eine Person zu haben, die die eigene Situation nachvollziehen kann und die mir hilft, wirkt psychisch entlastend.

„(H)ab gesagt (1) Frau Doktor ((seufzt)) ich glaub ich kann nicht mehr arbeiten gehen ich bin überhaupt nicht belastbar und es wird und wird nicht besser und (1) ja und dann hat sie gesagt und jetzt gehen wir beide den Weg“ (Stephan 1, Z. 378ff.).

Zusätzlich förderlich auf die psychische Konstitution wirkt sich aus, dass es sich bei den unterstützenden Personen um professionelle Akteure handelt, die auf das Thema Arbeitsfähigkeit spezialisiert sind und somit eine Experteneinschätzung zu einem möglichen EM-Rentenanspruch abgeben können. Im Prozess der Antragstellung der EM-Rente haben die niedergelassenen Ärzte und Therapeuten aber noch eine weitere sehr wichtige unterstützende Funktion. In den Interviews wird immer wieder davon berichtet, dass im laufenden Antragsverfahren seitens der zuständigen DRV häufig Gutachten und Stellungnahmen von den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten nachgefordert werden. Auch hier sind die Studienteilnehmer auf die Unterstützung und das Wohlwollen ihrer Ärzte und Therapeuten angewiesen: *„dann hat das ewig gedauert, ähm verschiedene Ärzte, ähm die nachweisen mussten dass ich tatsächlich 'ne Depression habe (.) ähm, meine Angstzustände die hatte“ (Bertram 1, Z. 240ff.).*

Empfehlungen hin zum EM-Antrag und Unterstützung beim EM-Rentenanspruch erfahren unsere Studienteilnehmer von weiteren professionellen Akteuren. Zu nennen wären hierbei hauptsächlich die Rehafachberater der DRV und die Rehafachabteilungen der Arbeitsämter/Jobcenter; in der Fragebogenerhebung geben 24,6 % an, eine Empfehlung vom Rehafachberater der DRV erhalten zu haben und 22,4 % vom Arbeitsamt bzw. dem Jobcenter.

Frau Roland sucht, nachdem sie eine EM-Rente für sich in Betracht zieht, nach Unterstützung bei der zuständigen DRV: *„dann dachte ich nee dann äh (1) hol dir mal 'n Termin bei der*

Rentenversicherung und beantrag Erwerbsminderungsrente (.) vielleicht hast du Glück“ (Roland 1, Z. 121-124). Wie an dem Zitat zu erkennen ist, hatte sie ursprünglich nicht damit gerechnet, dass seitens der DRV eine EM-Rente befürwortet wird. Zu ihrem eigenen Erstaunen wird ihr Bestreben, eine EM-Rente zu beantragen nicht nur akzeptiert sondern auch unterstützt: „ja und also jetzt bei der bei der Rentenversicherung also die waren sehr freundlich sehr nett das hatte mich dann auch irgendwie auch (1) bestärkt hab ich nicht so erwartet“ (Roland 1, Z. 1372-1376). Von ganz ähnlichen Erfahrungen berichten auch andere Studienteilnehmer. Frau Karl fühlt sich etwa darin unterstützt, von ihrem Rehafachberater den Tipp zu erhalten, sich von einem Sozialverband bei der Antragstellung helfen zu lassen.

„(D)ann hatte ich beim (1) ja bei der Rentenversicherung angerufen (...) und dann war auch ein ganz netter Mann (...) der arbeitet da irgendwie also bei dem hab ich dann nachher auch den Antrag abgegeben und der gab mir den Tipp dass ich weil e- weil diese Anträge ja auch schwierig zum Ausfüllen sind ((lacht)) ne sehr umfangreich und er sagt es gibt halt die Möglichkeit über den VDK“ (Karl 1, Z. 139-146).

Kritische Stimmen bezüglich der Rehafachberater bei der Antragstellung finden sich nur wenige. Die Kritik fällt aber meist ganz allgemein aus und richtet sich weniger an die zuständigen Rehafachberater: *„aber Unterstützung vom jetzt von der Krankenkasse, oder vom Rententräger oder so (1) überhaupt nicht“ (Stephan 1, Z. 509f.); „da sitzen Leute sag ich mal die einen nur einmal sehen und die entscheiden dann ne über dein Schicksal“ (Stephan 1, Z. 558f.). Die retrospektive Bewertung der Unterstützung der Rehafachabteilung des Arbeitsamtes fällt deutlich schlechter aus. Frau Fabian berichtet als einzige Studienteilnehmerin, in der Rehafachabteilung des Arbeitsamtes angemessen behandelt und bei der Antragstellung unterstützt worden zu sein.*

„(U)nd das Arbeitsamt hat eben dann festgestellt dass ich nicht mehr arbeitsfähig bin und ich fühl mich auch nicht arbeitsfähig (...) ich glaub sechs Monate hat es dann gedauert bis der Antrag durch war, das ging eigentlich (1) ich dachte nicht dass das so schnell geht“ (Fabian 1, Z. 108-115).

Die meisten Studienteilnehmer, die Kontakt zu Rehafachabteilung des Arbeitsamtes hatten, berichten von negativen Erfahrungen. Im Vordergrund steht dabei, sich von den Mitarbeitern der Rehafachabteilung hin zu einem EM-Rentenanspruch gedrängt zu fühlen. Frau Schnabel

erhält etwa ein Ultimatum des Arbeitsamtes eine EM-Rente zu beantragen, ähnlich auch Frau Seler:

„(W)as das Arbeitsamt gemacht hat, fand ich nicht so schön weil, ich hab da gesessen und hab letztes Jahr als ich hier entlassen wurde und hab gesagt können Sie mir nicht helfen? aber ohne dass ich ne Erwerbsminderungsrente beantragen muss weil das wollte ich erst gar nicht als die mir das hier empfohlen haben hab ich gesagt nee also dann muss das doch noch ne andere Lösung geben mich irgendwie unterzukriegen (...) und dann sagte mir die Reha Beraterin nee ich hab ja nur Maßnahmen die gehen ja nur Vollzeit (.) und da Sie Vollzeit im Moment nicht arbeiten können steht ja auch in Ihrem Arztbrief kann ich Ihnen nicht helfen da müssen Sie die Rente beantragen“ (Seler 1, Z. 820-833).

Herr Jülich geht davon aus, dass das Arbeitsamt ihm die Empfehlung zu einer EM-Rente allein aus Gründen der Kostenersparnis ausgesprochen hat: *„da das natürlich immer ne Kostengeschichte ist haben die gesagt wohin können wir das jetzt abschieben also ähm mir nahegelegt worden, äh ne Erwerbsminderungsrente zu beantragen“ (Jülich 1, Z. 39ff.).*

Professionelle Unterstützung bei der Antragstellung haben unsere Studienteilnehmer noch von ganz anderer Seite erhalten, und zwar von Sozialverbänden wie dem bereits häufiger in Zitaten angesprochenem VdK. Die Unterstützung ist dabei meist sehr weitreichend; sie geht von der Beratung über die Übernahme der Antragstellung bis hin zu juristischen Vertretungen bei sozialgerichtlichen Verfahren, wenn ein Widerspruch wiederholt abgelehnt wird. Welche Aufgaben im Detail übernommen werden und wie der Prozess der Antragstellung von einem Sozialverband begleitet und übernommen wird, berichtet auch eine interviewte Expertin. In den Sozialverbänden würden die EM-Rentenanträge der Mitglieder des Vereins (Voraussetzung für die Bearbeitung des jeweiligen Vorhabens) von Sachbearbeitern vorgenommen. Die Sachbearbeiter würden die Anträge auch direkt an die zuständige DRV senden und die Rückmeldung von der DRV erhalten. Weiterhin würden die Sachbearbeiter auch noch das Widerspruchsverfahren durchführen; die Bewilligung sei nicht voraussehbar oder wie es ein befragter Experte ausdrückte: *„die Rentenversicherung ist ein, wie soll ich sagen, ein unbekanntes Wesen“ (Expertengespräch 1).* Sollte auch auf den Widerspruch eine Ablehnung erfolgen, so wird der entsprechende Fall in die juristische Abteilung abgegeben, von wo aus ein sozialgerichtliches Verfahren eingeleitet würde: *„im Durchschnitt gewinnen wir Prozesse 50 %“ (Expertengespräch 1).*

Bei unseren Studienteilnehmern, die sich bei einem Sozialverband Unterstützung beim EM-Rentenantrag gesucht haben, wurde der erste Antrag in der Regel gleich bewilligt; das Sample ist aber zu klein, um daraus die generelle Aussage ableiten zu können, ob die Zuhilfenahme eines Sozialverbandes die Chancen der Bewilligung der EM-Rente erhöht. Weiterhin fehlen uns Daten darüber, in welchen Konstellationen sich die Menschen befinden, deren Antrag auch mit Unterstützung eines Sozialverbandes abgelehnt wurde und auch nicht sozialgerichtlich erkämpft werden konnten. Wie Abbildung 18 zeigt, finden sich in unserem gesamten Studiensample ohnehin nur sehr wenige Studienteilnehmer, die über ein sozialgerichtliches Verfahren sich ihre EM-Rente erstritten haben.

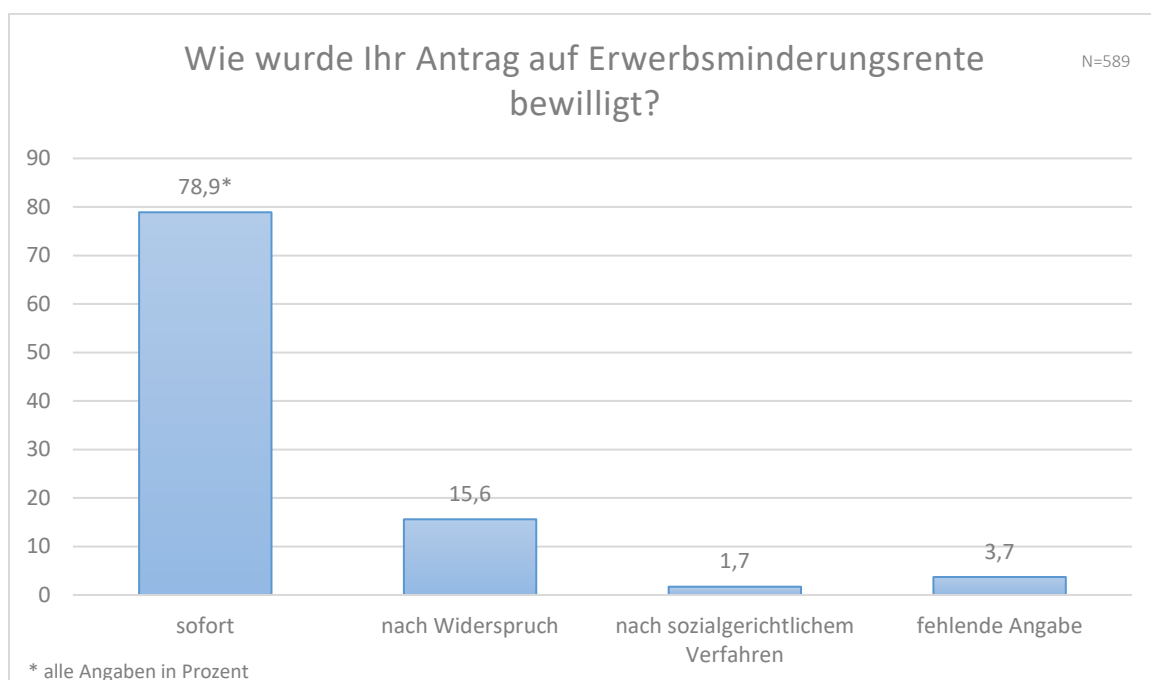


Abbildung 18: Bewilligungen der EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)

Einen grundsätzlichen Hinweis zur Bewilligung bzw. Ablehnung eines EM-Rentenantrags geben uns die Interviewpartner aus dem Expertengespräch: „Antrag ohne Depression gibt es nicht“ (Expertengespräch 2) aber „Depression alleine reicht für ne Rente nicht aus“ (Expertengespräch 2).

Bei einer Studienteilnehmerin wurde der Antrag der EM-Rente auch mit Unterstützung eines Sozialverbandes nicht sofort bewilligt. Für das sozialgerichtliche Verfahren hatte sie dann nicht mehr auf die Unterstützung des Sozialverbandes gesetzt, sondern sich mit ihrer Rechtsschutzversicherung anwaltlich vor Gericht vertreten lassen: „mit Anwalt ging es dann

recht zügig“ (Erasmus 1). Ebenso hatte sich Frau Arndt juristische Unterstützung gesucht, als ihr Widerspruch von der DRV abgelehnt wurde. Wegen einer fehlenden Rechtsschutzversicherung und auch der fehlenden Mitgliedschaft in einem Sozialverband musste sie die Kosten selbst tragen und bekam dafür finanzielle Unterstützung von ihren Kindern: „dann haben meine Kinder gesagt so Mutti und jetzt nimmste dir ´n Anwalt (1) dann zahlen wir den eben“ (Arndt 1, Z. 342f.).

Ohnehin zeigt sich bei unseren Studienteilnehmern, dass eine Unterstützung und Akzeptanz des EM-Rentenanspruchs im sozialen Nahraum überaus wichtig sind. Neben der direkten finanziellen Unterstützung innerhalb der Familie sehen wir in den Daten auch, dass in der Familie das Vorhaben EM-Rente häufig bekräftigt wird.

„(A)Iso seitdem dann die Diagnose fest war dass, ich den Rollstuhl nicht mehr verlasse war immer die Überlegung da oder es ging immer so ka- versuch doch mal die Rente zu beantragen und versuch das doch mal und sprich doch mal mit denen und wie gesagt durch Muddi mein Bruder“ (Karl 1, Z. 1774-1779).

Herr Bertram geht in seiner Einschätzung sogar noch etwas weiter. Innerfamiliär wurde ihm nicht nur empfohlen, einen EM-Rentenanspruch zu stellen: *„also tatsächlich ähm sag ich mal der Impulsgeber ist sicherlich meine Frau gewesen (.) äh i- ich selber für mich hätte das nicht gemacht (.) also, auf keinen Fall“ (Bertram 1, Z. 572ff.).* Während Frau Dante über Familie und Freunde erklärt: *„die, stehen da schon voll dahinter“ (Dante 1, Z. 1245),* hat Herr Bertram aber Bedenken, sein Vorhaben des EM-Rentenanspruchs innerfamiliär zu kommunizieren da, er vermutet, auf Ablehnung zu stoßen.

„(J)a in der Familie ist das ein bisschen schwierig weil, ähm mit super Kontakt zu meinen Eltern d=das will ich damit nicht sagen (.) ähm aber da hab ich das auch nicht kommuniziert, weil ähm meine Eltern ähm (1) sehen das denke ich ein bisschen anders so von der, Empfindung von der Erfahrung her (.) da heißt es, das war so das, wie ich erzogen wurde, ähm beiß dich durch setz dich durch (...) sei nicht so wehleidig“ (Bertram 1, Z. 862-867).

Ebenso wichtig wie die Akzeptanz in der Familie ist auch die Akzeptanz unter Bekannten und Freunden. Zu ihrer eigenen Freude bekommt Frau Stephan in ihrem Freundeskreis eine positive Rückmeldung: *„die meisten haben ja das mitgekriegt dass es mir so schlecht ging (.) (1) ach die haben gesagt haben sich gefreut mit mir als es geklappt hat“ (Stephan 1, Z. 1087ff.).*

Eine unterstützende Einstellung im Freundeskreis bei der Antragstellung der EM-Rente im Freundeskreis ist für unsere Studienteilnehmer wichtig, damit nicht im und vielleicht auch wegen des EM-Rentenbezugs eine gefühlte soziale Isolation eintritt. Das zeigt sich am Eckfall Frau Kunert, die in der unterstützenden Person eine wichtige Begleiterin in der ersten Zeit des EM-Rentenbezugs findet, wie in der ausführlichen Darstellung im Kapitel 4.2.1.1. gezeigt wird.

Eine Empfehlung seitens der Arbeitgeber oder der Kollegen, eine EM-Rente zu beantragen, geben unsere Studienteilnehmer nur sehr selten an. In der Fragebogenerhebung lediglich 5,6 %. Diese kleine Zahl bestätigt sich auch in den Interviews. Allein Frau Dantes Vorgesetzte spricht offen an: *„sie hatte ja selber dann j- och schon gesagt schon nach dem Schlaganfall tu doch ne EU Rente beantragen und so ja, s- g- ging dann schon ganz schön krass zu“* (Dante 1, Z. 747ff.). Das nimmt Frau Dante aber noch keineswegs zum Anlass, eine EM-Rente zu beantragen, sondern empfindet mehr das Gefühl, ihre Vorgesetzte will sie aus der Firma herausdrängen.

Bei allen anderen Studienteilnehmern, die mit ihren Arbeitgebern gemeinsam über die möglichen Perspektiven mit den gesundheitlichen Einschränkungen beraten haben, wird keine Empfehlung zur EM-Rente seitens der Arbeitgeber ausgesprochen. Vielmehr geht es darum, einen Verbleib in Erwerbsarbeit und in der Firma zu ermöglichen. Die EM-Rente wird erst in Erwägung gezogen, als keine Möglichkeit mehr für den Verbleib in Arbeit gesehen wird. Die EM-Rente wird zudem nicht seitens der Arbeitgeber artikuliert, sondern von unseren Studienteilnehmern selbst: *„da hab ich auch den Antrag gestellt und dann sagt er ja das ist richtig dass du das gemacht hast (...) und da hast du unsere Unterstützung“* (Roland 1, Z. 1438-1441). Herrn Günther gelingt es sogar in Absprache mit seinem Arbeitgeber eine Möglichkeit des Verbleibs in Arbeit zu finden, die sein Arbeitgeber auch befürwortet: *„dann hab ich gedacht okay dann kannst du auch weiter arbeiten gehen und im Rahmen dieser halben Erwerbsminderungsrente, deine Stunden reduzieren der Arbeitgeber war damit einverstanden“* (Günther 1, Z. 61-64); er bekommt jedoch keine Teil- sondern eine volle EM-Rente bewilligt, weshalb der den zuvor gemeinsam mit seinem Arbeitgeber ausgearbeiteten Plan der Teilzeitbeschäftigung parallel zur Teil-EM-Rente nicht umsetzen kann.

In unseren Interviewdaten lassen noch weitere Akteure herausarbeiten, die eine Empfehlung zur EM-Rente ausgesprochen haben, aber in unserer Fragebogenerhebung nicht berücksichtigt wurden, weil die Kontakte zu diesen Akteuren eher zufälliger Natur waren und

auch in der einschlägigen Literatur nicht aufscheinen. Das spricht wiederum für die Erhebung und Auswertung qualitativer Daten im Sinne der Exploration. Frau Dante hat die erstmalige Empfehlung, eine EM-Rente zu beantragen, von ihrem zuständigen Sachbearbeiter der Krankenkasse erhalten. Die Empfehlung wurde seitens des Sachbearbeiters aber nicht im Kontext eines Trägerwechsels ausgesprochen, sondern mehr als freundschaftlicher Rat: *„ich hab ´n ´n guten Draht zu meiner Krankenkasse und kenn och meinen Bearbeiter sehr gut und er sagt oh also Frau Dante an Ihrer Stelle würd ich das jetze bei den vielen Diagnosen ich würde das jetzt mal beantragen“* (Dante 1, Z. 422-427). Befragt nach ihrem Impuls, eine EM-Rente zu beantragen, bringt Frau Stephan einen weiteren Akteur in den Blick: eine Mitpatientin während eines Klinikaufenthaltes. Nun ist uns zwar aus der Literatur und auch aus der eigenen Forschung bekannt, welchen hohen Stellenwert die „Leidensgenossen“ haben; bislang blieb dies aber auf die gegenseitige Unterstützung bei der gesundheitlichen Stabilisierung und den wechselseitigen Abgleich innerhalb von Reha-Maßnahmen beschränkt. Am Beispiel Frau Stephan zeigt sich darüber hinaus, dass die Unterstützung bei der gesundheitlichen Stabilisierung auch in der Form eines Impulses hin zur EM-Beantragung erfolgen kann, denn bei Frau Stephan hat der Bezug der EM-Rente dazu beigetragen, dass es ihr gesundheitlich deutlich besser geht.

„(U)nd nach dem Gespräch mit meiner Bettnachbarin, ich hatte ich hatte so ´n so ´n Heulkampf gekriegt abends im Bett (.) so ´n richtig, äh wie zusammengebrochen sag ich mal bin ich da psychisch (.) ne? und da kam sie dann an mein Bett hat mich gedrückt und gestreichelt und hat dann so toll wirklich mit mir gesprochen ähm (1) weil sie gemerkt hat dass ich eigentlich nur gesund werden will um wieder arbeiten zu gehen ne und da hat sie gesagt sagen Sie mal wo bleibt ´n Ihre Lebensqualität Ihre Lebensfreude ist doch alles weg durch diese furchtbaren Schmerzen schon monatelang (.) und sagt sie das ist doch nicht alles sagt sie Sie sind Sie sind 57 Sie haben auch Ihr Leben lang gearbeitet (.) und sagt sie wenn es jetzt nicht mehr geht dann machen Sie das einfach so ne (.) und ich sag mal so die hat wirklich bei mir ´n Schalter umgelegt“ (Stephan 1, Z. 852-871).

4.2.4. Das Leben mit der EM-Rente

4.2.4.1 Lebenslagen

Das Leben in und mit der EM-Rente gestaltet sich für unsere Studienteilnehmer sehr unterschiedlich, das betrifft auch den finanziellen Rahmen der Lebensführung. Das verfügbare monatliche Einkommen setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen. Einige erhalten nur die EM-Rente, andere bekommen zusätzlich eine Rente von der Berufsgenossenschaft, eine betriebliche Rente oder auch eine Waisen- bzw. Witwenrente. Darüber hinaus bekommen auch einige Studienteilnehmer zusätzlich zu einer geringen EM-Rente finanzielle Mittel aus der Grundsicherung. Ein Teil der interviewten Personen erhält zudem eine finanzielle Vergütung aus Nebenjobs, die ihnen dabei hilft, ihr Leben etwas mehr entsprechend ihrer Vorstellungen gestalten zu können. Die regionale Arbeitsmarktlage oder zu starke psychische und/oder somatischen Beschwerden verhindern dies aber bei einigen Studienteilnehmern.

Neben Herrn Busch, der als Abteilungsleiter einer großen Firma sehr gut verdient hat, gibt einzig Herr Samuel an, im EM-Rentenbezug über sehr hohe Einnahmen zu verfügen. Herr Samuel bekommt sowohl von der DRV als auch von der BG eine Rente in Summe von 3500 €. Diese Angabe ist aber mit Vorsicht zu genießen, da es sich hier um eine deutliche Abweichung von den Angaben der anderen interviewten Personen handelt. In der Regel geben die Studienteilnehmer an, mit ihrer EM-Rente und den weiteren monatlichen Einnahmen in der Summe, um die 1500€ ein gutes Auskommen zu haben oder mit einem monatlichen Budget von (meist deutlich) unter 1000€ ein Leben am Existenzminimum zu führen. Allein Frau Seler weicht in dieser Einschätzung ab. Sie gibt im Telefoninterview an, dass sie sich in dieser Zeit in einer LTA Maßnahme befindet und neben ihrer Teil-EM-Rente Übergangsgeld bezieht und kommentiert dies mit *„ich habe selten so viel Geld bekommen“* (Seler 2; Telefoninterview). Diese Einschätzung basiert auf dem Vergleich mit ihrer vorherigen Berufsbiografie, in der sie es zu keiner Zeit geschafft hat, eine stabile Vollzeitbeschäftigung zu etablieren.

Ein akzeptables Leben allein mit der EM-Rente zu führen basiert in der Regel darauf, im Vorfeld des EM-Rentenbezugs über ein gutes Einkommen in einer stabilen Erwerbsbiografie verfügt zu haben: *„ich hab ja wirklich sehr gut verdient“* (Stephan 1, Z. 1048f.). Der Übergang in die EM-Rente ist damit auch ein sozialer Abstieg, der aber meist kleiner ausfällt als eigentlich

erwartet: „*ehrlich gesagt war ich positiv überrascht gewesen (.) ich hab äh nicht damit gerechnet*“ (Bertram 1, Z. 954f.). In der Regel verfügen diese Personen im EM-Rentenbezug über ein rund 1000€ geringeres Haushaltseinkommen, was zwar schmerzlich, aber auch akzeptabel ist, da sie zuvor über ein subjektiv sehr hohes Einkommen verfügten: „*und Rente ist ja nun, fast ´n Tausender weniger ne*“ (Stephan 1, Z. 1048). Die Akzeptanz des Lebens mit den geringeren finanziellen Mittel geht in der Regel einher mit einer Prioritätenverschiebung. Während zuvor die Maximierung des Haushaltseinkommens und der darüber bezogene gesellschaftliche Status und das Prestige im Vordergrund standen, wird nun die Gesundheit zum Mittelpunkt der Lebensführung.

„(W)ir waren sehr materiell eingestellt gewesen (.) ähm (1) ähm und das hat vielleicht auf viele oft dann halt gewirkt, das mag jetzt später dann vielleicht so sein (.) ähm und das haben wir festgestellt das brauchen wir alles nicht (.) also diese Erkenntnis habe ich auch gewonnen oder haben wir gewonnen ja dass es eben halt auch ohne geht (.) ähm Hauptsache man ist gesund das ist ebend halt die Erkenntnis daraus“ (Bertram 1, Z. 964-972).

Mit dieser Verschiebung lassen sich die entstandenen finanziellen Einschnitte verkraften und nach außen hin rechtfertigen. Unterstützt wird das von der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklung, in der ein Abrücken vom alleinigen Fokus der Gewinnmaximierung hin zum neuen Megatrend Gesundheit zu beobachten ist.

Ein finanziell akzeptables Leben mit dem alleinigen Bezug der EM-Rente ist aber nicht grundsätzlich stabil. Gerade im Hinblick darauf, dass mit dem EM-Rentenbezug das Leben häufig am Rande des subjektiv Akzeptablen steht, können bereits kleinste Ereignisse die Stabilität gefährden, wie etwa am Beispiel von Herrn Hartmut zu sehen ist. Für ihn ist die EM-Rente grundsätzlich akzeptiert, da sie höher als sein vorheriges ALG I ist. Nach einer langen Phase des sozialen Abstiegs aus einer gut bezahlten Berufstätigkeit, die Herr Hartmut als „*Achterbahn*“ (Hartmut 1, Z. 789) beschreibt, bietet ihm die EM-Rente zunächst einen stabilen Rahmen mit einem etwas größeren finanziellen Spielraum als direkt vor dem EM-Rentenbezug.

„(U)nd äh da muss ich sagen ja äh ich brauch nicht aus ´n Vollen leben (1) nein äh äh, aber Herr Doktor meine Ansprüche sind auch nicht mehr da (.) das heißt mit dem Geld komm ich über die Runden (1) kann jetzt nicht die=die Sch- Weltreisen leisten dat geht nicht (1)

aber es reicht mir weil ich möchte einfach nur leben jeden Tag genießen, gesund werden jetzt einigermaßen“ (Hartmut 1, Z. 1403-1409).

Sein Arrangement mit der EM-Rente wird allerdings erheblich gestört, wie er im Telefoninterview sechs Monate danach berichtet. Zwischenzeitlich hat seine Ex-Partnerin Unterhaltsforderungen an ihn gestellt und gerichtlich eingeklagt. Vor Gericht wird ihr Anspruch bestätigt. Herr Hartmut hat drei Wochen vor dem Interview den Bescheid bekommen, dass er nun 178 € monatlich an seine ehemalige Partnerin „*abgeben darf*“ (Hartmut 2; Telefoninterview). Für ihn stellt das einen erheblichen finanziellen Einschnitt dar, weil ihm neben den laufenden Kosten für seine Wohnung auch erhebliche Medikamentenzuzahlungen monatlich belasten. So bleiben ihm am Ende noch 25€ wöchentlich für den Lebensmitteleinkauf. Herr Hartmut bekommt deshalb das Gefühl, mehr abzugeben, als er für sich selbst hat, was ihn vor eine Sinnfrage seines weiteren Lebens führt: „*da fängt das Grübeln an*“ (Hartmut 2; Telefoninterview).

Wie schmal der Grat zwischen der Bewertung des finanziell akzeptablen Lebens und eines Lebens am Existenzminimum ist, zeigt sich auch an anderen Studienteilnehmern, die neben der EM-Rente über weitere monatliche finanzielle Mittel verfügen; bei Frau Roland ist es etwa eine Witwenrente: „*den Antrag konnte ich aber wirklich nur stellen (1) weil ich die Witwenrente auch noch im Rücken hab ne? ansonsten hätte ich ((lacht)) mit 1.245 Euro hätte ich ´n Problem*“ (Roland 1, Z. 335-338). Ganz ähnlich auch die Einschätzung von Frau Dietmar: „*wenn ich nur die Rente hätte dann würd gar nichts gehen ehrlich gesagt (...) mit der ähm Rente von der Deutschen Rentenversicherung und der Zusatzversorgung äh würde ich persönlich im Normalfall sagen komm ich gut aus*“ (Dietmar 1, Z. 1633-1647). Bei diesen Studienteilnehmern ist also ein Leben oberhalb des subjektiven Existenzminimums allein mit der EM-Rente nicht möglich, sondern nur mit zusätzlichen Einnahmen, wie einer betrieblichen Rente oder einer Witwenrente, was das Arrangement mit der EM-Rente erleichtert. Frau Hannes kommt daher zum Schluss: „*also es ist Jammern auf hohem Niveau*“ (Hannes 1, Z. 723).

Ganz anders fällt die Bewertung der eigenen Lebenslage bei den Studienteilnehmern aus, hier u. a. Frau Schnabel und Frau Jauch, deren EM-Rente sich am Existenzminimum befindet. Sie sehen den geringen EM-Rentenbezug als unverschuldeten Schicksalsschlag an: „*ich bin halt krank geworden ich hab mir das nicht ausgesucht*“ (Wegner 1, Z. 534f.). Dennoch müssen sie

ihr Leben in der finanziell prekären Lage alleine managen.³⁵ Frau Fabian gelingt das nur, da sie innerfamiliär finanzielle Unterstützung erhält und auf eigene Ersparnisse zurückgreifen kann: „nee ich kann nicht davon leben (.) ((lacht)) ich hab Ersparnisse wo ich draufleg und meine Mutter ist sehr vermögend die unterstützt mich“ (Fabian 1, Z. 336ff.). Frau Tänzer, die deutlich jünger ist und deren Eltern aus dem Arbeitermilieu stammen, kann auf keine weiteren finanziellen Möglichkeiten zurückgreifen. Ihr Weg führt sie daher zum Sozialamt, wo sie finanzielle Zuschüsse bekommt, ähnlich ergeht es Frau Schnabel wie auch Frau Jauch. Nach eigener Aussage liegt ihr monatlicher finanzieller Rahmen unterhalb des ALG-II-Bezugs, weshalb sie regelmäßig zur Tafel geht, was sie große Überwindung kostet. Ebenso bekommt Herr Jülich zusätzliche finanzielle Unterstützung aus der Grundsicherung, mit für ihn aber negativen Konsequenzen.

„(M)it dem Amt das, also ich krieg momentan noch äh (2) äh, begleitende Hilfe (unv.) (8) ich sag jetzt mal Sozialamt et heißt heute anders (.) ne weil ich halt durch die Wohnung mit der Miete halt (unv.) wenn ich alles bezahlt hab hab ich noch 100 Euro, und äh dann damit kann ich halt nicht leben und deswegen krieg ich momentan von denen noch ´n bisschen Geld und die sagen natürlich naja nee aber, wohnen ist zu teuer ne müssen da raus, ja versteh ich ja auch aber (1) man muss auch erst mal, erst mal was finden was dann im Rahmen ist dass ich das letztendlich dann alleine von der Rente bezahlen kann (.) ne? und äh (1) und das muss auch irgendwo sein wo man sagt da fühlt man sich wohl weil wenn ich jetzt äh also (unv.) irgend so nen (1) Kasten muss oder so da fahr ich lieber vor ´n Brückenpfeiler“ (Jülich 1, Z. 812-828).

Diese Vorgaben empfindet Herr Jülich als Repressalien, denen er wehrlos ausgeliefert ist. Bis zum Telefoninterview hat er eine den Vorgaben entsprechende Wohnung gefunden, in der er sich nicht sonderlich wohl fühlt. Er wohnt nun in einer kleinen Kellerwohnung neben einer stark befahrenen Hauptstraße in einer Gegend, in der er nicht heimisch wird. Neben seinem Bett befindet sich das Fallrohr der darüber liegenden Wohnungen „und wenn dann oben einer, auf Toilette geht, dann liegen Sie hier im Ba- senkrecht im Bett“ (Jülich 3, Z. 300ff.). Mit dem Umzug gelingt Herrn Jülich zwar ein Arrangement mit dem Leben am Existenzminimum, das führt aber nicht zu Verhältnissen, in denen er sich psychisch stabilisiert.

³⁵ Auf die Rolle der Partnerschaft als wichtigen Faktor wird weiter unten noch eingegangen.

Herr Volker würde dagegen gern umziehen, aber seine finanziellen Mittel erlauben ihm das nicht. Auch er wohnt in einer kleinen Wohnung neben einer stark befahrenen Hauptstraße und würde gerne, aufgrund seiner nicht vorhandenen sozialen Kontakte in seinem Wohnort, in die nahegelegene Großstadt umziehen. Darüber verspricht er sich mehr Lebensqualität, eine Chance auf soziale Teilhabe und eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr. Wenn sein bereits 20 Jahre altes Auto kaputt geht, so seine Angst, wird er an seinem aktuellen Wohnort auch die Mobilität verlieren. Über Geld, um Rücklagen zu bilden, verfügt er nicht; das gemeinsame Haushaltseinkommen beläuft sich auf gerade einmal knapp unter 1500€.

„(W)as hab ich jetzt glaub ich, 810 Euro Rente? ja also ist nicht schön ne also wenn meine Frau den Job nicht an der Tankstelle hätte die macht da ja, 450 Euro Kraft ne kann jetzt auch ´n bisschen aufstocken vom=vom äh, von der Gemeinde von Hartz IV ne kann sie nochmal Gott sei Dank nochmal 230 Euro“ (Volker 3, Z. 22-31).

Herr Volker selbst bekommt trotz der prekären Lage keine zusätzliche finanzielle Unterstützung von der Grundsicherung. Dort wird ihm lediglich gesagt: *„müssen Sie=Sie=Sie sich ne Wohnung suchen die Sie bezahlen können“ (Volker 1, Z. 2780).*

Begleitet wird das Leben mit der EM-Rente am Existenzminimum bei einigen Studienteilnehmern, wie etwa Herrn Wegner, auch von einer laufenden Privatinsolvenz, die zusätzlich einschränkend und psychisch belastend wirkt, da indirekt auch das Einkommen seiner Partnerin davon betroffen ist: *„uns wird einiges weggepfändet“ (Wegner 1, Z. 416f.).* Dennoch schließt er direkt an: *„aber dennoch kommen wir recht ganz äh ganz gut mit hin (...) große Sprünge können wir keine machen ja aber wir kommen klar“ (Wegner 1, Z. 417-421).* Trotz der finanziellen Einschränkungen gelingt Herrn Wegner das Arrangement mit der niedrigen EM-Rente besser als anderen Studienteilnehmern, wie etwa Herrn Volker oder Herrn Jülich. Ausschlaggebend dafür sind die Lebenslagen der Personen vor dem EM-Rentenbezug und damit die in die EM-Rente transformierten Ansprüche. Dementsprechend fällt auch die subjektive Deutung des Existenzminimums unterschiedlich aus. Das zeigt sich insbesondere am Fall von Herrn Hubert. Auch er geht mit einem laufenden Insolvenzverfahren in die EM-Rente. Ähnlich wie bei Herrn Wegner war seine Berufsbiografie sehr brüchig, über ein höheres Einkommen hat nie verfügt. Dementsprechend ist seine EM-Rente sehr gering. Dennoch gelingt ihm ein Arrangement leichter als anderen Studienteilnehmern, da er sich in

seinem Alltag sehr einschränkt: „das ist ´s Einzige was ich jetzt noch hab an A=Ausgaben (.) ach so die Abo Karte damit ich ab und zu mal in die Stadt kann“ (Hubert 1, Z. 1009f.).

Das Arrangement mit einer niedrigen EM-Rente wird auch bei einigen Teilnehmern darüber erleichtert, dass der finanzielle Unterschied zwischen dem vorherigen Lohn und der EM-Rente nur einen kleinen Teil des gemeinsamen Haushaltseinkommens betrifft: „ja (.) klar wenn ich alleinstehend wäre hätt ich ´n Problem jetzt (1) aber an und für sich äh äh hab ich äh hab ich noch Glück gehabt“ (Wegner 1, Z. 442f.). Der Partner steht noch im Arbeitsleben oder ist bereits in Altersrente und sorgt mit seinen Einnahmen für den Großteil der monatlichen finanziellen Bezüge. Das ist etwa bei Herrn Wegner, Frau Bischoff, Frau Bunt, Frau Posch und Herrn Ballauf der Fall. Auch Frau Kunert, die als Eckfall ausführlich beschrieben worden ist, erzählt in den Interviews nichts von finanziellen Problemen aufgrund des EM-Rentenbezugs. Das gemeinsame Haushaltseinkommen ist, im Kontrast etwa zu Herrn Volker, groß genug, um einen Umzug problemlos finanzieren zu können. Das wiederum schafft die Grundlage für eine psychische Stabilisierung und die Möglichkeit der Umsetzung biografischer Pläne und dem Anstoßen einer beruflichen Neuorientierung; all das kann erst auf der Basis einer finanziellen Sicherheit geschehen.

Frau Karl strebt nicht mehr nach einer Rückkehr in Arbeit. Bei ihr zeigt sich besonders deutlich, wie das Gehalt des Partners in der Summe mit der EM-Rente zur Stabilisierung des Lebens und der Gesundheit beitragen und als Grundlage der Umsetzung biografischer Pläne genutzt werden kann.

„(W)ir haben äh die letzten mh ja doch das letzte Jahr war schon echt beschissen so für uns beide ne mein=mein Freund hat voll geackert (1) ich hatte kein wir hatten keine Kohle überhaupt nicht wussten immer gar nicht so richtig (...) und ähm je- bis jetzt wie gesagt hat sich alles so la:ngsam fängt es sich an zu stabilisieren wir haben uns jetzt zu Weihnachten noch ´n Auto gekauft ähm weil wir vorher auch erst mal noch mal überhaupt kein Auto hatten (.) und äh ne so langsam funktioniert es“ (Karl 1, Z. 1869-1879).

Ähnlich auch Herr Bertram, der allerdings eine deutlich höhere EM-Rente bekommt. Der finanzielle Verlust der Differenz zwischen dem vorherigen Gehalt und der EM-Rente wird auch bei ihm mit den finanziellen Einnahmen seiner Partnerin kompensiert und trägt zu einem Erhalt des erwünschten Lebensstandards bei.

Interessanterweise, das sei an dieser Stelle angemerkt, hat Herr Bertram trotz des Arrangements mit der EM-Rente in Erwägung gezogen, wieder in Arbeit zurückzukehren. Mit dem vergleichenden Blick auf die verschiedenen Einzelfälle fällt in diesem Kontext auf, dass diejenigen Studienteilnehmer, die für sich ein großes Bedürfnis der Rückkehr in Erwerbsarbeit verspüren, keineswegs aus der Gruppe von Personen stammen, die aufgrund der geringen EM-Rente ein Leben am Existenzminimum führen, sondern die ihr Leben mit der EM-Rente weitestgehend ohne größere finanzielle Einschränkungen ausgestalten können. Die von Experten diskutierte These, man müsse den EM-Rente beantragenden Personen nur vorrechnen, wieviel sie an EM-Rente beziehen und diese würden dann in der Regel davon abrücken, eine EM-Rente zu beantragen, spiegelt sich in unserem Datenmaterial nicht wider. Ein Verweis auf eine geringe EM-Rente stellt damit keine sinnvolle Präventionsstrategie dar, da die Mehrzahl der interviewten Personen in der Erwerbsarbeit keine sinnvolle Alternative mehr zum EM-Rentenbezug sieht. Das beschränkt sich nicht nur auf Menschen, die ihr Leben am Existenzminimum führen, wie sich etwa an Frau Roland zeigt: *„also ohne die Erwerbsminderungsrente n- wenn ich jetzt noch arbeiten müsste würde ich kaputt gehen“ (Roland 1, Z. 1220f.)*. Verstärkt wird das Argument gegen diese rein theoretische Präventionsstrategie darüber, dass auch auf Personen, die mit der EM-Rente an ihrem absoluten Existenzminimum leben nicht mehr in Arbeit zurückkehren wollen: *„ich wäre auch zu Hause geblieben ohne Rente also ich hab einfach gesehen es, geht überhaupt nicht mehr der ich bin nicht mehr stressresistent“ (Fabian 1, Z. 346f.)*. (ähnliche Aussagen auch bei Eckfall Frau Jauch aus im Kapitel 4.2.1.6.). Anstatt zurück in Arbeit zu gehen, um aus dem Leben am Existenzminimum herauszukommen, versuchen sie sich mit dem Leben auf niedrigem Niveau zu arrangieren. Herr Hubert sucht so in erster Linie nach Einsparmaßnahmen.

„(I)ch glaube dass ich ein Durchhalten (2) in ner Arbeit aufgrund meiner akribischen und=und=und=und hektischen und schnellen, dass das wieder irgendwann nach em Monat oder vielleicht nach vier Monaten es kommt auf das Ding drauf an, erledigt ist dass ich dann wieder eine Krankschreibung habe (.) das ist wie es ist, no? deswegen die haben ja o gesagt die äh hast ja wenig Geld 750 und da kommste ne hin gesagt ich komm hin (.) ich esse nicht, also ich ess wenig, no (.) (1) manchmal hab ich Attacke na gut dann äh ist es aber ´n nächsten Tag wieder weg (.) ansonsten und ich rauche ne ich trinke ne ich=ich hab mir alles Mögliche vom Konto geräumt was ne sein muss, außer ´s Telefon die Miete der Strom und die Bank (.) und die blöde GEZ da krieg ich ((lachend)) keene Befreiung“ (Hubert 1, Z. 995-1008).

Einsparungen finden sich bei Herrn Hubert auch in einem Umzug in eine 100€ günstigere Nachbarwohnung und in dem weitgehenden Verzicht der Beheizung seiner Wohnung. Diese Einsparungen nimmt er bereits präventiv vor, da ihm ggf. ein Teil der EM-Rente in Zukunft gestrichen werden könnte, da er derzeit eine sogenannte Arbeitsmarktrente erhält. Herr Hubert würde sich lieber weiter einschränken, als wieder in Erwerbsarbeit zu gehen. Ähnlich auch Herr Jülich, der mit seinem Umzug den Vorgaben des Sozialamtes folgt und weitere Einschränkungen in seiner Lebensqualität sowie das Leben mit geringen Finanzen akzeptiert: „nur von der Rente (1) äh geht das schon aber dann haben Sie halt nichts ne (.) ich hab dann wenn dann alles bezahlt ist w=würden mir für=für mich und Lebensmittel keine 200 Euro bleiben“ (Jülich 3, Z. 438ff.). Frau Arndt, deren EM-Rente deutlich höher ist, verfolgt anfangs eine andere Strategie, den monetären Verlust zu kompensieren. Gesundheitsbedingt muss sie aber bis zum dritten Interview ihre Bemühungen des Eigenanbaus von Lebensmitteln aufgeben: „Garten haben wir soweit abgeschafft bis uff die kleenen Beetchen hier da guck ich nochmal (1) dass ich hinten haben wir uns ´n paar Hofbeete gemacht wo ´n bisschen Salat und paar Radieschen drinne sind und naja und dann das isses dann“ (Arndt 3, Z. 531-535). Zwei der interviewten Studienteilnehmer wollen sich höhere finanzielle Bezüge gerichtlich erkämpfen. Herr Volker etwa will die Anerkennung seiner PTBS bei seiner zuständigen Berufsgenossenschaft erstreiten, für die er die Ursachen in der misslungenen Behandlung seiner in der Arbeit aufgetretenen Krankheiten sieht. Nachdem sich die Berufsgenossenschaft weigert, die PTBS anzuerkennen, reicht er Klage ein.

„(I)ch klammer mich ja immer noch an diese Scheiß Berufsgenossenschaft ne dass da vielleicht mal dat da ´n Einlenken kommt ne (.) s- vielleicht eventuell noch ´n Anerkennung von denen bekommen würde das würde natürlich enorm helfen ne (.) da hätte man da hätte man wenigstens diesen finanziellen äh diese finanziellen Ängste dann nicht“ (Volker 3, Z. 1189-1196).

Während Herr Volker seine Erfolgchancen als gering ansieht, berichtet Herr Gerhard beim dritten Interview zumindest von einem Teilerfolg seines sozialgerichtlichen Verfahrens. Während er zum Zeitpunkt des ersten Interviews weniger als 750€ monatlich zur Verfügung hat, sind es in der Zeit des dritten Interviews gut 2000€. Verantwortlich dafür sind mehrere erfolgreiche gerichtliche Klageverfahren. Beim ersten Interview bezieht er lediglich eine Teilrente von der DRV und eine betriebliche Zusatzrente. In mehreren Klageverfahren hat er

sich die Anerkennung der vollen EM-Rente von der DRV und auch eine Rente von der BG erstritten, auch wenn dies teilweise für ihn schmerzliche Erfahrungen mit sich brachte.

„(D)a bin ich dann auf eine Richterin getroffen das war der Hammer (.) das war der absolute Hammer diese Frau gehört eigentlich nicht an ein Sozialgericht die hat überhaupt kein Gefühl (.) die hat dort einfach nach den Gutachten die sie dort hat dieses Verfahren abgefahren (.) ein=eins meiner Gutachten sagte dass diese Schmerzen schon länger bestehen müssen das hat sie überhaupt nicht beachtet (.) und wie ich Einspruch legen wieder, mh Einspruch wieder nein nein de=de das Gutachten und alles gut und, so und dann hat sie ihr Urteil gesprochen und dann kam der Klopper, wie wir die Sachen gepackt haben, also unsere eigenen Sachen hat sie mich angemacht hat gesagt sie fand das unerhört dass ich drei Stunden ihrer Zeit in Anspruch genommen hab (.) (1) und ich soll mich mal lieber gefälligst um meine Gesundheit kümmern“ (Gerhard 3, Z. 41-53).

Einige unserer Studienteilnehmer sehen keine realistische Alternative zum EM-Rentenbezug aufgrund zusätzlicher (finanzieller) Belastungen, die mit dem Wegfall der EM-Rente zu existenziellen Problemen führen würden. Für Herrn Wegner ist das etwa eine laufende Privatinsolvenz. Ohne den EM-Rentenbezug bliebe ihm nur der Weg zum Jobcenter oder zum Sozialamt, da eine Rückkehr in Arbeit für ihn nicht denkbar ist. Allerdings hat er bereits die Erfahrungen gemacht, dass er aufgrund des Gehalts seiner Partnerin von dieser Seite keine Unterstützung erwarten kann. Die zusätzliche Pfändung des Gehalts der Partnerin während des laufenden Insolvenzverfahrens würde das Haushaltseinkommen unterhalb des subjektiven Existenzminimums führen.

„(A)ls jetzt mein Arbeitslosengeld auslief bin ich zum Jobcenter gegangen wegen Hartz IV An- beantragen (.) haben die mir nicht bewilligt (.) nein weil meine Frau, zu viel verdient (.) Problem ist nur, meine Frau kriegt auch 800 Euro weggepfändet von ihrem Gehalt äh f- äh äh äh wegen der Insolvenz (.) da sagt das Jobcenter eigentlich auch zu Recht weil das nicht deren Problem ist, ja wir müssen wir müssen das Nettogehalt ihrer Frau äh vor Pfändung rechnen (.) wir können Ihnen ja keine Leistungen bewilligen damit Sie Ihre Schulden bezahlen können (1) wir haben wir haben acht Wochen hier nur von Toastbrot gelebt“ (Wegner 1, Z. 263-280).

Mit der Weiterbewilligung der EM-Rente über die Zeit des laufenden Insolvenzverfahrens hinaus haben sich Herr Wegners Existenzängste vorerst gelegt. Frau Rabe, die mit dem EM-Rentenbezug immerhin einen Verlust von 50 % des Haushaltseinkommens akzeptieren muss,

sieht keine realistische Alternative zum EM-Rentenbezug, ohne in existenzielle Nöte zu geraten, da ihr Partner zu Beginn des EM-Rentenbezugs einen Schlaganfall erleidet, der in eine Pflegebedürftigkeit mündet. Der „Schicksalsschlag“ (Rabe 1, Z. 535) bringt Frau Rabe in eine schwierige Situation, da sie sich im EM-Rentenbezug nun nicht nur den familiären Alltag allein organisieren, sondern zusätzlich auch noch ihren Partner pflegen muss.

„(D)as ist ja diese ganzen (1) äh (1) Rollen die ich da habe die kann ich ja auch dann wirklich zu so=so ´m ganz kleinen Prozentsatz erfüllen (.) ja also wirklich nur das wirklich Wichtigste, dass mein Mann zu den Therapien kommt dass wir was zu essen haben (.) in der schlimmen Zeit hatten wir keine Brot und kein Milch im Haus (.) ich konnt nicht einkaufen gehen (.) ich hab das nicht ich konnt nicht planen ich konnt keine=keine, Essenspläne machen keine Einkaufslisten schreiben dann ham wir nichts da gehabt“ (Rabe 3, Z. 196-207).

Die Folgen diese Situation sind erhebliche gesundheitliche Rückschläge: *„ich spring ich mach, so und das hat dazu geführt dass ich (1) sag mal so ab September, das f=fing dann so schleichend an und wird immer mehr (unv.) (die Manie?) 00:04:52 und äh das hat bis Januar gedauert“ (Rabe 3, Z. 104-107).* Frau Rabe sucht nach externer Unterstützung, scheitert aber immer wieder an den Vorgaben der Pflegeversicherung: *„ich bin dann äh von Beratungsstelle zu Beratungsstelle gelaufen wirklich noch und nöcher, und äh es gibt Möglichkeiten es gibt Hilfen aber die passen immer nicht auf uns (.) das ist immer so knapp vorbei“ (Rabe 3, Z. 49ff.).* Aus dieser existenziell bedrohlichen Lage findet Frau Rabe keinen Weg. Das Leben mit der geringen EM-Rente ist für sie dennoch die einzige Option: *„dann ist auch die Frage was würde mit meinem Mann sein wenn ich äh erwerbstätig wär (.) ja also wo geht der hin oder bleibt er (.) (1) ist Epileptiker (.) und da, ja ja du kriegst das immer noch ja (.) ja und ähm (6) ist auch so ne ungelöste Frage was passiert dann so ne?“ (Rabe 3, Z. 368-373).*

4.2.4.2 Auswirkungen der Bewilligungspraxis auf das Leben im EM-Rentenbezug

Die Bewilligung der EM-Rente bedeutet für die meisten Studienteilnehmer den Übergang in einen sicheren Rahmen für die weitere Lebensführung. Sie führt zu einer psychischen Entlastung und der Möglichkeit, das eigene Leben neu zu arrangieren: *„jetzt fang ich erst an so richtig, zur Ruhe zu kommen (.) ich bin unwahrscheinlich dankbar und froh dass ich nicht*

mehr zur Arbeit muss“ (Roland 1, Z. 322ff.). Ähnliche Zitate finden sich auch bei Herrn Busch, Frau Bischof, Frau Stoph oder Herrn Ballauf. In der Regel gibt dieser sichere Rahmen der EM-Rente die Chance, sich aktiv mit seinen psychischen Beschwerden auseinanderzusetzen und mittels intensiver Krankheitsarbeit zu verringern. Das gilt jedoch nicht allen Studienteilnehmern. Frau Thoralf berichtet etwa, dass sie auch im EM-Rentenbezug psychischen Belastungen ausgesetzt ist: „und ich muss auch heute sagen ich bin auch jetzt wo ich berentet bin (2) nicht (1) gesund psychisch (.) ja (.) anderweitig jetzt“ (Thoralf 1, Z. 367-370). Welche die belastenden Faktoren sind, führt sie im Interview nicht weiter aus, das obige Zitat endet mit einem Abbruch und sie wechselt das Thema. Andere Studienteilnehmer können hingegen ganz konkrete Belastungsfaktoren nennen, die einen erheblichen Einfluss auf die psychische Vulnerabilität und auch ihre Lebenslagen haben. Einige dieser Faktoren werden mit der Bewilligung der EM-Rente assoziiert, die an dieser Stelle ausführlich diskutiert werden sollen.

Zuallererst wirkt sich die *rückwirkende* Bewilligung der EM-Rente bei einigen Studienteilnehmern negativ aus. Frau Stephan beklagt in diesem Zusammenhang neben dem psychisch belastenden bürokratischen Aufwand, der ihr daraus entstanden ist, vor allem, dass sie aufgrund der rückwirkenden Bewilligung bis in die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit hinein wieder in Kontakt mit ihrem damaligen Arbeitgeber treten muss, von dem sie sich nicht in Harmonie getrennt hat. Die größte psychische Belastung ist aber die Unsicherheit über den EM-Rentenbezug.

„(I)ch hab ja 2015 noch ´n halbes Jahr gearbeitet hab ja noch Leistungsansprüche gehabt die mir ja im November und Dezember wie es ja der Zahltag ist hab ich die auf mein Konto gekriegt aber da war ich ja plötzlich überzahlt (.) ich hab ja schon ab dann Rente gekriegt (.) dann was ham- da hatte ich erst mal ´n, da haben die erst mal ´n Aufriss gemacht beim Rententräger dann machen sie die, die Leute die krank sind auch noch mit unsicher (.) da denkt man schon oh Gott streichen die dir jetzt die Rente oder was machen die da jetzt?“ (Stephan 1, Z. 673-684).

Frau Stephan war in dieser Zeit wegen der unklaren Situation psychisch sehr labil und betont deshalb im Interview: *„wenn Sie da Einfluss drauf haben, also das finde ich ganz ganz schlimm dass die so was machen“ (Stephan 1, Z. 711f.).* Noch belastender wirkt die rückwirkende Bewilligung der EM-Rente auf Frau Dante. Ihr wurde eine befristete Rente für 14 Monate bewilligt, aber der Bescheid trifft erst vier Monate nach dem Ende der Befristung bei ihr ein.

„(D)a ist (2) der Antrag am 02.05. gestellt worden und ich bin ja äh krank weiter aus der Reha entlassen worden am 13.06. und sie haben mir vom dreiß- also vom Antrag vom Tag der Antragsstellung bis zum 30.06. die Voll EU bewilligt ne? und dann ist nix mehr und gucken Sie mal wann ich den Bescheid bekommen hab (1) diesen Bescheid (...) ja 30.06. und bekomme den Bescheid aber erst am 30.10. (.) ich häng also vier Monate in der Luft, finanziell und generell“ (Dante 1, Z. 455-466).

Mit der Bewilligung der EM-Rente bekommt Frau Dante nicht den sicheren Rahmen für ihre Lebensführung, sondern gerät in eine existenziell bedrohliche Situation der tiefen Verunsicherung, die psychisch stark belastend ist. Weiter hat die rückwirkende Bewilligung direkte Auswirkungen auf ihre Lebenslage. Das Haushaltseinkommen sinkt unter das subjektive Existenzminimum, es fehlen Einkünfte für volle vier Monate: *„ich muss och sagen das macht einen ja auch fertig es geht ja alles so weiter eben die Ausgaben und so weiter wir mauscheln dann dauernd rum“ (Dante 1, Z.563f.)*. Aus Mangel an Alternativen führt sie der Weg zum Jobcenter, wo sie aufgrund der Anrechnung des Gehalts ihres Partners nur eine geringe finanzielle Unterstützung erhält. Das Paar sieht sich gezwungen, Schulden aufzunehmen, um zumindest ein Minimum ihres Lebensstandards aufrechterhalten zu können. Finanzielle Mittel für die Teilnahme an gesundheitsförderlichen Aktivitäten sind so nicht mehr vorhanden.

„(I)ch wär ja auch hier jetzt weiter zu meinem Yoga gegangen aber wir sind ja ich krieg ja jetzt och Hartz IV weil ich ausgesteuert bin ich kann mir ´s ja gar ni leisten jetze im Monat da 40 Euro hinzulegen“ (Dante 1, Z. 239ff.)

Um der finanziell prekären Lage zu entkommen, stellt Frau Dante einen Antrag auf Weiterbewilligung der EM-Rente und hofft, dass die Weiterbewilligung erneut rückwirkend bewilligt wird, damit die finanziellen Lücken geschlossen werden, *„das kommt jetzt auf die Rentenstelle an was jetzt mit dem nächsten Bescheid kommt (.) (1) momentan häng ich ja voll in der Luft“ (Dante 1, Z. 1196-1199)*. Eine Perspektive für die Rückkehr in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis sieht sie zum Zeitpunkt des ersten Interviews für sich (noch) nicht.

An Herrn Günther zeigt sich ein anderes Phänomen im Zusammenhang mit der Bewilligung der EM-Rente, das ebenfalls psychisch sehr belastend sein kann. Herr Günther stellt einen Antrag auf eine Teilzeit-EM-Rente. Gemeinsam mit seinem Arbeitgeber hat er im Vorfeld ein

konkretes Szenario für den Wechsel von einer Vollzeitstelle in eine Teilzeitstelle entwickelt: „es hätte die Möglichkeiten bestanden mich dann, innerhalb des Trägers auf ne andere Position setzen zu können“ (Günther 1, Z. 879f.). Herrn Günther erhält schließlich aber eine volle EM-Rente, was ihn mehrfach belastet. Einmal wird er in seiner Selbsteinschätzung verunsichert, noch Teilzeit arbeiten zu können: „nun weiß ich von mir selber (1) dass ja manchmal (1) der Anspruch den man an sich hat ein anderer ist als das was man in der Realität wirklich liefern kann“ (Günther 1, Z. 147ff.). Weiter gerät er mit der Bewilligung der vollen EM-Rente in eine finanziell prekäre Lage, da er mit der EM-Rente zwar noch sein Leben finanzieren kann, aber nicht mehr seiner sozialen Verantwortung, der Unterhaltszahlung für seine vier Kinder, nachkommen kann.

„(I)ch habe diese Verantwortung ernstgenommen (.) und, auch da macht sich niemand Gedanken drüber dass ich das plötzlich nicht mehr kann ich hab immer wenig Geld gehabt (.) es sind vier Kinder, und ich hab immer, äh nicht mehr als ne Zeit lang waren 's äh 980 Euro mittlerweile sind es 1080 Euro ich hab nie mehr gehabt als diese 1080 Euro, ja und plötzlich kriegt man mit 33 vollen Erwerbs- äh mit 33 vollen Erwerbsjahren (2) bekomme ich 875 Euro netto“ (Günther 1, Z. 1542-1552).

Besonders belastend ist für Herrn Günther aber der Verlust der Erwerbsarbeit, die bis dahin die einzige stabile Arena in seinem Leben war, wo er sich sicher bewegen und handeln konnte. Neben dem Verlust der Alltagsstruktur wird ihm mit Bewilligung der vollen EM-Rente sein biografisches Setting, Wertschätzung und soziale Einbindung entzogen: „(E)s wäre auch gut gewesen, äh nicht nur im Rahmen von ich funktioniere sondern auch im Rahmen von, von meinem Leben von meiner Beziehung, ne vom: ja von meinem Umfeld von meinem Alltag den ich ja auch habe“ (Günther 1, Z. 1225-1228). Herr Günther fühlt sich mit der Bewilligung der EM-Rente von der DRV komplett missverstanden, stigmatisiert und aus dem Arbeitsleben hinausgedrängt.

„(D)a ist jemand ((lacht)) äh der versucht mich anzuschieben (.) ne also äh: die letzte Info des Rentenversicherungsträgers war Sie brauchen sich nicht mehr zu melden wir melden uns bei Ihnen (.) ne da soll sich angeblich dann, das weiß ich nicht jemand aus der Reha-Beratung oder so was bei mir dann irgendwann melden und mir sprechen wollen, ne? auch so drei Monate vorher oder wie auch immer ne (.) so vor Ablauf ja ja genau (.) das weiß ich aber nicht“ (Günther 1, Z. 902-914).

Zu einer ähnlichen psychischen Belastung kann es kommen, wenn bei der Weiterbewilligung die EM-Rente entfristet wird, wie etwa bei Herrn Bertram zu sehen. Er hatte die EM-Rente immer als temporäre Notlösung wahrgenommen, da ein Verbleib in Erwerbsarbeit für ihn nicht mehr möglich war. Es gab weder innerbetrieblich einen zu seinen Einschränkungen passenden Arbeitsplatz noch regionale Alternativen. Die EM-Rente sieht Herr Bertram für sich als Zeit der Krankheitsarbeit, um darauffolgend mit gezielten Therapien den Beschwerden entgegenzuwirken. Die EM-Rente will er auch dafür nutzen, sich neue berufliche Perspektiven aufzubauen. Am Ende des ersten Bewilligungszeitraums stellt er für sich fest, dass es für den Schritt zurück auf den allgemeinen Arbeitsmarkt noch zu früh ist. Deshalb beantragt er eine Weiterbewilligung. Entgegen seinen Erwartungen wird seine EM-Rente nun aber entfristet.

„(E)s hat mich verletzt und es hat lange bei mir ge-dauert um=um zu erkennen oder zu akzeptieren dass es so ist wie es ist (.) ähm, um=um so diese Endgültigkeit das Arbeitsleben (1) a- da irgendwo ´n Haken hinter zu machen den ich nicht bereit war ähm also da loszulassen (.) und da kommt dann wieder dieses Thema des nicht gebraucht Werdens also es war schon am Anfang dass ich wirklich in so ´n Loch gefallen bin (.) (1) und=und der, ich werd nie vergessen wo der Brief kam von der Rentenversicherung im letzten Jahr das war auf (1) auf einer Seite, in anderthalb Sätzen erklärt, da w- da die Seite war leer da stand nur drinne wir verlänge- wir Sie sind ab jetzt bis zum Renteneintritt, das war alles“ (Bertram 3, Z. 571-582).

Die mit der Entfristung der EM-Rente einhergehende Endgültigkeit der Abkehr von der Erwerbsarbeit kann Herr Bertram nur sehr schwer akzeptieren. Zu groß war der Stellenwert der Erwerbsarbeit in seinem Leben und seiner Identitätskonstruktion. Die Entfristung bedeutet für ihn auch, von der Gesellschaft nicht mehr gebraucht zu werden, was ihn ebenfalls sehr belastet. Andererseits nimmt die Entfristung finanzielle Zukunftsängste und gibt Planungssicherheit. Trägerseitig wird offensichtlich keine Perspektive mehr auf eine Besserung seines Gesundheitszustands gesehen, die eine Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt beinhalten könnte. Seine bis dahin bestehenden RTW-Bestrebungen, lässt Herr Bertram mit der Entfristung fallen.

Umgekehrt stellt für eine ganze Reihe an Studienteilnehmern die Befristung der EM-Rente eine psychische Belastung dar. Das gilt etwa für Frau Hibbeler, Frau Grün, Frau Bunt oder Frau Paul. Bei Herrn Schramm und Herrn Jülich steht dabei die Notwendigkeit, wieder ärztliche Atteste einholen zu müssen und sich neuerlich begutachten lassen zu müssen im Vordergrund.

„(E)s ist halt eben dieses Ganze wieder was kommt dann wieder muss ich wieder zu diesem, Depp da wie läuft das dann weiter aber das kann ich halt nur auf mich zukommen lassen aber es=es nervt halt einfach weil man (1) es klingt jetzt blöd sich m- mal nicht entspannt zurücklehnen kann um zu sagen ich guck jetzt mal wie geht's mir oder so ne oder was halt immer einfach immer weiter immer weiter immer weitergeht die ganzen Sachen die man halt einfach erledigen, muss um am Leben zu bleiben sag ich einfach mal ne“ (Jülich 1, Z. 899-908).

In diesem Zitat werden gleich zwei Themen angesprochen. Erstens eine psychisch belastende Zeit, bei einem Neuantrag auf Weiterbewilligung. Herr Hartmut sieht darüber hinaus auch ein wiederholtes Widerspruchsverfahren auf sich zukommen und versucht die Gedanken daran möglichst bis zur Zeit der Antragstellung zu verdrängen. Zweitens die Verhinderung einer intensiven Krankheitsarbeit aufgrund der Befristung. Wenn es Personen nicht gelingt, sich von den Gedanken an den bevorstehenden Antrag auf Weiterbewilligung zu lösen, bleibt das Thema bestimmend im EM-Rentenbezug und verhindert eine aktive Auseinandersetzung mit den psychischen Beschwerden und Einschränkungen. Besonders deutlich wird das an Herrn Wegner, dessen Angststörung durch die Befristung permanent verstärkt wird. Bei ihm wirken die Erfahrungen bei der erstmaligen Beantragung der EM-Rente zusätzlich verunsichernd. Beim Erstantrag, der mit Hilfe eines Sozialverbandes gestellt wird, werden sechs Monate nach der Antragstellung noch zusätzliche Dokumente nachgefordert, für ihn ein Zeichen, dass der Antrag bis dahin nicht bearbeitet wurde. Gleichzeitig sieht er sich aber vor der Situation, dass sein ALG I wenig später auslaufen wird: *„ich hab gedacht verdammt noch mal poah (1) ich wusste ja, wie lange noch mein Arbeitslosengeld geht (unv.) verdammt Hacke“ (Wegner 1, Z. 346f.).* Einen Monat später, Herr Wegner bezieht bereits kein ALG I mehr, werden seitens der DRV erneut weitere Befundberichte eingefordert. Einen Monat später, Herr Wegner und seine Partnerin leben bereits am Existenzminimum, muss er sich sozialmedizinisch begutachten lassen: *„die Fahrt dahin war schon die Hölle das war nur ne Viertelstunde Fahrt (.) äh (1) ich war total durch da bei dem Termin (.) (1) Blutdruck hat er auch gemessen hatt ich tu- äh hatte ich äh 150 zu äh 110 Blutdruck, total äh auf 180“ (Wegner 1, Z. 353-358).* Die EM-Rente wird ihm schließlich erst einen Monat später bewilligt, nachdem er einen Anruf von der DRV erhalten hat, in dem er noch einmal ausführlich seine aktuellen Einkünfte erklären muss. Diese Erfahrung prägt Herrn Wegner, weshalb sich seine Gedanken innerhalb des ersten Bewilligungszeitraums ausschließlich um die Weiterbewilligung drehen und seine

Angststörungen verstärken: „da würd ich ja bekloppt (.) (2) und das ist auch so was hat ja auch äh mein Therapeut gesagt hier ähm, so was hier mit äh finanziellen Problemen und so weiter, das ist Gift für meinen Kopf“ (Wegner 1, Z. 1960ff.). Im Telefoninterview bestätigt er noch einmal, wie stark er sich wegen dem Antrag auf Weiterbewilligung psychisch belastet fühlt. Seine Ängste haben wegen der bald bevorstehenden Aufgabe der Antragstellung weiter zugenommen und werden begleitet von starken Adrenalinschüben. Zusätzlich zu den Ängsten der zu langen Bearbeitungsdauer, plagen ihn nun auch Ängste, dass der Antrag abgelehnt werden könnte. Seine Existenzängste beschreibt Herr Wegner bereits im ersten Interview folgendermaßen: „das ist Gift für meinen Kopf mich damit noch auseinandersetzen zu müssen und nicht zu wissen äh muss ich hier bald aus der Wohnung raus lieg ich b- äh sitz ich bald auf der Straße und so weiter“ (Wegner 1, Z. 299-303). Welche Auswirkungen die Befristung und seine Erfahrungen auf seine psychische Vulnerabilität innerhalb des ersten Bewilligungszeitraums ausgewirkt haben, zeigt sich noch einmal im dritten Interview.

„(F)ür mich war das tödlich (.) es hat morgens schon wieder zu Atemnot geführt und so weiter weil ja da äh so angespannt dass ich keine Luft mehr gekriegt habe alles Psyche (.) aber in dem Moment äh wo so ´n Anfall da ist, äh kommt man da nicht gegen an“ (Wegner 3, Z. 310-317).

Ganz ähnliches zeigt sich auch bei anderen Studienteilnehmern, wenn auch nicht in derselben starken Ausprägung. Insbesondere bei Menschen mit Angststörungen scheint die Befristung der EM-Rente einen großen Einfluss auf die psychische Vulnerabilität zu haben und eine aktive Krankheitsarbeit im EM-Rentenbezug zu unterminieren (vgl. hier vor allem die Eckfälle Frau Bunt, Frau Jauch).

Exkurs 3: Teilzeit EM-Rente mit Fortführung der Erwerbsarbeit in Teilzeit

Eine spezielle Gruppe unserer Interviewten bilden Personen, die eine Teilzeiterwerbsminderungsrente beziehen. § 43 Abs. 1 SGB VI regelt den Anspruch auf die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Danach besteht für Versicherte der Gesetzlichen Rentenversicherung ein Anspruch auf die Rente bis zur Vollendung der Regelaltersgrenze, wenn

- eine teilweise Erwerbsminderung vorliegt
- in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit vorliegen und
- vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt wird.

Da der Anspruch auf die teilweise Erwerbsminderungsrente durch § 43 Abs. 1 SGB VI bis längstens zur Regelaltersgrenze gewährt wird, wird mit Erreichen dieser Altersgrenze die Rentenzahlung eingestellt. Die betroffenen Versicherten können dann eine Altersrente beantragen und beziehen. Eine teilweise Erwerbsminderung liegt bei Versicherten dann vor, wenn es ihnen aufgrund einer Krankheit oder Behinderung nicht mehr möglich ist, auf nicht absehbare Zeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.³⁶

In unserem qualitativen Setting gibt es zwei Interviewteilnehmerinnen, die eine EM-Rente in Teilzeit beziehen und parallel weiterhin in Teilzeit arbeiten. Im Folgenden werden ihre Biografien und ihre aktuelle Situation für ein besseres Verständnis der Spezifik der Teilzeitrente kurz beschrieben.

Frau Hibbeler

Frau Hibbeler ist zum Zeitpunkt des ersten Interviews 53 Jahre alt und von Beruf Erzieherin. In diesem Beruf hat sie seit ihrer Ausbildung (noch in der ehemaligen DDR) ununterbrochen gearbeitet. Nach der Wende zieht sie aufgrund besserer Verdienstmöglichkeiten nach Bayern, wo Verwandte der Eltern leben und arbeitet mit behinderten Kindern und Jugendlichen. Die Arbeit macht ihr Spaß, sie ist in einer langjährigen Beziehung und fühlt sich auch in Bayern sehr wohl.

Ihr Leben verändert sich jäh als sie 2007 die Diagnose Brustkrebs erhält. Ein großer Schock und in der Folge eine schwere Lebenskrise. Es folgen Chemotherapie und Bestrahlungen. Bis vor ihrer Krebserkrankung hatte Frau Hibbeler weder körperliche noch psychische Probleme. Sie war sehr leistungsfähig und betrieb auch regelmäßig Sport. Die chemotherapeutischen Behandlungen verträgt ihr Körper sehr schlecht. Nach einer medizinischen Rehabilitation, die

³⁶ Göpfert (2019)

ihr sehr guttut, steigt sie wieder in ihren Beruf ein, merkt aber schnell, dass sie nicht mehr so leistungsfähig ist.

Privat fühlt sie sich seit ihrer Erkrankung von ihrem Partner unverstanden und trennt sich in der Folge von ihm. Es entsteht in diesem Kontext der Wunsch, wieder zu ihren Eltern in ihre alte Heimat zurückzugehen.

„(J)a, und kein Partner (.) (1) Unterstützung hatte ich von meiner Familie (.) (1) und das war auch der Grund dass ich gesagt habe so und, erst dort mir ne Wohnung gesucht habe in Bayern mich von meinem Partner getrennt habe und dann letztendlich hier Arbeit gesucht habe und wieder zurück zu meiner Familie und besonders auch zu meinen Eltern die immer älter werden“ (Hibbeler 1, Z. 219-223).

Da Erzieherinnen auch in ihrem Heimatort gesucht sind, findet sie schnell einen Job ca. 50 km von ihrem Wohnort, wo sie neben dem Haus der Eltern wohnt, entfernt. Nach einiger Zeit häufen sich die Krankschreibungen, Frau Hibbeler ist depressiv, fühlt sich müde und kann ihre Arbeit nicht mehr wie früher erledigen. Die Belastungen des alltäglichen Lebens, Antriebslosigkeit und Erschöpfung setzen ihr psychisch zu.

„(S)ieh zu sitzt eigentlich da man ist unzufrieden weil man möchte ja irgendwo was vom Leben haben, geht ins Bett nächsten Tag wieder dasselbe es geht so weit dass eigentlich bis Übelkeit mir schlägt viel auf ´n Magen bis=bis mir, naja übel eigentlich und irgendwann auch, naja die Kraft eigentlich zum Aufstehen du dich hinlegst weil du eigentlich weil dir schlecht ist einfach nur schlecht ist“ (Hibbeler 1, Z. 95-100).

Die psychischen Probleme verstärken sich immer mehr, da sie vor allem mit ihrer verringerten Leistungsfähigkeit nicht klarkommt. Dazu kommt eine zunächst uneingestandene Alkoholsucht. Nach Feierabend trinkt Frau Hibbeler zur Entspannung regelmäßig, meist Sekt, und wird im Laufe der Zeit zunehmend abhängig. Als ihr das, vor allem nach mehrmaliger Intervention ihrer Kollegen, deutlich wird, macht sie schließlich aus eigener Initiative einen Entzug. Während des Klinikaufenthaltes wird ihr klar, dass sie ihre Arbeitszeit reduzieren muss, wenn sie weiter berufstätig bleiben möchte, was Frau Hibbeler sehr wichtig ist. In der Folge stellt sie einen Antrag auf Teilzeit-EM-Rente, die ihr zunächst befristet auf ein Jahr bewilligt wird. Mit dem folgenden Halbtagsjob kommt sie gut klar. Die freien Tage und Stunden nutzt sie zur Regeneration und hat sich auch ein professionelles Netz (Hausarzt, Psychotherapeut, Psychiater) geschaffen, das ihr bei Bedarf zur Verfügung steht.

Im abschließenden Interview hat sie den Arbeitsplatz innerhalb ihres Trägers gewechselt, da der Weg nun mit dem Auto eine halbe Stunde kürzer ist. Auf der neuen Stelle fühlt sie sich wohl, auch die Akzeptanz der eigenen Erkrankung ist größer geworden. Mit den vorhandenen Regenerationszeiten kann sie ihre Arbeit gut bewältigen. Persönliche Highlights sind für sie längere Urlaube, die sie sich einmal im Jahr gönnt. Die Teilzeit-EM-Rente ist ihr inzwischen weiter auf zwei Jahre befristet bewilligt worden.

Im Vordergrund steht bei Frau Hibbeler der Wunsch nach Normalität, insbesondere was das Berufsleben anbelangt: „*ich hab **während** der Bestrahlung schon angefangen zu arbeiten wieder (1) weil ((seufzt)) ähm (1) ja Therapie ist **vorbei**, so ungefähr hab alles gut **überstanden** und, jetzt, möchte ich wieder mein Leben wie früher, und geh in die Arbeit“ (Hibbeler 1, Z. 35-38).*

Da Frau Hibbeler immer sehr leistungsbezogen war, ist die Akzeptanz der Krankheit bis heute sehr schwierig für sie. Sie spürt zwar, dass sie nicht mehr so belastbar ist wie vor ihrer Erkrankung, kann das aber (noch) nicht in ihr Selbstbild integrieren. Die Folgen der Krebserkrankung sind für sie zwar täglich spürbar, sie kann und will sich aber noch nicht damit abfinden.

*„Naja, musste ich merken eigentlich dass (1) ich, nicht belastbar mehr bin und auch mit den Ärzten gesprochen und also die jetzt mit mein Frauenarzt mit meiner Allgemeinärztin, mit meiner Hausärztin, ähm ja, dass das ganz **normal** ist aber eigentlich versteh ich bis **heute** noch nicht, **wieso** das so ist“ (Hibbeler 1, Z. 60-63).*

Zu Beginn ihrer Rückkehr in Arbeit arbeitet sie zunächst 30 Stunden pro Woche. Dazu kommen Fahrtzeiten von einer Stunde hinzu. Überlastungen am Arbeitsplatz führen zu krankheitsbedingten Ausfällen, sie ist psychisch angeschlagen und ständig müde: „*frühmorgens, ich steh auf, sitze hier und denke oh Gott wie sollst du eigentlich den Tag schaffen du bist **völlig** am Ende (.) man hat so das Gefühl man trägt Gewichte mit sich, äh antriebslos keine Kraft aber der Kopf“ (Hibbeler 1, Z. 86f.).*

Auch das andere ihre Arbeit mitmachen müssen, ist schwer für sie zu ertragen, da sie vor ihrer Erkrankung sich immer als eine Stütze und besonders leistungsfähig erlebt hatte. In diese Phase fällt auch der Alkoholmissbrauch der, zunächst uneingestanden, von den Kollegen bemerkt wird, was schließlich dazu führt, dass sie aus eigener Initiative einen Entzug beginnt. Während des Entzuges entsteht die Idee eines EM-Rentantrages in Teilzeit. Die wichtigste

Voraussetzung dafür ist – und das gilt in der Regel für alle Teilzeitrenten – dass Frau Hibbeler in einer großen Institution arbeitet, die überhaupt die Voraussetzung hat, flexibel auf Arbeitnehmer zu reagieren und Teilzeitarbeitsplätze zur Verfügung stellen kann. Da Frau Hibbeler bei einem großen Träger arbeitet hat sie die Möglichkeit einer Reduktion ihrer Stundenzahl und dem Wechsel auf einen anderen Arbeitsplatz. Die finanziellen Einbußen sind mit der Teilzeit EM-Rente gering. Sie ermöglicht ihr gleichzeitig einer Arbeit nachzugehen, etwas, das für sie eine existentielle Bedeutung hat, da sie sich als Teil einer Leistungsgemeinschaft sieht.

Seit dem Beginn der EM-Rente hat sich für Frau Hibbeler vieles zum Positiven gewendet. Sie findet gleich Arbeit in einer Schule und arbeitet aktuell nun für 20 Stunden/Woche, womit sie gut klarkommt.

*„(J)etzt wo ich die 20 Stunden habe, merk ich einfach (1) äh diesen erheblichen Unterschied auch ich geh ganz anders in die Arbeit ich schaffe meine Arbeit ganz anders und nach der Arbeit auch wieder, äh mehr Kraft für Dinge dir mir die mir Spaß machen die wichtig sind auch für mich für meine Gesundheit (1) und naja für mich für mich selber also ich habe wieder **Lebensfreude** was ich vorher eigentlich nicht hatte“ (Hibbeler 1, Z. 275-280).*

Neben dem familiären Netzwerk hat sich Frau Hibbeler vor Ort selbständig und auf eigene Initiative ein Versorgungssystem aufgebaut, das sie im Notfall aktivieren kann. Hier (Frauenarzt, Hausarzt, Therapeutin) bekommt sie notwendige Behandlungen, aber auch Rat und Informationen. Ihre Krebserkrankung ist soweit im Griff, die Nachuntersuchungen sind bis dato alle positiv verlaufen, die Angst ist zwar noch da, aber geringer geworden.

„Kommt die Angst natürlich, weil ich bin auch der Meinung dass ´n Stressfaktor auch (1) naja (1) Krankheiten verursacht, und ich brauch ja auch mein Körper braucht ja auch die Kraft, nicht gewisse Dinge zu bekämpfen also da ist natürlich die Angst größer“ (Hibbeler 1, Z. 986-989).

Das Privatleben ist seit der Teilzeitrente und dem Rückgang der Arbeitsbelastung wieder lebendiger geworden. Sie betreibt Sport und pflegt ihre Hobbys. Im Sommer nach unserem ersten Gespräch plant sie gerade eine große Reise nach Australien. Die Akzeptanz der eigenen Erkrankung und die geringere Leistungsfähigkeit, für sie unmittelbare Folge der Chemotherapie, ist immer noch ein virulentes Thema. Der Umgang damit ist aber, laut eigener Einschätzung, besser geworden, nur der Abschied von der „alten Person“, wie sie sich im

ersten Interview ausdrückt, fällt ihr nach wie vor schwer. Zum letzten Interviewzeitpunkt hat Frau Hibbeler eine Verlängerung der Teilzeit-EM Rente um 2 Jahre, ohne weitere Vorstellung bei der RV, bewilligt bekommen. Sie ist zwar etwas enttäuscht keine unbefristete Verlängerung bekommen zu haben, sieht aber weiter in der Kombination von Teilzeit-EM-Rente und Halbtagsarbeit für sie einen idealen Zustand.

Frau Huth

Frau Huth ist Mitte 50 und wohnt in einem mittelgroßen Dorf in einem Haus, das sie, nach dem Auszug der erwachsenen Tochter, alleine mit ihrem Mann und Hund bewohnt, da in der Gegend viel eingebrochen wird. Frau Huth arbeitet seit fast 40 Jahren in einer großen Institution und ist zum Zeitpunkt unseres ersten Treffens seit ein paar Monaten in Teilzeit-EM-Rente. Ursächlich dafür ist, so wie bei Frau Hibbeler, eine Krebserkrankung (Brust, Lymphe) die vor 4 Jahren diagnostiziert wurde. Frau Huth glaubt zunächst, dass wir eine Studie zu Krebskranken machen und nicht psychische Erkrankungen im Mittelpunkt haben. Offensichtlich ist für sie nicht erkennbar, aufgrund welcher Diagnose sie die Bewilligung für die EM-Rente bekommen hat. Im abschließenden Gespräch erzählt sie, dass sie eine Zeitlang unter Angst- und Panikattacken, lange vor der Krebsdiagnose, gelitten hat. Der Auslöser war ein jahrelanger starker Kinderwunsch, der letztendlich nach Jahren doch noch erfüllt wurde. Seitdem waren die Angstattacken weg. Erst mit der Krebsdiagnose sind sie wieder zurückgekehrt.

Wie bei Frau Hibbeler gilt ihr Krebs derzeit als geheilt. Frau Huth klagt aber über starke Konzentrationsschwächen und Müdigkeit (durch Behandlung und Medikamente induziert). Das alles beeinträchtigt den Alltag, die sozialen Beziehungen und ihre Arbeitsleistung. Eine Besserung ihrer Leistungsfähigkeit ist für sie nicht mehr zu erwarten. Nach der ersten medizinischen Rehabilitation will Frau Huth wieder an ihr altes Arbeitsmodell (Teilzeit) anknüpfen.

„Als ich wieder angefangen habe zu arbeiten im Hamburger Modell eingestiegen bin hatte ich einen Termin bei unserer Personalärztin und die hat mit mir besprochen wie ich mir das weiter vorstelle im Rahmen des Hamburger Modells beziehungsweise mit meiner Tätigkeit danach (.) vor meiner Erkrankung hab ich 25 Stunden gearbeitet wöchentlich an vier Tagen, und eigentlich hatte ich vor wieder in diese Richtung“ (Huth 1, Z. 18-24).

Rasch wird ihr aber deutlich, auch hier eine Analogie zu Frau Hibbeler, dass sie nicht mehr in der Lage ist, den normalen Anforderungen gerecht zu werden. Die Arbeitsaufgaben überfordern sie zunehmend, da die Zeit zur Regeneration zwischen den Arbeitstagen zu knapp ist, sie muss sich eingestehen, dass sie nicht mehr in derselben Weise leistungsfähig ist wie vor ihrer Erkrankung,

„weil ich ab Mai angefangen habe mit meinen, äh, knapp äh sechs Stunden pro Tag wieder zu arbeiten und habe innerhalb von vier Wochen festgestellt oder sechs Wochen festgestellt dass ich das auf die Dauer nicht aushalte, aushalte in dieser Hinsicht dass ich ähm:, einfach Konzentrationsschwierisch- Schwierigkeiten habe, ähm dass ich mich nicht konzentrieren kann auf meine Arbeit“ (Huth 1, Z. 51-57).

Frau Huth hat, wie Frau Hibbeler, das Glück in einer Einrichtung zu arbeiten, in der nicht nur Vorgesetzte und Kollegen sie unterstützen, sondern in der es auch möglich ist, über Stundenumschichtungen einen für sie adäquaten Arbeitsplatz zu schaffen. Der in diesem Kontext schließlich gestellte Antrag auf eine Teilzeit EM-Rente wird zunächst befristet bewilligt. Frau Huth hat zu keinem Zeitpunkt bis zu unserem ersten Gespräch darüber nachgedacht, nicht mehr arbeiten zu gehen. Dennoch merkt sie im Verlauf, dass ihre Hoffnung den alten Zustand wieder zu erreichen, die EM-Rente also nur als temporäre zu sehen, illusorisch ist. Ähnlich wie bei Frau Hibbeler fällt ihr sehr schwer zu akzeptieren, dass ihre vorherige Leistungsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann.

„Ich möchte nicht, also, ich hab immer gedacht gehabt also ich fühl mich mit (1) knapp 54 eigentlich zu jung um für immer auf Rente zu sein (.) ich möchte gerne arbeiten mir macht meine Arbeit eigentlich auch Spaß, ich fühl mich auch bei den Kollegen wohl, und ich hatt eigentlich immer gedacht gehabt deswegen auch diese teilweise EM (...) dass ich immer noch gedacht habe dass es besser wird (...) eigentlich, also im Moment nicht mehr nein ich denke ich muss damit leben dass es so bleibt dass keine Änderung mehr ist“ (Huth 1, Z. 1123-1134).

An ihrem jetzigen Arbeitsplatz ist sie gut aufgehoben und wird von den alten Kollegen unterstützt. Allerdings weiß sie nicht, was sein wird, wenn sie öfters ausfällt oder Dinge nicht erfüllen kann, wie etwa sich in das neue Computerprogramm einzuarbeiten, was ihr zunächst nicht gelingt. Im letzten Interview erzählt sie aber, dass es doch noch halbwegs gelungen ist, es bleibt aber die Angst Fehler zu machen, v.a. dadurch, dass sie mit der Auszahlung von Geldern betraut ist.

Die vier Stunden Arbeit am Tag gehen oft an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit, es fällt ihr sehr schwer zu akzeptieren, dass sie nun nicht mehr voll einsatzfähig ist, wenngleich sie beginnt, sich mit der Situation zu versöhnen. Viel verspricht sie sich von einer neuerlichen Reha, da sie zuvor schon sehr positive Erfahrungen mit Mitpatienten gemacht hat. Das gemeinsame Schicksal und das Gefühl, verstanden zu werden, scheint ihr sehr zu helfen. Die schließlich im Untersuchungszeitraum angetretene Reha, insgesamt die Dritte, hat ihr, wie sie erzählt, wieder sehr gutgetan. Zwei Frauen aus einer früheren Reha hat sie wieder getroffen und die Erinnerung an die gemeinsamen überstandenen Monate hat einen positiven Effekt auf ihre psychische Situation.

Auch wenn Arbeit eine wichtige Identitätsfunktion für Frau Huth erfüllt hat sich durch die Krebserkrankung ihre Einstellung dazu doch verändert:

„Diese Diagnose hat mir eigentlich gezeigt, dass das Leben nicht nur aus Arbeit besteht (.) und ähm (1) ich hab meine Einstellung in der Hinsicht zu arbeiten ´n bisschen verändert (.) dass mir eigentlich wichtiger ist, ja ich möchte gerne arbeiten gehen aber die vier Stunden sind ausreichend (.) (1) und ich hoffe dass es dabei bleibt und nicht noch schlechter wird“ (Huth 1, Z. 1200-1208).

Frau Huth macht, im Unterschied zu Frau Hibbeler, nicht den Eindruck um „jeden Preis“ arbeiten zu wollen. Im Fortgang unserer Gespräche deutet sich das immer mehr an, eine Veränderung, die über den Zeitbezug und die Dauer der EM-Rente stattfindet. Auch eine Lungenerkrankung ihres Mannes und sein „kürzer-treten“, so ihre Einschätzung, im Beruf spielen dafür wohl eine wichtige Rolle. Als Motiv für einen Verbleib in Arbeit gibt sie im letzten Interview ein rein finanzielles an. Da die Tochter studiert, will sie sie mit einem Beitrag unterstützen, das geht aber nur wenn sie weiterhin ihrer Arbeit nachgeht.

„Wir haben eine Tochter ist also unsere gemeinsame Tochter die studiert noch, die unterstützen wir und wenn ich jetzt aufhören würde zu arbeiten mit meinen 17 Stunden und die Rente nehmen würde hätten wir monatlich ähm um die 600 Euro Verlust (.) und solange ich das noch irgendwo gesundheitlich in die Reihe kriege und mit Arbeit klarkomme und mir das gut dabei geht“ (Huth 3, Z. 730-737).

Frau Huth hat für sich auch bereits ein Ausstiegszenario entwickelt, dass für sie eine Legitimation enthält. So positiv sie die Teilzeit EM-Rente auch sieht, ist ihr dennoch klar, dass es Situationen gibt in denen sie eine volle Rente anstreben würde:

„Und deswegen ja es ist halt ne schöne Sache (.) also ich find die teilweise EM ganz gut aber, habe auch schon im Köpfchen drin wenn ich merke dass bei uns die Digitalisierung oder Aktenumstellung so wird dass ich merke dass ich mit 'm Kopf nicht hinterherkomme dass ich im Notfall halt (...) auch dann die Reißleine ziehe und dann ebend (...) die volle beantrage“ (Huth 3, Z. 1226-1233).

Fazit

Analog zu Frau Hibbeler hat Frau Huth ein großes Problem damit ihre verringerte Leistungsfähigkeit anzuerkennen. Anders als Frau Hibbeler bleibt der Themenkomplex Arbeit bei ihr ambivalent: einerseits ist Arbeit wichtig für ihre Identität, andererseits kann sie sich aber immer mehr vorstellen Zuhause zu bleiben, mit Garten und Hund, so ihre Aussage, hätte sie genug zu tun. Dass ihr Mann ebenfalls gesundheitliche Probleme hat, verstärkt diese Tendenz. Die Hauptmotivation für den Verbleib in Arbeit ist bei ihr aber weniger eine Identifikation mit ihrer Tätigkeit als die Finanzierung des Studiums der Tochter.

Trotz dieser Unterschiede wird von beiden die Teilzeit EM-Rente als ideale Kombination mit ihrem derzeitigen Arbeitsvermögen betrachtet. Bei beiden sind aber auch die zentralen Voraussetzungen für eine Teilzeit EM-Rente erfüllt: die Möglichkeit am alten Arbeitsplatz durch Umschichtungen von Stunden und Aufgaben eine adäquate Beschäftigung in Absprache mit dem Arbeitgeber zu gestalten. Viele kleinere und mittlere Betriebe haben diese Möglichkeit nicht, auch scheint ein neuer Arbeitsplatz mit einer EM-Rente schwer zu kombinieren.

In Bezug auf einen RTW stellt sich die Frage, ob eine Teilzeit EM-Rente öfter wieder in ein Vollzeit-Beschäftigungsverhältnis übergeht oder ob es hier keinen Unterschied zu einer Vollzeit EM-Rente gibt. Sowohl bei Frau Hibbeler als auch bei Frau Huth ist eine Erwerbstätigkeit in Vollzeit im Prinzip ausgeschlossen. Beide erklären in den Gesprächen mit der aktuellen Situation zufrieden zu sein und streben auch keine Erhöhung ihres Arbeitspensums an, ganz einfach deswegen, weil sie bereits vor der Berentung die Erfahrung gemacht hatten, in Vollzeit die Grenze ihrer Belastung überschritten zu haben.

In der spärlich vorhandenen Forschungsliteratur gibt es aber im Gegensatz dazu Hinweise darauf, dass Personen in Teilzeitrente eher bereit sind wieder in das normale Erwerbsleben zurückzukehren. Edén et al. (2007) sehen anhand ihrer erhobenen Daten die Bewilligung bzw. die Beantragung auf eine Voll- bzw. Teilzeit-EM-Rente als ausschlaggebend für die Entwicklung

einer Rückkehrmotivation. So beobachten sie eine stärkere Fokussierung auf mögliche, zukünftige Erwerbsarbeit bei Personen mit einer Teilzeit EM-Rente. Eine Vollzeit EM-Rente hingegen erleichtert eine endgültige Verabschiedung von der Vorstellung, wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren.

„The central conclusion drawn in this study is that the informants with full-time disability pension reconciled themselves to their situation, changing their conception of what life as a disability pensioner means, while those informants who worked part-time saw their future role as that of worker.“³⁷

Wenn eine Person durch eine deutliche Arbeitsentlastung am Arbeitsplatz verbleibt, sind betroffene Personen bei einer späteren vollständigen Rückkehr in Arbeit weniger mit Ängsten konfrontiert, den Arbeitsanforderungen nicht gerecht werden zu können. In einer Studie von Johansson und Johansson (2010) gaben die Befragten mit Frühberentung in Vollzeit an, dass sie Probleme haben, sich vorzustellen wieder zu arbeiten. Personen mit Teilzeit EM-Rente hingegen hatten noch immer „professional identities“ und identifizierten sich mit ihrer Tätigkeit („They expressed no interest in giving up paid work“ (ebd. 2010, S. 382). Auch Edén et al. (2007) stellen damit übereinstimmend fest, dass der Schritt zurück in Arbeit einen radikalen Umkehrprozess bezüglich individueller Einstellungen bedeuten kann, wenn eine Person vorher schon eine Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen hat.³⁸ Dieser Umkehrprozess wird weniger existentiell wahrgenommen, wenn die betroffenen Personen nur eine Teilzeit EM-Rente erhalten. Johansson und Johansson betonen jedoch auch, dass Personen, die eine Teilzeitarbeit aufgenommen haben, diese tendenziell wieder rückgängig machen würden, wenn der Druck am Arbeitsplatz zu hoch wird³⁹, wie etwa exemplarisch an Frau Huth deutlich wird. Dabei hat das Engagement der Arbeitgeber, den betroffenen Arbeitnehmern in Bezug auf flexible Arbeitsplatzgestaltung entgegen zu kommen, einen wesentlichen Einfluss auf den Verbleib in Arbeit.

Insgesamt wird an den beiden vorgestellten Fällen aber deutlich, dass eine Teilzeit EM-Rente ein sinnvolles Instrumentarium sein kann, damit Personen mit Beeinträchtigungen weiter an ihrem (alten) Arbeitsplatz verbleiben können. Dazu sind aber bestimmte Voraussetzungen notwendig, vor allem die Möglichkeit flexible (zeitliche) Arbeitsverhältnisse innerhalb des

³⁷ Johansson und Johansson (2010, S. 383)

³⁸ Edén et al. (2007, S. 1724)

³⁹ Johansson und Johansson (2010, S. 381)

Unternehmens anbieten zu können. Aufgrund unserer vorhandenen Daten aus den Fragebögen (n=589) geht hervor, dass sich nur sehr wenige Personen in Teilzeit EM-Rente befinden. Hier kann man die Frage stellen, warum diese Möglichkeit nicht öfter als Option herangezogen wird und woran diese geringe Quote liegen könnte? Ob die Versicherten, wie in manchen Interviews deutlich wird, die Vollzeitrente bevorzugen oder ob zu wenige Informationen bei der Antragstellung dazu vorliegen, lässt sich anhand unserer Daten aber nicht eindeutig sagen.

4.2.4.3 Inanspruchnahmen von und Erwartungen an medizinisch-therapeutische Angebote

In unserem Interviewsample gibt es praktisch niemanden, der keinerlei medizinisch-therapeutische Begleitung und Behandlung im laufenden EM-Rentenbezug erhalten hat. Dies bestätigt auch unsere Fragebogenerhebung, in der Angebote von Hausärzten mit 71,3 %, von Fachärzten mit 72,8 % und von Psychotherapeuten mit 66,2 % regulär in Anspruch genommen werden. Zusätzlich partizipieren 14,7 % der Studienteilnehmer während der EM-Rente an einer stationären oder ambulanten Rehabilitation und 17,8 % an Selbsthilfegruppen. Es muss aber mit angemerkt werden, dass nicht wenige unserer Studienteilnehmer über vornehmlich somatische Beschwerden klagen (darauf wird am Schluss des Abschnitts eingegangen), weshalb bei den Angaben zu den Fachärzten sicherlich nicht nur Psychiater und Neurologen berücksichtigt wurden, sondern auch weitere medizinische Fachärzte. Weiter kann in diesem Zusammenhang davon ausgegangen werden, dass Hausärzte auch wegen somatischer und nicht nur wegen psychischer Beschwerden in Anspruch genommen wurden.

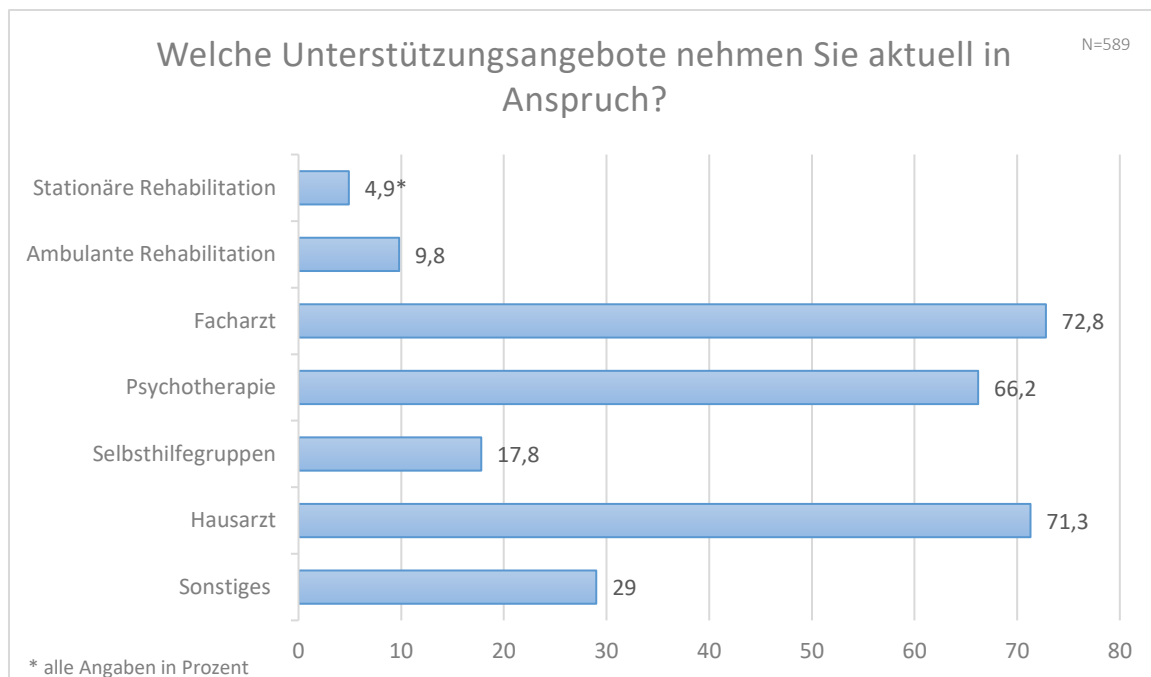


Abbildung 19: Inanspruchnahmen medizinisch-therapeutischer Angebote während der EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)

Allerdings zeigen sich im Verlauf über die drei Interviewzeitpunkte hinweg unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten und auch verschiedene Bewertungen der in Anspruch genommenen Angebote, die im Folgenden diskutiert werden sollen (ausgenommen werden dabei die Besuche beim Hausarzt).

Einige unserer Studienteilnehmer haben neben der Begleitung seitens des Hausarztes eine psychotherapeutische Behandlung. Interessanterweise steht bei dieser Gruppe neben der eigentlichen Therapie auch eine Art lebensweltliche Beratung im Vordergrund.

„(D)as hat mir echt richtig, Auftrieb gegeben einfach dieses nicht immer zwar naja du bist krank du kannst es nicht so ungefähr ne sondern einfach zu hören nee, ist nicht so ne und ich versuche jetzt einfach, ja wirklich zu versuchen mehr Kontakt mit Leuten zu haben die mir eher (2) Aufschwung geben“ (Dietmar 1, Z. 1419-1425).

Der Psychotherapeut wird so ein dauerhafter biografischer Begleiter und Berater in der Alltagsarbeit. Die Therapie selbst bewerten diese Studienteilnehmer unterschiedlich. Während Frau Dietmar auch im dritten Interview noch betont, wie sehr ihr die Psychotherapie hilft, sieht sich Herr Hubert als austherapiert an. Diese Sicht teilen relativ viele Teilnehmer, etwa Frau Hoch, Frau Bunt oder Frau Stoph. Dennoch nimmt Herr Hubert auch weiterhin die Psychotherapie in Anspruch, um eben jene lebensbegleitende Hilfe zu erfahren: *„also die Therapie (1) gibt teilweise nochmal Anreize“ (Hubert 3, Z. 485).*

Im Kontrast zu Herrn Hubert und Frau Dietmar nimmt der Bedarf psychotherapeutischer Behandlung bei andere Studienteilnehmer innerhalb des EM-Rentenbezugs ab. Sie sehen die Psychotherapie ausschließlich im Kontext einer psychologischen Behandlung und erhoffen bzw. erwarten sich seitens des Therapeuten keine biografische Begleitung und Beratung in der Alltagsarbeit. Herr Wegner z.B. hat im ersten Interview der Therapie noch einen sehr großen Stellenwert für seine psychische Stabilisierung zugeschrieben. Im dritten Interview hingegen sieht er kaum noch einen Therapiebedarf für sich: „*ich kann ja mit ganz vielen Situationen mittlerweile umgehen*“ (Wegner 3, Z. 658). Dennoch möchte er die therapeutische Begleitung nicht völlig aufgeben; insbesondere für mögliche Krisensituationen wünscht er sich die Möglichkeit, sich umgehend wieder in therapeutische Behandlung begeben zu können.

„(D)ie Behandlung läuft jetzt eigentlich wieder aus (.) aber es gibt me- mittlerweile ne neue Regelung dass man die letzten, Termine wie es der Psychologe sagte die Therapie ist abgeschlossen und die letzten Termine so legen kann (1) dass man, halbjährlich beziehungsweise (1) ja doch halbjährlich (1) über zwei Jahre die Termine noch legt dass man mit seinem äh äh Psychologen einmal im Halbjahr (1) ne Dreiviertelstunde noch ´n Gespräch führen kann oder auch mal ´n Notfallgespräch führen kann“ (Wegner 3, Z. 510-522).

Auch Herr Schramm sieht im dritten Interview kaum noch Fortschritte, die er mit der Psychotherapie erreichen kann. Während er im ersten Interview betont: „*da bin ich f- äh tsychi- äh ich bin ja in psychologischer Behandlung die hat mir och, hilft mir*“ (Schramm 1, Z. 174f.), berichtet er bereits im Telefoninterview, dass ihm die Therapie nicht mehr wirklich hilft. Im dritten Interview spricht er davon, dass die therapeutische Behandlung nicht nachhaltig sei „*nach zwei drei Tagen wieder alles beim Alten*“ (Schramm 3) und seine Symptome nicht gelindert werden. Er wünscht sich stattdessen einen Aufenthalt in einer Tagesklinik, um im klinischen Kontext etwas gegen seinen nach wie vor schlechten psychischen Gesundheitszustand tun zu können. Insbesondere verspricht er sich einen gesundheitsfördernden Austausch mit anderen Betroffenen. Rückblickend auf seine zurückliegenden Klinikaufenthalte könnte ein erneuter Aufenthalt in einer Tagesklinik ihn wieder in eine Situation bringen, wo er über andere Betroffenen Strategien für seinen Alltag erlernen könnte, Verständnis für seine Beeinträchtigungen erfährt und auch emotionale gestützt wird. Gleichzeitig wäre das die Möglichkeit ihn zumindest temporär aus der psychisch belastenden Situation des allein zu Hause-sitzens herauszunehmen. Bis zum dritten Interview

hat Herr Schramm auch einige Kliniken angefragt, die aber mit Verweis darauf, dass unklar sei, worüber und wie sein Aufenthalt finanziert werden kann, ablehnen. In Folge hat er seine Suche nach einer Klinik zunächst aufgegeben, obwohl er sich von einem klinischen Setting noch immer viel verspricht. Die vorzufindende Ablehnung der Aufnahme in eine Tagesklinik oder eine Psychiatrie aufgrund der Unklarheiten über die Zuständigkeiten der Finanzierung führt mutmaßlich auch zu dem im Fragebogen erhöhten Wunsch nach einer Teilnahme an einer stationären oder ambulanten Rehabilitation, die Abbildung 20 veranschaulicht.

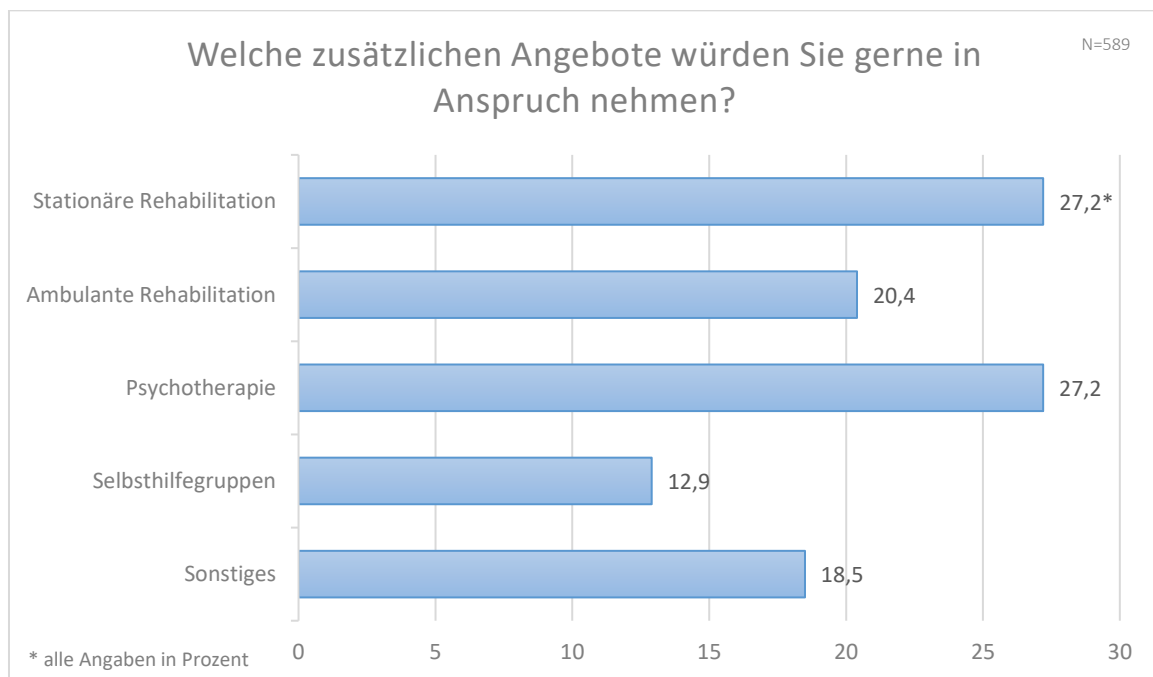


Abbildung 20: Bedarfe nach zusätzlichen medizinisch-therapeutischen Angeboten im EM-Rentenbezug (Quelle: eigene Darstellung)

Aufgrund der fehlenden gesonderten Antwortmöglichkeit „Psychiatrie“ oder „Tagesklinik“ im Fragebogen könnten diese Bedarfe auch in die Antwortkategorien „Stationäre Rehabilitation“, „ambulante Rehabilitation“ oder „Sonstiges“ eingeflossen sein. Es besteht andererseits aber auch das Risiko, dass vorhandene hohe Bedarfe zu Psychiatrien oder Tageskliniken nicht erhoben wurden.

Frau Kunert sieht für sich beim dritten Interview auch keinen Bedarf mehr an psychotherapeutischer Behandlung. Für sie ist die Psychotherapie beim ersten Interview noch eine wichtige Komponente in der Krankheitsarbeit. Nach ihrem Umzug gemeinsam mit ihrem neuen Partner in seine Heimatstadt sieht sie sich psychisch so stabil, dass sie sich nicht mehr

ernsthaft auf die Suche nach einem neuen Therapeuten begibt. Tendenziell sieht sie aber das Risiko, die erreichte psychische Stabilität wieder zu verlieren:

„(V)ielleicht ist es auch so dass ich das verdränge und denke naja im Moment läuft's ja weil das ist mein ähm (1) das mach ich halt gerne ne ähm so (.) das Leben soll jetzt aber wieder, normal sein oder ich will wieder Normalität haben und jetzt verhalt ich mich einfach so aber ich bin ja trotzdem ich hab ja trotzdem 'n Problem“ (Kunert 3, Z. 682-686).

Im Kontrast zu Frau Kunert sehen andere Studienteilnehmer, etwa Herr Ballauf, Frau Posch oder Frau Grün noch immer einen sehr hohen Therapiebedarf bei sich. Gerne würden sie weiterführende Psychotherapie in Anspruch nehmen, doch haben sie im laufenden EM-Rentenbezug bereits die Langzeittherapie entsprechend § 23b der Psychotherapierichtlinien absolviert und es besteht keine weitere gesetzliche Möglichkeit der krankenkassenfinanzierten Weiterführung; dies erklärt sicherlich auch den in Abb. 20 angegebenen Bedarf von Psychotherapie bei 27,2 % unserer Studienteilnehmer. Die Personen, die aufgrund der Psychotherapierichtlinien ihre Therapie nicht fortsetzen können, müssen eine Wartezeit von zwei Jahren in Kauf nehmen, bis eine engmaschige therapeutische Begleitung fortgeführt werden kann. Die Wartezeit wird meist mit einer Rezidivprophylaxe gemäß § 16 der Psychotherapie-Vereinbarung (2017) überbrückt. Insbesondere für Herrn Günther ist das Warten sehr belastend:

„(W)as man ja nicht vergessen darf ich äh demnächst laufen dann meine=meine äh psychotherapeutischen Sitzungen aus wo ich eben diese=diese mindestens zwei Jahre pausieren muss (.) das heißt, äh, komme ich an eine Grenze hab ich noch nicht mal mehr das (.) ne sondern maximal viermal im Jahr (.) ne und mh da sind wir wieder um den Kreis zu schließen wieder bei der Situation zu sagen was kann der Rentenversicherer da für mich machen?“ (Günther 3, Z. 1167-1177).

Frau Tänzer bedauert bereits im ersten Interview die fehlende Möglichkeit einer weiterführenden therapeutischen Begleitung im Anschluss an die Langzeittherapie: *„das war ne auch ne Langzeit irgendwat mit 80 Stunden, ähm, leider auch noch nicht Erfolgsabschließend also normalerweise bräucht ich da auch noch äh viel viel mehr“ (Tänzer 1, Z. 605ff.)* Im dritten Interview sieht sie allerdings diesen Bedarf nicht mehr: *„aber momentan genieß ich das immer nochmal so 'n bisschen (1) frei zu sein von=von Ärzten von Einrichtungen von ne?“ (Tänzer 3, Z. 332ff.)*. Ihr Ziel bleibt über alle Interviewzeitpunkte hinweg aber

bestehen. Sie wünscht sich eine Teilnahme an einer Langzeitreha, in der neben der medizinisch-therapeutischen Behandlung auch ihre Erwerbsfähigkeit getestet und damit aus professioneller Sicht eine Einschätzung ihrer Chancen der Rückkehr in Erwerbsarbeit gegeben wird.

„(A)Iso ich hab immer noch die gleiche Meinung wie beim unserem ersten Gespräch hier (...) irgendwann nochmal zu sagen okay jetzt fühl ich mich einigermaßen bereit würde dann aber auch nochmal so ne so ne Jahres- äh Reha beantragen um da wirklich äh (1) Schritt für Schritt, es nochmal zu probieren“ (Tänzer 3, Z. 116-124).

Frau Roland hat ebenso wie Frau Tänzer zum dritten Interview keine psychotherapeutische Begleitung mehr, da ihre Psychotherapeutin in Altersrente gegangen ist. Die Notwendigkeit einer weiterführenden Therapie sieht sie bei sich nicht mehr, da ihr die EM-Rente den Rahmen geschaffen hat, mittels aktiver Krankheitsarbeit weitestgehend ihre Symptome gut kontrollieren zu können. Allein halbjährliche Termine bei ihrer Psychiaterin reichen als Notfallkontakt für mögliche Rückfälle: *„dann hab ich ja immer noch die Termine (1) bei meiner Psychiaterin und die hab ich auch beibehalten ne (.) so als, als Anker“ (Roland 3, Z. 374-377).*

Frau Karl und Frau Stephan nutzen während ihres EM-Rentenbezugs zu keiner Zeit psychotherapeutische Angebote; sie sehen für sich auch keinen Bedarf, weil sie sich psychisch nicht mehr belastet sehen. Dennoch haben sie regelmäßigen Kontakt zu einem Psychiater.

„(I)ch hab meinen Psychiater noch und ne da gehe ich auch immer noch mal hin und, der freut sich immer wenn ich dann mal komme ((lacht)) weil es mir immer so gut geht er freut sich er sagt ist auch mal schön dass es mal Leuten gut geht“ (Karl 1, Z. 195-199).

Beide sehen, ähnlich wie Frau Roland, in ihrem Psychiater einen Anker für mögliche psychische Rückfälle; der Psychiater wird zu einem zentralen Akteur des persönlichen Netzwerks, weil über ihn im Bedarfsfall eine schnelle Rückkehrmöglichkeit in das psychologische Versorgungssystem bestehen bleibt. Frau Stephan äußert im dritten Interview, dass sie trotz ihrer guten psychischen Konstitution die Teilnahme an einer psychosomatischen Reha wünschen würde. Die Reha sieht sie als Potential, vorhandene persönliche Ressourcen zu reaktivieren.

Manche Teilnehmer nutzen aber Angebote wie Psychotherapie punktuell oder mit größerem zeitlichem Abstand, da sie sich als relativ stabil sehen. Sie setzen also therapeutische Hilfen

gezielt nach Bedarf ein und haben für sich einen Umgang mit ihrer Krankheit gefunden, bei der sie spüren, wann genau Hilfe wieder notwendig ist. Die Krankheitsbewältigung ist bei diesen EM-Rentner weitgehend gelungen und fortgeschritten.

Unter unseren interviewten Studienteilnehmern sind aber auch sehr viele Personen zu finden, denen es im EM-Rentenbezug nicht gelingt, sich psychisch zu regenerieren, so dass sie auf psychologische und psychiatrische Behandlungen verzichten können. Frau Rabe z.B. schwankt im gesamten Beobachtungszeitraum permanent zwischen depressiven und manischen Episoden; ein Leben ohne Psychotherapie und ohne psychiatrische Behandlung ist für sie nicht vorstellbar. Als ursächlich dafür sieht sie die starken psychischen Belastungen aufgrund der Organisation des Alltags und der Pflege ihres Partners: *„und das hat dazu geführt dass ich (1) sag mal so ab September, das f= fing dann so schleichend an und wird immer mehr die Manie und äh das hat bis Januar gedauert“* (Rabe 3, Z. 104-107). Im Laufe des EM-Rentenbezugs zeigen sich auch bei ihr allmählich Therapieerfolge: *„die mh Therapeutin die f- äh war dann noch da so und (1) ähm jetzt, äh Schritt für Schritt ganz langsam, ähm so wo ich so ganz genau achten muss dass ich mich nicht überforder dass ich nicht zu viel mach“* (Rabe 3, Z. 183ff.). Frau Rabe würde gerne, um weitere Fortschritte zu machen, noch einmal einen stationären Klinikaufenthalt in Anspruch nehmen, aber während des Klinikaufenthaltes könnte sie ihren Partner nicht pflegen. Ihn übergangsweise in einem Pflegeheim unterzubringen ist sie (noch) nicht bereit und aufgrund ihrer finanziellen Lage auch nicht bezahlbar.

Auch Frau Walther hatte sich beim ersten Interview vorgenommen, noch einmal einen stationären Klinikaufenthalt in Anspruch zu nehmen, um ihre PTBS zu behandeln. Bereits im Telefoninterview berichtet sie aber von einem Ereignis der Retraumatisierung, das den geplanten Klinikaufenthalt in Frage stellt. Da sie den Klinikaufenthalt als zu belastend einschätzt, entscheidet sie sich zur Aufnahme einer ambulanten Traumatherapie. Zum Zeitpunkt des dritten Interviews ist sie wieder wöchentlich in unterschiedlichen Therapien wegen verschiedener somatischer und psychischer Beschwerden. Ihr Alltag wird fast vollständig von Arztbesuchen und Therapien bestimmt.

„(A) Iso ich bin im Prinzip, mindestens an vier Tagen in der Woche mit Therapien beschäftigt sei es Physiotherapie sei es Psychotherapie da hab ich ja zwei Einheiten einmal die normale und die Kunsttherapie dann hab ich natürlich auch viele Arzttermine“ (Walther 3, Z. 431-434).

In den psychologischen Behandlungen macht sie seit der Retraumatisierung nur ganz geringe Fortschritte. Mit ärztlicher und therapeutischer Unterstützung muss Frau Walter überhaupt erst einmal die psychische Verfassung vor dem Ereignis wiederherzustellen versuchen.

Frau Fabian gelingt es im Kontrast zu Frau Rabe und Frau Walther den anvisierten Klinikaufenthalt bis zum dritten Interview durchzuführen. Die Umsetzung gestaltet sich aber auch bei ihr sehr schwierig, da sie sich wegen ihrer multiplen psychischen Erkrankungen stark belastet fühlt und auch in die Pflege des Partners eingebunden ist. Immer wieder muss sie deshalb den Aufenthalt in der Traumaklinik verschieben. In der Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt nimmt sie unterschiedliche Therapieangebote in Anspruch; im wöchentlichen Wechsel wird sie in einer Kunsttherapie und einer Gesprächstherapie therapeutisch behandelt. Die Therapien sind für sie sehr belastend: *„ich mache auch Therapie nach wie vor und, ja es ist schwierig an Tagen an denen ich Therapie hab da geht's mir auch meistens nicht so gut danach“ (Fabian 1, Z. 48ff.)*. Parallel besucht sie regelmäßig ihren Psychiater, von dem sie ihre Psychopharmaka erhält. Der Aufenthalt in der Traumaklinik bringt leider nicht die erhofften Erfolge. Ihr Trauma konnte aufgrund der schlechten psychischen Konstitution nicht zum Gegenstand der klinischen Therapie gemacht werden. Stattdessen wird in der Klinik versucht, Frau Fabian mittels Verhaltenstherapie soweit zu stabilisieren, dass sie wieder in der Lage ist, ihren Alltag bewältigen zu können. Außerdem wird ihr die Empfehlung zur Inanspruchnahme eines ambulant betreuten Wohnens gegeben, was sie für sich allerdings ablehnt.

Frau Seler hingegen konnte von ihrem Klinikaufenthalt während des EM-Rentenbezugs sehr profitieren. Für sie ist der Klinikaufenthalt neben der ambulanten Psychotherapie ein wichtiger Baustein ihrer Krankheitsarbeit.

„(D)ieses Jahr ist es äh bin ich reingegangen zum Auffrischen also zum weiter arbeiten ich hab so viel Baustellen dass Therapeuten sagen da brauchen Sie einige Jahre um das alles abzuarbeiten (.) da bin ich auch ganz eifrig dran weil ich ja auch vorankommen möchte und irgendwann mal (1) 'n 'n normales Leben führen möchte“ (Seler 1, Z. 458-465).

Wie in diesem Zitat bereits zu sehen, geht Frau Seler davon aus, dass sie noch eine sehr lange Zeit der Krankheitsarbeit für sich sieht, die sie ohne therapeutische Unterstützung nicht bewerkstelligen kann. Wie sehr die Chancen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Abhängigkeit von Ärzten und Therapeuten stehen, verdeutlicht ein anders Zitat, das

beinahe charakteristisch für eine ganze Reihe an Studienteilnehmern ist. Herr Jülich zeichnet im ersten Interview ein Bild des Arztes als Handwerker.

„(V)on Kindes an wird man ja programmiert wie ´n Computer (.) viel von außen die Eltern erziehen einen später andere Leute dann kriegt man selber Sachen rein programmiert und die wieder raus zu programmieren und richtig zu programmieren das dauert“ (Seler 1, Z. 1072-1078).

Frau Seler kann bis zum dritten Interview Fortschritte in ihrer Krankheitsarbeit erreichen. Dennoch sieht sie für sich einen weiteren ambulanten Therapiebedarf; erneute Klinikaufenthalte schließt sie zu dem Zeitpunkt aufgrund ihrer erreichten psychischen Stabilität aus. Sie sieht sich aber zum dritten Interview mit den Vorgaben der Psychotherapierichtlinien konfrontiert: *„jetzt ist nur das Problem dass ich nicht mehr viele Stunden hab und die Krankenkasse sagt äh du kriegst nicht mehr Stunden“ (Seler 3, Z. 554-557).* Herr Hartmut hätte auch gern im Anschluss seines Klinikaufenthalts seine ambulante Psychotherapie, die er schon seit vielen Jahren in Anspruch nimmt, weitergeführt: *„ich mach Verhaltenstherapie engmaschig seit Jahren (.) und jetzt bin ich auch engmaschig beim Psychologen weil immer wieder die Ambivalenz durchkommt“ (Hartmut 1, Z. 191-194).* Wie er im Telefoninterview berichtet, kann diese aber nicht weitergeführt werden, weil sein Psychotherapeut selbst schwer erkrankt ist. So bleiben ihm lediglich 15 Minuten pro Quartal bei seinem Psychiater, um die dringendsten Fragen zu klären.

Frau Hannes hingegen konnte aus ihrer Psychotherapie, die sie über viele Jahre begleitet hat, wenig Hilfreiches mitnehmen. Beim dritten Interview hat sie diese auch beendet. Frau Hannes, die ihre psychischen Beschwerden ausschließlich auf biologische Ursachen zurückführt, setzt hauptsächlich auf medikamentöse und begleitende psychiatrische Behandlung.

„(A)ber ich hab gemerkt so das bringt im Grunde nix (.) weil das tatsächlich ganz doll schwankt mit der Medikation und dann ist das schön was wir da so besprechen aber äh es hat nichts m=mit mir zu tun also das ist äh ja (.) also s- auch dieses äh auch die Ängste zum Beispiel da haben wir auch viel dran rumgesprachen so aber äh, es war ja schlagartig mit dem anderen Medikament war es ja dann wieder weg und diese ganzen Strategien mit atmen und=und was nicht alles also, äh das hat im Grunde überhaupt gar nicht gegriffen“ (Hannes 3, Z. 200-212).

Für Frau Hannes wäre als zusätzliche Option ein erneuter Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, da sie damit gute Erfahrungen sammeln konnte. Innerhalb des Beobachtungszeitraums fühlt sie sich aber durchgängig stabil genug. Für einen Klinikaufenthalt *„muss man sich schon was antun wollen“* (Hannes 2; Telefoninterview).

Für eine ganze Reihe von Studienteilnehmern steht aber die Behandlung der vorhandenen *somatischen Beschwerden* im Vordergrund (etwa Frau Schnabel, Frau Wenda, Herr Busch). Frau Erasmus befindet sich etwa in permanenter Behandlung, die auf einen langsamen Muskelaufbau fokussiert. Frau Thoralf findet mit der Bewilligung der EM-Rente einen geschützten Rahmen, in dem sie sich nun einer weiteren nötigen Operation mit der Hoffnung auf gesundheitliche Verbesserung unterziehen kann.

„(I)ch habe meine Beeinträchtigungen damit, habe jetzt nun den zweiten Fuß operieren lassen (.) wie es wird kann ich noch nicht sagen weiß ich nicht ja das ist durchaus möglich dass der dass auch mal irgendwann versteift werden muss aber er konnte die jetzt noch Gelenk erhaltend operieren“ (Thoralf 1, Z. 598-604).

Für die Mehrzahl dieser Studienteilnehmer steht die Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Angebote im Kontext der Verschlimmerung der somatischen Beschwerden. So berichtet Frau Arndt im dritten Interview davon, dass ihre Schmerzen weiter zugenommen haben; die Steigerung der Dosierung der Schmerzmittel hat keinen Erfolg erbracht. Stattdessen sieht sie sich seitens der Mediziner als EM-Rentnerin stigmatisiert: *„ich hab ja jetzt schon zu gehört Sie kriegen doch schon Rente was wollen Sie ´n noch“* (Arndt 3, Z. 315f.). Herr Gerhard hat bereits die Hoffnung aufgegeben, dass er seitens der Haus- und Fachärzte noch eine sinnvolle Unterstützung bekommt. Aufgrund seiner zunehmenden Schmerzen wird ihm empfohlen, sich operieren zu lassen. Eine Operation ist aber riskant, da ein erhebliches Risiko einer Querschnittslähmung besteht. Deshalb lehnt Herr Gerhard die OP ab. Alternativ versucht er es mit Eigentherapien und Medikamenten, die auf seinen Internetrecherchen basieren. Die Haus- und Fachärzte wertet er bei diesen Eigentherapien zu bloßen Handlangern ab, die ihm einfach die gewünschten Medikamente bereitstellen sollen: *„Ärzte, haben eigentlich bei mir nur noch eine Aufgabe sie müssen mir die Medikamente verordnen“* (Gerhard 3, Z. 282f.).

Herr Jülich ist viel stärker an die Kompetenz der behandelnden Ärzte gebunden. Beim Telefoninterview berichtet er davon, dass ihm sein Facharzt einen Aufenthalt in einer

Schmerzklinik empfohlen hat, um seine Dauerkopfschmerzen behandeln zu lassen. Erfolge bringt der Aufenthalt aber kaum. Allein der Zusammenhang zwischen seinem Rheuma und seinen Kopfschmerzen werden diagnostisch bestätigt. Ähnlich wie Frau Arndt ist auch er vom medizinisch-therapeutischen System enttäuscht und fühlt sich als EM-Rentner stigmatisiert.

„(D)ieses Rhema Mittel das ist da auch angesprochen worden es gibt ja also dieses was ich da nehmen muss dieses MTX ist ja reins aus ja (unv.) 00:10:45 2000? oder davor sogar noch? oder 2000 kam ein neueres ähm, was aber sehr teuer ist (.) aber das kriegen dann auch äh in der Regel nur äh nur Leute ähm (1) wo man die Chance sieht die wieder aktiv ins Arbeitsleben zu kriegen“ (Jülich 3, Z. 220-225).

Herr Volker konzentriert sich bei seiner Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Angebote ebenfalls weitestgehend auf die Behandlung seiner somatischen Beschwerden, die auch im EM-Rentenbezug weiter zunehmen. Auch er setzt auf eine medikamentöse Therapie, um eine gefährliche Operation zu vermeiden. Dabei ist er auch bereit, Medikamente einzunehmen, *„die einen umbringen können“* (Volker 2; Telefoninterview). Bis zum dritten Interview hat sich seine Medikation erneut geändert; gemeinsam mit seinem behandelnden Arzt wird nach neuen Medikamenten gesucht, da eine Steigerung der Dosis nicht mehr sinnvoll ist.

„(D)er Wirkstoff, und den ham viele Patienten die Vorhofflimmern haben tragen das so als Pille in the Box bei sich diese Tablette (.) mit die dann merken dass=dass sie de- so ´n Anfall von Vorhofflimmern kommt dann können die diese (Flecainid?) (Flecainid?) Tablette nehmen, und ich musste die dauerhaft nehmen ne morgens 100 Milligramm abends 100 Milligramm ne“ (Volker 3, Z. 91-95).

Herr Bertram hingegen, der ebenfalls über zunehmende Beeinträchtigungen wegen seiner Schmerzen klagt, sucht immer wieder nach neuen Fachärzten, um endlich eine Diagnose zu erhalten und, so seine Hoffnung, darauf basierend eine hilfreiche Therapie beginnen zu können. Bis zum dritten Interview kann aber noch immer kein Arzt eine gesicherte Diagnose stellen. Im ersten Interview berichtet Herr Bertram, dass zunächst vermutet wurde, dass es *„eine Stoffwechselerkrankung ist ähm irgendwas Muskuläres“* (Bertram 1, Z. 90f.). Die vermutete Diagnose *„Morbus Fabry“* (Bertram 1, Z. 651) wird bis zum Telefoninterview wieder verworfen. Zum Zeitpunkt des dritten Interviews setzt er große Hoffnungen in die vorangegangene Untersuchung in einer Spezialklinik, obwohl er sich bereits seit vielen Jahren

immer wieder in spezialisierten Kliniken erfolglos untersuchen ließ. Von den niedergelassenen Ärzten vor Ort verspricht er sich keine Hilfe mehr: „*bei den Ärzten denen ich jetzt hier vor Ort bin die zucken och bloß mit den Schultern*“ (Bertram 3, Z. 44f.).

Frau Schnabel ist ein weiteres extremes Beispiel für einen somatischen Schwerpunkt der Erkrankungen. Ihr ganzes Leben ist unter dem Aspekt der Krankheitsbearbeitung: Ärztebesuche, Untersuchungen, Gutachten etc., strukturiert. Die psychische Diagnose tritt hier in den Hintergrund und der Alltag wird von den somatischen Beschwerden dominiert.

Mit dem Fokus auf die somatischen Beschwerden werden von diesen Studienteilnehmern die psychiatrisch-psychologische Angebote nur nachrangig in Anspruch genommen. Dennoch berichten einige dieser Studienteilnehmer durchaus von Therapieerfolgen. Herr Bertram z.B. schildert im dritten Interview: „*also ich arbeite mit auch mit der äh Psychologin da sehr sehr gut zusammen (.) ähm so wir haben Bewältigungsstrategien erarbeitet grade so in den Phasen wo es mir dann nicht so gut geht*“ (Bertram 3, Z. 187-191). Ähnlich gut bewertet auch Frau Thoralf ihre psychotherapeutische Begleitung, die allerdings vor dem dritten Interview endet. Frau Arndt hingegen verspricht sich wenig von einer psychotherapeutischen Begleitung; ohnehin findet sie es sehr schwierig, einen kompetenten Therapeuten in ihrer Region zu finden. Den Kontakt zu ihrem Psychiater hat sie bereits nach wenigen Terminen wieder abgebrochen, weil sie die von ihm verschriebenen Psychopharmaka nicht verträgt und es zu Wechselwirkungen mit ihren Schmerzmedikamenten kommt, die sie unter keinen Umständen bereit ist abzusetzen. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist für sie von nachrangiger Bedeutung.

„(D)as mit den Opiaten (1) die mit der Tsyche weil die Tsychopharmaka dann ja och nicht wirken oder nicht in dem Maße mit den Wechselwirkungen (.) dann kommen die wieder an und sagen die können dann eben nüscht machen das Eenzige was bleebt wär wirklich ne Sch- Gesprächstherapie und ich muss ganz ehrlich sagen da drauf hab ich keene Lust“
(Arndt 1, Z. 1554-1560).

Im Gegensatz zu Frau Arndt hatte Herr Volker sich durchaus eine positive Wirkung von der Psychotherapie versprochen und sich auf die Suche nach einem niedergelassenen Therapeuten begeben. Im dritten Interview berichtet er ernüchtert davon, dass seine Hoffnungen auf die Behandlung seiner PTBS nicht erfüllt wurden. Die Therapeutin konzentrierte sich zunächst auf andere psychische Beschwerden. Über seinen Therapieerfolg

berichtet er: „*ist nix für mich ne bringt gar nix ne (.) bringt überhaupt nix ich kann nicht besser schlafen ich bin nicht belastbarer gar nix*“ (Volker 3, Z. 1543-1547). Dennoch nimmt er bis zum Ende der Therapie teil, um Konflikte zu vermeiden: „*ich hab, meiner Frau das zuliebe gemacht*“ (Volker 3, Z. 594). Für Herrn Jülich ist eine Psychotherapie zwar eine Option, er verspricht sich aber von vornherein kaum etwas davon. Zu allen drei Interviewzeitpunkten wird die Möglichkeit einer Psychotherapie von ihm lediglich im Konjunktiv formuliert. Außerdem sieht er eine große Hemmschwelle für die Aufnahme einer Psychotherapie im Aufwand bei der Suche nach einem Therapieplatz.

„(D)ieses tiefenpsychologisch (1) wurde mal empfohlen das ist korrekt da wollte ich mich auch nochmal drum kümmern ich hab dann auch mal viel telefoniert aber (1) versuchen Sie mal jemanden zu kriegen (.) das müsste ich nochmal machen wobei ich halt einfach nicht weiß was das noch bringen soll (.) aber das ist ja das läuft mir ja nicht weg“ (Jülich 3, Z. 515-520).

4.2.4.4 Strategien der Selbstsorge

Die Selbstsorge scheint in einem direkten Zusammenhang mit der Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Angebote bzw. mit dem Stellenwert der Angebote in Beziehung zu stehen. Häufig ist bei unseren Studienteilnehmern eine Verschiebung von medizinisch-therapeutischen Angeboten hin zur Selbstsorge zu beobachten. Dies kann anhand der Datenlage auf zweierlei Phänomene zurückgeführt werden:

Erstens fühlen sich viele unsere Studienteilnehmer im Laufe der EM-Rente zunehmend austherapiert (etwa Frau Hoch, Frau Huth, Frau Jauch, Frau Stoph). Die Strategie der Selbstsorge, die womöglich auch im therapeutischen Kontext erlernt wurde, kann an das Gefühl, in der Therapie kaum noch Fortschritte zu erreichen, anknüpfen. Weil nun der Fokus der Krankheitsarbeit von einer theoretischen Bearbeitung der psychischen Beschwerden hin zu einer praktischen Bearbeitung neu gelegt wird, kann eine Weiterführung der im Rahmen der Therapie ins Stocken geratenen Krankheitsarbeit im alltäglichen Leben ohne medizinisch-therapeutisches Setting gewährleistet werden.

Zweitens führt auch eine gelungene Umsetzung erlernter Selbstsorgestrategien zu einem geringeren Therapiebedarf, weil sich das Leben damit zunehmend stabilisiert. Medizinisch-therapeutische Angebote werden damit lediglich zu einem Anker für mögliche Rückschläge

und sind kein notwendiger Bestandteil des Alltags mehr. Wie sich an unseren Daten zeigt, ist dies aber ein langer, häufig über Jahre hinziehender Prozess, der sich sehr anschaulich im Kontext der Bewilligung einer EM-Rente zeigt, da die EM-Rente den geschützten Rahmen gewährleistet, Strategien der Selbstsorge im Leben ohne Erwerbsarbeit allmählich zu etablieren. Wie schleppend sich dieser Prozess vollziehen kann, zeigt sich etwa. an Frau Thoralf.

Zum Zeitpunkt des ersten Interviews konzentriert sich Frau Thoralf noch vornehmlich auf die Behandlung ihrer somatischen Beschwerden. Die Zeit der EM-Rente will sie nutzen, sich operieren zu lassen. Darüber hinaus kann sie aber ihrem Leben in und mit der EM-Rente keine Neuausrichtung geben. An Selbstsorgestrategien ist (noch) nicht zu denken.

„(S)o ist jetzt mein Alltag ich fahre dann öfter mal zu meinen Eltern die wohnen auf einem Dorf also nicht hier in der Stadt (.) verbringe da ´n bisschen Zeit also so richtig, kann ich mit meiner Zeit oder dieses Rentnerleben oder Frührentnerleben nicht genießen“ (Thoralf 1, Z. 629-634).

Der Grund für ihre Perspektivlosigkeit in und mit der EM-Rente ist ihre bleibende normative RTW-Orientierung, auf die im Kapitel 4.2.5.4. näher eingegangen wird. Den Verlust der Erwerbsarbeit kann sie nur schwer akzeptieren und es gelingt ihr nicht, die fehlende Erwerbsarbeit in ihrem Alltag zu kompensieren.

„(D)as ist eben so dieser Zwiespalt ich, hm ich (1) glaube ich ka- will das noch nicht so wahrhaben dass ich, äh (1) ähm wie=wie soll ich mich jetzt ausdrücken? mh dass man doch nicht mehr so kann wie man eigentlich möchte (.) ja (.) man will sich das noch nicht eingestehen (.) (1) und immer wieder kommt so der Gedanke ich sage ich:, ja ich bin jetzt hier alleine zu Hause mein Mann ist arbeiten“ (Thoralf 1, Z. 617-624).

Zum Zeitpunkt des Telefoninterviews hat sich an ihrer Situation wenig geändert. Allerdings zeigen sich erste Tendenzen der Selbstsorge. Frau Thoralf betont am Telefon, dass es ihr nun sehr wichtig sei, „unter Leute zu kommen“ (Thoralf 2; Telefoninterview). Die Wiederaufnahme sozialer Kontakte hilft ihr dabei, eine Struktur in ihren Alltag zu bringen und auch sportliche Aktivitäten zu etablieren. Frau Thoralf geht nun mit einer ehemaligen Kollegin regelmäßig schwimmen. Wie weiter unten diskutiert werden wird, sind beides zentrale Selbstsorgestrategien, die dabei helfen, die psychische Konstitution zu verbessern.

Im dritten Interview, etwa sechs Monate danach, zeigen sich wieder Rückschläge in der Etablierung von Selbstsorgestrategien in ihrem Leben und sie vertraut wieder mehr auf die unterstützende Wirkung medizinisch-therapeutischer Angebote. Dies wird allerdings auch durch ihre somatischen Beschwerden verstärkt.

„(J)a also im Moment bin ich noch in ner Physiotherapie, äh (1) wie gesagt die OP war am das war jetzt bloß ne Arthroskopie gewesen aber er konnte mir nicht helfen hat er g- nach der Auswertung dann also das Gelenk ist kaputt und, äh es geht jetzt wie gesagt, erste Rezept hab ich abgearbeitet Physiotherapie das zweite ist jetzt grade und ich kann mir nochmal ´n drittes Rezept holen“ (Thoralf 3, Z. 195-202).

An sportliche Aktivitäten neben der Physiotherapie nimmt sie nun nicht mehr teil, ihre selbst aufgebaute Alltagsstruktur ist wieder labiler geworden. Arzt- und Therapietermine strukturieren nun wieder ihre Woche. Darüber hinaus hatte sich Frau Thoralf vorgenommen, zu verreisen; eine weitere Strategie der Selbstsorge im EM-Rentenbezug. Aufgrund ihrer somatischen Beeinträchtigungen ist sie aber zunehmend verunsichert, ob sie dazu überhaupt noch fähig ist.

„(D)a hab ich so gedacht jetzt, was haste noch von deinem Leben, äh jetzt ((lacht)) hab ich voriges Jahr ne Kreuzfahrt gebucht (.) so und dann hat das aber, äh dann hab ich aber so gemerkt äh (1) w=wie gesagt nicht hab ich gedacht egal das machste jetzt fahr einfach w=wer weiß was noch alles kommt und äh da wusste ich och dass hier mit, ja, und jetzt bin ich aber soweit ich hab´s wieder storniert weil ich´s einfach nicht schaffe“ (Thoralf 3, Z. 462-469).

Auch Frau Hibbeler und Frau Stoph haben das Reisen als Selbstsorge für sich entdeckt. Bei Frau Stoph führt das im Zusammenhang mit einem neuen Partner, der ein Haus in Kroatien besitzt, auch zur Aufgabe ihres Nebenjobs. Einigen anderen Studienteilnehmern gelingt es im gesamten Beobachtungszeitraum nicht, Strategien der Selbstsorge in ihrem Leben mit der EM-Rente zu etablieren und sich damit tendenziell von der Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Angebote zu lösen. In unserem Datenmaterial sehen wir dafür zweierlei Ursachen.

Einmal die Herleitung der psychischen Beeinträchtigung über ausschließlich biologische Faktoren, wie besonders an Frau Hannes deutlich wird. Entsprechend der Ursachenattribution sieht sie auch keine alternativen Strategien zur Medikamenteneinnahme, die ihr bei der

Verbesserung der psychischen Situation helfen könnte. Dementsprechend bleibt der Fokus auf ausschließlich medizinisch-therapeutische Angebote bestehen; eine Selbstwirksamkeitserwartung wird damit grundsätzlich ausgeschlossen: *„also bei mir steht und fällt alles mit der Medikation“ (Hannes 3, Z. 4)*. Frau Hannes gelingt es zwar genauso wie anderen Studienteilnehmern einen geregelten Alltag im EM-Rentenbezug aufzubauen, soziale Kontakte zu pflegen und Ausflüge zu unternehmen; sie sieht diese Aspekte für sich aber weniger als wichtige Strategien an, ihre psychische Konstitution zu verbessern.

Eine zweite Ursache findet sich in der fehlenden Möglichkeit, die zentralen und psychisch belastenden Beschwerden therapeutisch zu behandeln. Wie erwähnt, setzen die Selbstsorgestrategien erst dann allmählich ein, wenn deutliche Therapiefortschritte erzielt werden. Bei einigen unserer Studienteilnehmer ist das nicht der Fall. Bei Frau Walther liegt es insbesondere an der psychischen und somatischen Mehrfachbelastung. Die zahlreichen Therapien konnten zwar in Ansätzen Erfolge erbringen, aber das grundlegende Problem konnte noch nicht im therapeutischen Rahmen bearbeitet werden. So antwortet sie im ersten Interview befragt nach Selbstsorgestrategien: *„naja da find ich halt keinen Zugang (.) weil mir selber Gutes tun ist sind so zwei Sachen die (1) das geht ne (.) das Thema hatte ich gestern erst wieder (.) also ich weiß dass mir äh also schon wenn ich weiß das könnte mir gut tun dann ähm das ist diese ablehnende Haltung das ist diese, dieses gestörte Verhältnis zum eigenen Körper“ (Walther 1, Z. 1019-1026)*. Bis zum dritten Interview hat sich nichts an dieser Einschätzung geändert, was insbesondere auf die erfolgte Retraumatisierung im EM-Rentenbezug zurückzuführen ist, die eine erheblich stärkere Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Angebote zur Folge hat. Bei Herrn Bertram ist es die bis zum dritten Interview noch fehlende Diagnose seiner immer weiter zunehmenden Beschwerden. An Selbstsorge ist daher noch nicht zu denken; neben den zahlreichen Versuchen einer adäquaten Diagnose hat auch das medizinisch-therapeutische System noch keine passende Therapie für ihn gefunden.

„(D)as will ich jetzt nochmal ansprechen beim Arzt ob man da vielleicht in diese Richtung nochmal irgendwas machen kann, ähm, und ansonsten schlag ich mich irgendwie so durch mit ähm, ertrage viel ähm halte viel aus ähm, weil man irgendwo nicht so richtig weiß wie man das Ganze fassen soll“ (Bertram 3, Z. 56-61).

Frau Paul, die an einer schweren Zwangsstörung leidet (Putzsucht) findet keine stationäre Behandlung da sie, die Gründe mögen vorgeschoben sein, niemanden zur Betreuung ihrer

Tochter und des Hundes findet. Obschon sie weiß, dass sie im Prinzip eine durchgehende therapeutische Behandlung braucht, schafft sie es nicht, den entscheidenden Schritt zu gehen und sich einen Platz in einer Spezialklinik zu organisieren. Im dritten Gespräch hat sich ihre Situation, verglichen mit der vor einem Jahr, praktisch nicht geändert. Ein wenig resigniert stellt sie fest:

*„(A)Iso hier in N. net das weiß ich das ist (1) also grad auch diese Kliniken äh das ist auch, auch die in äh ob egal ob jetzt in E. oder in A., die sind au net spezialisiert dafür ich hab ja damals äh mit meiner Therapeutin haben wir uns ja Kliniken rausgesucht die natürlich s- alle ziemlich weit weg sind, die extra gegen diese Zwangs- (...) so Zwangsdinger haben (.) des hätten jetzt die selber net die haben 's halt beiläufig mit wahrscheinlich (1) aber ich würd 's ja trotzdem dann dort machen also (2) klar wär's besser man hat ne Klinik die, **spezialisiert** ist richtig aber da gibt's net viele“ (Paul 3, Z. 1407-1416).*

Frau Paul findet für sich immer wieder Gründe, warum ihr nicht geholfen werden kann. Ihre Selbstsorge ist kaum vorhanden, sie nimmt bei anderen aber wahr, was ihr selbst fehlt, hat aber offensichtlich keine Möglichkeit ihr persönliches Schicksal zu ändern, obwohl der Wunsch manifest vorhanden ist: *„man sieht's halt immer nur bei anderen (1) dass es wohl auch fröhlich oder glücklich geht ne sondern, ned nur wie=wie bei mir hier (.) (3) das wär's (1) wär so mein=mein Ziel mal, positiv was sehen und ned immer alles negativ“ (Paul 1, Z. 1194-1196).*

Allen anderen Studienteilnehmern ist es gelungen, hilfreiche Selbstsorgestrategien in ihrem Leben mit der EM-Rente zu etablieren und sich darüber Schritt für Schritt von medizinisch-therapeutischen Angeboten zu lösen. Die wohl am häufigsten genannte Strategie ist der Aufbau einer geregelten Alltagsstruktur. Eine gute Alltagsstruktur mit der EM-Rente zu finden, hilft nicht nur dabei, Situationen der möglichen Überforderung zu vermeiden, sondern auch das Eintreten von Langeweile und Lethargie, die ebenfalls psychisch sehr belastend sein können: *„strukturiere mir so meinen Tag mach jeden Tag im Haushalt was anderes damit ich was zu tun habe, weil sonst würde ich verrückt“ (Wegner 3, Z. 359ff.).* Wie akribisch unsere Studienteilnehmer dabei ihren Alltag strukturieren, um eben genau diese psychisch belastende Lethargie zu vermeiden, zeigt sich etwa exemplarisch an Herrn Hubert.

„(P)utzen brauch och lange no ich muss och, ich hab mir Meditation wieder angewöhnt früh dass ich e bissel leichter in den Tag rutsche, und, steh um zwee Stunden eher off no (1) um das alles zu bewerkstelligen weil ich no da brauch ich, Frühstück dann de, Pillen

nehmen früh dann geh ich, waschen, erst geh ich waschen Frühstück dann geh ich Zähneputzen das dauert oh 20 Minuten da lasse ich mir och Zeit also das ist ich brauch diese und daran hab ich mich schon gewöhnt jetzt die Zeit“ (Hubert 3, Z. 96-105).

Bei Herrn Hubert hängt diese Akribie auch mit seiner Zwangsstörung zusammen. Besonders stark ist dies auch bei Frau Paul ausgeprägt. Ihre Putzsucht strukturiert zwar den Alltag, verhindert aber gleichzeitig eine aktive Auseinandersetzung mit sich selbst: *„auch mit meinen=meinen Putzzwängen und so für mich war das kei Putzzwang ich hab´s halt gemacht ich putz halt je nach sechs bis acht Stunden so ungefähr also, für mich ist das immer alles so **normal** gewesen so naja (1) ist halt so (Paul 1, Z. 421-424).* Hier liegt ein besonderes Beispiel für einen Negativeffekt von Alltagsstruktur vor, der die Krankheitsbearbeitung verhindert.

Welche Relevanz ein strukturierter Alltag allgemein für die psychische Konstitution hat, lässt sich aber auch an zahlreichen anderen Studienteilnehmern dokumentieren. Frau Tänzer und weitere Studienteilnehmer fertigen sich sogar Pläne an, die sie nach der Reihe abarbeiten:

„das es mir sehr gut tut wenn ich jeden Tag ´n paar kleine Aufgaben habe und mach mir quasi sonntags so ´n Überblick über die ganze Woche wann hab ich welche Termine wann geh ich einkaufen wann mach ich was im Haushalt und ähm so häng- hangele ich mich dann von Tag zu Tag oder über die Woche und das funktioniert sehr gut“ (Tänzer 3, Z. 661-667).

Mit der Etablierung einer psychisch stabilisierenden Alltagsstruktur und der Verteilung der Aufgaben auf unterschiedliche Wochentage, z.B. mithilfe eines Wochenplans, ist ein stärkerer Fokus auf die Selbstachtsamkeit verbunden, insbesondere im Kontext der Vermeidung von Überlastungssituationen in der neuen Alltagsstruktur: *„indem ich dann eben auch sehr so sehr (1) diszipliniert im Grunde auf diese Kräfte achte ja? also das äh schon auch neu (.) hab ich nie gemacht im Leben“ (Rabe 3, Z. 294-299).* Frau Roland etwa sieht das als einen Lernprozess des Arrangements des Lebens mit verbliebenen psychischen Beeinträchtigungen, der bei ihr bereits sehr früh im EM-Rentenbezug eingesetzt hat. Im ersten Interview kommt sie bereits darauf zu sprechen.

„(I)ch muss aufpassen (1) auf mich auch ne dass ich mich auch nicht hier so (1) naja in der Freizeit übernehme ne, auch so was die Enkelkinder betrifft (.) immer gerade das weil es Spaß macht ne? es macht Spaß (1) und dann die eigenen Grenzen zu erkennen“ (Roland 1, Z. 979-985).

Eine weitere wichtige Selbstsorgestrategie im EM-Rentenbezug sind sportliche Aktivitäten, die sehr häufig in der Form von Yoga einen wichtigen Teil der Alltagsaktivitäten darstellen. Insbesondere der meditative Charakter wird dabei häufig betont. Mit Yoga können damit gleich zwei eng mit der Selbstsorge verbundene Punkte erfüllt werden: sportliche Aktivität und geistige Ruhe. So findet Frau Dietmar im EM-Rentenbezug über die Meditation zum Yoga, das fortan für sie zur Passion wird und ihr Leben zum Positiven verändert.

„(I)ch kann jetzt auch so was zum Beispiel Yoga angeht das kann ich mittlerweile auch echt alleine für mich machen das hab ich auch nie gekonnt sondern es war immer so dieses ja ich muss das mit anderen zusammen machen weil sonst mach ich's nicht (.) das hat sich auch geändert (.) ne und darüber bin ich halt einfach dahin gekommen dass ich dachte okay Geld ist nicht das Wichtigste“ (Dietmar 3, Z. 893-903).

Wie bereits weiter oben in einem Zitat angedeutet, ist auch für Herrn Hubert Yoga ein wesentlicher Bestandteil seines Alltags und seiner Selbstsorge. Für ihn reicht es aber nicht aus, einfach nur Yoga zu machen, es ist wichtig, dass seine Version des Yoga in einer ganz bestimmten Tradition steht: *„das ist von ner buddhistischen Theravada Tradition abgelenkt“ (Hubert 1, Z. 153)*. Neben dem Yoga hat Herr Hubert auch eher zufällig kurz vor dem dritten Interview eine andere sportliche Aktivität, das Wandern, für sich entdeckt: *„jedenfalls f=fuhr der Bus ne Stunde später dacht ach lof mal langsam los“ (Hubert 3, Z. 238f.)*. Zunächst stand für ihn das Testen seiner körperlichen Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Schnell merkt er aber beim Laufen, welchen positiven Einfluss diese Aktivität auf seine psychische Konstitution hat; insbesondere den Aufenthalt in der Natur betont er als positive Erfahrung.

„(D)a war ich e bissel stolz off mich dachte Mensch das haste noch ne getestet du läufst zwar viel aber (1) bin dort gelofen war dann weg von der Straße und das war alles Wald und Wiese und da war ich alleine mit mir und das tat mir so gut (.) no keen tötöt und töröö äh hey du Blödmann geh mal rüber oder ((lacht)) keen Geschrei von der Straße“ (Hubert 3, Z. 244-250).

Ähnlich wie Herr Hubert, nur deutlich früher, hat auch Frau Dietmar das Wandern für sich entdeckt. Das Erkunden der neuen Heimat macht ihr sehr großen Spaß und hat einen entspannenden Effekt. Frau Dante wiederum geht es sportlicher an, was auch in ihrer Biografie als ehemalige Leistungssportlerin begründet ist. Neben dem *„Power Yoga“ (Dante 1, Z. 687)* fährt sie viel Fahrrad und übt sich im Nordic Walking. An Herrn Hartmut zeigt sich aber,

dass das Fahrradfahren und damit die Ausübung der Selbstsorgestrategie des Sports in dieser Form limitiert sind. Während er im ersten Interview noch betont, wie gut ihm dies bei der psychischen Restabilisierung im EM-Rentenbezug hilft, erzählt er beim Telefoninterview sechs Monate später, dass er nun wegen des schlechten Wetters nicht mehr Fahrrad fahren kann. Die Wintermonate belasten ihn psychisch sehr stark und er verlässt kaum noch seine kleine Kellerwohnung. Bei Herrn Wegner ist nach eigener Aussage für das Fehlen sportlicher Aktivitäten der „*innere Schweinehund*“ (Wegner 3, Z. 438) verantwortlich. Er hat sich aber in der Zwischenzeit unterschiedliches Sportgerät angeschafft, da er für sich die Notwendigkeit sieht, etwas für seine physische Konstitution tun zu müssen.

„(W)eil man dann aber oder mal draußen den Rasenmäher in die Hand nimmt und dann mal richtig in Vollast geht dann merkt man was man eigentlich äh dann nicht mehr so hinkriegt (.) dann hab ich dat schon gemerkt dass ich körperlich auch richtig abgebaut hab“ (Wegner 3, Z. 430-434).

Nach einer kurzzeitigen Nutzung vernachlässigt er aber sein Training und findet für sich legitime Ausreden: *„ich mach dann meinen Haushalt und bin ich damit fertig ach nach=nach jetzt brauchst du auch nicht mehr anfangen“ (Wegner 3, Z. 449f.).*

Neben sportlichen Aktivitäten stellen vor allem Ausflüge eine weitere Strategie der Selbstsorge für unsere Studienteilnehmer dar, die ebenso ein wichtiges Element der Alltagsgestaltung bilden. Wie bereits angesprochen sind es bei Frau Dietmar vor allem beinahe tägliche Ausflüge in die umgebenden Berge. Noch viel wichtiger sind für sie, wie auch für anderen Studienteilnehmer, die gemeinsamen Ausflüge mit neuen Bekannten oder Freunden, die bei Frau Dietmar mit neuen positiven Selbsterfahrungen einher gehen.

„(D)as war aber auch ne total positive Erfahrung also es war zwar mega anstrengend auf der einen Seite aber auf der anderen Seite hatte ich auch gemerkt dass es funktioniert und das war für mich halt äh total toll weil ich wusste das ja vorher nicht ne ob das überhaupt funktioniert wenn man dann, halt die ganze Zeit so beieinander ist“ (Dietmar 3, Z. 421-427).

Für die anderen Studienteilnehmer, die gemeinsame Ausflüge mit Bekannten und Freunden als Strategie der Selbstsorge für sich nutzen, stehen vor allem die darüber erfahrene soziale Einbindung, der soziale Austausch und die erhaltene Wertschätzung im Vordergrund. Neben Frau Roland berichtet davon insbesondere Frau Stephan. Im ersten Interview formuliert sie

als einziges Zukunftsziel: „*meine Wünsche sind dass ich fit genug bleibe dass wir schön verreisen können*“ (Stephan 1, Z. 1578f.), ohne dabei die Ausflüge und Reisen im Kontext der Selbstsorge zu sehen. Im dritten Interview hingegen betont sie bereits, welche positiven Auswirkungen die gemeinsamen Kurzreisen gemeinsam mit ihrer inzwischen altersberenteten Freundin auf ihre psychische Situation haben. Besonders förderlich an den gemeinsamen Aktivitäten sieht sie das daran gebundene Gefühl, wieder am normalen Leben teilnehmen zu können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Leben unserer Studienteilnehmer stellen Haustiere dar, die in fast jedem Haushalt vorzufinden waren. Nur wenige führen ihre Haustiere unter dem Label „Therapietiere“ und sehen dementsprechend keinen direkten Bezug zur Selbstsorge. Bei genauerer Betrachtung des Einflusses der Haustiere auf das Leben und die psychische Konstitution, wird der Bezug zur Selbstsorge aber sehr deutlich. Beispiele für die wichtige stabilisierende Rolle von Haustieren sind vor allem Frau Bischof, Frau Paul und Frau Huth.

Für Frau Tänzer stellen Tiere einen Motivator für Aktivitäten außerhalb der eigenen Wohnung dar: „*dass man auch wieder mehr an die Luft kommt wieder mehr Ablenkung hat*“ (Tänzer 1, Z. 381f.). Die Ablenkung über die Tiere ist darüber hinaus eine Möglichkeit, sinnvolle und freudebringende Aktivitäten in ihren Alltag einzubringen und psychisch belastenden Gedankengängen zu entkommen. Wie im dritten Interview deutlich wird, hat ihre Affinität zu den Tieren auch dazu beigetragen, sich neue soziale Kontakte zu erschließen und Wertschätzung zu erhalten.

„(W)enn ich da bin, da fühl ich mich gesund (.) weil da werd ich so akzeptiert wie ich bin wenn ich mal, ne schwächere Phase habe dann, ist dat halt so (.) und man wird aber nicht bewertet, und äh meine äh Gruppe die ich da leite die=die Eltern und die Kinder schätzen mich äh aufs Höchste“ (Tänzer 3, Z. 192-199).

Für Herrn Volker und Herrn Wegner ist das Haustier ebenso ein Aktivator im Alltag. Gemeinsam mit dem Haustier die Wohnung zu verlassen wird als psychisch entlastende Aktivität empfunden und kann somit als Selbstsorge begriffen werden. Das betont insbesondere Herr Volker im dritten Interview.

„(W)enn ich den=den kleinen Hund nicht hätte ne dann=dann wär ich ja ganz vor- dann wär ich ja ganz aufgeschmissen ne (.) weil er muss ja raus der Hund ne (.) das ist das Einzige wat mich noch nach draußen treibt dass ich mit ´m Hund laufe ne (.) das mach ich auch

und dann das tut mir auch gut ne dann komm ich hier raus aus der Wohnung“ (Volker 3, Z. 180-188).

Die gemeinsamen Aktivitäten mit dem Haustier haben in ihrer Notwendigkeit und Regelmäßigkeit auch einen positiven Einfluss auf die Alltagsstruktur, die selbst wiederum einen positiven Effekt auf die psychische Konstitution hat. Von besonderer Bedeutung hin zu den gesundheitsförderlichen Aktivitäten ist dabei die soziale Verantwortung gegenüber den Haustieren. Das wird etwa an einem Zitat aus dem ersten Interview mit Frau Dietmar sehr deutlich.

„(W)as mir auch hilft ist natürlich meine Hündin hm (.) ne weil ich sag mal die (1) möchte halt einfach dreimal am Tag spazieren ((lacht)) ne und das muss ich sagen es ist sehr sehr hilfreich für mich weil bei mir ist es so, ich hab da halt auch ne me-, also das haben ja manche Leute auch nicht die Haustiere haben ne aber ich hab da halt 'n Verantwortungsgefühl“ (Dietmar 1, Z. 1519-1525).

Über diese zentralen und weit verbreiteten Selbstsorgestrategien im EM-Rentenbezug hinaus, verfügen unsere Studienteilnehmer über ganz unterschiedliche individuelle Strategien, die eng an ihre subjektiven Präferenzen gebunden sind und als gesundheitsförderliche Hobbys gelten können. Frau Roland und Frau Kunert suchen etwa nach sozialer Teilhabe über einen Chor, Herr Schramm hat die gesundheitsförderliche Wirkung des Malens aus einem Klinikaufenthalt mit in seinen Alltag genommen, für Herrn Hartmut und Frau Stephan stellt das Lesen einen wichtigen Aspekt ihres Alltags dar. Mit Lesen können sie die kognitiven Fähigkeiten in einem Leben ohne die Herausforderungen der Erwerbsarbeit erhalten. Herr Günther plant zu diesem Zweck sogar ein Studium aufzunehmen.

„(D)as ist erstmal für mich ne=ne geistige Beanspruchung die ich einfach auch brauche ich möchte in den Austausch gehen ich möchte ne ähm neue Ansichten von Menschen neue Theorien ne also äh sicher hat man Kant gelesen oder äh wen auch immer ne Dostojewski hab ich im Regal stehen alles schön und gut, ne aber die Auseinandersetzung damit ä:h gestalte ich immer mit mir selber ne so und darüber bekomme ich neue Perspektiven“ (Günther 3, Z. 930-939).

Ganz andere und viel handfestere Selbstsorgestrategien finden sich in individuellen Maßnahmen der Anpassung der Verhältnisse an die eigenen Beeinträchtigungen. Frau Arndt

und Herrn Volker verfolgen z.B. Strategien, ihre Mobilität zu verbessern, um darüber wieder aktiver werden zu können, so ihre soziale Teilhabe zu verbessern „*das sind so die Sachen wo du ebend eigentlich, ausgegrenzt bist völlig*“ (Arndt 1, Z. 1043) und auch um ihren Alltag mit sinnstiftenden und gesundheitsförderlichen Aktivitäten zu füllen.

„(D)as ist so mein Ziel noch dass ich mir irgendwie mal ´n Fahrrad anschaffe ne und dann würd ich vorn ´n Korb dran machen kommt der kleine Hund vorne in Korb, und dann schön (1) ist ja alles flach hier alles ne schön flach hier ne (.) kann ich mal schön an der Küste langfahren oben“ (Volker 3, Z. 1588-1594).

Die Anpassung der Verhältnisse an die eigenen Beschwerden betrifft neben der Verbesserung der Mobilität vor allem die Umgestaltung der Wohnverhältnisse. So gestaltet Herr Gerhard aufgrund seiner großen somatischen Beeinträchtigungen sein Eigenheim barrierefrei um: „*ich hab gesagt wir machen erstmal außen rum alles soweit klar dass das also Terrasse hier oben gemacht und damit wir nicht die Treppe runter müssen*“ (Gerhard 3, Z. 227ff.). Der Umbau des Eigenheims ist selbstverständlich kostenintensiv und die Baumaßnahmen können nur in kleinen Schritten erfolgen: „*immer wenn Geld da ist geht´s weiter*“ (Gerhard 3, Z. 236). In diesem Zusammenhang beklagt Frau Arndt die fehlende finanzielle Förderung seitens der Krankenkasse bei ihren nötigen Umbaumaßnahmen, mit denen sie ihr Haus wieder im vollen Umfang nutzen könnte.

„(S)agt sie der kost 30.000 Euro können Sie sich sowieso nicht leisten (.) das war die Antwort (.) ((lacht)) (2) das sind Sachen die man ((seufzt)) Krankenkasse zahlt bis zu 4.000 Euro (.) aber dazu musste erst mal die Bedürftigkeit haben“ (Arndt 1, Z. 935-941).

Die Anpassung der Wohnverhältnisse an die eigenen Beeinträchtigungen muss aber keineswegs immer kostenintensiv ausfallen. Herr Hubert kündigt z.B. seinen Internetanschluss, nachdem er bemerkt, dass ihn das Internet zum exzessiven Konsum verführt. Dass sein exzessives Konsumieren von Fernsehserien auf seine Zwänge zurückzuführen ist, kann die Kündigung als Strategie der Selbstsorge aufgefasst werden.

„(W)eil ich gerne w- äh Serien gucke äh Romantisches ((lacht)) und da du wirst ne fertig du=du=du ich hab hier gesessen das wurden dann immer mehr das waren dann fünf sechs Stunden so- nee das kannst ne machen (.) das machste ne das fängste gar ne erst wieder an und da hab ich dann ´n Stichtag und dann ist Ruhe da geh ich ins Internet Café da kann

ich meine Dinge holen und da kann ich och meine E-Mails checken (.) das sind een zwee Euro (.) und da geh ich eenmal in der Woche und da passt das“ (Hubert 1, Z. 341-351).

4.2.4.5 Soziale Einbindung im EM-Rentenbezug

Mit dem Übergang in die EM-Rente bricht für unsere Studienteilnehmer eine zentrale Arena weg, in der sie soziale Einbindung und Unterstützung erfahren haben. Für viele ist dies sehr schmerzlich, mitunter auch weil die Arbeitswelt die hauptsächliche Arena der sozialen Teilhabe war. Das zeigt sich z.B. an Herrn Günther und Herrn Jülich, die im EM-Rentenbezug bis auf sporadische Kontakte zu ehemaligen Partnerinnen und Kindern keinerlei soziale Kontakte besitzen. Der Verlust der Arbeitswelt führt sie so in eine unfreiwillige Isolation mit der sie sich arrangieren und die sie akzeptieren müssen: *„ich hab keinen Freundeskreis (.) ist einfach so“ (Jülich 1, Z. 634ff.).* Genauso fühlen sich aber auch Studienteilnehmer aufgrund des Verlustes der sozialen Einbindung in der Arbeitswelt isoliert, die sich in einer stabilen Partnerschaft befinden. Das ist insbesondere bei den Personen zu beobachten, die im Kontrast zu Herr Jülich zwar ihre Familie sozial gut eingebunden sind, aber übereinstimmend mit Herr Jülich über keine stabilen Freundschaften außerhalb verfügen. Nur Frau Dante, die dieser Konstellation zuzurechnen ist, findet das unproblematisch: *„da braucht man och niemand weil da ist man mit sich so beschäftigt also und dadurch ich war ja och viele Jahre alleine (.) wir sind ja jetze wirklich erst 17 Jahre zusammen das ist, ich hatt ja nie jemanden“ (Dante 1, Z. 1340-1344).*

Neben dem Verlust der Erwerbsarbeit kann auch eine niedrige EM-Rente und/oder die gesundheitliche Einschränkung das Gefühl der sozialen Isolation im EM-Rentenbezug verstärken: *„man dann ist man schon=schon fast automatisch ´n Randmitglied, wenn man v-an vielen Sachen nicht mehr w- teilnehmen kann aufgrund des Finanziellen“ (Tänzer 1, Z. 246-249).* Für Frau Walther stehen die gesundheitlichen Einschränkungen sowie die psychischen Beeinträchtigungen im Vordergrund: *„das macht natürlich och so ich sag mal die Beziehungsebene im Allgemeinen sehr schwer (.) ne? das ist also so ´n (2) das findet eigentlich gar ne mehr statt“ (Walther 1, Z. 920-923).* Die unfreiwillige soziale Isolation aufgrund der EM-Berentung und ihre psychischen Beeinträchtigungen erlebt sie als sehr belastend.

„(I)ch hatte da letzte Woche grad in der Kunsttherapie so ´n Bild, wo ich gesagt hab das ist als ob ich durch ´n Schlüsselloch guck und ne grüne bunte Wiese seh und alle hüpfen rum und lachen und ich steh aber auf der anderen Seite hinter der grauen Mauer und in dem Schlüsselloch steckt dann noch ´n schwarzes Männlein was zu mir sagt du gehörst hier gar nicht hin“ (Walther 1, Z. 954-959).

Für andere Studienteilnehmer stellt die (zumindest anfängliche) soziale Isolation im EM-Rentenbezug kein Problem dar. Sie distanzieren sich aufgrund ihres Krankheitsbildes bewusst von sozialen Kontakten. So ist z.B. Frau Dietmar zum Beginn ihrer EM-Berentung sehr darauf bedacht, keine emotionalen Bindungen einzugehen, da sie eine zu große Gefahr darin sieht, wieder in eine psychisch belastende Beziehung zu geraten: *„ich versuch jetzt im Moment erst mal so die ganzen Freundschaften Bekanntschaften die ich so habe auf nem Level zu halten wo es für mich (1) ungefährlich ist sag ich mal“ (Dietmar 1, Z. 434ff.)*. Im weiteren EM-Rentenbezug versucht sie schließlich, diese selbst gesetzte Blockade der Aufnahme intensiverer Beziehungen kontrolliert zu überwinden. Frau Fabian sucht gezielt nach emotionaler Distanz aufgrund ihrer multiplen psychischen Beeinträchtigungen. Selbst zu ihrem Partner besteht wegen ihrer und seiner Krankheiten nur wenig Kontakt. Stattdessen verbringt sie lieber Zeit mit ihren Pferden: *„ich bin fast nur hier (.) also ich hab noch ´n Pferd und ich geh zwei dreimal die Woche zum Reiten“ (Fabian 1, Z. 286ff.)*. Bis zum Telefoninterview hat sie ihre Pferde zu sich auf den Hof geholt, um auch den sozialen Kontakten im Kontext des Reitens aus dem Weg gehen zu können. Auch Herrn Hubert bereitet es große Probleme, dauerhafte emotionale Nähe zu ertragen.

„(I)ch hab immer das Bestreben allein zu sein und das es das bekommt mir besser (.) und wenn ich jetze noch eenen reinlassen würde, äh eene Frau oder so das funktioniert ne (.) ich setz immer alles dran dass dann, off ganz böartige Weise das Ding auseinandergeht (.) (2) och wenn ich mich dann schäme und dann heule paar Tage“ (Hubert 1, Z. 619-625).

Bei Herrn Hubert ist die zwanghafte Suche nach emotionaler Distanz seinen multiplen psychischen Beeinträchtigungen geschuldet. Das Muster: Wunsch nach sozialer Einbindung bei gleichzeitiger Distanzierung hat sich im Laufe seiner Biografie häufig wiederholt und sich fest verankert. Nur selten und immer nur kurze Zeit kann er mit seinen Kindern in Beziehung treten, und dass obwohl er eine gute und stabile Bindung zu ihnen hat. Dauerhafte soziale Interaktionen kann er psychisch nicht ertragen und sucht schnell wieder nach Distanz. Das

wird etwa auch in der Beziehung zu seinem Bruder deutlich: „*mein Bruder wohne eene, een Haus weiter den seh ich zweemal im Jahr*“ (Hubert 1, Z. 1283).

Eine Suche nach sozialer Distanz im EM-Rentenbezug ist aber lediglich bei wenigen Studienteilnehmern zu beobachten. Die Meisten wünschen sich eine soziale Einbindung auch außerhalb der Familie und der Partnerschaft, gerade weil die Beziehungen in der Erwerbsarbeit weggebrochen sind. Einige müssen den Verlust weiterer sozialer Kontakte im und mit dem EM-Rentenbezug verschmerzen. Das kann ganz unterschiedliche Gründe haben. Herr Hartmut berichtet etwa davon, dass ihm im EM-Rentenbezug aufgefallen ist, dass bei einigen Freunden keine Reziprozität vorhanden ist. In der Situation der EM-Rente ist er auf Unterstützung angewiesen, die ihm aber verwehrt oder nicht im gewünschten Umfang gegeben wird.

„(I)ch habe Kontakte verloren wo ich im Glauben war es=es waren Freunde (.) mh hat sich im Nachhinein herausgestellt sie waren immer dann Freunde wenn sie was gebraucht haben (1) äh ((seufzt)) (1) und es gab Freunde wo ich gesagt habe ja (2) aber auch da war das unschwer zu erkennen, wenn ich mal angerufen hatte war kaum einer da und dann kam so ne Phase wo ich gesagt hab ich muss jetzt unterscheiden wer jetzt der wahre Freund ist und wer nicht (.) und auch das war ne Selbsterkenntnis“ (Hartmut 1, Z. 1232-1242).

Als weiteren Grund für die Distanzierung zu einigen vorher wichtigen sozialen Kontakten wird die fehlende Akzeptanz bzw. die Stigmatisierung wegen psychischer Beeinträchtigungen genannt. Herr Schramm beschreibt ausführlich im Telefoninterview, dass er in seinem Bekanntenkreis einen offenen Umgang mit seinen psychischen Beeinträchtigungen pflegt. Er trifft damit bei einigen Bezugspersonen auf Unverständnis, woraufhin er sich konsequent distanziert. Ähnlich beschreibt das auch Frau Tänzer, die daraus den Schluss zieht: „*ich lass aber auch ähm (1) nur noch die Leute an mich ran die mir auch gut tun*“ (Tänzer 1, Z. 692f.). Herr Hartmut reagiert ebenfalls mit einer Vermeidung von Kontakten.

„(S)ie versuchen dann schon wieder einen bewusst an dieser (1) ((seufzt)) Stelle zu kratzen ne und äh dann dreh ich mich um und sag ja pass auf lass mich einfach in Ruhe und geh mir aus den Augen, äh dann werd ich böse“ (Hartmut 1, Z. 1361ff.).

Der Verlust von Freundschaften kann auch mit Veränderung des Lebens im EM-Rentenbezug einhergehen. Das zeigt sich insbesondere an den Eckfällen Frau Kunert und Frau Dietmar

(Kapitel 4.2.1.). Beide sehen in der EM-Rente eine große Chance, ihr Leben von Grund auf neu auszurichten. Daran gebunden ist auch eine intensive Bearbeitung der eigenen Erkrankung. Beide sind daher bestrebt, die Krankheit aus dem Zentrum ihres Lebens zu verbannen, was bei den ehemals besten Freundinnen auf Missverständnisse stößt: *„sie ist leider auch eine Person die mich runterzieht die sich da total drauf versteift dieses du bist krank (.) und das kann ich nicht gebrauchen“* (Dietmar 1, Z. 1399-1402). Es bleibt diesen Studienteilnehmern keine andere Wahl, als sich von diesen sozialen Kontakten zu distanzieren, um sich ein neues Leben aufzubauen, in dem die Krankheit nicht mehr den zentralen Stellenwert besitzt.

Nach der Auswahl der sozialen Kontakte außerhalb der Arbeitswelt und der Familie/Partnerschaft, bleiben meist wenige, aber verständnisvolle Freunde, wichtige biografische Begleiter. Vor allem Herr Wegner betont, dass es für ihn sehr bedeutsam ist, dass im sozialen Nahraum seine Situation akzeptiert wird: *„ich sag mal die meisten in meinem Umfeld akzeptieren das auch (.) (3) sagen zwar ja nachempfinden können wir's nicht aber ja, du hast nicht ohne Grund deine Rente es passt schon“* (Wegner 3, Z. 1201ff.). Ist diese Akzeptanz vorhanden, spielen die Themen EM-Rente und psychische Beeinträchtigungen in der Begegnung nur eine untergeordnete Rolle. Stattdessen kann mit den verbliebenen Freunden wieder ein Stück Normalität erfahren werden. Frau Hannes gibt im ersten Interview einen expliziten Verweis auf die Bedeutung der sozialen Unterstützung.

„(A)Iso ich hab ganz tolle Freundinnen also Männer sind wenig in meinem äh Umfeld so (.) aber Frauen hab ich so sieben die auch hier so äh weitestgehend (...) am Ort wohnen und die mich jetzt auch ganz doll unterstützen wo ich das so mit dem Bein hab so die fragen immer kanns- soll ich mit einkaufen oder soll ich dir was bringen oder soll ich dich hinfahren also solche Sachen da hab ich ganz tolles Netzwerk so“ (Hannes 1, Z. 859-869).

Der Aspekt der sozialen Teilhabe über Freundschaften wird bei Frau Hannes im dritten Interview nochmals thematisiert. Befragt zu ihrem Alltag antwortet sie: *„also hauptsächlich so dass ich mich mit Freundinnen verabrede“* (Hannes 3, Z. 123). Hier wird auch deutlich, welchen Stellenwert die soziale Einbindung über ihre Freundinnen für sie hat. Als alleinstehende Frau bilden sie das zentrale Gefüge des sozialen Austauschs und der Teilhabe am Leben. Bei Frau Stephan ist es eine beste Freundin, mit der sie gemeinsam kleinere Reisen unternimmt. Zwar ist sie nicht alleinstehend, aber ihr Partner ist noch erwerbstätig, wodurch die Freundin zur zentralen Person wird, die eine Teilhabe am normalen Leben ermöglicht. Herr Schramm hat

in seinem Wohnort kein soziales Netz außerhalb der Partnerschaft. Eine emotionale Stütze und Raum für den sozialen Austausch und das Gefühl zumindest temporär am normalen Leben teilhaben zu können, bieten ihm aber seine langjährigen Fußballfreunde. Er fährt daher regelmäßig in seine Heimatstadt, um bei den Spielen oder Vereinstreffen dabei zu sein. Welchen großen Einfluss diese Teilhabe auf seine psychische Konstitution hat, wird ihm von seiner Partnerin gespiegelt. Im dritten Interview berichtet er davon, wie seine Partnerin anmerkte, dass er immer zufriedener mit sich und der Welt sei, wenn er von den Treffen mit seinen langjährigen Fußballfreunden nach Hause kommt.

Neben der Pflege emotional förderlicher Freundschaften suchen unsere Studienteilnehmer im EM-Rentenbezug auch nach neuen sozialen Kontakten. Das zeigt sich z.B. an den Eckfällen Frau Kunert, Frau Dietmar und Frau Roland aus dem Kapitel 4.2.1. Sie achten dabei pedantisch darauf, dass die neuen Kontakte großes Verständnis für ihre Situation haben, verbinden mit der Suche nach neuen sozialen Kontakten aber unterschiedliche Strategien. Bei Frau Kunert ändert sich dabei die Strategie im laufenden EM-Rentenbezug. Während sie anfangs mittels der möglichst vielen und vielseitigen neuen Kontakte hauptsächlich eine Teilhabe an freizeithlichen Aktivitäten und ein Nachholen des versäumten Studentenlebens anstrebt, besinnt sie sich bis zum dritten Interview darauf, nur ganz gezielte neue Kontakte aufzunehmen und betont dabei indirekt, dass nicht die Quantität, sondern die Qualität neuer sozialer Kontakte im Vordergrund steht.

„(I)ch hab hier ´n soziales Umfeld das hatte ich vorher nicht ich hatte da eigentlich nur die WG ne und äh, also selbst auch wenn die Leute aus ´m Chor nett waren, aber das war auch nicht meine Altersklasse und da hab ich nicht so also ich bin da einfach nur zum Singen hin und=und hab da nicht so den Anschluss gefunden dafür war ich auch zu selten da und hab zu spät angefangen (.) ja und hier hab ich Leute in meinem Alter“ (Kunert 3, Z. 701-709).

Für Frau Kunert ist die Verschiebung von der Quantität zur Qualität sozialer Beziehungen auch an die Wiederaufnahme der biografischen Arbeit und der damit einhergehenden Familienplanung gebunden. Diesen Perspektivwechsel versucht auch Frau Roland im Zeitraum der Befragung vorzunehmen, für sie steht dieser aber nicht im Kontext biografischer Arbeit. Zu Beginn sucht sie neue soziale Kontakte ähnlich wie Frau Kunert über die Teilnahme an Freizeitaktivitäten wie einem Chor, einer Laufgruppe, Gemeinschaftsreisen oder einer

Rückenschule. Dort kann sie soziale Kontakte knüpfen und Teilhabe erfahren. Im ersten Interview nimmt sie sich vor, diese Aktivitäten in der EM-Rente weiter zu intensivieren.

„(D)a sind für mich so gerade die Gemeinscha- also die=die Sportgruppe wichtig der Chor (2) der Mensch möchte ja gebraucht werden und der Mensch der möchte ja zu irgendwas nütze sein (.) ne? sonst würde man sich ja total w=witzlos vorkommen (.) der Mensch der ist ja eigentlich so auch für die Gemeinschaft gemacht“ (Roland 1, Z. 1248-1256).

Im dritten Interview setzt sie aber ebenfalls mehr auf qualitativ hochwertige und emotional stützende soziale Kontakte. Gemeinsame Aktivitäten mit ihren engen Freundinnen sind aber nur eingeschränkt möglich: *„meine Freundinnen sind eigentlich immer noch arbeitsmäßig sehr gebunden (2) so dass das so ´n bisschen schwierig ist sich mit ihnen zu treffen um mal ins Theater zu gehen oder oder=ode=oder solche Dinge“ (Roland 3, Z. 116-119).* Frau Roland hält daher auch weiterhin an der Strategie fest, möglichst vielseitige soziale Kontakte zu knüpfen, um soziale Teilhabe erfahren zu können. Frau Dietmar geht bei der Aufnahme neuer sozialer Kontakte von Anfang an strategisch vor. Das liegt auch an ihrer Angst, sich wieder zu stark an eine Person zu binden und erneut in eine Co-Abhängigkeit zu verfallen. Zum ersten Interview ist sie deshalb noch sehr darauf bedacht, eine gewisse Distanz zu wahren: *„es sind alles trotzdem Leute mit denen treffe ich mich halt in etwas größeren Abständen oder Leute mit denen treffe ich mich halt zu bestimmten Sachen“ (Dietmar 1, Z. 786ff.).* Dennoch wünscht auch sie sich, wieder emotional stützende Beziehungen eingehen zu können und lässt die neuen Personen temporär und Stück für Stück an sich heran. Der Aufbau einer Beziehung wird durch Frau Dietmar bei jedem weiteren Schritt genauestens geprüft und reflektiert. Bis zum dritten Interview hat sie dabei große Fortschritte erreicht und sie kann inzwischen auch Nähe zulassen.

„(W)eil ich wusste das ja vorher nicht ne ob das überhaupt funktioniert wenn man dann, halt die ganze Zeit so beieinander ist ne weil, war ich ja jetzt schon lange nicht mehr ne mehrere Tage hintereinander mit jemandem beieinander und mit der einen Freundin hab ich dann halt auch in einem Bett zusammen geschlafen da“ (Dietmar 3, Z. 423-431).

Eine ganze Reihe an Studienteilnehmern knüpfen neue Freundschaften mit anderen Menschen, die ebenfalls unter psychischen Beeinträchtigungen leiden oder sich genau wie sie im EM-Rentenbezug befinden. Von diesen Personen fühlen sie sich gut verstanden und sie verspüren kein unterschwelliges Bedürfnis, sich rechtfertigen zu müssen (zur Relevanz des

sozialen Austauschs unter „Leidensgefährten“ vgl. unser Projekt „Return-to-Work nach einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation im Raum Berlin-Brandenburg“ (Kardorff, Klaus S. & Meschnig, 2019). Herr Samuel und Frau Fabian etwa haben den Kontakt zu anderen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bereits vor der EM-Rente während einer Reha geknüpft: *„ich hab zwei von meinen Freunden die hab ich aus Klinikaufenthalten“ (Fabian 1, Z. 269f.)*. Im EM-Rentenbezug werden diese bereits vorher bekannten Personen dann zu zentralen sozialen Kontakten außerhalb der Familie; dies zeigt sich etwa bei Frau Thoralf. Die Tochter einer ihrer langjährigen Freundinnen ist ebenfalls EM-berentet. In einen intensiveren sozialen Austausch kommen sie aber erst, nachdem Frau Thoralf auch eine EM-Rente erhält.

„(D)as hat sich aber jetzt erst äh so ´n bisschen entwickelt dass wir denn mal mit Frühstück fangen wir mit Frühstück an und dann schnattern wir ´n bisschen und und und und jeder erzählt so ´n bisschen aus seinem Leben und wie und was wie gesagt wir kennen uns noch wo sie gesund war wo ich gesund war“ (Thoralf 3, Z. 907-914).

Die Grundlage der Intensivierung der Beziehung begründet Frau Thoralf mit den im oben zitierten Abschlussbericht formulierten Faktoren wie Verständnis oder Nachvollziehbarkeit. Darüber hinaus sieht sie in den neuen sozialen Kontakten *„Leidensgenossen“ (Thoralf 3, Z. 769)*. Auch bei Herrn Bertram intensiviert sich die Beziehung zu einem befreundeten Pärchen, nachdem er erfahren hat, dass die Frau erhebliche psychische Beschwerden hat. Herr Bertram, der bereits in EM-Rente ist und im Vorfeld etliche Versuche des Verbleibs in Arbeit unternommen hat, wird hier zu einem wichtigen Berater bei der Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Angebote. Ähnlich auch Frau Walther. Bei einem früheren Klinikaufenthalt hat sie einen jungen Mann kennengelernt, der im laufenden EM-Rentenbezug zu einer wichtigen Person wird, mit der sie sich austauschen und den sie unterstützen kann: *„er sagt auch immer es tut mal gut mit jemandem zu reden wo ich mich nicht rechtfertigen muss (.) und man geht och mal ´n Schritt nach vorn (.) und umgedreht ist es halt (1) genauso“ (Walther 3, Z. 780-785)*. Andere Studienteilnehmer hingegen finden Kontakt erst im laufenden EM-Rentenbezug. Herr Wegner etwa durch einen Zufall.

„(U)nd dann hab ich nach zweimal kegeln den Neuen das auch mitgeteilt (3) und siehe da haben selber Probleme (.) die eine hat Depressionen der andere sagt ja hab ich früher auch gehabt ich hatte dann auch ne Therapie ich weiß wovon du redest, also in meinem Kegelclub, wir sind nur eigentlich zwei Leute die in Anführungsstrichen normal sind die

anderen haben selber alle irgendwo ihre, Problemchen in verschiedener Art und Weise von daher im Kegelclub hab ich das komplette Verständnis“ (Wegner 1, Z. 703-712).

Bei Herrn Wegner stärkt sich die Bindung zu den Personen, die ebenfalls psychische Beschwerden haben; der Kegelklub wird für ihn zum zentralen Rahmen der sozialen Einbindung und Austauschs außerhalb seiner Partnerschaft.

Ein weiterer, weniger wichtiger, aber dennoch vorhandener Personenkreis, in dem soziale Einbindung und Unterstützung außerhalb der Familie und der Partnerschaft eine Rolle spielen, ist die Nachbarschaft. Gerade für die Menschen in der EM-Rente spielten die Nachbarn eine bedeutende Rolle, da sie aufgrund der fehlenden Erwerbsarbeit viel Zeit zu Hause verbringen. Frau Roland z.B. berichtet im dritten Interview, wie die gegenseitige Unterstützung und der soziale Austausch in der Nachbarschaft, dazu beiträgt, ihre Lebensqualität zu verbessern.

„(W)as hier noch besonders schön ist ist die Hausgemeinschaft (.) das auch was Schönes ne die=die, die Leute hier (...) auch die Ge- auch die Gespräche dann wenn man draußen ist (...) so ´n gewisser Austausch ne gegenüber der angelt gerne da kriegt man dann mal Räucherfisch, selbstgemachten ne unter mir der hat immer noch Hühner der ist 87, macht tippi toppi noch den Garten und hat seine Hühner (...) hier der Nachbar, mit seinem, Bauernhof da der ist auch immer hilfsbereit ne wenn mal was ist (1) was weiß ich mit der Waschmaschine der ist noch sehr gut bei Kräften der rückt einem das zurecht oder der Rasenmäher ne bring immer den Rasenmäher zu ihm, über Winter den bringt er dann wieder in Ordnung also das ist hier auch so ne, schöne Ecke“ (Roland 3, Z. 463-490).

Ähnliches berichtet Frau Arndt im dritten Interview. Sie hebt vor allem die gegenseitige Unterstützung hervor, die ihr das Leben erleichtert. Für Herrn Schramm steht die soziale Einbindung in seinem Wohnort im Vordergrund. Innerhalb kürzester Zeit hat er sich eingelebt, so dass er zum dritten Interview bereits von seiner neuen Heimat spricht. Wegen seiner früheren Mobbing Erfahrungen in der Arbeitswelt ist das ein wichtiger Faktor für seine Lebensqualität. Herr Wegner weist im ersten Interview darauf hin, dass vor allem die Akzeptanz seiner Situation in der Nachbarschaft für ihn sehr wichtig ist: *„von meinen Nachbarn hier rings rum die verstehen das zwar persönlich nicht klar aber die akzeptieren das“ (Wegner 1, Z. 683ff.).* Wie wichtig das ist, zeigt sich insbesondere an einem gegenteiligen Beispiel: *„hier gibt's unheimlich viele Neider bei uns, wie wahrscheinlich in jedem Dorf (.) und ähm wir sind oft genug schon Gesprächsthema gewesen“ (Bertram 1, Z. 828f.).*

Für Frau Schnabel, die neben ihren psychischen Beeinträchtigungen unter schweren somatischen Erkrankungen leidet und auf Gehhilfen angewiesen ist, sind die Nachbarn die wichtigsten Bezugspersonen. Nach ihrem Umzug hat sie schnell Freunde gefunden und trifft sich regelmäßig mit den Nachbarn zum Kaffee trinken und gegenseitigem Austausch.

*„(N)ee also die sind selber alle gesundheitlich eingeschränkt oder schon so in dem Alter wie grade hier drüben die Nachbarn (...) die sind alle schon über 70 und so (..) ähm aber (1) es ist ja trotzdem man hat den Kontakt man kann sich och unterhalten und wissen wie ich meine? das ist eben halt **das** ist ja wichtig dass man irgendwo diese sozialen Kontakte irgendwo noch hat (.) und das haben ja viele nicht“ (Schnabel 1, Z. 305-316).*

Für Herrn Bertram, wie auch für viele andere Studienteilnehmer bleibt die Partnerin die wichtigste Person des sozialen Austauschs, Unterstützung und emotionalen Verbundenheit. Für Herrn Busch ist seine um viele Jahre jüngere Partnerin so etwas wie eine Lebensversicherung. Auch für Herrn Ballauf ist der Partner extrem wichtig. Bei Herrn Wegner verbinden sich dabei „Leidensgenosse“ mit Partnerschaft, genauso wie bei Herrn Schramm oder bei Herrn Volker. Ihre Partnerinnen leiden ebenfalls unter psychischen Beeinträchtigungen:

„(W)ir sind für uns und das macht uns eigentlich glücklich (.) wir sind für uns da, das ist o meine Frau ist 'n großer Halt obwohl sie och äh ähm gesundheitliche Probleme hat die ist bipolare Störung wenn mich jetzt ne- ja also och ni einfach aber mir helfen uns gegenseitig und das ist so schön“ (Schramm 1, Z. 146-152).

Diese Konstellation findet sich aber nicht besonders häufig bei den interviewten Studienteilnehmern. Es zeigt sich hier noch eine andere partnerschaftliche Konstellation. Frau Fabian und Frau Rabe sind sehr stark in die Pflege des erkrankten Partners eingebunden. Auch Frau Wenda, die selbst unter zahlreichen Allergien leidet, pflegt ihren kranken Partner. Ihnen ist es deshalb nicht möglich, in der Partnerschaft soziale Unterstützung zu erfahren, sondern sie sind allein in der gebenden Position. Das ist selbstverständlich sehr belastend, da auch sie eine Unterstützung in ihrem Alltag und bei ihrer Krankheitsarbeit bedürfen. Stattdessen werden die Erkrankung und Pflege des Partners zu einer zusätzlichen psychischen Belastung. Für Frau Fabian fällt die Belastung allerdings etwas geringer aus, da sie zu ihrem Partner, der im Erdgeschoss des Hauses wohnt, eine mehr freundschaftliche und weniger emotionale Beziehung pflegt.

„(W)ir leben mittlerweile getrennt aber im gleichen Haus (.) ((lacht)) ja ich hab die oberen zwei Stockwerke und er hat unten die Wohnung (.) ja (.) und das funktioniert ganz gut (.) also ich war zwei Jahre nicht hier und bin dann halt wieder eingezogen“ (Fabian 1, Z. 55-60).

Ähnliche, zum Teil aber sehr belastende Partner-Konstellationen, finden sich auch bei Frau Ritzel und Frau Paul. Letztere schafft es aber im Verlauf der Studie sich nach 30 Jahren von ihrem Ex-Mann räumlich zu trennen.

Wegen des EM-Rentenbezugs sieht Frau Arndt in ihrer Partnerschaft Tendenzen, dass sie nur noch nebeneinanderher leben. Sie ist nicht, wie Frau Fabian, von ihrem Partner getrennt und muss ihn auch nicht pflegen. Vielmehr sieht sie ihr Leben mit der EM-Rente als ursächlich für ihre starken gesundheitlichen Beschwerden an. Frau Arndt fühlt sich innerhalb der Partnerschaft zunehmend sozial isoliert, was noch dadurch verstärkt wird, dass ihr Partner in der gemeinsamen Zeit sich gern erholen würde und kein offenes Ohr für ihre Probleme findet: *„wenn mein Mann nach Hause kommt sagt er oh ich bin geschafft ich will jetzt nüscht hören“ (Arndt 1, Z. 1626f.).*

Die soziale Einbindung über den Partner kann vor allem bei den jüngeren Studienteilnehmern noch eine ganz andere Dynamik entwickeln. Wie Frau Kunert bauen sich auch Frau Seler und Frau Karl mit einer Partnerschaft im EM-Rentenbezug ein neues Leben auf. Neben dem EM-Rentenbezug ist es insbesondere der neue Partner, der dem Leben wieder einen stabilen Rahmen bereitet. Die Soziale Einbindung über einen (neuen) Partner erhofft sich auch Frau Grün die während unserer Studienzeit mit ihrem neuen Freund zusammenzieht und bis zum dritten Interview schwanger wird. Wie Frau Kunert assoziieren auch die anderen betreffenden Studienteilnehmer damit eine Rückkehr in ein normales Leben.

„(I)ch bin jetzt mit meinem Freund zusammengezogen ist schon ne ganze Ecke Normalität (.) mh ((seufzt)) das ist hier auch wie so ´n Familienverband so seine Eltern wohnen hier unten drunter und da oben wohnt sein erwachsener Sohn mit seiner Lebensgefährtin“ (Seler 3, Z. 665-672).

Hier ist zu erkennen, dass in diesem Prozess auch die soziale Einbindung in die Familie des Partners eine förderliche Wirkung entfalten kann. Frau Seler und Frau Kunert sehen beide in der Familie des Partners eine Ersatzfamilie. Den Kontakt zur eigenen Herkunftsfamilie haben

sie abgebrochen. Den Abbruch zur Herkunftsfamilie finden wir bei unseren Befragten öfter, etwa bei Frau Posch die jeglichen Kontakt mit ihrer Familie, mit Ausnahme des Vaters, ablehnt.

Das was Frau Kunert, Frau Seler und auch Frau Karl gelingt, wünscht sich auch Herr Hartmut für sein Leben in der EM-Rente. Er hat ebenfalls eine neue Partnerin gefunden, fühlt sich wertgeschätzt, sie unternehmen gemeinsam Ausflüge und unterstützen sich gegenseitig. Herrn Hartmut gelingt es aber nicht, ein gemeinsames Leben mit ihr aufzubauen. Sechs Monate später berichtet er im zweiten Interview von einer neuen Partnerin, die für ihn einen neuen Lichtblick im Leben darstellt. Die meisten alleinlebenden Studienteilnehmer haben allerdings mit dem Thema Partnerschaft bereits abgeschlossen. Sie fokussieren ihre soziale Einbindung vielmehr auf die Familie (Eltern und/oder Kinder) und auf Freunde. Allein Frau Roland wünscht sich noch einen neuen Partner.

„(D)ass man eben ´n Partner an der Seite hat wo man sagen kann so ich mach jetzt mal dies ich mach jetzt mal das wir gehen mal zusammen ins Theater so alleine ins Theater, das würde ich mich schon trauen wie ich auch alleine in ne in ne Gaststätte geh oder so aber, es macht so wenig Sinn ((lachend)) find ich dann immer (.) weil man das dann doch irgendwie immer teilen möchte“ (Roland 3, Z. 121-128).

Von ihren Kinder und den eigenen Eltern erfahren viele unserer Studienteilnehmer soziale Unterstützung und Einbindung. Frau Arndt betont, dass für sie die Familie das wichtigste soziale Netzwerk darstellt, in dem sich alle gegenseitig unterstützen.

Für sie zuallererst die finanzielle Unterstützung, die sie seitens ihrer Kinder für das Einklagen der EM-Rente bekommt. Im dritten Interview illustriert sie die gegenseitige Unterstützung an einem anderen Beispiel.

„(D)ie hab ich zum Überholen gegeben weil meine Tochter hat gesagt die hat och zwee Kinder ständig die Kniee offen ich sag meine Güte dann kofst du dir so Stücke Flicker den kriegste den nähst du eenmal drüber und Hose ist wieder ganz (.) ja jetzt hat sie gesagt ich hab gar keene Nähmasch- (ich sag?) weeßte ich hab noch die da zu stehen (1) wenn du bloß du nähst eh nur geradeaus und zickzack also ((lacht)) kannst die nehmen“ (Arndt 3, Z. 457-467).

Für Frau Hannes steht ein anderer Aspekt im Vordergrund: die gemeinsamen Aktivitäten mit Familienmitgliedern. Vor allem die Ausflüge mit ihrer Mutter empfindet sie als gegenseitige soziale Unterstützung, da sie beide diese Ausflüge nicht allein unternehmen würden. Wie

wichtig gemeinsame Aktivitäten für die soziale Einbindung in der Familie sind, beschreibt auch Frau Roland. Sie besucht regelmäßig ihre Eltern und unterstützt sie bei deren „Projekten“ (Roland 3, Z. 562), unternimmt Ausflüge mit ihren Enkeln und erfährt dafür sehr viel innerfamiliäre Wertschätzung.

Die Familie kann aber auch belastende Aspekte bereithalten. Frau Fabian erzählt z.B. im Telefoninterview, dass ihre Mutter, mit der sie eigentlich keine Beziehung hat, schwer krank geworden ist und nun in einem Pflegeheim untergebracht werden muss. Dasselbe berichtet sie von ihrer Schwiegermutter (ähnlich verhält sich das auch bei Frau Wenda). Diese Ereignisse belasten sie psychisch sehr. Zum Zeitpunkt des dritten Interviews berichtet sie, dass sie ihre Mutter zwei Mal pro Woche besucht, was sehr belastend ist, da sie sich eigentlich nicht um Menschen kümmern möchte, die sie nicht mag.

Bei Herrn Bertram und Herrn Schramm kommt es im Befragungszeitraum zu innerfamiliären Konflikten. Bei Herrn Bertram steht dies in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Bewilligung der EM-Rente. Seine Leistungsorientierung führt tendenziell zu innerfamiliären Akzeptanzproblemen: „*wie ich erzogen wurde, ähm beiß dich durch setz dich durch äh also typisch DDR (.) ähm da, sei nicht so wehleidig*“ (Bertram 1, Z. 866f.). Herrn Schramm hat aufgrund eines Konfliktes mit seiner Tochter zu Ostern keinen Kontakt mehr zu seinen Enkeln, was er sehr bedauert. Er sieht bei seiner Tochter Anzeichen einer aufkommenden Depression und erklärt darüber ihr „*aufbrausendes*“ (Schramm 3) Wesen. Einerseits würde er sie gern weiter unterstützen, andererseits sieht er aber, dass er selbst aufgrund seiner psychischen Konstitution zu einer Belastung werden kann.

Wie an den Eckfällen Frau Dietmar und Frau Kunert zu sehen, haben sich einige – und häufiger die jüngeren Studienteilnehmer – konsequent von ihrer Herkunftsfamilie aufgrund der negativen Erfahrungen in ihrer Kindheit distanziert (vor allem bei Frau Posch deutlich). Der Kontakt ist aber nicht zu allen Verwandten abgebrochen, sondern nur zu den Eltern. Frau Dietmar berichtet davon, dass sich wieder, mehr zufällig, ein Kontakt mit ihrem Großonkel ergeben hat.

„(S)eitdem haben wir halt auch ähm regelmäßigen lockeren Kontakt haben uns auch ´n paarmal schon gesehen das ist ganz schön also und der ist auch ganz anders als so, ja mein Erzeuger oder meine Mutter oder so“ (Dietmar 1, Z. 924-928).

Ebenso berichtet Frau Kunert von einem selektiven Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie, wie sie im Interview anhand einer Familienfeier ausführt:

„(V)or zwei Wochen war die Konfirmation von meinen Cousinen also die sind einiges jünger als ich meine Cousinen meine Tante ist sehr spät nochmal Mutter geworden, ja die äh hatten Konfirmation da hab ich meine Eltern gesehen ähm (2) aber ich, ja, hallo und tschüss ne also mehr war das jetzt nicht (.) ich hab zu meinen Brüdern nach wie vor Kontakt und auch zu meinen Großeltern zu meinen Tanten zu f- (1) ja eigentlich fast jedem sonst nur halt ja doch eigentlich alle nur meine Eltern halt nicht (.) und äh (1) damit geht's mir auf jeden Fall besser“ (Kunert 3, Z. 974-983).

Im Gegensatz zu Frau Dietmar kann Frau Kunert, genau wie Frau Selzer, diesen Verlust über die Familie des neuen Partners kompensieren. Hier finden sie eine Ersatzfamilie, von der sie soziale Unterstützung und Einbindung erfahren.

„(D)ann muss ich auch weinen weil ich denke boah Eltern wären echt hilfreich ne (.) (1) die geben einem doch noch irgendwie ´n Stück Sicherheit oder man kann sich einfach mal, ausheulen oder ´n Rat holen, das ist schon schade dass ich keine Eltern mehr in dem Sinne hab ne (.) (1) klar die leben noch aber das sind für mich keine Eltern (.) joa aber, dafür hab ich ne ganz liebe Schwiegermama“ (Kunert 3, Z. 984-991).

Die Distanzierung zu den eigenen Eltern ist für alle drei Personen genauso wie für Frau Walther entscheidend dafür, in der Therapie die traumatischen Erlebnisse bearbeiten zu können, da jeder Kontakt zu den eigenen Eltern die erreichten Therapieerfolge wieder rückgängig machen kann.

„(A)lso familiär muss ich sagen hängen äh viele Dinge mit dem Unfall zusammen die (1) mich wirklich den Kontakt zu meinen Eltern und zu meiner Schwester haben erst mal abbrechen lassen im Rahmen der Therapie (.) das ähm (1) das ist hart (1) aber ähm (2) war für mich äh (1) erst mal der einzig richtige Weg“ (Walther 1, Z. 285-292).

4.2.5. EM-Rente und Perspektiven auf Erwerbsarbeit

4.2.5.1 Das RTW-RTN-Kontinuum

Aufgrund schwerer psychischer Belastungen in der Arbeitswelt, in der Familie oder aufgrund von Retraumatisierungen und den daraus resultierenden psychischen und sozialen Folgen sind unsere Studienteilnehmer vor dem EM-Rentenbezug aus ihrer gewohnten Normalität gleichsam „herausgefallen.“ Im Verlauf der Krise und der Beschäftigung mit ihrer Krankheit - sei es mithilfe von Psychotherapie, sei es in einer Reha – haben sie schließlich, entweder aus eigenem Antrieb oder auf Anraten Anderer, einen Antrag auf EM-Rente gestellt. Diese Entscheidung wird in einer Situation getroffen, in der die „alte Normalität“ nicht mehr funktioniert. Viele unserer Teilnehmer sind bereits arbeitsunfähig oder arbeitslos. Die EM-Rente erscheint als rettender Anker aus einer verfestigten Situation, sei es über die Nutzung der EM-Rente als Auszeit für eine Regeneration oder als dauerhafte finanzielle Absicherung des Lebens mit psychischen und zum großen Teil auch somatischen Beeinträchtigungen. Mit der Bewilligung der EM-Rente ist für unsere Studienteilnehmer auch eine institutionalisierte Anerkennung der fehlenden Erwerbsfähigkeit verbunden, die einerseits zwar entlastend wirkt, mit der aber andererseits die Perspektive für eine Rückkehr in die „alte Normalität“ mit Erwerbsarbeit verloren geht.

Der Verlust der Erwerbsarbeit stellt dabei auch einen Verlust der regulären, über Erwerbsarbeit strukturierten, Lebensführung dar. Das Konzept der Normalbiografie (Kohli, 1985) bzw. der normale Familienzyklus (Schütze, 1981) können im Leben mit dem EM-Rentenbezug nicht mehr als Orientierungsmarken der Lebensgestaltung in Anspruch genommen werden. Der Verlust der Erwerbsarbeit stellt in diesem Zusammenhang einen doppelten Verlust an Normalität dar:

- *Erstens* stellt der Übertritt in den EM-Rentenbezug einen Verlust an Normalität über die Teilhabe an Erwerbsarbeit dar, die in unserer arbeitsteiligen Gesellschaft einen überaus hohen Stellenwert besitzt; die fehlende Möglichkeit der Teilhabe an Erwerbsarbeit lässt das eigene Leben unnormale erscheinen.
- *Zweitens* entzieht der Übergang in die EM-Rente dem Leben eine äußere Struktur, sowohl im Alltag als auch biografisch; der zuvor gelebte und als normal

wahrgenommene Alltag kann im EM-Rentenbezug nicht mehr weitergeführt werden; biografisch wird der verfrühte Übergang in die EM-Rente zu einem nicht normativen Ereignis.

Für unsere Studienteilnehmer bedeutet das, dass sie sich einerseits aus der normalen Welt ausgeschlossen sehen und andererseits vor der Aufgabe stehen, sich in der EM-Rente eine neue Normalität im Leben aufzubauen und darüber ihrem Leben eine sinnstiftende Struktur zu geben. Das gelingt den Studienteilnehmern im gesamten Befragungszeitraum unterschiedlich gut und es werden verschiedene Strategien genutzt, die in den weiteren Abschnitten im Detail diskutiert werden. Hier soll zunächst ein Überblick gegeben und die Verläufe im Befragungszeitraum diskutiert werden.

An dieser Stelle muss noch erwähnt werden, dass einige Studienteilnehmer weit weniger der Notwendigkeit der Herstellung einer neuen Normalität im EM-Rentenbezug ausgesetzt sind. Es handelt sich dabei um Personen, die eine Teil-EM-Rente beziehen und parallel dazu im EM-Rentenbezug in Teilzeit auf ihrem alten Arbeitsplatz verbleiben (vgl. Exkurs 3). Unter diesen Bedingungen können sie ihre Normalität des Lebens mit Erwerbsarbeit mit dem EM-Rentenbezug verbinden und müssen lediglich kleinere Anpassungen des Lebens vornehmen. Grundsätzlich bleiben aber ihre Alltagsstruktur und die biografische Kontinuität erhalten. In den folgenden Grafiken finden sich diese zwei Studienteilnehmerinnen in der Spalte „SAW“, die für den Stay at Work, also den langfristigen Verbleib in Erwerbsarbeit steht. Diese Personen befinden sich über den gesamten Befragungszeitraum im Bereich einer stabilen Normalität, also am oberen Ende der Y-Achse.

Bis zum ersten Interview ist es allen anderen Studienteilnehmern ganz unterschiedlich gelungen, für sich eine neue Normalität herzustellen bzw. sie haben damit begonnen, eine neue Normalität aufzubauen. Grundsätzlich können wir drei verschiedene Strategien im Datenmaterial finden.

- a) Die Herstellung einer neuen Normalität über eine geplante Rückkehr in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis; ausführlich dargestellt in Abschnitt 4.2.5.2.

Diese Personen finden sich in den Abbildungen 21 und 22 in der Spalte „Mit RTW-Szenario“, weil sie sich im Kern von den anderen Studienteilnehmern davon unterscheiden, innerhalb des ersten Bewilligungszeitraums sich ein konkretes Rückkehrszenario in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zu erarbeiten. Einen Antrag auf Weiterbewilligung der EM-Rente zu stellen, können sie sich zum ersten Interviewzeitpunkt nicht vorstellen. Wichtig ist ihnen, dass das RTW-Szenario realistisch erscheint, also dass die neue angestrebte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit den verbleibenden psychischen Beeinträchtigungen nach intensiver Krankheitsarbeit im EM-Rentenbezug vereinbar ist. Die neue berufliche Tätigkeit ist mit dem aktuellen Gesundheitszustand dann besser vereinbar als der zuvor ausgeübte Beruf. Prinzipiell nutzen sie bei der Herstellung einer neuen Normalität ihre vorherige Normalität mit Erwerbsarbeit als eine Orientierungsfolie, da sie einerseits die Hereinnahme der Erwerbsarbeit in eine (wieder-)herzustellende Normalität anstreben – eine Normalität ohne Erwerbsarbeit ist für sie keine dauerhafte Alternative – und weil sie andererseits bei der Ausarbeitung des RTW-Szenarios penibel darauf achten, einen Beruf zu wählen, in dem sie nicht den vorherigen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, die sie erst in den EM-Rentenbezug gebracht haben. Wie in den folgenden Grafiken zu sehen, ist für die Ausarbeitung eines realistischen RTW-Szenarios eine positive Krankheitsverarbeitung und noch weit mehr eine gelingende Symptomkontrolle Grundvoraussetzung. Insbesondere eine fehlende Symptomkontrolle unterminiert die Perspektive auf eine Rückkehr in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Allein eine Person aus dieser Spalte in den Grafiken hat zum ersten Interview noch eine bedingte Symptomkontrolle. Die Erarbeitung eines realistischen RTW-Szenarios obliegt bei dieser Person einer begleitenden Sozialpädagogin, der diese Studienteilnehmerin im vollen Umfang vertraut. Für letztere gilt aber, gleichermaßen wie für die anderen Studienteilnehmer aus dieser Spalte, dass das vorhandene realistische RTW-Szenario als Perspektive des Aufbaus einer neuen Normalität mit Erwerbsarbeit fungiert.

Die Spalte „Mit RTW-Szenario“ unterteilt sich ebenso wie die weiteren Spalten „Normativer RTW-Wunsch“ und „Kein RTW-Wunsch“ an den gepunkteten gelben Linien in die Bereiche „mit Nebenjob/Ehrenamt“ und „ohne“ Nebenjob/Ehrenamt. Die Nebenjobs und Ehrenämter erfüllen in den unterschiedlichen Spalten verschiedene zentrale Funktionen (ausführlicher in Kapitel 4.2.5.6.). In der Spalte „Mit RTW-Szenario“ dient der Nebenjob bzw. das Ehrenamt vor allem dem „Ausprobieren“ auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in einem ganz regulären Betrieb

und der vorsichtigen Hereinnahme der Erwerbsarbeit in die neue Normalität. Im Nebenjob oder Ehrenamt können diese Personen für den RTW in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorgesehene Berufsfelder erkunden, ihre Leistungsfähigkeit testen und potentiell auch steigern. Sie können bei aufkommenden psychischen Beschwerden auch an Symptomkontrolle gewinnen und darüber hinaus neue berufliche Kontakte knüpfen, die sie bei dem geplanten RTW-Vorhaben unterstützen können.

- b) Die Herstellung einer neuen Normalität unter Ausschluss einer Rückkehr in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis; ausführlich dargestellt in Abschnitt 4.2.5.3.

Die dauerhafte Abkehr von der Erwerbsarbeit ist für die Personen dieser Gruppe keineswegs einfach. Häufig war die Erwerbsarbeit eine zentrale Arena des alltäglichen Lebens, der sozialen Einbindung, der biografischen Strukturierung oder auch von Wertschätzung. Folglich kommt es zu Beginn des EM-Rentenbezugs häufig zum Selbstvorwurf, das eigene Leben nicht entsprechend der gesellschaftlichen Vorstellungen gemeistert und bis zum regulären Renteneintrittsalter durchgehalten zu haben. Dennoch bietet der EM-Rentenbezug nach einer langen Zeit starker psychischer und auch somatischer Belastungen einen stabilen Rahmen der zumindest ansatzweise gesundheitlichen Stabilisierung. Im Kontrast zur zuvor beschriebenen Gruppe sehen diese Personen – die sich in den Grafiken in der Spalte „Kein RTW-Wunsch“ wiederfinden – aber für sich keine Perspektive, sich innerhalb des Bewilligungszeitraums so weit zu regenerieren, dass sie wieder an Erwerbsarbeit teilhaben können. Zu sehr ist für sie die Erwerbsarbeit mit psychischen und somatischen Belastungen assoziiert, die die gesundheitliche Stabilisierung gefährden könnten. Die Alternative, die diese Personen für sich sehen, ist daher ein dauerhaftes Arrangement mit der EM-Rente und in diesem Zusammenhang sich eine neue Normalität mit der EM-Rente aufzubauen. Diese neue Normalität zeichnet sich durch neue Routinen aus, die dem Leben eine Struktur geben, die Psyche davon befreien, sich beständig den Kopf darüber zu zerbrechen, wie es weiter geht und was zukünftig zu bedenken ist. Die Herstellung einer neuen Normalität kann als ein Prozess der aktiven Auseinandersetzung mit der neuen Situation begriffen werden. In diesem Prozess der Rückkehr zu neuen Routinen summieren sich kleine Veränderungen zu einem im Nachhinein mehr oder weniger stimmigen Mosaik, das mit der bisherigen Lebensgeschichte

der jeweiligen Personen zu einer mehr oder weniger austarierten neuen Balance führt. Diese neue Normalität bleibt aber durch die Krankheitsverlaufsdynamik und durch externe Ereignisse für Brüche anfälliger als die alte Normalität. Je mehr allerdings im Zeitverlauf die Identifikation mit den neuen Routinen und das Arrangement mit der EM-Rente sich festigt – gemessen an den Selbstaussagen der Befragten – umso mehr kann man von einer Stabilität ausgehen. Die langsame Eingewöhnung in eine neue Normalität ohne die bisherige Arbeit, ggf. dafür mit neuen sozialen Netzen, der Pflege von Hobbys oder Ähnliches sind Elemente einer sich im Zeitverlauf prozessual herausbildenden neuen Normalität, die sich in unterschiedlicher Form ausprägen kann: als radikaler Bruch oder als leichte Verschiebung mit Blick auf das vorherige Leben. Wie in den Abbildungen 21 und 22 zu erkennen, gelingt die Herstellung einer neuen Normalität mit dem EM-Rentenbezug nicht allen Studienteilnehmern gleichermaßen gut und schnell. Insbesondere zum ersten Interviewzeitpunkt finden wir noch viele Personen in unserem Sample, die für sich noch keine neuen Routinen gefunden haben bzw. denen eine Kompensation der Erwerbsarbeit in ihrer alltäglichen und biografischen Struktur noch nicht gelungen ist. Häufig steht das, wie in den Grafiken zu erkennen, in einem engen Zusammenhang mit einer (noch) nicht gelungenen Symptomkontrolle bzw. (noch) nicht erreichter positiver Krankheitsverarbeitung.

In den unten folgenden Grafiken teilt sich die Spalte „Kein RTW-Wunsch“, wo sich die beschriebenen Personen wiederfinden an der gepunkteten gelben Linie ebenfalls in einen Bereich mit „Ehrenamt/Nebenjob“ und „ohne“ Ehrenamt/Nebenjob. Im Kontrast zur Gruppe der Personen mit einem realistischen RTW-Szenario übernehmen die Nebenjobs bzw. Ehrenämter hier eine ganz andere Funktion. Mit der Ausübung der nebenberuflichen Tätigkeiten versprechen sich diese Personen eine externe alltägliche und biografische Struktur, wenn auch in einem geringeren und leistungsangepassten Umfang, als es zuvor mit der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung möglich war. Weiterhin versprechen sich diese Studienteilnehmer von ihren nebenberuflichen Tätigkeiten soziale Einbindung, Wertschätzung, aber auch zusätzliche finanzielle Einnahmen, um ein Minimum an Lebensstandard aufrechterhalten zu können (ausführlicher finden sich die Funktionen der nebenberuflichen Tätigkeiten unter Kap. 4.2.5.6). Wichtig im Kontrast zur Gruppe der Personen mit realistischem RTW-Szenario ist, dass die nebenberuflichen Tätigkeiten *nicht* zum Testen oder Steigern der Leistungsfähigkeit genutzt werden und sie auch keine neuen Berufsfelder für einen RTW erschließen sollen. Stattdessen haben diese Personen ganz

konkrete Vorstellungen von den Arbeitsbedingungen, unter denen sie gewillt sind, nebenberuflichen Tätigkeiten nachzugehen. Sind die vorhandenen Arbeitsbedingungen nicht hinreichend mit den eigenen Leistungseinschränkungen kompatibel, geben diese Studienteilnehmer ihre nebenberufliche Tätigkeit umgehend auf (z.B. Frau Stoph). Wie in den Abbildungen 21ff. zu erkennen ist, kann die Aufnahme einer nebenberuflichen Tätigkeit im EM-Rentenbezug, bei der die verbliebenen Leistungseinschränkungen hinreichend berücksichtigt werden und ein Arbeiten mit bedingter Gesundheit möglich ist, durchaus förderlich für die Herstellung einer neuen Normalität sowie für eine gelingende Symptomkontrolle und positive Krankheitsverarbeitung sein. In unserem Interviewsample findet sich allein eine Person (Frau Stoph)⁴⁰, deren Krankheitsverarbeitung bzw. Symptomkontrolle von der nebenberuflichen Tätigkeit negativ beeinflusst wird. Ein Arrangement mit der EM-Rente unter Einbezug einer nebenberuflichen Tätigkeit fällt deutlich leichter, da bei der Herstellung der neuen Normalität die Erwerbsarbeit zumindest in Teilen mit einbezogen werden kann und damit die neue Normalität von den gesellschaftlichen Erwartungen weniger abweicht.

- c) Normativer RTW-Wunsch als Hemmnis für die gelingende Herstellung einer neuen Normalität mit der EM-Rente; ausführlich dargestellt in Kap. 4.2.5.4.

Der Fokus auf die Fortführung der Erwerbsarbeit kann ebenso wie eine nicht gelingende Symptomkontrolle und eine negative Krankheitsverarbeitung für die Herstellung einer neuen Normalität im Leben mit der EM-Rente hinderlich sein. Personen mit normativem RTW-Wunsch halten an der alten Normalitätsfiktion fest. Gründe dafür sind hauptsächlich soziale Erwünschtheit und/oder die Unfähigkeit sich die krankheitsbedingt verlorengegangene Leistungsfähigkeit einzugestehen. Ihr Leben mit der EM-Rente ist geprägt von Stagnation und der Hoffnung, eine Rückkehr in Erwerbsarbeit (teilweise auch an den alten Arbeitsplatz) würde sie in der Zukunft wieder in die vorherige Normalität zurückbringen. Die EM-Rente fördert hier ein passives Verharren und Abwarten, wodurch die Ausarbeitung eines realistischen RTW-Szenarios ebenso gehemmt wird, wie die Schaffung einer neuen Normalität ohne

⁴⁰ Fünf andere Personen aus dieser Gruppe und weiteren fünf Personen aus den anderen beiden Gruppen hingegen profitieren von ihrem Nebenjob bzw. Ehrenamt zum ersten Interviewzeitpunkt. (13 Personen zum dritten Interviewzeitpunkt)

Erwerbsarbeit. Durch ihre Passivität vernachlässigen diese Studienteilnehmer häufig eine aktive Krankheitsarbeit, wodurch ein Zugewinn an Symptomkontrolle minimiert wird. Sie hoffen nicht nur für den RTW auf äußere Unterstützung, sondern weisen meist auch keine positive Krankheitsverarbeitung auf, da sie sich bezüglich einer Besserung ihrer psychischen Konstitution hauptsächlich auf professionelle Akteure aus dem Gesundheitssystem verlassen.

Auch die Spalte „Normativer RTW-Wunsch“ wird mit einer gepunkteten gelben Linie in die Bereiche mit und ohne Nebenjob/Ehrenamt geteilt. Wir finden in dieser Gruppe aber lediglich zwei Personen, die einer geregelten nebenberuflichen Tätigkeit nachgehen, weshalb die Ergebnisse hierzu nicht als theoretisch gesättigt bezeichnet werden können. Dennoch soll hier die Besonderheit kurz erwähnt werden, denn diese Studienteilnehmerinnen stellen eine weitere Funktion des Nebenjobs in den Vordergrund: die Kaschierung der EM-Rente in der Außenpräsentation. Wie andere Studienteilnehmer beziehen auch sie Wertschätzung, Struktur etc. aus ihrer Nebentätigkeit. Von besonderer Bedeutung ist aber sich in Interaktion mit erwerbstätigen Personen als Berufstätige darstellen zu können. Aus analytischer Sicht bestätigt dies den Stellenwert der gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen, insbesondere die Bedeutung der Teilhabe an Erwerbsarbeit als relevanten Faktor.

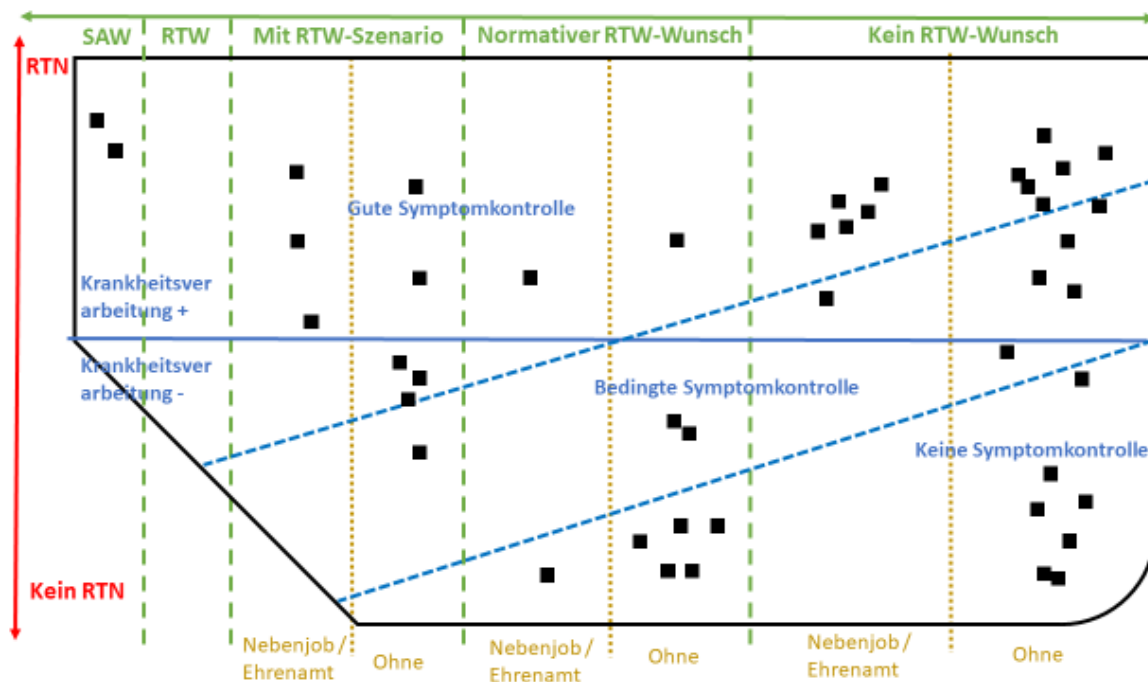


Abbildung 21: Verteilung der Studienteilnehmer im RTW-RTN Kontinuum zum ersten Interviewzeitpunkt (Quelle: eigene Darstellung)

Abbildung 21 zeigt ein Kontinuum zwischen gelungenem Stay at Work und der Abkehr von einem Wunsch nach Rückkehr in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis auf der X-Achse und einer gelingenden bzw. misslingenden Konstruktion einer neuen Normalität in der EM-Rente (RTN) auf der Y-Achse sowie die Verteilung unserer Studienteilnehmer zum Zeitpunkt des ersten Interviews auf diesem Kontinuum. Es zeigt sich, dass ein SAW, also ein teilweiser Verbleib in der alten Arbeit, sich sehr positiv auf die Herstellung einer neuen Normalität auswirkt. Des Weiteren scheint sich die Strategie der Ausarbeitung eines realistischen RTW-Szenarios (zumindest zu diesem Zeitpunkt etwa sechs Monate nach der erstmaligen Bewilligung der EM-Rente) positiv auf die Herstellung einer neuen Normalität auszuwirken. Das ist nicht weiter verwunderlich, da in beiden Varianten die Teilhabe an Erwerbsarbeit, zumindest als zukünftige Perspektive, einen wesentlichen Bestandteil der neuen Normalität formt und damit den gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen nahekommt. Auffällig ist aber, dass auch ein Arrangement mit der EM-Rente unter Ausschluss der Rückkehr in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis ebenso zu einer gelingenden und funktionalen neuen Normalität beitragen kann. Die Aufnahme einer nebenberuflichen Tätigkeit kann sich dabei förderlich auf den RTN auswirken, ist aber nicht unbedingt notwendig, insofern es den Studienteilnehmern gelingt, andere sinnstiftende Aktivitäten in ihrem Alltag zu etablieren. Deutlicher wird das in der folgenden Abbildung 22 in der die Verteilung der Studienteilnehmer zum Zeitpunkt des dritten Interviews innerhalb des RTW-RTN-Kontinuums abgebildet ist.

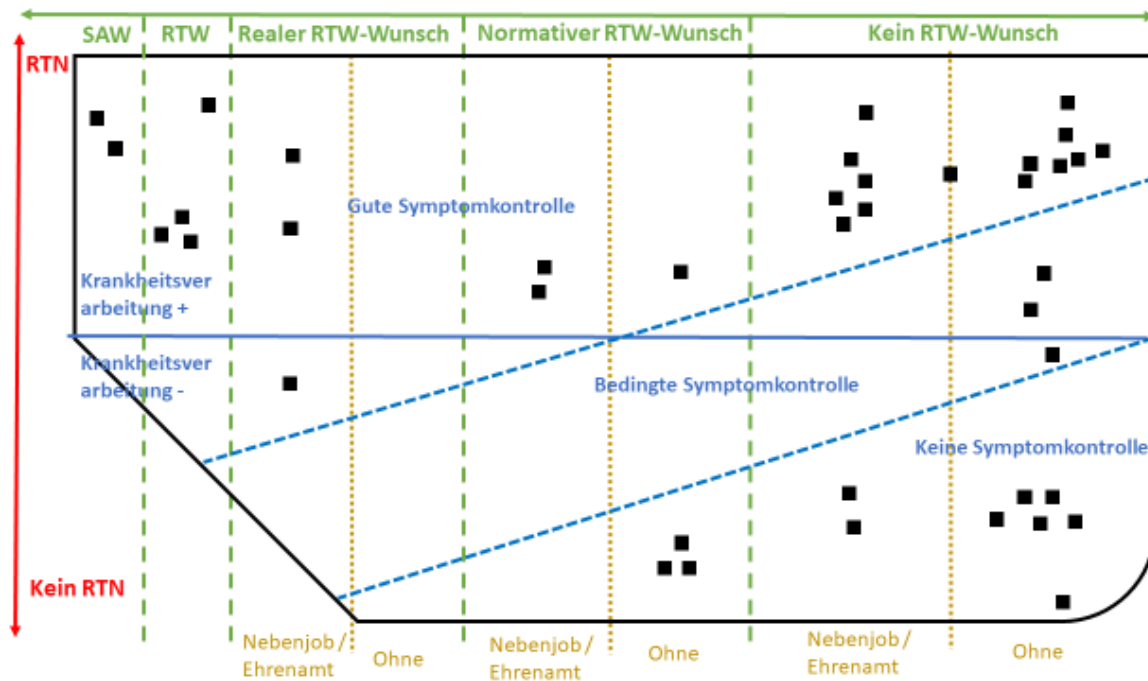


Abbildung 22: Verteilung der Studienteilnehmer im RTW-RTN Kontinuum zum dritten Interviewzeitpunkt (Quelle: eigene Darstellung)

Hier ist zu erkennen, wie die Herstellung einer neuen Normalität unter Ausschluss eines RTW immer mehr Studienteilnehmern gelingt. Das Arrangement mit dem dauerhaften EM-Rentenbezug wirkt sich zunehmend positiv auf die Krankheitsverarbeitung und die Symptomkontrolle aus. Dies zeigt sich einerseits innerhalb des Bereiches der Personen ohne RTW Wunsch, wo sich der untere Bereich der Personen mit nicht gelungener Herstellung einer neuen Normalität ausdünn und sich gleichzeitig der obere Bereich mit gelungener Herstellung einer neuen Normalität füllt. Vor allem das Abrücken von einem normativen RTW-Wunsch und eine Akzeptanz des dauerhaften EM-Rentenbezugs bis zur regulären Altersrente wirken sich positiv auf die Herstellung einer neuen Normalität mit der EM-Rente aus. Der Entschluss, das normativ geprägte Vorhaben der Rückkehr in Erwerbsarbeit aufzugeben, hilft diesen Teilnehmern dabei, sich aus der unklaren Situation zwischen RTW-Wunsch und Leben mit der EM-Rente zu lösen. Deutlich ist in der folgenden Abbildung 23 zu erkennen, dass sich der Bereich mit normativem RTW-Wunsch ausgedünnt hat. Viele dieser Personen sind zwischen erstem und drittem Interview in den oberen Bereich der Personen ohne RTW-Wunsch abgewandert.

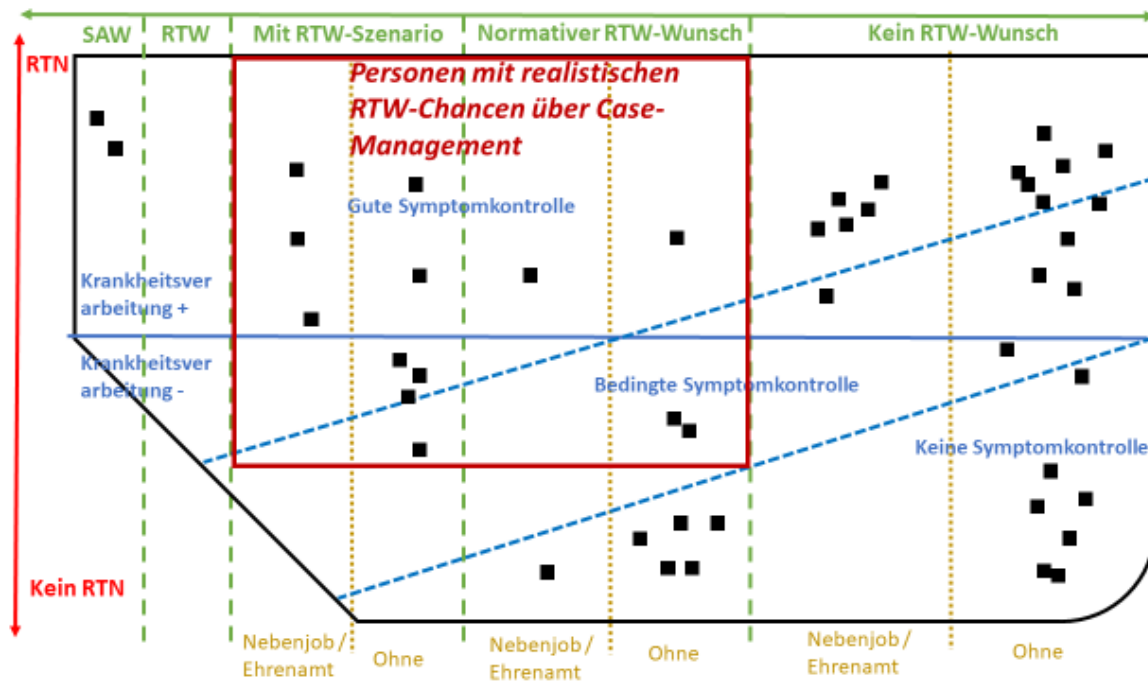


Abbildung 24: Personen mit realistischen RTW-Chancen bei einem begleitenden Case-Management zum Zeitpunkt des ersten Interviews (Quelle: eigene Darstellung)

Die Herstellung einer neuen Normalität über einen RTW gestaltet sich für unsere Studienteilnehmer als eine schwierige Aufgabe. Vor allem der Verlust der EM-Rente bzw. die fehlende Möglichkeit der Rückkehr in den EM-Rentenbezug bei einem misslingenden RTW-Versuch ist eine hohe Hemmschwelle für eine Rückkehr in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis. Deshalb sehen wir neben der Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen vor allem ein begleitendes Case-Management als hilfreich für die Umsetzung eines RTW-Vorhabens. Dieses könnte sowohl Personen mit einem realistischen RTW-Szenario als auch Personen mit einem normativ geprägtem RTW-Wunsch bei einem Rückkehrversuch in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis fördern, wobei hier unterschiedliche Intensitäten an Unterstützung notwendig sind. Während Personen mit konkretem RTW-Szenario allein in der Umsetzung begleitet werden müssen, sollte Personen mit normativem RTW-Wunsch eine intensivere Unterstützung zukommen. Bei Letzteren wäre eine Leistungsabklärung ebenso wichtig wie die Erschließung eines neuen, für sie möglichen, Berufsfeldes (näheres dazu in den Empfehlungen, Kapitel 8). An dieser Stelle lässt sich bereits sagen, dass ein Minimum an Symptomkontrolle bei den zu unterstützenden Personen vorhanden sein muss. Das lässt sich anhand der Grafiken gut illustrieren. Zumindest eine bedingte Symptomkontrolle, als eine gelingende Kontrolle der Krankheitssymptome über begleitende psychotherapeutische und/oder psychiatrische Behandlung sollte vorhanden

sein, um den von einem Case-Management vorbereiteten und begleiteten RTW-Versuch unternehmen zu können.

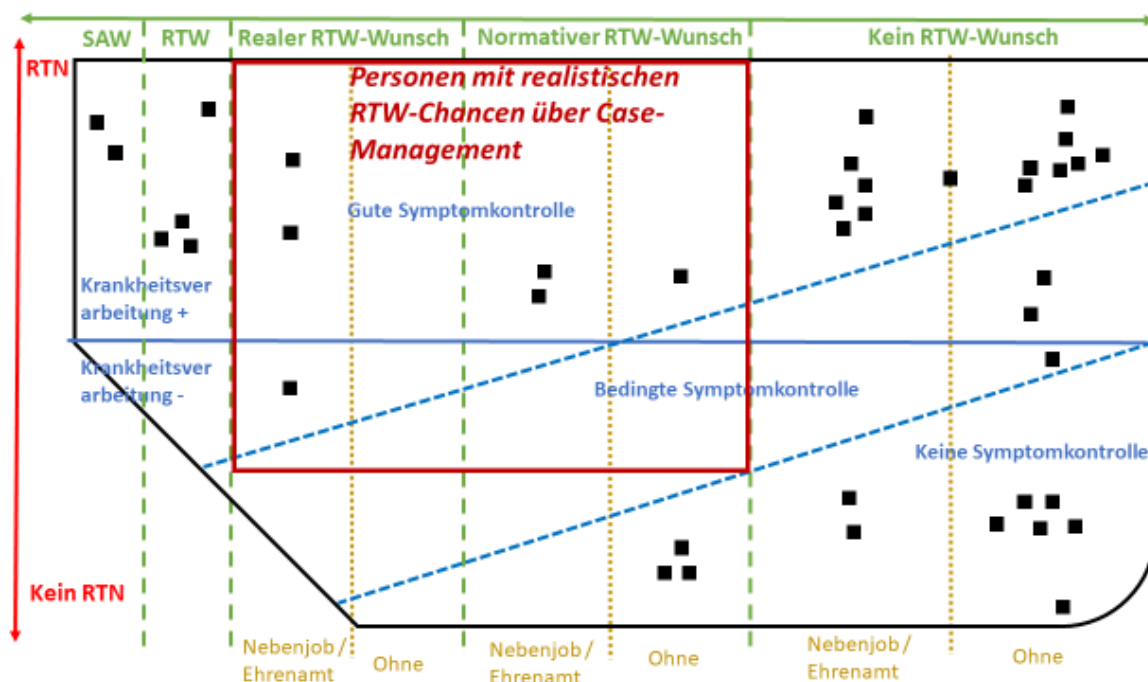


Abbildung 25: Personen mit realistischen RTW-Chancen bei einem begleitenden Case-Management zum Zeitpunkt des dritten Interviews (Quelle: eigene Darstellung)

Bis zum dritten Interviewzeitpunkt hat sich schließlich auch der Bereich der Personen ausgedünnt, die mit Hilfe eines Case-Managements den Weg zurück in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung womöglich hätten finden können. Daher plädieren wir in unseren Empfehlungen das unterstützende Case-Management möglichst früh nach der erstmaligen Bewilligung der EM-Rente einzusetzen (etwa sechs Monate danach). Das Case-Management darf aber auch nicht zu früh eingesetzt werden, weil es sich von Vorteil erweist, wenn die entsprechenden Personen zunächst wieder ihre biografische Arbeit aufgenommen haben und diese dann zeitgerecht unterstützt wird. Dies trifft vor allem für Personen mit einem realistischen RTW-Szenario zu. Bei ihnen geht es nicht darum, einen RTW von außen gesteuert vorzunehmen, sondern sie bei der Rückkehr in Arbeit entsprechend ihrer Wünsche zu unterstützen und ihr Empowerment zu fördern. Zur Illustration hier ein ausführliches Zitat aus dem ersten Interview mit Frau Dietmar.

„(A)ber das ist glaub ich auch das was man (1) allen anderen Betroffenen mit auf den Weg geben (1) sollte, also im Endeffekt (1) äh man kann sich nur selber helfen (.) ne weil die Hilfen die ich mir geholt habe die ich jetzt von außen hab die hab ich mir ja geholt (.) weil, ich möchte dass die mir helfen aber ich sag mal diese, Arbeit selber die muss ich ja machen (.) weil die Hilfen die ich von außen hab die können mir ja nur Anregungen geben oder mich halt in gewissen Dingen unterstützen ne wo ich sage kannst du mir mal helfen so ungefähr ne? also ich glaube das ist wirklich das aller-aller-wichtigste dass die Leute (1) wirklich wissen ich muss es selber machen (.) ich muss es erstens selber wollen, wirklich, wollen ne das ist ganz wichtig dann muss ich aber auch natürlich verstehen was hab ich denn überhaupt für 'n Problem ne? also ich muss mich halt damit äh auseinandersetzen was hab ich denn für Diagnosen was bedeutet das denn überhaupt? und was kann ich tun damit ich da ähm, mit ich damit leben kann (.) ne und ich glaube das äh unt- äh wissen viele einfach nicht ich glaub viele setzen sich einfach dahin und sagen hilf mir bitte (.) das geht aber nicht sondern ich muss das machen (.) und es was ich halt auch sagen kann das ist ja auch nicht leicht (.) ne also ich sag mal m=mit mir selber zu arbeiten das ist nicht immer so cool (.) ((lacht)) ne? also das ist einfach schwer (.) also und, genau das Wichtigste ist einfach man muss durchhalten (.) weil es gibt immer ganz v- also hatte ich ja auch äh, ganz viele Rückschläge, oder auch bei Anträgen wie viele Widersprüche hab ich geschrieben (.) das Wichtigste ist immer, dranbleiben (.) ne? das Wichtigste ist sich Hilfen holen einfach für die Sachen wo=wo ich halt einfach weiß das kann ich vielleicht jetzt nicht, ne selbst weil ich das Wissen nicht hab die Kompetenz nicht hab wie auch immer und einfach auch (1) ich hab auch gemerkt es hilft auch manchmal einfach einfach mal jemanden dabei zu haben wenn ich irgendwo hingehge dass ich einfach noch jemanden dabei habe, so als Flankierung (.) ne aber ich sag mal die Arbeit muss ich selber leisten“ (Dietmar 1, Z. 2385-2438).

Da unseren Studienteilnehmern aber eine solche begleitende Unterstützung fehlt, finden die wenigsten Studienteilnehmer aus diesem Bereich des RTW-RTN-Kontinuums einen Weg zurück in Erwerbsarbeit, wie auch in der folgenden Abbildung 26 zu sehen ist.

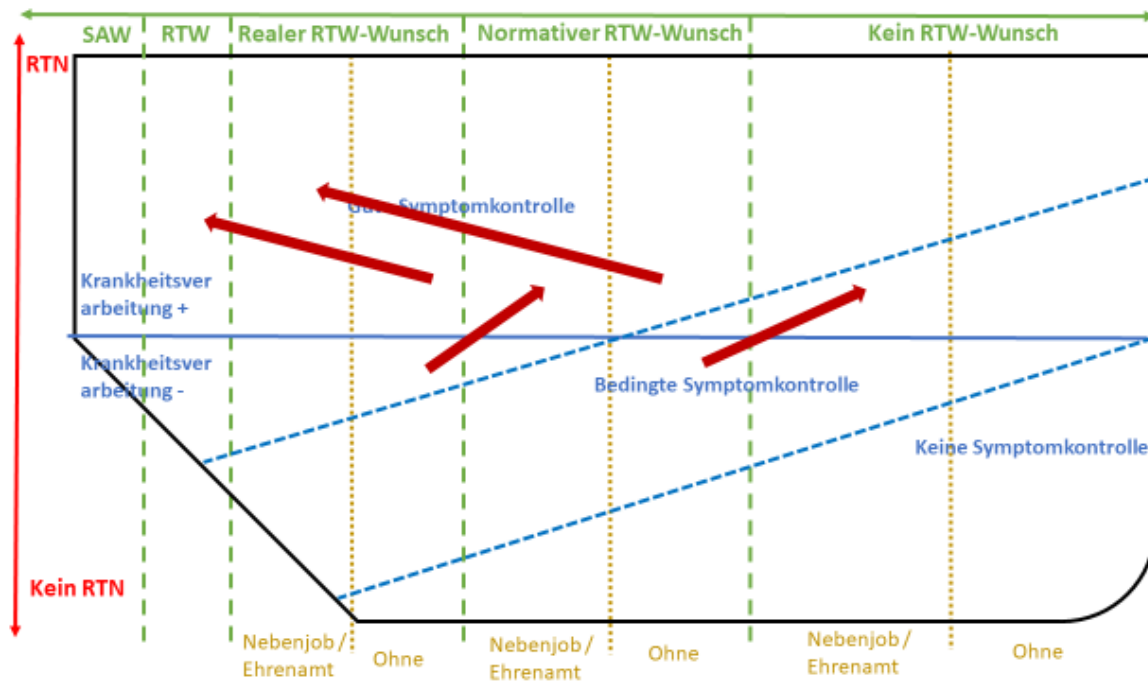


Abbildung 26: Wanderbewegungen zwischen erstem und drittem Interviewzeitpunkt im Bereich bzw. aus dem Bereich der Personen mit realistischen RTW-Chancen bei einem begleitenden Case-Management (Quelle: eigene Darstellung)

Anhand dieser Grafik wird deutlich, dass es nur sehr wenigen Personen alleine ohne Unterstützung gelingt, einen gangbaren Weg aus der EM-Rente zurück in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis für sich zu finden. Die Grafik stellt den gelungenen RTW bis zum dritten Interview sogar noch zu positiv dar, da sich unter den entsprechenden Studienteilnehmern Personen befinden die vielfache Unterstützung bei ihrer Rückkehr in Erwerbsarbeit erhalten haben (z.B. Frau Seler) oder aufgrund der fehlenden Weiterbewilligung aus finanzieller Not wieder eine Teilzeitbeschäftigung aufgenommen haben (z.B. Frau Dante).

Anderen Studienteilnehmer wiederum gelingt in der Zeit zwischen erstem und drittem Interview die Aufnahme einer beruflichen Nebentätigkeit, die aus dem normativen Wunsch ein realistisches RTW-Szenario entstehen lässt. Gleichzeitig gibt es aber auch Studienteilnehmer, die mit der Aufnahme eines Nebenjobs von ihrem zuvor realistischen RTW-Szenario in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung abrücken und deren RTW-Bestrebungen sich bis zum dritten Interview eher in den Bereich eines normativen Wunsches transformieren. Bei anderen Studienteilnehmern wiederum ist eine Stagnation zu beobachten: der noch im ersten Interview angestrebte RTW konnte aufgrund zu großer subjektiv wahrgenommener Hemmschwellen nicht umgesetzt werden. Allen diesen Personen gelingt der RTW nicht und er wird im Laufe der Zeit immer unwahrscheinlicher, vor allem

wegen der zunehmenden Unsicherheit, den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarkts noch gerecht werden zu können.

Nicht zuletzt finden wir in diesem Bereich die bereits weiter oben angesprochene Gruppe an Personen mit zum ersten Interview noch vorhandener normativer RTW-Orientierung. Diese wird aber bis zum dritten Interview zugunsten eines Arrangements mit der EM-Rente abgelegt, was sich positiv auf die Herstellung einer neuen Normalität auswirkt und tendenziell auch das Gesundheitssystem insgesamt entlastet, weil mit der Akzeptanz der neuen Normalität ohne Erwerbsarbeit auch die Krankheitsverarbeitung und Symptomkontrolle zunimmt. Andererseits rückt damit auch ein zum ersten Interview vorhandener RTW-Wunsch völlig aus dem Fokus und kann im weiteren Verlauf nicht mehr reaktiviert werden.

4.2.5.2 Der Aufbau eines realistischen RTW-Szenarios

Einigen unserer Studienteilnehmer gelingt es, im und mit dem EM-Rentenbezug für sich eine neue berufliche Perspektive zu erarbeiten. Zu nennen sind hier unter anderen Frau Dietmar und Frau Kunert, die als Eckfälle ausführlicher dargestellt wurden. An ihnen und einigen weiteren Beispielen soll nun illustriert werden, wie sich diese berufliche Neuausrichtung innerhalb des Befragungszeitraums vollzieht, und wie wichtig es dabei ist, dass die Studienteilnehmer ein für sie realistisches Szenario erarbeiten, welches dann umgesetzt werden kann.

Frau Kunert ist in Bezug auf den RTW ein positives Beispiel. Ihr gelingt es zurück in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zu finden. Zum Beginn der EM-Rente steht für sie zunächst die Krankheitsarbeit im Vordergrund, mittels Therapie und Medikamenten ist sie bestrebt, ihre psychischen Beschwerden zu bearbeiten und möglichst wieder ihre volle Leistungsfähigkeit herzustellen. An zweiter Stelle steht die Alltagsarbeit; parallel, aber nachrangig möchte sie sich am neuen Wohnort ein soziales Netz aufbauen und freizeitliche Aktivitäten aufnehmen. Ihre Perspektive formuliert sie im ersten Interview folgendermaßen:

*„(A)Iso Therapie hat richtig angefangen auf jeden Fall, ähm: ich hab, ´n Chor gefunden (.)
((lacht)) ich ähm bin in irgend ner Aqua Fitnessgruppe Aqua Zumba oder so was (.) m:h ich*

kenn hier andere Leute außer die die ich sowieso schon kenne, mh bin auch mit denen ähm also ich kenn die nicht=nicht nur ich bin mit denen in Kontakt (.) ähm wir besuchen uns gegenseitig ich hab mir ´n soziales Netz quasi aufgebaut“ (Kunert 1, Z. 1064-1073).

Obwohl sie sich zunächst ihrer Krankheits- und Alltagsarbeit widmen möchte, hat sie sich bereits zum ersten Interview mit der Rückkehr in Erwerbsarbeit auseinandergesetzt. Zu diesem Zeitpunkt liegt bei ihr noch kein konkretes RTW-Szenario vor, wohl aber schon erste Ideen und neue berufliche Perspektiven: *„ich will auf jeden Fall ne Umschulung machen und, auf jeden Fall auch im handwerklichen Bereich ähm: aber was genau weiß ich nicht da bin ich, durch den Umzug und alles ähm bin ich da jetzt noch gar nicht im Thema“ (Kunert 1, Z. 367-372).* An diesem Zitat zeigen sich zwei wichtige Aspekte für die Rückkehr in Erwerbsarbeit: *Erstens* möchte sie keinesfalls zurück in ihren alten Beruf der Sozialpädagogin. Das Handwerk stellt eine mögliche Alternative dar, da dort konkrete Vorgaben für die Arbeitsausübung existieren und gerade die vagen Vorgaben in der Sozialpädagogik sie psychisch sehr belastet haben.

„(D)a gibt´s richtig (unv.) schwarz und weiß da gibt´s plus und minus mal geteilt da gibt´s Ergebnisse, da ist alles da ist irgendwie da ist die Sache klar (.) ja (.) genau da gibt´s auch was da weiß man wie man arbeiten muss im sozialen Bereich ist ja (1) ja natürlich gibt´s da gibt´s da ähm Handlungs- (unv.) aber da ((seufzt)) (3) so richtig (1) richtig und falsch gibt´s da ja eigentlich auch nicht“ (Kunert 1, Z. 457-466).

Der *zweite* Aspekt ist der Bedarf an trägerseitiger Unterstützung für den RTW in Form einer Umschulung. Orientiert an dem in Deutschland stark verankerten Berufsprinzip als Ordnungsstruktur der arbeitsteiligen Gesellschaft (Baethge & Baethge-Kinsky, 1998) sieht sie für sich nur einen realistischen Zugang über den Erwerb einer formalen Qualifikation mittels einer Umschulung. Diese Unterstützung wird ihr seitens der DRV aber bis zum zweiten Interview verwehrt. Frau Kunert hatte sich bei der DRV über die Möglichkeiten einer Umschulung telefonisch erkundigt. In dem Gespräch wird ihr mitgeteilt, dass ihr die EM-Rente auch wieder genommen werden kann, wenn sich leistungsfähig genug für eine Umschulung fühlt. Für Frau Kunert ein herber Rückschlag. Aus Angst vor dem Verlust der EM-Rente und der daran gebundenen finanziellen Sicherheit rückt sie von dieser Idee ab. Ein weiterer Rückschlag stellt für sie die Suche nach einer passenden Einrichtung dar. Frau Kunert möchte mit ihrem Partner aus unterschiedlichen Gründen wieder in seinen Heimatort ziehen und hat sich bereits im Internet informiert, welche Umschulungsanbieter vorhanden sind und über

welches Angebot diese verfügen. Sie findet im handwerklichen Bereich aber kein passendes Angebot. Weiter stört sie, dass die Umschulungen nur von freien Trägern in einer überbetrieblichen Form angeboten werden. Für Frau Kunert steht aber insbesondere das Sich-Ausprobieren im Vordergrund, das sie in Praktika durchführen möchte. Die Beschränkung der EM-Rente auf eine Arbeitszeit bis drei Stunden wirkt hier aber hemmend, da sie davon ausgeht, dass mit diesem zeitlichen Rahmen kein Praktikumsgeber einverstanden ist. Insgesamt fehlen ihr Informationen über ihre Möglichkeiten des Testens neuer Berufsfelder im Rahmen der EM-Rente und auch ein konkreter Ansprechpartner, der sie diesbezüglich berät.

Zum dritten Interview hat sich bezüglich einer Rückkehr in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis viel bei Frau Kunert getan. Direkt nach dem Umzug hat Frau Kunert einen Nebenjob in einem Onlineversandhandel bekommen; für sie ein „großes Glück“ (Kunert 3, Z. 173). Der Nebenjob soll alternativ zu einem Praktikum dem Testen eines neuen Berufsfeldes dienen. Zwischenzeitlich konnte sich Frau Kunert aufgrund gesundheitlicher Verbesserungen mittels intensiver Krankheitsarbeit wieder mehr ihrer beruflichen Neuorientierung widmen, in der sie den Beruf der Lageristin als realistisches RTW-Szenario für sich erarbeitet hat: „*ich würd gern ne Umschulung machen und am liebsten Lagerlogistik deswegen hatte ich mir ja auch den Nebenjob gesucht*“ (Kunert 3, Z. 349f.). Zu Beginn hat sie noch eine Umschulungsmaßnahme in Betracht gezogen, die dem Ausprobieren im Nebenjob nachgelagert sein sollte und sich dazu bereits informiert. Aufgrund der vorliegenden Informationen sieht sie sich aber mit dem Vorhaben, eine Umschulung zu absolvieren, mit immer neuen (bürokratischen) Hemmschwellen konfrontiert.

„(A)Is ich da angerufen hab hieß es oh da sind Sie aber schon sehr spät dran (.) ähm und äh ja das äh (1) ach genau dann hieß es ich sollte, den Antrag stellen und ähm dann würd ich erst ´n Termin bei einem Berater bekommen bei nem (1) Reha-Berater oder so genau und ähm dann hab ich gedacht ähm ich weiß aber gar nicht ob ich das überhaupt w=will äh ich würde gerne erstmal ich hätt gern erstmal ´n Gespräch mit irgendwem und da hieß es nein erst den Antrag stellen und dann, äh ´n äh ´n Gespräch und das hat mich so demotiviert da war ich auch echt fertig dann war, da hab ich auch echt geheult, weil ich mich so alleingelassen gefühlt hab“ (Kunert 3, Z. 354-366).

Sie hält sich zwar die Option einer Umschulung offen, aber nicht mehr für ihr Vorhaben, möglichst schnell wieder in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zu

gelangen. In diesem Zusammenhang sieht sie sich dazu gezwungen, ihr RTW-Szenario an die Gegebenheiten anzupassen. Mit dem Ende des EM-Rentenzitraums kann sie aufgrund der betrieblichen Expansion ihres Arbeitgebers von einer Anstellung auf 480€ Basis in eine Vollzeitstelle wechseln, ohne dafür eine formale Qualifikation im Vorfeld erwerben zu müssen. Sie bleibt aber unsicher, ob sie den Anforderungen gewachsen sein wird. Trotz dieser Ängste überwiegen aber die positiven Erfahrungen wieder an Erwerbsarbeit teilhaben zu können:

„(W)enn ich morgens dann wach werd also fang um sieben an (2) dann muss ich den Wecker so auf fünf stellen damit ich wirklich, ich brauch halt einfach lange bis ich mich überwunden habe und weiß so jetzt=jetzt kann ich den Tag auch wirklich schaffen (.) also bis ich dann wirklich aufstehe (1) und jetzt hab ich mir, vor ´n paar Tagen hab ich mal gedacht so da kam ich nämlich grade von der Arbeit war zwar müde aber glücklich und dann hab ich ähm quasi ´n ähm ´n Video von mir selbst ähm gemacht und mir zugesprochen so ich bin jetzt glücklich der Tag war gut ähm und der nächste Tag wird auch wieder gut werden ne und das kann ich mir morgens angucken und dann geht’s auch ´n bisschen besser (.) ((lachend)) das funktioniert“ (Kunert 3, Z. 254-266).

Zusammenfassend spricht Frau Kunert im dritten Interview davon, dass sie sehr glücklich sei, dass ihr wieder der Weg zurück in Erwerbsarbeit gelungen ist. Sie sieht es mehr als glückliche Fügung, in dem Betrieb einen Nebenjob beginnen und dann später auf eine Vollzeitstelle wechseln zu können. Ihre Selbstwirksamkeit und ihr konkretes Rückkehrszenario erkennt sie zwar als wichtige Faktoren, aber ohne einen passenden Arbeitgeber, der ihr diese Möglichkeit gegeben hätte, wäre sie nicht aus der EM-Rente zurück in Arbeit gekommen. Sie bedauert trotz ihres Gelingens daher, dass sie im gesamten Prozess keinerlei Unterstützung erhalten hat.

„(A)ls ich hierhin gezogen bin (.) (1) ich hä=hätte so gerne jemanden gehabt der mich einfach an die Hand nimmt ne der mir einfach sagt so die und die Möglichkeiten haben Sie und ähm wenn Sie das und das anfangen dann gehen wir auch noch ´n Stück mit Ihnen den Weg oder wenn’s Schwierigkeiten gibt da haben Sie ´n Ansprechpartner da kann dann auch der Chef dann mal mitreden oder sowas ja ((seufzt)) dem war leider dann irgendwie nicht so“ (Kunert 3, Z. 341-348).

Den Weg aus der EM-Rente in Erwerbsarbeit geht sie auf eigenes Risiko (vgl. auch Herr Vogel, siehe unten). Förderlich wirkt dabei der soziale und vor allem auch finanzielle Rückhalt durch

ihren Partner und seine Familie. Ohne diesen Rückhalt und das vorhandene finanzielle Polster hätte sie womöglich den Schritt nicht gewagt und aus der existenziellen Not heraus einen Antrag auf Weiterbewilligung der EM-Rente gestellt.

Hier zeigt sich in der vergleichenden Analyse zwischen Frau Kunert und Frau Dietmar die entscheidende Differenz, obwohl es zwischen diesen beiden Studienteilnehmern viele Übereinstimmungen gibt. An dieser Stelle soll näher auf die Erarbeitung des realistischen RTW-Szenarios sowie die Umsetzung des Szenarios eingegangen werden. Ähnlich wie Frau Kunert fokussiert auch Frau Dietmar zu Beginn ihres EM-Rentenbezugs ihre Anstrengungen auf Krankheits- und Alltagsarbeit; ebenso entwickelt auch sie recht früh eine Perspektive für ihre Rückkehr in Erwerbsarbeit. Die Ausarbeitung eines konkreten RTW-Szenarios ist bei beiden der intensiven Krankheits- und Alltagsarbeit nachgelagert. Im Kontrast zu Frau Kunert unterscheidet sich Frau Dietmar aber in fünf zentralen Punkten:

Erstens gelingt es ihr nicht, wie Frau Kunert, sich von ihrem ursprünglichen idealisierten Beruf zu lösen. Beim ersten Interview sieht sie für sich zwei Möglichkeiten für den RTW: entweder zurück in ihre vorherige Arbeit, oder den Nebenjob, den sie bereits sehr früh nach der Bewilligung der EM-Rente angetreten hat, in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis umwandeln. Beide Arbeitgeber würden diese Möglichkeiten auch bereitstellen.

„(A)Iso für mich ist da auch der Gedanke dass ich sage naja vielleicht kann ich ja auch äh in Zukunft äh dort ähm wenn’s mir besser geht Stunden aufstocken und da bleiben (...)ich kann mir grundsätzlich auch vorstellen also ich, mbf- könnte mir auch vorstellen das wieder zu machen also, ne weil wie gesagt also ja ich wollt das immer machen ich hab das immer liebend gerne gemacht“ (Dietmar 1, Z. 577-592).

Zweitens gelingt es Frau Dietmar im Nebenjob nicht, auftretende psychische Belastungen zu kompensieren. In allen drei Interviews berichtet sie durchweg, dass sie im Nebenjob an ihre Leistungsgrenzen gerät. Im zweiten Interview berichtet sie davon, kurzzeitig überlegt zu haben, *„alles hin zu schmeißen“* (Dietmar 2; Telefoninterview). Sie entscheidet sich dann aber doch dagegen und präferiert die Weiterführung des Nebenjobs zum weiteren Testen ihrer Leistungsfähigkeit. Bis zum dritten Interview hat sich die Situation noch verschärft. Nach einem Umzug der Firma arbeitet sie nun in einem Einzelbüro, was sie zunehmend psychisch belastet. Dennoch hält sie auch weiterhin an ihrem Nebenjob fest.

„(I)ch merke halt wirklich auch wenn ich hingehge zur Arbeit dass es echt total schwankt ne dass ich Tage habe da ist es okay ne, ähm und dass ich Tage habe wo ich da sitze und denke boah, nee, es geht einfach gar nicht (.) ((lacht)) also schon der Weg zur Arbeit auch wo der negative Gedanken aufkommen lässt von wegen da muss man jetzt äh hin und erstmal ´n paar Stunden wieder verbringen“ (Dietmar 3, Z. 1049-1056).

Drittens gelingt es Frau Dietmar nicht im gleichen Maße wie Frau Kunert, mithilfe intensiver Krankheitsarbeit die psychischen Beeinträchtigungen zu lindern. Vielmehr scheint sich im therapeutischen Behandlungsverlauf die Krankheitsarbeit immer mehr zu intensivieren. Frau Dietmar empfindet die Therapie als einen wichtigen Baustein in ihrer Krankheitsarbeit, der ihr dabei hilft, sich gesundheitlich zu stabilisieren. Darüber hinaus verschiebt sich ihre Krankheitsarbeit aber auch in den Alltag. Sie versucht immer öfter ihre psychischen Einschränkungen in selbst herbeigeführten Konfrontationen mit anderen zu überwinden. Dazu kommt, dass Frau Dietmar zunehmend Alltagsarbeit leisten muss, um sowohl herausfordernde als auch Selbstsorgeaktivitäten in ihrem Leben zu etablieren. Das wirkt sich als Hemmschwelle für den RTW dahingehend aus, dass er nach hinten gestellt wird, weil sie sich bis zum RTW noch mehr Stabilität im Alltag und ihrer Gesundheit wünscht.

Viertens findet Frau Dietmar sehr schnell institutionelle Unterstützung. Im ersten Interview hat sie sich bereits eine Art Support-Team zusammengestellt, bestehend aus ihrem vorherigen Arbeitgeber, einem Verein für Opferentschädigung und verschiedenste Therapeuten. Bis zum zweiten Interview hat sie Kontakt zu einem Integrationsfachdienst aufgenommen und lässt sich dort bezüglich RTW beraten, leider nicht mit dem gewünschten Ergebnis. Nach einem anderthalbstündigen Gespräch rät ihr der IFD, sich weitere zwei Jahre EM-Rente „zu gönnen“ (Dietmar 2; Telefoninterview), um die Zeit zur beruflichen Neuorientierung zu nutzen. Im Nachgang informiert sich Frau Dietmar über die Möglichkeit, den Weg zurück in Erwerbsarbeit über eine Umschulung zu gehen. Sie entscheidet sich aber schnell dagegen, da ihr keine passenden Berufsbilder vorgeschlagen werden und sie sich noch nicht als leistungsfähig genug für eine Umschulung sieht.

„(D)ann, mh war es halt so dass äh ich dann irgendwie ja erst so verfolgt habe diese Richtung ach komm dann machst du irgendwie ne Umschulung ähm und machst dann irgendwie weiter und hab dann auch äh ja mich da entsprechend an den äh zuständigen Träger gewandt hab da auch ein Gespräch gehabt und hab aber schon in diesem Gespräch gemerkt dass ich dachte nee, das=das funktioniert nicht“ (Dietmar 3, Z. 34-42).

Fünftens ist Frau Dietmar alleinstehend und verfügt über keinen ausreichenden finanziellen Mittel, sollte ihr RTW-Versuch misslingen. Für sie ist damit das Risiko des sozialen Abstiegs deutlich höher als für Frau Kunert. Deshalb entscheidet sich Frau Dietmar zu einem Antrag auf Weiterbewilligung der EM-Rente und verwirft ihre RTW-Szenarien bis zum dritten Interview. Sie kann sich zu diesem Zeitpunkt weder eine Rückkehr in den vorherigen Beruf vorstellen noch ein Wechsel in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis bei ihrem aktuellen Arbeitgeber im Nebenjob.

„(D)ann ja musste ich natürlich erstmal zu den Chefs gehen und wieder ´n bisschen zurückrudern ne dass ich halt weil ich auch gemerkt habe ne also weil dann ging es halt in Richtung ja dann können Sie ja den Job der Kollegin dann übernehmen“ (Dietmar 3, Z. 180-184).

Frau Dietmar hat sich nach der Weiterbewilligung ein neues RTW-Szenario ausgearbeitet, das sie für deutlich realistischer hält. Sie möchte nun eine 27monatige Maßnahme in einer WfbM beginnen. Hier möchte sie über Praktika neue Berufsfelder erkunden und abschließend für sich herausfinden, ob ein Wechsel auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für sie realistisch ist, oder ob sie für einen längeren Zeitraum im WfbM verbleiben möchte. Den Antrag zur Finanzierung der Maßnahme hat sie bereits bei der DRV eingereicht. Frau Dietmar wählt diesen Weg, da sie sich noch immer sehr unsicher ist, ob sie für den allgemeinen Arbeitsmarkt leistungsfähig genug und der finanzielle Sicherheitsaspekt mit dieser Maßnahme gewährleistet ist.

„(D)azu hab ich mich jetzt entschieden dass wenn die mir das bewilligen, ich dann halt ähm, ja also ich werde spätestens das hab ich mir jetzt schon so durchgerechnet halt am 01.01. nächsten Jahres werde ich dann damit starten (.) und ich muss es halt vorher davon abhängig machen weil ich ja dann Anspruch auf Übergangsgeld habe was halt mit der Rente verrechnet wird, ne ob ich dann wirklich tatsächlich noch Übergangsgeld zusätzlich bekomme oder ob meine Rente schon hoch genug ist und das eben nicht mehr zusätzlich kommt (.) und ich hab mir halt jetzt bis Ende des Jahres hab ich mir so ´n Finanzplan gemacht“ (Dietmar 3, Z. 327-340).

Den Weg über eine WfbM zurück in Erwerbsarbeit wählt auch Frau Seler, die beim Zugang zur Maßnahme aber weitaus mehr Unterstützung erhält. Insbesondere ihre Sozialarbeiterin im ambulant betreuten Wohnen begleitet sie bereits über mehrere Jahre: *„die hab ich aber auch schon drei oder vier Jahre jetzt, kommt einmal die Woche zu mir (.) und die helfen Menschen*

mit Lebens- äh, in Lebensdingen“ (Seler 1, Z. 631f.). Bereits sehr früh nach der Bewilligung sucht Frau Seler nach Möglichkeiten, auch im EM-Rentenbezug arbeiten zu können, ohne dabei dem Druck einer Vollzeitätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgesetzt zu sein. Zunächst fokussiert sie sich, wie auch andere Studienteilnehmer, auf einen Nebenjob, doch es verbleibt die Unsicherheit, ob sie auf psychische Belastungen stoßen könnte, da sie insbesondere im zwischenmenschlichen Kontakt Stress erlebt: *„also zwischenmenschliche Konflikte ist immer noch s=schwierig, also da hab ich’s überhaupt nicht mit ich mag auch keine unfreundlichen Menschen ich kann da auch nicht mit umgehen“ (Seler 3, Z. 167-170).* Die Idee, eine Teilhabe am Arbeitsleben in einer WfbM in Erwägung zu ziehen, wird erstmals von ihrer Sozialarbeiterin aufgeworfen: *„ursprünglich den Gedanken hab ich von auch von der Frau die mich betreut“ (Seler 1, Z. 647f.).* Diese Empfehlung wird auch seitens ihrer Psychotherapeutin unterstützt. Nach einem probeweisen Austesten folgt aber schnell eine Ernüchterung.

„(D)ann hab ich zwei Praktika gemacht in solchen Werkstätten in zwei f- bei zwei verschiedenen Trägern (.) es hat mir aber überhaupt nicht zugesagt weil ich eigentlich viel zu fit bin um in so einer Werkstatt zu sitzen wo schwer geistig körperlich behinderte Menschen und ‘n ganzen Tag nur so machen“ (Seler 1, Z. 95-98).

Eine Arbeit innerhalb der Einrichtung schließt sie für sich nach dieser Erfahrung aus, da sie sich im Arbeitsbereich der Werkstatt unterfordert fühlt und sie sich nicht als Zielgruppe sieht. Dennoch erkundigt sie sich, ob eine WfbM vielleicht auch über besser zu ihr passende Maßnahmen verfügt: *„und dann, kam ein Angebot was mir zugesagt hat“ (Seler 1, Z. 106).* Eine Beschäftigung auf einem Außenarbeitsplatz kann sie sich gut vorstellen, da sie damit den für sie zu einfachen Aufgaben im Arbeitsbereich der WfbM aus dem Weg gehen, sie einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen und dennoch ihre Arbeit in einem geschützten und betreuten Rahmen ausüben kann. Nachdem ein passender Arbeitsplatz gefunden ist, folgen bürokratische Hürden. Hier bekommt sie erneut Unterstützung von ihrer Sozialarbeiterin aus dem ambulant betreuten Wohnen sowie von der Leiterin der WfbM. Ohne diese Unterstützung hätte Frau Seler sicherlich nicht begonnen zu arbeiten: *„diese Frau hat mir dann, dabei geholfen und auch die Sozialarbeiterin in dieser Firma wo ich die Maßnahme anfange“ (Seler 1, Z. 639-642).*

Nach der Bewilligung des Antrags bei der DRV durchläuft Frau Seler eine zweimonatige Phase im Eingangsbereich der WfbM und geht anschließend an ihren gewünschten Einsatzort. Zu

Beginn sieht sie die Arbeit auf dem Außenarbeitsplatz als eine gute Übergangsmöglichkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt: „dann ist das Ziel dass ich dann (1) danach wieder auf ´m ersten Arbeitsmarkt arbeiten kann“ (Seler 1, Z. 125f.). Der Außenarbeitsplatz gibt ihr die Möglichkeit, sich nützlich trotz ihrer Einschränkungen zu fühlen, sozial gut eingebunden zu sein, sich mit und über Erwerbsarbeit gesundheitlich zu stabilisieren und allmählich ihre Leistungsfähigkeit zu steigern. Dies gelingt ihr auch sehr gut. Beim Telefoninterview berichtet sie davon, dass sie ihre tägliche Arbeitszeit in der Zwischenzeit auf fünf Stunden erhöhen konnte, ohne dabei gesundheitliche Rückschläge erfahren zu haben. Auch in ihrer kleinen Gruppe von vier Personen fühlt sie sich gut aufgehoben. Mehr als sechs Stunden am Tag möchte sie aber vorerst nicht arbeiten, da sie merkt, dass sie sich an längeren Tagen gestresst fühlt und dadurch psychisch belastet. Daher ist sie auch von ihrem Vorhaben auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu wechseln abgerückt. Einen Antrag auf Weiterbewilligung der EM-Rente möchte sie zu diesem Zeitpunkt nicht mehr stellen, lieber würde sie in die Grundsicherung gehen, da sie befürchtet, bei einer Weiterbewilligung ihre Arbeit zu verlieren. Im dritten Interview erzählt sie aber gleich zu Beginn, dass sie nun doch den Antrag auf Weiterbewilligung gestellt hat. Ursächlich dafür waren Konflikte mit ihrer Vorgesetzten auf dem Außenarbeitsplatz, die sie psychisch sehr belastet haben. Dieses Ereignis hat ihr ihre eigene verbliebene Vulnerabilität gezeigt, wodurch sie die Sicherheit der EM-Rente nun doch bevorzugt.

„ich hab sie jetzt nochmal neu beantragt (1) weil ich gemerkt hab so am Anfang des Jahres hatte ich arge Probleme auf meiner alten Arbeitsstelle mit ner Vorgesetzten und dann bin ich psychisch wieder so abgedriftet und da hab ich gedacht oh ich glaube, das ist vielleicht doch noch nicht so ganz so gut“ (Seler 3, Z. 10-13).

Wie im Zitat angedeutet hat Frau Seler noch eine weitere Strategie, weiterhin trotz verbliebener psychischer Vulnerabilität in Arbeit bleiben zu können. Der Wechsel an einen anderen Außenarbeitsplatz wirkt sich schließlich sehr positiv aus. Nicht nur die Befreiung aus den Konflikten mit ihrer Vorgesetzten, sondern vielmehr ein Wechsel in grundlegend bessere Arbeitsbedingungen, wo sie sich auch seitens der gesunden Kollegen wertgeschätzt fühlt, entwickelt positive Effekte.

„(J)etzt ähm hab ich wirklich das Gefühl dass die unsere Erkrankung anerkennen darum wissen (1) und auch darauf achten dass wir nicht gestresst werden oder dass wir keine Überstunden machen müssen dass wir pünktlich gehen können“ (Seler 3, Z. 83-86).

Die neue Abteilung ist für sie aktuell der ideale Ort, an Erwerbsarbeit entsprechend ihrer Leistungseinschränkungen teilzuhaben. Von dem Vorhaben, auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu wechseln, ist sie nun grundsätzlich abgerückt: *„ich hab nicht vor wieder auf 'n ersten Arbeitsmarkt zu gehen weil der Job den ich da jetzt hab das ist mein Traumberuf“ (Seler 3, Z. 317f.)*. Ein Leben am finanziellen Minimum ist für sie auf Dauer akzeptabel, solange sie dort weiterarbeiten kann. Für Frau Seler ist Erwerbsarbeit nicht mehr zentral zur finanziellen Sicherung gedacht, sondern zur Teilhabe am normalen Leben. Wenn die EM-Rente irgendwann nicht mehr weiterbewilligt werden sollte, wird sie die Grundsicherung beantragen und dort um finanzielle Unterstützung bitten. Aktuell sieht sie dafür aber noch keinen Anlass, da ihre EM-Rente für weitere zwei Jahre weiterbewilligt wurde. Zusammen mit dem Übergangsgeld, das sie in den ersten zwei Jahren ihrer Arbeit auf dem Außenarbeitsplatz bekommt, hat sie derzeit ein finanzielles Auskommen.

Ein weiterer, aber sehr spezieller Fall für einen erfolgreichen RTW ist Herr Vogel. Er findet wie Frau Kunert Arbeit aus eigener Initiative und ohne fremde Hilfe. Herr Vogel war lange Jahre als Manager in der Modebranche tätig. Am Ende seiner beruflichen Karriere leitete er eine große Modemesse. Herr Vogel war in unterschiedlichen europäischen Ländern tätig und spricht deshalb mehrere Sprachen fließend. Seit seiner Jugend ist er ein Einzelgänger, braucht, wie er selbst sagt, keine sozialen Kontakte und war lange ganz auf seine Arbeit fokussiert, ein 16 Stundentag war nichts Seltenes. Zwar hat er schon früh manisch-depressive Phasen, kann das aber immer irgendwie kompensieren, seine Überaktivität ist auch geradezu ein Kennzeichen der Branche, in der er tätig ist. Im Laufe der Jahre verschlimmern sich die psychisch auffälligen Phasen, so lange bis er offensichtlich nicht mehr tragbar ist und gekündigt wird. Danach kümmert er sich um nichts mehr, bis seine Ersparnisse aufgebraucht sind und er seine Wohnung verliert. Nun obdachlos, lebt er fast 2 Jahre auf der Straße, was er rückblickend als eine interessante Erfahrung beschreibt. Er sei auch viel zu stolz gewesen um Hilfe zu bitten, auch bei seinen Eltern oder seinem Bruder (ebenfalls in der Modebranche tätig). Zufällig trifft er in der Zeit der Obdachlosigkeit eine Sozialarbeiterin, die ihn unter ihre Fittiche nimmt und die ihn zunächst in die Psychiatrie vermittelt, wo er 9 Monate stationär

bleibt, um danach in ein betreutes Wohnen zu kommen. Herr Vogel kriegt sein Leben wieder halbwegs in den Griff und erhält den Tipp doch eine EM-Rente zu beantragen. Nachdem er etwa ein Jahr zögert, reicht er seinen Antrag ein und erhält auch die Bewilligung. Er kann sich zwar vorstellen, wieder zu arbeiten, allerdings ähnlich wie Frau Kunert nicht in seiner Branche. Er arbeitet nun ab und zu in einem Callcenter, in dem Fremdsprachen gefragt sind und betreut ehrenamtlich einen syrischen Jugendlichen. Neben seiner psychischen Grunderkrankung hat er Herzprobleme, die ihm Sorgen machen. Insgesamt sieht er mit einer gewissen Distanz auf seine Geschichte. Für Herrn Vogel ist im Kontrast zu Frau Kunert und Frau Dietmar auch klar, dass ihm niemand helfen hätte können, denn er sei vom Prinzip her ein Einzelgänger, der alle Entscheidungen selbst treffen müsse. In Zukunft will er sich eine Tätigkeit suchen, die ihn befriedigt und ist beim ersten Gespräch sehr optimistisch, dass ihm das gelingen wird.

Bis zum dritten Interview ist Herr Vogel in eine andere Großstadt umgezogen. Er hat dort eine unbefristete Vollzeitstelle bei einer großen Airline angetreten. Nach einer 3wöchigen Fortbildung ist er Teamleiter für Mitarbeiter, die Vielflieger (über 100.000 Meilen Senatorstatus) betreuen; da er selbst einmal zu diesem Kreis gehört hat, kennt er das Metier genau, spricht mehrere Fremdsprachen und wird deswegen sofort eingestellt. Kurz vor seiner Bewerbung hat er für sich beschlossen alle seine Medikamente abzusetzen, was ihm, nach eigener Aussage und jetziger Lage, sehr gutgetan hat. Er ist auch zuversichtlich, dass er keine weiteren Medikamente mehr braucht. Wohnung und Umzug sind schon fast abgeschlossen. Alles in allem ist er optimistisch, was seine Zukunft anbelangt und freut sich auf die Aufgaben, die auf ihn zukommen. Sein Wunsch wieder arbeiten zu können, hat er sich erfüllt und aus der EM-Rente rauszukommen, empfindet er als große Befreiung. Der RTW ist bei Herrn Vogel also gelungen, über einen Stay at Work lässt sich noch nichts sagen. Seine Eigenmotivation, aber auch seine hohe Qualifikation machen einen RTW möglich, wie er das im Rückblick auch selbst sieht:

„(U)nd insofern, war das schon war es zu dem Zeitpunkt die richtige Entscheidung (.) was m- (1) was man eben nicht weiß ist dass es eben nicht für immer sein muss (.) hab ich mir damals auch keine Gedanken ich hab erstmal damit gedacht okay das ist jetzt erstmal so ja bis zu deiner Altersrente oder bis 65 oder 67 ich hab äh nie damit gerechnet dass es dann so bleibt (.) (1) weil ich aber auch nicht wusste dass es sich für mich gesundheitlich vielleicht ändert aber es hat sich ja gesundheitlich nur geändert weil ich's selber (gemacht?) habe (.) wenn ich nichts gemacht hätte hätte es sich auch nicht geändert und

dann wär ich bestimmt auch dabei geblieben“ (Vogel 3, Z. 1311-1319).

Institutionelle Hilfe lehnt Herr Vogel bei seiner Rückkehr in Arbeit ab und verlässt sich ganz auf seine eigenen Fähigkeiten. Wie Frau Kunert geht er den Weg aus der EM-Rente auf eigenes Risiko. Sein Fall ist aber sicher sehr speziell und kann – über die Rolle der Eigenmotivation hinaus – sicher nicht dahingehend verallgemeinert werden, dass er exemplarisch für den RTW aus einer EM-Rente steht.

Bei Herrn Günther zeichnet sich ein ganz anderes Bild ab. Im Kontrast zu den eben beschriebenen Studienteilnehmern wollte Herr Günther nicht in einen vollen EM-Rentenbezug wechseln, sondern in Teilzeit arbeiten und parallel eine Teilzeit-EM-Rente beziehen. Bewilligt wurde ihm allerdings eine volle EM-Rente, wodurch er (zunächst) aus dem Arbeitsleben ausgeschieden ist; für ihn sehr schmerzlich, weil er damit assoziiert, nicht mehr gebraucht und aus der normalen Welt herausgedrängt zu werden:

„hab mich da völlig unverstanden gefühlt warum ich jetzt quasi von heute auf morgen aus meiner Arbeit raus musste“ (Günther 1, Z. 75ff.). Die Bewilligung der vollen EM-Rente wirkt auf ihn zusätzlich verunsichernd: „nun weiß ich von mir selber (1) dass ja manchmal (1) der Anspruch den man an sich hat ein anderer ist als das was man in der Realität wirklich liefern kann“ (Günther 1, Z. 147ff.).

Herr Günther akzeptiert die volle EM-Rente als Teil seiner Biografie, möchte sie aber keinesfalls dauerhaft beziehen, sondern strebt einen RTW an. Deshalb bleibt er auch in Kontakt mit seinem ehemaligen Vorgesetzten und mit einigen ehemaligen Kollegen, um den Arbeitsmarkt zu sondieren und zum Ende der Bewilligung der EM-Rente wieder in Arbeit zu kommen. Darüber hinaus hat er auch ein Berufsfeld für sich entdeckt, in dem er sich zutraut, arbeiten zu können. Rechtliche Rahmenbedingungen verhindern das aber in seinem Bundesland.

„(W)as ich gerne machen würde und äh wo ich immer gut mit klarkomme ich hab über viele Jahre, hab ich Kinderfreizeiten für die (unv.) gemacht (.) ne aber leider geht das in meinem Bundesland nicht das geht in anderen (.) da hat man die Gesetzgebung dahingehend verändert dass also auch artfremde Berufe, als Ergotherapeut in äh ((Geräusch)) Kindergärten arbeiten dürfen“ (Günther 1, Z. 935-942).

Herr Günther wünscht sich daher Unterstützung seitens der DRV. Für Herrn Günther ist es keine Frage des Willens zu arbeiten, sondern „die Frage ist ob man mich lässt“ (Günther 1, Z. 157). Ideal für ihn wäre eine Qualifizierungsmaßnahme damit er in dem angestrebten Berufsfeld arbeiten kann und sei es auch nur in Teilzeit.

„(M)an nimmt noch mal ´n bisschen Geld in die Hand man finanziert diesen Lehrgang als Integrationshelfer und ich kann und davon gibt es einige Stellen, ne 19,5 Stelle irgendwo, äh bei ner offenen Ganztagschule oder äh bei nem Kindergarten äh äh irgendwo wo ich keine Verantwortung habe wo ich Verantwortung an, Leitung abgeben kann“ (Günther 1, Z. 1502-1506).

Da Herr Günther aber von keinerlei Seite eine Unterstützung erfährt, sondern sich eher ablehnend behandelt fühlt „Sie brauchen sich nicht mehr zu melden wir melden uns bei Ihnen“ (Günther 1, Z. 905f.), hat er bis zum Telefoninterview einen Antrag auf Weiterbewilligung der EM-Rente gestellt. Mit laufendem EM-Rentenbezug schätzt er seine Chancen, wieder eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen zu können, zunehmend geringer ein, vor allem da er zum Ende des zweiten Bewilligungszeitraums bereits 56 Jahre alt sein wird. Für sein RTW-Szenario sieht er aufgrund seines Alters keine realistische Umsetzungsmöglichkeit mehr. Chancen sieht er nur noch in Berufen jenseits seiner vorherigen Erwerbsbiografie. Dafür würde es aber wieder eine LTA-Maßnahme bedürfen. Aufgrund seines Alters geht er aber davon aus, dass ihm diese nicht mehr bewilligt wird. Zum dritten Interview hat sich an seiner Situation wenig geändert. Es ist ihm nicht gelungen, ein neues RTW-Szenario zu erarbeiten. Dennoch hält er noch daran fest, zurück in Erwerbsarbeit zu kommen: „in meinem Wunsch ist es so dass ich sage okay ich äh suche mir zum Ende Oktober 2020, im besten Fall zumindestens ne halbe Stelle“ (Günther 3, Z. 1006ff.). Eine medizinische Reha, in der seine Rückkehrpotentiale in Arbeit eingeschätzt werden, wäre an dieser Stelle hilfreich.

„(D)as wäre etwas was ich dann eben im Rahmen einer=einer erneuten Reha mh ne nochmal hingucken müsste (.) ähm, ähm weil di-, natürlich ich mich da schon ganz gerne insofern absichern würde, ähm (1) äh n- dass ich das Gefühl habe es=es klappt (.) also nicht es kann klappen sondern es klappt weil ich kann ja nicht zurück in die Rente“ (Günther 3, Z. 1015-1024).

An den letzten beiden Zitaten ist zu erkennen, wie gering seine Perspektive auf einen gelingenden RTW aus der EM-Rente inzwischen geworden ist, da Herr Günther nahezu nur

noch im Konjunktiv spricht und Formulierungen wie „im besten Fall“ nutzt. Grundsätzlich hat er im gesamten Beobachtungszeitraum den Willen des Verbleibs und anschließend der Rückkehr in Erwerbsarbeit nachdrücklich formuliert. Dass ihm eine Rückkehr bis zum dritten Interview nicht gelingt, sieht er in der fehlenden Unterstützung, die, insofern sie rechtzeitig gegriffen hätte, ihn zurück in Erwerbsarbeit hätte bringen können. Wie diese aussehen hätte sollen, formuliert er konkret an mehreren Stellen im dritten Interview.

„(A)uf jeden Fall wär das für mich schon=schon ähm durchaus sinnvoll ähnlich wie im ambulant betreuten Wohnen äh nach kurzer Absprache ähm immer wieder mal ich sag jetzt mh einmal die Woche alle 14 Tage ich nenn jetzt einfach mal so aus ´m Bauch heraus Zahlen zu sagen okay ich komm heut auf die Arbeit wir sprechen mal kurz oder ich bin wie im ambulant betreuten Wohnen im Zeitraum von 8 bis 16 Uhr ansprechbar wenn irgendwas ist ansonsten meld ich mich direkt am nächsten Tag (.) sowas in der Form ne (.) ne psychotherapeutische Begleitung würde ja feste Termine beinhalten sowas wo ich sagen könnte okay da habe ich, äh mh alle 14 Tage im Grunde genommen alle drei Wochen alle vier Wochen je nachdem die Möglichkeit darauf dann entsprechend zurückzugreifen in der Form also das ist so ´n so ´n so ne Mischung aus ich hab feste Termine bei der äh bei der Psychotherapie äh und äh der aufsuchenden sozialarbeiterischen Arbeit ähnlich die des ambulant betreuten Wohnens wo mit mir nach Rücksprache einfach Termine gemacht werden“ (Günther 3, Z. 617-639).

Da ihm aber keine derartige Unterstützung zu Teil wird, rückt Herr Günther im Laufe des EM-Rentenbezugs immer mehr von seinem RTW-Vorhaben ab. Er sucht nun nach Kompensationsstrategien, um darüber dem Leben mit der EM-Rente eine neue Struktur zu geben und sich auch eine neue Normalität zu schaffen, worauf im folgenden Abschnitt näher eingegangen wird.

„(I)ch fange im Herbst so ´n Senioren Studium an und das kann man ja mit über 50 also ich geh nochmal äh äh Soziologie- äh Soziologie und Philosophie ähm: da hab ich mich schon für angemeldet die Unterlagen sind auch schon da und im Herbst beginn ich dieses Senioren Studium ne so (.) einfach (1) ja um=um=um für mich äh noch äh fit aktiv zu bleiben“ (Günther 3, Z. 137-145).

4.2.5.3 Die EM-Rente als neue und dauerhafte Normalität

Wie in Kap. 4.2.4. gezeigt, müssen unsere Studienteilnehmer nach dem Verlust der struktur- und sinngebenden Funktion aufgrund des Ausscheidens aus der Arbeitswelt eine neue Normalität in und mit der EM-Rente aufbauen. Wie zuvor in unterschiedlichen Konstellationen diskutiert, fällt es einigen Studienteilnehmern schwer, sich ein neues „normales Leben“ ohne Erwerbsarbeit vorzustellen. Deswegen setzen sie alles daran, wieder aus der EM-Rente heraus in Arbeit zu finden (im Extremfall, wie bei Frau Ritzel über das Einklagen ihres Arbeitsplatzes). Weiterhin sei hier nochmals an Frau Seler erinnert, die ein dauerhaftes Leben in einer finanziell prekären Lage akzeptiert, solange dabei die Möglichkeit einer Erwerbsarbeit nahe am allgemeinen Arbeitsmarkt gegeben ist. Grundlage des Bedürfnisses zur Teilhabe durch Erwerbsarbeit ist bei Frau Seler insbesondere die Bedeutung von Arbeit für die alltägliche und biografische Identität, da sie sich erst darüber, trotz verbliebener Beschwerden, als normales und wertvolles Mitglied der Gesellschaft fühlen kann. Ähnlich Herrn Günther, der in der EM-Rente das Gefühl hat, dass ihm diese Wertschätzung verwehrt wird. In einem Zitat von Frau Kunert in dem die Relevanz der Teilhabe über Erwerbsarbeit am normalen Leben thematisiert wird, wird dies besonders deutlich illustriert.

„(A)ls ich am ersten Tag nach Hause gefahren bin mit dem Auto es war richtig schönes Wetter und es war heiß draußen, und es war Stau weil Berufsverkehr (.) und ähm alle standen im Stau und waren angernert aber ich hab mich so gefreut über diesen, über Berufsverkehr und mit allen anderen nach Hause zu fahren und mit allen anderen Feierabend zu haben das war mal wieder so ´n Gefühl von Normalität“ (Kunert 3, Z. 196-203).

Die meisten unserer Studienteilnehmer sehen für sich aber keine realistische Chance mehr, wieder über Erwerbsarbeit ihrem Leben Sinn und Struktur zu geben. Ausschlaggebend sind dafür in der Regel zweierlei Faktoren, die häufig auch in Kombination auftreten. *Erstens* eine zu starke Einschränkung aufgrund der meist multiplen gesundheitlichen Beschwerden. *Zweitens* die fehlende Perspektive auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund des inzwischen fortgeschrittenen Alters oder einer bereits vor dem EM-Rentenbezug brüchigen Berufsbiografie. Wenn beide Faktoren in der Kombination auftreten, dient oft als Argument, dass es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt keinen zu den Leistungseinschränkungen passenden Arbeitsplatz, zumindest in der jeweiligen Heimatregion und in dem gewünschten

Beruf gibt: „es funktioniert ne mehr (.) vielleicht könnte man irgendwo vier Stunden da müssen Sie aber wieder den Job finden der passt“ (Hubert 1, Z. 979ff.). Aufgrund der fehlenden Perspektive einer Restrukturierung des Lebens über Erwerbsarbeit, bleibt diesen Studienteilnehmern keine andere Wahl, als sich mit dem Leben in der EM-Rente zu arrangieren und neue Wege zu finden, über die sie ihrem Alltag und ihrer Biografie eine Sinnstiftung und eine neue Struktur geben können, also eine neue Normalität in ihrem Leben zu etablieren, die mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einem dauerhaften Leben in (EM-)Rente vereinbar ist.

Dieses Arrangement fällt unseren Studienteilnehmern dabei unterschiedlich leicht, was zum Teil auch mit den erwerbsbiografischen Vorerfahrungen zusammenhängt. Für Herrn Hubert etwa stellt das Arrangement keine große Herausforderung dar. Für ihn ist es die Fortführung eines gewohnten Lebens ohne Erwerbsarbeit auf niedrigem finanziellem Niveau, allein der Kostenträger hat sich verändert. Dennoch betont Herr Hubert, wie etwa auch Frau Schnabel, in allen Interviews, wie wichtig die EM-Rente für seine gesundheitliche Stabilität ist, weil er sich darüber von den ihm bekannten Langzeitarbeitslosen am Ort im gesellschaftlichen Status abgrenzen kann. Weiter trägt die EM-Rente dazu bei, sich von den gefühlten Repressalien des Jobcenters zu befreien. Ähnlich sieht das auch Herr Schramm, der im ersten Interview die Zeit der Arbeitslosigkeit mit der Zeit in der EM-Rente in Bezug setzt:

„(D)as ist das alles wo ich dann ((holt tief Luft)) wo keene Hilfe ist und wo man sich dann so offregt und das ist dann so deprimierend und (1) deshalb (1) bin ich froh dass ich jetze die Rente hab“ (Schramm 1, Z. 388-391).

Da diesen Personen das Arrangement mit der EM-Rente bereits zu Beginn sehr einfach gelingt, kommt es kaum zu Veränderungen im Befragungszeitraum. Für Herrn Hubert ist die EM-Rente von Anbeginn eine Rahmung, wo „ich eigentlich warte dass es zu Ende geht“ (Hubert 1, Z. 1459f.). Herr Hubert hat keine Ziele mehr im Leben und beschäftigt sich daher auch nicht mit biografischer Planung. Der Alltag bietet ihm den Rahmen, seinem Leben Struktur zu verschaffen; darüber hinaus sieht er keine Bedarfe mehr für sich und seine Gesundheit. Ähnlich auch Herrn Volker, für den die EM-Rente eine bessere Möglichkeit darstellt, sich intensiver bezüglich seiner somatischen Beschwerden behandeln zu lassen. Auch bei ihm sind keine Veränderungen zwischen erstem und drittem Interview festzustellen. Herrn Schramm hingegen prägt im Befragungszeitraum immer mehr Rückzugstendenzen aus, die aus seiner

Sicht wichtig sind, um psychische Stabilität zu erfahren. Im zweiten Interview beschreibt er, dass er sich eine „Blase gemacht“ (Schramm 2; Telefoninterview) habe und er das Verlassen der Blase psychisch belastend empfindet. Dieses Belastungserleben aufgrund äußerer Einflüsse steigert sich noch bis zum dritten Interview: „alles außerhalb von gradlinig ist schwer belastend“ (Schramm 2, Telefoninterview). Damit gemeint sind etwa zusätzliche Termine, die in seinem zuvor erstellten Wochenplan nicht enthalten sind. Auch gegenüber seiner Partnerin hat er zunehmend Rückzugstendenzen.

Herr Gerhard geht im Kontrast dazu nicht aus der Arbeitslosigkeit, sondern aus der Erwerbstätigkeit in die EM-Rente. Auch ihm gelingt das Arrangement mit der EM-Rente von Beginn an ohne Probleme, was auf zwei Gründe zurückzuführen ist. Zum einen sieht er aufgrund seiner somatischen Beeinträchtigungen keine realistische Alternative zur EM-Rente für sich: „was anderes bleibt mir ja nicht mehr“ (Gerhard 3, Z. 483). Zum anderen hat die Erwerbsarbeit bereits im Vorfeld immer mehr an Relevanz für ihn verloren. Er hatte sich zwar mit seinem Beruf identifiziert, doch im Laufe des Lebens hat sich die Erwerbsarbeit immer mehr auf die Funktion der finanziellen Sicherung reduziert, sodass er bereits im ersten Interview den hohen Stellenwert der Erwerbsarbeit in unserer Gesellschaft kritisiert.

„(A)lle Leute leben in der heutigen Zeit nur noch auf dem Level wir müssen arbeiten (.) das ist warum die Menschen so sind, weiß es nicht ich denke früher waren wir 'n bisschen anders davor (.) (1) aber das hat sich mit diesem, mit diesen=diesen äh Jahrzehnten immer mehr eingebürgert das Wichtige ist immer nur die Arbeit die Arbeit die Arbeit (.) egal wie hoch der Preis dafür ist“ (Gerhard 1, Z. 886-894).

Bei einigen unserer Studienteilnehmer steht das Arrangement mit der EM-Rente im Kontext der Bewilligung der EM-Rente. Gerade die Bewilligung der EM-Rente verdeutlicht diesen Personen das nicht-normative Ereignis des aus ihrer Sicht zu frühen Rentenbeginns: „wo dann der Bescheid da war war es schon doch einmal so ein bisschen so (2) ((seufzt)) ne ich meine gut ich bin jetzt 31 aber gut dann bin ich jetzt halt, Rentner dann ist das so“ (Karl 1, Z. 276ff.). So einfach wie Frau Karl gelingt die Akzeptanz des frühen Renteneintritts keineswegs allen Personen dieser Gruppe. Insbesondere am Eckfall Frau Roland wird das deutlich: „war schwer zu akzeptieren n- n- also, nicht mehr arbeiten zu können (.) ne also ich sag mal so nicht=nicht durchgehalten zu haben“ (Roland 1, Z. 846-849). Bis zum zweiten Interview hat Frau Roland ihren Status aber akzeptiert. Sie hat keinerlei negative Empfindungen mehr bei dem

Gedanken, nicht bis zur regulären Altersrente gearbeitet zu haben. Im EM-Rentenbezug hat sie sich ein kleines abgeschottetes System, bestehend aus den beiden Säulen soziale Einbindung und stabile Alltagsstruktur, geschaffen, mit dem sie ein zufriedenes und gesundheitlich stabiles Leben ohne Erwerbsarbeit führt. Bei Herrn Wegner sieht das ähnlich aus. Für ihn war die Beantragung der EM-Rente zunächst ein sehr schwerer Schritt; bis zum ersten Interview kann er aber bereits den Status eines EM-Rentners für sich akzeptieren und sich mit dem Leben in und mit der EM-Rente arrangieren. Im Kontrast zu Frau Roland sieht er seinen Weg in die EM-Rente aber viel stärker als unverschuldeten Schicksalsschlag „*es ist so ich hab's mir nicht ausgesucht*“ (Wegner 1, Z. 515), was eben nicht zu den anfänglichen Selbstvorwürfen von Frau Roland führt. Die Wahrnehmung der EM-Rente als persönlichen Schicksalsschlag scheint auch bei anderen Studienteilnehmern wie Frau Arndt und Frau Stephan das Arrangement mit der EM-Rente zu beschleunigen. Allerdings scheint das noch kein Garant für ein gelingendes Arrangement. Während Frau Stephan bereits im Telefoninterview davon berichtet, dass es bei ihr kaum zu Phasen der Langeweile kommt und sie eine gute Tagesstruktur ohne Erwerbsarbeit etablieren konnte, zeigen sich bei Frau Arndt und Herrn Wegner noch deutliche Phasen psychisch belastender Lethargie. Ihnen gelingt es im EM-Rentenbezug nur sehr bedingt, sinnstiftende Alternativen zur Erwerbsarbeit in ihrem Leben mit der EM-Rente zu finden, die ihrem Alltag und ihrer Biografie Struktur verleihen.

Unter unseren Studienteilnehmern befinden sich auch Personen, die sich im gesamten Beobachtungszeitraum nicht mit der EM-Rente arrangieren konnten und somit die neue Normalität im Leben mit der EM-Rente eher als fremdstrukturiert wahrnehmen, was sie psychisch belastet. Als Ursachen für das ausbleibende Arrangement mit der EM-Rente können dabei zwei zentrale Aspekte benannt werden: *erstens* die Dominanz der Krankheit in der Alltags- und biografischen Struktur sowie *zweitens* die fehlenden sinnstiftenden Alternativen zur Erwerbsarbeit. Frau Erasmus erzählt etwa im ersten Interview davon, tagtäglich antriebslos zu sein und keinen Grund zu haben, das Haus zu verlassen. Ebenso bleibt es für Frau Hannes über den gesamten Befragungszeitraum hinweg schwierig, zu Hause zu sein. Sie würde gerne wieder arbeiten, um etwas Sinnvolles in ihrem Leben zu haben. Der Nebenjob kann diese Funktion bereits in Ansätzen erfüllen, aber darüber hinaus fehlt es in ihrem Alltag an für sie sinnstiftenden Aufgaben. Die aus der Leistungseinschränkung resultierende Perspektivlosigkeit belastend sie sehr. Ähnlich auch Herrn Jülich. Er kann sich zwar sein Leben mit der EM-Rente bis zum dritten Interview einrichten, doch fehlt ihm nach wie vor

Sinnstiftung und Struktur in Alltag und Biografie. Diese Funktionen hatte für ihn die Erwerbsarbeit übernommen, an der er nicht mehr teilhaben kann.

„(W)enn ich jetzt äh sa=sag mer mal morgen topfit wär oder so wär ich ja froh wenn ich wieder könnte ne dann halt ja dann auch der=der Rest des Lebens wieder, 'n ganz anderen Sinn bekommt wenn man wieder gesund ist ne aber das geht halt einfach nicht“ (Jülich 3, Z. 72-77).

Die fehlende Sinnstiftung im Leben mit der EM-Rente beklagen auch Personen, deren Leben im gesamten Befragungszeitraum von ihren multiplen psychischen Krankheiten dominiert wird.

Ihr gesamter Alltag dreht sich um medizinisch-therapeutische Behandlungen; eine biografische Planung und damit lebensgeschichtliche Strukturierung ist schlichtweg verunmöglicht.

„(I)ch kann's Ihnen nicht mal sagen was ich mir wünschen würde ((lacht)) weil ich mir da drüber och echt keene Gedanken mach (.) es ist ähm (1) meine Freundin hat mal gesagt das klingt so als wie du hoffst jeden Morgen aufzuwachen und dass alles so ist wie gestern nichts außer der Reihe passiert und äh, dann ist alles gut (.) ja und so ist es“ (Walther 3, Z. 601-608).

Gerne würden diese Personen wieder arbeiten gehen und darüber Sinnstiftung, Struktur, soziale Einbindung etc. erfahren, doch die gesundheitlichen Einschränkungen verhindern das weitgehend. Weiter verhindert die fortbestehende Selbstsicht, mit der EM-Rente kein wertvolles Mitglied der Gesellschaft zu sein, das Arrangement mit dem Leben in der EM-Rente: *„es ist dieses Gefühl wertlos zu sein und nichts mehr zu taugen und so arbeiten zu können und kein Geld mehr mit nach Hause zu bringen sondern vom Staat zu leben“ (Fabian 1, Z. 478ff.).*

In der Regel gelingt es den Studienteilnehmern aber, sich mit dem Leben in der EM-Rente zu arrangieren. Dafür finden und nutzen sie Alternativen zur Erwerbsarbeit, die entsprechend der subjektiven Möglichkeiten und Bedürfnisse ganz unterschiedlich gelagert sind; diese Alternativen werden ausführlicher im Kapitel 4.2.4. zu unterschiedlichen Schwerpunkten erörtert. Unisono stimmen alle diese Studienteilnehmer überein, dass ein geregelter Alltag den Grundstein für sinnstiftende Aktivitäten legt, denen wiederum eine alltags- und biografiestrukturierende Wirkung innewohnt. Welche Funktionen die einzelnen Aktivitäten

dabei alternativ zur Erwerbsarbeit erfüllen können, zeigt sich ganz besonders gut am Eckfall Frau Roland, die sehr darauf bedacht ist, ihren Alltag mit wohltuenden Aktivitäten zu strukturieren. Sie beschreibt etwa, wie sie sich im EM-Rentenbezug vom früheren Status der „Einzelkämpferin“ weg entwickelt hat und nun soziale Einbindung und Unterstützung sucht. Diese erfährt sie im Chor genauso, wie in der Reisegruppe, der Laufgruppe oder in ihrer Familie. Für ihr Engagement in diesen sozialen Kreisen erhält sie sehr viel Wertschätzung und Anerkennung. Als EM-Rentnerin kann sie aber nicht ihren gesamten Alltag mit sozialen Aktivitäten füllen. Viele ihrer Freundinnen und ihre Kinder gehen (noch) einer Erwerbsarbeit nach und haben daher tagsüber keine Zeit für sie. Die Enkel sind in der Kita und Schule, der Chor und andere kollektive Aktivitäten finden abends statt. Diesen Leerlauf zwischen sozialen Aktivitäten füllt Frau Roland mit individuellen Aufgaben, bei denen sie einerseits darauf bedacht ist, sich nicht zu überfordern, und andererseits darauf, sich immer wieder neuen kleinen Herausforderungen zu stellen. Wie wichtig das für ein gelingendes Arrangement mit der EM-Rente und für die Kompensation der Erwerbsarbeit ist, zeigt sich am Vergleich mit Frau Arndt, der dies in weit geringerem Umfang gelingt. Im ersten Interview betont auch sie, wie wichtig sinnstiftende Aufgaben im Alltag für ihr Leben in der EM-Rente sind, um nicht in Lethargie zu verfallen. Beim folgenden Telefoninterview berichtet sie dann davon, dass sie nun angefangen hat zu basteln oder Kreuzworträtsel zu lösen. Damit ist es ihr zwar gelungen, ihren Alltag über Aktivitäten zu strukturieren, aber nicht, sinnstiftende Aktivitäten für sich zu finden, über die sie Wertschätzung erfahren kann, worüber sie sozial eingebunden wird etc. Die Kompensation der Erwerbsarbeit gelingt ihr weniger. An dieser Situation hat sich auch bis zum dritten Interview kaum etwas geändert. Sie ist nun dazu übergegangen, das Basteln exzessiver zu betreiben:

„(I)ch bastle ohne Ende (.) (1) nicht jetzt mach ich draußen stehen wieder Flaschen sieht aus wie bei die Säufer aber ganz einfach weil ich die Flaschen wieder z- bastle mit mit=mi-also bespanne und dann mit Licht verseehe und sowas alles und dann wieder verschenke (.) ((lacht)) ist och bloß Geldverschwendung eigentlich (.) weil man naja es sind Geschenke ja ist ne Beschäftigung aber ´s machste mein Mann sagt schon du bastelst nur noch wenn du och weeßt wo du das verschenken kannst“ (Arndt 3, Z. 78-90).

Frau Arndt hat bis zum dritten Interview sich gut mit der EM-Rente arrangieren können und auch Strategien gefunden, sich gegen aufkommende Langeweile zu wappnen, dennoch fehlen ihr wichtige Aspekte ihres vorherigen Lebens. Eine Rückkehr in Arbeit stellt für sie, wie für alle

anderen Personen, die die EM-Rente für sich als dauerhafte Lösung und die neue Normalität im Leben mit der EM-Rente für sich akzeptieren können, keine Alternative mehr dar. Der EM-Rente wird selbst eine strukturgebende Funktion in der Biografie zugewiesen, da sie den finanziellen Rahmen für die weiterführende Lebensführung bietet. Das wird etwa an Herrn Gerhard deutlich, der sich im EM-Rentenbezug damit beschäftigt, sein Eigenheim an seine zunehmenden Bewegungseinschränkungen anzupassen. Für Herrn Gerhard ist das nicht nur ein Hobby, sondern eine biografische Aufgabe, der er sich stellt. Die EM-Rente gibt nun eine Struktur, da sie seine Schritte in der Umsetzung aufgrund der finanziellen Rahmung vorgibt. Die EM-Rente gibt ihm den Zeitrahmen vor, in dem er sein biografisches Projekt der Anpassung des Hauses an die weiter steigenden Einschränkungen verwirklichen kann. Teilweise ist das ein Wettlauf gegen die Zeit. Für dieses Projekt ist Herr Gerhard gewillt, andere gemeinsame biografische Ziele mit seiner Partnerin zurückzustellen.

„(I)ch sag mal so von hier da runter zum Mittelmeer mal fliegen und da auf irgendeins von diesen Kreuzfahrtschiffen nochmal ne Woche da mit rumdümpeln okay so legst im Hafen an dann kannst du wenn du willst einmal an Land gehen nochmal so ´n bisschen die Hafengebiet ber=be- angucken und (1) dann ist gut (.) das würd ich schon nochmal gerne machen ja aber (...) erstmal kommt das Haus ich weiß dass meine Frau irgendwann alleine hier sitzen soll“ (Gerhard 3, Z. 510-521).

Frau Hannes nennt, wie Frau Stoph oder Frau Hibbeler, Reisen als biografisches Ziel. Im ersten Interview hat sie das Ziel, eines Tages den Jacobsweg zu gehen, inzwischen musste sie allerdings aufgrund somatischer Beschwerden davon abrücken. Das Ziel einer großen Reise hat sie damit aber nicht aufgegeben, sondern lediglich neu definiert.

„(D)as ist schon auch frustrierend weil das ja auch so ´n tolles Ziel gewesen wäre (.) aber da bin ich auch ab also das ist jetzt nicht mehr dass ich da traurig bin, weil, ich dann schon merk so es tut einfach weh und es bringt dann auch nichts (...) also ich hätte Lust nach Vietnam zu reisen (...) das ist natürlich was ganz anderes aber das würde dann schon auch so ne Rucksack Geschichte werden“ (Hannes 3, Z. 350-372).

Mit dem zunehmenden Arrangement im EM-Rentenbezug finden sich immer wieder neue Aspekte im Leben der Studienteilnehmer, mit denen sie ihre neue Normalität ohne Erwerbsarbeit gestalten können. Dies ist sehr wichtig, da sie in der Regel gesundheitlich zu stark belastet sind, um wieder eine Erwerbsarbeit aufzunehmen oder eine Rückkehr in

Erwerbsarbeit ein zu großes Risiko für wiederaufkommende starke psychische Belastungen darstellt. Sie könnte die neu gewonnene Stabilität wieder zerstören. Die neue Normalität im Leben ohne Erwerbsarbeit ist damit einerseits wichtig für das psychische Wohlergehen in der EM-Rente, da sie sinnstiftende Aktivitäten beinhaltet, sie sozialen Halt und Wertschätzung bringen, ohne dass starke psychische Belastungen dabei auftreten. Andererseits hemmt die Etablierung einer neuen Normalität zusätzlich mögliche Rückkehrperspektiven in Erwerbsarbeit, da die Funktionen der Erwerbsarbeit dadurch kompensiert werden konnten. Von daher lehnen die Studienteilnehmer, denen es gelungen ist, ein akzeptables Leben in einer neuen Normalität mit der EM-Rente zu führen, einen RTW für sich grundsätzlich ab. Die Argumente dafür ähneln sich in den Interviews der entsprechenden Teilnehmer.

Zuallererst wird mit einem möglichen RTW die Gefährdung der erreichten gesundheitlichen Stabilität assoziiert. Für Frau Roland stellt das den zentralen Aspekt dar. Das wird besonders dadurch deutlich, dass sie dieses Argument bereits in der Präambel (Schütze, 1984) des dritten Interviews verwendet, mit der die gesamte erzählte Geschichte gerahmt wird:

„(A)uf alle Fälle erstmal ohne Arbeit (.) ((lacht)) also ohne=ohne äh, äh ohne die Erwerbstätigkeit ne? weil da weiß ich genau da wird der Druck zu groß (.) ich brauch also meinen kleinen (1) meinen kleinen überschaubaren Kreis, und dann ist äh gut“ (Roland 3, Z. 13-19).

Diese Angst vor der Gefahr einer drohenden Destabilisierung des Lebens mit der Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit wird auch von vielen anderen Studienteilnehmern betont. Ein weiteres Argument gegen einen RTW aus der EM-Rente heraus ist die noch verbliebene psychische Beeinträchtigung auch in der neuen Normalität. Das scheint in einem Widerspruch zur erreichten Stabilität zu stehen, gerade weil es meist dieselben Studienteilnehmer sind, die von beidem berichten. Auflösbar wird dieser scheinbare Widerspruch über zwei Phänomene: einerseits über stark schwankende psychische Beschwerden. Das Leben in der neuen Normalität kann zwar dazu beitragen, psychische Belastungsfaktoren zu verringern. Das bedeutet aber nicht, dass die erreichte Stabilität ausreicht, dauerhaft leistungsfähig zu sein.

*„(S)o den ganzen Hof die ganze Holzarbeit und so das mach ich mit meiner großen Tochter
(.) also wenn's geht und dann hab ich ja so viele Tage wo ich nichts machen kann und, äh
Ausfalltage wo ich dann am nächsten Tag das wieder reinholen muss was, liegengeblieben
ist“ Fabian 1, Z. 355-360).*

Andererseits kann die Aufrechterhaltung der Stabilität des Lebens in einer neuen Normalität mit psychischen Beeinträchtigungen alle vorhandenen Ressourcen in Anspruch nehmen. Eine Rückkehr in den „Leistungsmodus“ (Walther 1, Z. 992) würde weiterer Ressourcen bedürfen oder eben jene abziehen, die für den Erhalt der Stabilität genutzt werden. Diese Einschätzung basiert bei vielen Studienteilnehmern nicht nur auf rein theoretischen Annahmen. Vielmehr erkennen sie das für sich in Stressphasen in ihrem Nebenjob, der ihnen die Grenzen der Teilhabe an Erwerbsarbeit aufzeigt, weil eben Überlastungssituationen aufgrund der verbliebenen psychischen Beeinträchtigungen die erreichte Stabilität temporär in Gefahr bringen.

*„(E)s ist jetzt diesen Monat zum Beispiel so dass das 14 Tage hintereinander mit 'm
Arbeiten ist sonst ist immer äh alle 14 Tage eine Woche was zu tun und jetzt ist 14 Tage
hintereinander und das macht mich völlig fertig also ich bin froh dass die 14 Tage jetzt rum
sind und dass ich jetzt erstmal nix mehr muss obwohl es ja nur zweieinhalb Stunden sind“
(Hannes 3, Z. 58-67).*

Eine weitere Hemmschwelle für den RTW aus der EM-Rente wird auch im Fehlen von realistischen Rückkehrmöglichkeiten gesehen. Frau Fabian berichtet etwa davon, dass sie trotz der erreichten Stabilität keinerlei Rückkehrmöglichkeiten für sich an ihren früheren Arbeitsplatz sieht, da sie dort großen psychischen Belastungen ausgesetzt war. Dieser Arbeitsplatz war viele Jahre der ideale Arbeitsplatz für sie und in anderen Berufsfeldern hätte sie, so ihre Auffassung, keineswegs so lange durchgehalten. Damit scheiden für sie tendenziell andere Berufe und Arbeitsplätze für einen möglichen RTW aus. Generell kann sie sich zwar noch eine Umschulung vorstellen, sieht aber aufgrund der Idealisierung ihres vorhergehenden Arbeitsplatzes in der Umschulung keinen Sinn:

*„(J)a wobei ich mich dann auch frag ob sich das rentiert (.) ((lacht)) und ob ich dann in dem
Beruf was bekomm oder ob ich dann der Rentenversicherung nur zur Last z- fall die zahlen
das und danach steh ich wieder auf der Straße“ (Fabian 1, Z. 754-758).*

Wie Frau Fabian sehen auch Herr Schramm und Herr Jülich die einzig sinnvolle Variante für einen RTW in einer Rückkehr in den zuvor ausgeübten Beruf. Da dieser aber starke psychische Belastungen aufgrund der Arbeitsbedingungen bedeutet, würde eine Rückkehr die erzielte, aber noch labile Stabilität, gefährden.

„(W)enn die morgens Sachen auf der Baustelle brauchen müssen Sie die halt eben abends im System eingeben (.) da können Sie managen und machen wat Sie wollen (.) wenn Sie ich sag jetzt mal bis, bis=bis 18 Uhr arbeiten und=und der ruft um=um eins vor 18 an und gibt Ihnen zwei Din A4 Seiten Sachen durch für 'n nächsten Tag, ja wat soll ich denn dann machen? liegenlassen?“ (Jülich 1, Z. 1239-1246).

Fehlende leistungsangepasste Arbeitsplätze werden aber nicht nur in den zuvor ausgeübten Berufen gesehen, sondern ganz allgemein. Frau Arndt schildert diesbezüglich ein sehr anschauliches Beispiel.

„(W)enn dir dann eener hier kommt na du kannst ja noch als Telefonistin arbeiten da denk ich och, äh als Pförtner haben sie mir och gesagt hab ich gesagt und was mach ich wenn mir eener een Schlüssel klaut? dann kann ich nicht hinterher rennen“ (Arndt 1, Z. 1823-1826).

Andere Studienteilnehmer sehen in der EM-Rente selbst ein ganz pragmatisches Hemmnis für die Wiederaufnahme von Erwerbsarbeit. Ihnen stellt sich die Frage, wie denn den EM-Rentenbezug in Bewerbungen verdeckt werden kann, um überhaupt eine Chance zu bekommen, eingestellt zu werden.

„(D)ann geht das nämlich los (.) ich bin da felsenfest von überzeugt man kann sich, bewerben ohne Ende (1) im Lebenslauf steht dann drin fünf Jahre Rentner, äh (1) warum? da fragt entweder (1) äh geht das direkt Ablage P oder aber man lädt den-äh-jenigen zum Vorstellungsgespräch ein und hakt dann nach warum? dann muss man zwar nicht unbedingt Auskunft geben aber, wenn man da keine Auskunft gibt kriegt man den Job erst recht nicht“ (Wegner 3, Z. 10-21).

Aufgrund dieser aus der Perspektive der Studienteilnehmer vorgefundenen Hemmschwellen wird ein RTW sehr unwahrscheinlich und die neue Normalität zur favorisierten Variante der weiteren Lebensgestaltung. Aus unserer Sicht sollten diese Studienteilnehmer auch nicht mit der Möglichkeit der Wiederaufnahme einer Erwerbsarbeit konfrontiert werden. Sie haben zumindest ein Minimum von Stabilität erreicht und mit intensiver Krankheitsarbeit teilweise

große, teilweise aber auch nur kleine, aber notwendige Fortschritte erreicht. Die Thematisierung eines RTW kann die erzielten Fortschritte gefährden und neue für das Gesundheitssystem kostenintensive Inanspruchnahmen auslösen. Weiter ist ein gelingender und nachhaltiger RTW bei Menschen, die sich ohne Erwerbsarbeit eine neue Normalität aufbauen konnten und denen es gelungen ist, die positiven Faktoren der Erwerbsarbeit über freizeitleiche Aktivitäten zu kompensieren, sehr unwahrscheinlich.

4.2.5.4 Der Einfluss der normativen RTW-Orientierung auf den RTN

Wie schon angesprochen, gibt es Personen in unserem Interviewsample, deren RTW-Bestrebungen aus der EM-Rente eher normativen Charakter besitzen (vgl. etwa die Eckfälle Frau Bunt und Frau Hoch). Besonders charakteristisch für diese Studienteilnehmer ist, dass sie im gesamten Befragungszeitraum immer wieder betonen, dass sie gern wieder zurück in die Erwerbsarbeit gehen möchten, nur dass sie sich aktuell aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sehen, dies umzusetzen und das Vorhaben in die Zukunft verlagern. Bis zum dritten Interview geschieht dies aber nicht, sondern es wird in fast identischer Weise dasselbe wie zum ersten Interview berichtet.

Exemplarisch Fälle dafür sind etwa Frau Paul, deren Situation über den ganzen Zeitraum stagniert, wie auch Frau Grün. Bei Letzterer wird das besonders in einem Zitat deutlich, das in einem Satz schon eine Relativierung des RTW-Wunsches beinhaltet: *„also ich hoffe schon irgendwann in Teilzeit noch mal zu arbeiten und hoffe dass ich dann vernünftiger bin (.) ähm;, aber im Vordergrund steht für mich grade ähm mit meinem Partner zusammenzuziehen das ist für mich, auch das erste Mal im Leben“* (Grün 1, Z. 961-965).

Ähnlich Frau Paul die eine Rückkehr zwar nicht ausschließt, ihre Erkrankung aber sogleich als Hindernis sieht, das „derzeit“ unüberwindlich ist:

„ist ja jetzt ned so dass ich (2) bis zum Lebensende nimmer arbeiten will aber da das ist eigentlich schon wär schon mei Ziel ähm (1) zumindest für 20 Stunden die Woche oder so dass ich was machen kann“ (Paul 1, Z. 1531f.) *„muss ich ja erst mal mich in den Griff kriegen und (2) weil sonst bin i ja wieder nur krankgeschrieben“* (Paul 1, Z. 1105-1112).

Von den in Kap. 4.2.5.2. diskutierten Fällen unterscheiden sich diese Interviewteilnehmer vor allem darin, dass sie in der Zeit zwischen den Interviews für sich kein RTW-Szenario erarbeiten.

Der RTW wird nur als Wunsch und nicht als konkretes Vorhaben artikuliert. Für diese Personengruppe sind zwei Varianten charakteristisch: Sie verfügen entweder über eine sehr brüchige Erwerbsbiografie und die Teilhabe an Erwerbsarbeit war in ihrem Leben über weite Strecken ein rein normativer Wunsch (z.B. Frau Hoch und Frau Bunt) oder sie verfügen über eine stringente Berufsbiografie und haben einen hohen Arbeitsethos erworben.

Zweiten fällt es schwer bzw. gelingt es diesen Personen nicht, sich vom hohen Stellenwert der Arbeit in der EM-Rente zu lösen: „*ich komme damit nicht so richtig klar dass ich dass das dass: mein Ende jetzt hier so ist*“ (Thoralf 1, Z. 873f.). Weil eine Ausübung des Berufs im EM-Rentenbezug nicht möglich ist, kann keine berufliche Identität mehr erlebt werden. Bei gleichzeitigem Beibehalten des hohen Stellenwerts transformieren sich damit Erwerbsarbeit und Berufsleben auf eine normative Ebene. Eine Kompensation der Erwerbsarbeit im EM-Rentenbezug durch andere sinnstiftende und strukturgebende Aktivitäten wird damit schon von vornherein ausgeschlossen.

Ein extremes Beispiel dafür ist Frau Ritzel, die es nicht akzeptieren kann, auf einen EM-Antrag vom Arbeitsgeber gedrängt worden zu sein. Sie wollte eigentlich eine Umsetzung innerhalb der Klinik, wo sie lange Jahre leitende Schwester für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie war.

*„(A) Iso wegen der Erkrankung ähm mein Arbeitgeber hat drauf gepocht dass ich a- quasi den Antrag **stelle** wegen meiner Erkrankung dem eigentlich wollte ich nur eine Versetzung haben ne, aber da ich Probleme mit ähm (unv.) mit der Halswirbelsäule habe und dadurch ist mein linker Arm stark beeinträchtigt, hat mein Arbeitgeber mh gedacht ich soll es mit dem Antrag auf Erwerbsminderungsrente versuchen, ne? da bin ich quasi als Fall vom **Tisch**“ (Ritzel 1, Z. 10-15).*

Den Vorschlag der Klinikleitung, sie auf eine andere Station zu versetzen, kann sie nicht akzeptieren. Für eine EM-Rente fühlt sie sich auch noch viel zu jung, was sie im Gespräch auch explizit betont.

„(D) ann wollten sie mich ähm n: glaub ich auf die Kinderstation zu den Neugeborenen ähm geben und sage nee nee also zu Neugeborenen will ich auf keinen Fall erstens hab ich ich bin keine Kinderkrankenschwester ich kenn mich mit Neugeborenen gar nicht aus was will ich denn da? (1) ne? und sollte mir da einer runterfallen was ich mach da? (1) ne hab gesagt also da auf keinen Fall ne? (1) und da hab ich gesagt nein wenn dann muss ich auf eine Erwachsenenstation gehen ne nee das ist am besten äh jetzt gibt's keine Plätze jetzt

kann man äh nicht umsetzen ich hab keine schönen Plätze und am besten Sie stellen jetzt einen Antrag auf Rente (.) (unv.) ich will doch nicht berentet werden ich bin doch viel zu jung“ (Ritzel 1, Z. 143-150).

Die Transformation des RTW-Wunsches auf die normative Ebene wird nicht nur bei Frau Ritzel durch die fehlende Rückkehrmöglichkeit an den vorherigen Arbeitsplatz bestärkt: *„also ob ich wirklich diese Tätigkeit wieder werde ausüben können das äh, im Moment glaub ich das nicht“ (Rabe 1, Z. 605f.).* Der Wunsch danach ist zwar groß, aber die Perspektive aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen gering. Verstärkt wird dies zudem durch die gescheiterten innerbetrieblichen Versuche des Verbleibs in Arbeit über eine Arbeitsplatzanpassung oder ähnlichem. Herr Bertram war diesbezüglich sehr aktiv und ist auf große innerbetriebliche Unterstützung gestoßen. Zu seinem Bedauern konnte für ihn aber kein leistungsangepasster Arbeitsplatz geschaffen bzw. gefunden werden.

„(A)Iso tatsächlich ein hoher Aufwand ist da betrieben worden (.) und wir haben alle Möglichkeiten beleuchtet was, äh aufgrund meiner Erkrankung was ist möglich? was kann ich machen? oder was kann der Arbeitgeber mir überhaupt bieten? und wir sind irgendwann zum Schluss gekommen, er hat keine Alternative“ (Bertram 1, Z. 55-59).

Frau Thoralf ist bei ihren Bemühungen des innerbetrieblichen Wechsels bei ihrem Arbeitgeber auf weit weniger Unterstützung gestoßen: *„ich bin ´n bisschen äh äh auch traurig oder=oder auch ´n bisschen (1) verärgert (2) dass die wirklich mir nichts anderes anbieten können“ (Thoralf 1, Z. 1637f.).* Ihr Arbeitgeber ist in keiner Weise auf ihren Wunsch, in Erwerbsarbeit zu bleiben, eingegangen und hatte bezüglich der Einrichtung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes kein Interesse.

„(I)ch kenn es eigentlich so we- äh dass äh wer jetzt es gibt ja och viele junge Menschen die äh schwerbeschädigt ist und in mit=mit äh Zus- in Zusammenarbeit mit ´m Integrationsamt ist der Arbeitgeber dann auch verpflichtet äh ´n leidensgerechten Arbeitsplatz anzubieten ja? was ja aber es w=wurde ja also bei mir jetzt nicht überhaupt nicht mal drauf eingegangen wie und was, äh äh mein Arbeitgeber hat im Prinzip gesagt ja äh Rentenantrag stellen“ (Thoralf 3, Z. 38-46).

Obwohl sie von ihrem Arbeitgeber sehr enttäuscht ist und für sich keine realistische Rückkehrperspektive an den vorherigen Arbeitsplatz mehr sieht, liegt ihr doch sehr viel daran,

dass im EM-Rentenbezug ihr Arbeitsvertrag ruht. Ganz ähnlich auch Frau Rabe, die sich damit eine, wenn auch sehr unrealistische, Chance für die Rückkehr in Arbeit offen halten möchte.

„(D)eswegen zeig ich mich da auch im Betrieb, ja bring mich da in Erinnerung und mein Chef sagt auch so ja kommen Sie doch gerne nochmal vorbei oder so ne? zeigen Sie sich öfter kommen Sie öfter vorbei und so ((lacht)) da war ich schon ganz überrascht, so und ähm also ich versuch da schon auch zumindest das ähm (1) äh da ne ´n ´n Fuß in der Tür zu behalten ja? weil ich nicht weiß was passiert“ (Rabe 3, Z. 857-867).

Im EM-Rentenbezug konzentrieren sich diese Studienteilnehmer hauptsächlich auf ihre Krankheitsarbeit. Die Verbesserung des Gesundheitszustands wird aber nicht in den Kontext der Verbesserung der Lebensqualität gesetzt, wie es etwa Personen machen, die sich mit der EM-Rente arrangieren oder Personen, die ein realistisches RTW-Szenario erarbeitet haben. Vielmehr bezieht sich die Verbesserung des Gesundheitszustands ausschließlich auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, das große Ziel ist und bleibt die Rückkehr in Erwerbsarbeit. In der Zeit des EM-Rentenbezugs konzentrieren sie sich aber kaum auf mögliche Perspektiven der Rückkehr, sondern ausschließlich auf die Krankheitsarbeit. Die biografische Arbeit der Erarbeitung eines RTW-Szenarios wird beinahe unisono immer an das Ende des jeweiligen Bewilligungszeitraums gesetzt.

„(W)as ich denn mache und ob ich denn mal n- en=en Versetz- also ne äh mich woanders orientiere oder so das ist dann (1) kann ich heut nicht sagen (.) ja (.) ich weiß bloß eins wie gesagt jetzt im Moment äh kann ich nicht, aufgrund äh dieser äh ganzen Sache ich merke auch dass mein Körper äh (1) jetzt irgendwo was nachholt was Schlaf anbelangt diese schlaflosen Nächte die man hatte und und und (.) er re- sag ich jetzt mal so der ((lachend)) regeneriert sich so ´n bisschen jetzt (.) ja aber auf Dauer, glaub ich (2) kann ich das noch nicht“ (Thoralf 1, Z. 1016-1029).

Ist das Ende des Bewilligungszeitraums gekommen, sehen sie sich gesundheitlich noch nicht in der Lage, den Schritt zurück in die Erwerbsarbeit zu wagen. Trotz intensiver Krankheitsarbeit ist die gewünschte Leistungsfähigkeit noch nicht erreicht und es verbleiben Unsicherheiten, den RTW bewältigen zu können, um dauerhaft in Erwerbsarbeit zu bleiben. Frau Tänzer sieht dies auch aus der Perspektive potentieller Arbeitgeber kritisch.

„(I)ch kann´s nicht kann´s nicht richtig einschätzen nehmen wir jetzt zum Beispiel die letzte Woche als=als Fixpunkt die eine Woche mit=mit um die 40 Grad ich hab keine Chance ich

häng immer noch, der Woche auch hinterher körperlich, es war äh gesundheitlich äh schon sehr grenzwertig und äh so mal eben zwei drei Wochen Krankenschein, würde kein Arbeitgeber gutheißen“ (Tänzer 3, Z. 29-39).

Aufgrund der Unsicherheit, ob die eigene Leistungsfähigkeit den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes genügt, können sich diese Studienteilnehmer die Inanspruchnahme von Rehaleistungen für einen RTW gut vorstellen. Dennoch sehen sie sich aber am Ende der jeweiligen Bewilligungszeiträume ebenfalls gesundheitlich noch nicht in der Lage, eine potentielle Rehamaßnahme anzutreten. Daher wird der RTW immer wieder auf den Zeitpunkt einer gesundheitlichen Verbesserung verschoben.

„(A)Iso ich hätte mir so vorstellen können so ne Steuerfachangestellte zu sein (.) hat ja auch was mit=mit Normen zu tun und (Recht?) 00:33:45 so (.) (1) und ähm (...) könnt ich mir jetzt noch gut vorstellen wenn ich wieder einigermaßen beisammen bin, so äh was ich ja ((lachend)) hoffe dass das jetzt, ähm (1) pö a pö immer mehr kommt so ne“ (Rabe 3, Z. 695-705).

Ähnliches schildert auch Frau Tänzer, die von Anfang an eine Teilnahme an einer Rehamaßnahme mit Leistungserprobung für ihren RTW favorisiert. Die Maßnahme wird aber aufgrund der nicht ausreichend wiederhergestellten Leistungsfähigkeit immer wieder an das Ende des neuen Bewilligungszeitraums gesetzt. Bei Frau Tänzer fällt das insbesondere darüber auf, dass sie diese Rehamaßnahme als „RTW Brücke“ in jedem der drei Interviews formuliert.

Ein weiteres Hemmnis für einen RTW-Versuch ist, ebenso wie bei vielen Personen mit realistischem RTW-Szenario der Verlust der finanziellen Sicherheit der EM-Rente bei einem möglichen Scheitern: *„und dann hätt ich jetzt och Angst äh wie gesagt dann ist die Rente weg, ja das ist ja jetzt irgendwo ne Sicherheit“ (Thoralf 1, Z. 1088ff.)*. Der Antrag auf eine Weiterbewilligung der EM-Rente ist aufgrund dieser Hemmschwelle für viele Studienteilnehmer beinahe obligatorisch. Die schwindenden Chancen für einen RTW aufgrund des andauernden EM-Rentenbezugs geraten dabei nicht in den Blick. Frau Thoralf bringt die gute Arbeitsmarktlage in ihrem Beruf als Argument an, auch nach vier Jahren EM-Rente wieder ohne Probleme einsteigen zu können: *„es ist es ist wirklich so die Fachkräfte werden weiterhin gesucht (.) von daher sag ich mir immer so die Chance die haste noch ein Jahr noch zwei Jahre noch drei Jahre“ (Thoralf 1, Z. 978-981)*. Einen dauerhaften EM-Rentenbezug schließen diese Personen nach wie vor für sich aus: *„auf keinen Fall (.) auf keinen Fall (.) auf*

keinen Fall“ (Bertram 1, Z. 1035). Aufgrund des zeitlich begrenzten Befragungszeitraums kann für diese Studienteilnehmer nicht abschließend geklärt werden, ob ihnen irgendwann nicht doch noch der gewünschte RTW gelingt. Aus analytischer Perspektive sind die Chancen eher gering, da es diesen Personen nicht gelingt, ein realistisches RTW-Szenario im EM-Rentenbezug zu entwickeln. Sie zeigen zwar Tendenzen in Richtung eines RTW-Szenarios, lassen die aufkommenden Ideen aber meistens schnell fallen, da sie eben keine realistischen Möglichkeiten der Rückkehr in Erwerbsarbeit darstellen. Beispielhaft hier nur Frau Rabe:

„(I)ch hatte schon überlegt als Betreuerin also so als=als Berufsbetreuerin aber das ist ja dann da ist man dann ja selbstständig und, das ist mir dann zu gefährlich falls ich dann doch noch ´n Rückfall hätte ne also ich muss schon sozialversichert bleiben irgendwie“ (Rabe 3, Z. 722-726).

Ebenso hat Frau Thoralf sehr früh die Ideen entwickelt, wieder eine Arbeit in ihrem Berufsfeld zu suchen. Ein wirkliches RTW-Szenario ist das aber nicht, da sie schlichtweg ihren vorherigen Beruf, in dem sie hohen psychischen Belastungen ausgesetzt war, für den RTW vorsieht. Eine Chance der Berufsausübung sieht sie in ländlich gelegenen Einrichtungen, da sie dort von geringeren Belastungen ausgeht. Aber sie verwirft diese Idee recht schnell, weil sie erkennen muss, wie unrealistisch die Umsetzung ist.

„(I)ch hatte Anfang des Jahres äh hatte ich mal so geguckt ich, hatte ich auch schon: einfach es Telefon genommen angerufen war ne Stelle in meinem Beruf, kleine Einrichtung drei Gruppen, das hat mich so gereizt (.) ja da äh wo ich sage mh, ich habe meine Vorstellungen aber ich hab auch Angst äh ich weiß nicht wie´s äh (1) wie´s ist (.) ich äh (...) ja es ist jetzt nicht nur von der Psyche her äh auch vom Körperlichen her ich bin hier nachhaus- gekrochen muss ich sagen wo ich ((seufzt)) de=der Schweiß lief wo ich äh irgendwie sage bist doch schon zu alt für diesen Beruf“ (Thoralf 1, Z. 938-955).

Diese entwickelten und gleich wieder verworfenen Ideen stehen im großen Kontrast zu den RTW-Szenarien der Studienteilnehmer aus dem Kapitel 4.2.5.2. Es ist daher davon auszugehen, dass sich bei den Personen mit normativer RTW-Orientierung der Prozess von Bewilligungszeitraum zu Bewilligungszeitraum wiederholt und im Endeffekt zu einem dauerhaften Bezug der EM-Rente führt. Bei einigen Teilnehmern wird das seitens der DRV beschleunigt, indem die EM-Rente entfristet wird. Diese Dynamik ist insbesondere bei Herrn Bertram zu beobachten. Die Entfristung ist für ihn eine zwiespältige Erfahrung. Einerseits

verschafft sie ihm eine dauerhafte Perspektive mit gegebener finanzieller Sicherheit. Andererseits sieht er die Entfristung als externes Urteil, das für ihn auch bindend ist. Eine Rückkehr in Erwerbsarbeit aus einer unbefristeten EM-Rente ist für Herrn Bertram ein unrealistisches Szenario.

„(I)st ne ist 'n großer Faktor über dem ich über den ich mir jetzt ehrlich gesagt noch gar keine Gedanken gemacht habe (.) ähm (3) ich (1) und was passiert wenn man das macht und danach kommt wieder ne Phase fängt man wieder von vorn an (.) das: ist das Problem“ (Bertram 3, Z. 630-638).

Herr Bertram sieht die Bewilligung einer unbefristeten EM-Rente in seinem Fall nicht nur als kostenträgerseitigen Fehler an, sondern empfindet diese Entscheidung darüber hinaus als fehlende Unterstützung in seinem Bestreben, wieder in Erwerbsarbeit zu kommen: *„aber wie gesagt vielleicht hätte man dem entgegenwirken können nochmal mit ner Befristung und dann zu gucken“ (Bertram 3, Z. 619-623).*

Die Bewilligung der unbefristeten EM-Rente bringt für Personen wie Herrn Bertram einen großen Vorteil; er kann sich nun mit der EM-Rente arrangieren und sich damit eine neue Normalität im EM-Rentenbezug aufbauen. Die Akzeptanz des externen Urteils fällt ihm selbstverständlich schwer; den endgültigen Verlust der Perspektive, wieder ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis aufzunehmen, ist für ihn eine schmerzhaft Erfahrung. Mit der Zeit gelingt es ihm, dies zu akzeptieren, und mit dem Arrangement im dauerhaften EM-Rentenbezug wieder aktive biografische Arbeit aufzunehmen. Im Vorfeld der Entfristung gelingt ihm das, wie auch allen anderen Studienteilnehmern mit einer normativen RTW-Orientierung, in keiner Weise und genau darin ist die negative Wirkung der normativen RTW-Orientierung im EM-Rentenbezug zu sehen. Diese Personen sind, was ihre biografische Struktur angeht, ausschließlich auf eine Rückkehr in Arbeit fokussiert. Ihr Alltag wird über Krankheitsarbeit strukturiert, vor allem die Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Angebote dominiert das Leben. Nur bei ganz wenigen sind Ansätze von Selbstsorge zu identifizieren. Neue sinnstiftende und tagesstrukturierende Aktivitäten finden sich selten und wenn überhaupt dann nur im dritten Interview. Grundsätzlich verhindert das den Aufbau einer neuen Normalität im EM-Rentenbezug, was, wie im Kapitel 4.2.4.4. zu sehen ist, positive Auswirkungen auf die gesundheitliche Konstitution hat. Es gelingt ihnen auch nicht, für sich ein realistisches RTW-

Szenario zu entwickeln und sich mit einer gelingenden Rückkehr in Erwerbsarbeit eine andere Version der neuen Normalität aufzubauen. Das Hoffen auf einen irgendwann doch noch gelingenden RTW ist insbesondere hinderlich für die Etablierung sinnstiftender Aktivitäten, die dem Leben eine neue Alltags- und biografische Struktur geben. Für Studienteilnehmern mit normativer RTW-Orientierung scheint das nicht notwendig, da sie ja noch immer darauf hoffen, dass zukünftig die Erwerbsarbeit diese Funktionen wieder erfüllen wird. Das Ergebnis ist bei einigen Personen, die auch im dritten Interview noch immer eine normative RTW-Orientierung aufweisen, ein Verfallen in Lethargie mit zunehmenden psychischen und somatischen Beschwerden, die wiederum den RTW noch unwahrscheinlicher werden lassen.

„(D)as hab ich auch so gemerkt jetzt äh irgendwo ist es auch ne Vereinsamung ne Verkümmern so ne geistige Verkümmern die ich jetze so ´n bisschen (1) erfahre erlebe“ (Thoralf 1, Z. 1454ff.).

„(A)ber wenn man denn so allein ist es gibt wirklich Tage wo ich dann äh (1) ja wenn du keen Termin hast zum Arzt was machst ´n jetzt wo gehst ´n jetzt hin was machst ´n, wo ich nachmittags das erste Wort loswerde wenn er dann kommt“ (Thoralf 3, Z. 298-301).

4.2.5.5 Auswirkungen des Verlustes des EM-Rentenbezugs auf den RTN

Bei wenigen Studienteilnehmern wurde der Antrag auf die Weiterbewilligung der EM-Rente abgelehnt. Auf welcher Grundlage und womit diese Entscheidung begründet wird, konnten uns die entsprechenden Personen in den Interviews nicht genauer mitteilen. Aus analytischer Sicht gibt es keine nachvollziehbaren Gründe, warum diesen Personen die EM-Rente nicht weiterbewilligt wurde, anderen aber schon, wie etwa Frau Dietmar, die sich im EM-Rentenbezug gesundheitlich stabilisiert hat und auch gern zurück in Erwerbsarbeit möchte. Anhand von Frau Dante und Herrn Hartmut sollen die Auswirkungen der Ablehnung einer Weiterbewilligung der EM-Rente kurz diskutiert werden sollen. Ihre Reaktionen und der Umgang mit der Ablehnung verlaufen aber zunächst kontrastiv.

Frau Dante kann sich zumindest im ersten Interview vorstellen, wieder eine Erwerbsarbeit in Teilzeit aufzunehmen. Für die Rückkehr in Arbeit hat sie allerdings kein realistisches RTW-Szenario erarbeitet und die Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit kommt für sie nur in Frage, falls die EM-Rente nicht weiterbewilligt wird. Eine konkrete Planung des möglicherweise

nötigen RTW verschiebt sie in die Zeit der Bewilligung bzw. Ablehnung der beantragten Weiterbewilligung.

„(D)as kommt jetzt auf die Rentenstelle an was jetzt mit dem nächsten Bescheid kommt (.) (1) momentan häng ich ja voll in der Luft (.) ich hab ja mein Schema was ich machen würde (.) ne? erst mal in meine Arbeit dann (...) ja und (2) dann schauen wir mal ob das bei der AOK klappt ob ich da noch so ´n kleenen Schutzengel hab dass ich Glück hab da reinzurutschen“ (Dante 1, Z. 1196-1206).

Zum Telefoninterview sechs Monate darauf teilt Frau Dante mit, dass ihr Antrag abgelehnt wurde. Ein Widerspruch bleibt ohne Erfolg, worauf bei Frau Date große Existenzängste hat. Sie fühlt sich als Opfer der Situation, da sie aufgrund ihrer Erkrankungen unverschuldet in die Abhängigkeit des sozialen Sicherungssystems geraten ist, wo ihr nun die finanzielle Unterstützung verwehrt wird. Ihr Weg führt in die Grundsicherung. Mit dem Gehalt des Partners wird ihr von dieser Seite aber nur eine finanzielle Unterstützung von 60€ monatlich gewährt. Eine kleine finanzielle Unterstützung seitens ihrer Eltern, die ebenfalls über nur knappe Finanzen mit ihrer Altersrente verfügen, hilft, über die Runden zu kommen. Die fehlende Weiterbewilligung führt bei Frau Dante nicht nur zu einer individuellen, sondern zu einer kollektiv prekären Lage, des innerfamiliären Changierens der geringen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel. Daher setzt Frau Dante alles daran, wieder in den EM-Rentenbezug zu kommen. Sie nimmt sich eine Anwältin und eröffnet mit ihrer Unterstützung ein sozialgerichtliches Verfahren. Ihr Alltag ist daraufhin dominiert von Besuchen bei unterschiedlichen Gutachtern. In der Aufnahme eines Nebenjobs sieht sie auch eine große Gefahr für die Urteilsverkündung, weil seine Ausübung als Symbol ihrer Arbeitsfähigkeit gewertet werden könnte. Die Ablehnung der Weiterbewilligung, die finanziell prekäre Lage und das sozialgerichtliche Verfahren sind für sie psychisch sehr belastend. Sie hofft daher auf eine baldige Urteilsverkündung zu ihren Gunsten.

Bis zum dritten Interview, sechs Monate später, wurde ihre Hoffnung (noch) nicht erfüllt. Nach wie vor läuft das sozialgerichtliche Verfahren. Allein die Unterstützung von Seiten der Anwältin wirkt psychisch entlastend. Nach wie vor beklagt sie die Ablehnung der Weiterbewilligung, weil sie noch keine Alternative zur EM-Rente für sich sieht. Zudem führte die Ablehnung aus ihrer Sicht zu einem unverschuldeten sozialen Abstieg: *„das ist alles also ich unverschuldeter Dinge (.) ich mein ich war ja nie faul oder irgendwas ich bin krank gewesen*

(.) ja? ja weil wir müssten ja alles aufgeben“ (Dante 3, Z. 121-127). Wie das Zitat zum Ende andeutet, hätte Frau Dante gemeinsam mit ihrem Partner weitere Einschnitte in ihrer Lebensführung vornehmen müssen, wenn sie keine Übergangslösung für die Zeit bis zur Urteilsverkündung gefunden hätte. Die Lösung ist bei Frau Dante eine Teilzeitbeschäftigung, die sie kurz vor dem dritten Interview antritt und die sie über ihr soziales Netz akquirieren konnte. In der Aufnahme der Teilzeiterwerbsarbeit sehen Frau Dante und ihre Anwältin nun kein Risiko mehr für einen Negativverlauf des sozialgerichtlichen Verfahrens: *„das findet sie schon gut sagt sie das kommt eigentlich immer ganz positiv och an weil da zeigen Sie Wille“ (Dante 3, Z. 686f.).* Der Motivator für die Aufnahme der Teilzeit-Erwerbsarbeit ist bei Frau Dante ausschließlich das Einkommen, um ein Minimum an Lebensstandard zu erhalten und die inzwischen aufgenommenen Schulden zu tilgen. Andere Aspekte, die mit der Erwerbsarbeit assoziiert werden, wie beispielsweise der Erhalt von Wertschätzung oder die soziale Einbindung sowie die Identifikation über die Arbeit sind für sie von keinerlei Bedeutung; auch daran zeigt sich, dass Frau Dante sich eine Rückkehr in Erwerbsarbeit zu keiner Zeit gewünscht hat.

„(I)ch mach’s jetzt wirklich aus finanziellen Gründen ist logisch (.) aber äh von dem Ganzen jetze, mh, die Kinder so zu begleiten bin ich unterfordert sag ich mal (.) also das ist nicht das äh äh ich wollte eigentlich och als Erzieher nie wieder gehen was mich immer interessiert hatte war die Medizin und das ist es nach wie vor“ (Dante 3, Z. 274-282).

In der Teilzeitstelle sieht Frau Dante für sich keine große Belastung, eher fühlt sie sich unterfordert. Dennoch ist sie unzufrieden, da sie in wieder in einem Bereich arbeitet, in den sie nicht wieder zurückkehren wollte und für den sie keinerlei Interesse hegt. Weiter ist sie mit der Art und Weise, wie sie ihre Arbeit ausführen soll, eher unzufrieden und ab und an führt dies zu zusätzlichen psychischen aber auch somatischen Beschwerden. Als größere Herausforderung empfindet Frau Dante aber die Neustrukturierung ihres Alltags. Damit ist nicht die Aufnahme der Arbeit der entscheidende Faktor beim Aufbau der neuen Normalität mit einer Teilzeiterwerbstätigkeit, sondern die Etablierung einer neuen work-life-balance bzw. die Vereinbarung von Erwerbs-, Alltags-, Krankheits- und biografischer Arbeit. Dies wird für sie zu einer Herausforderung, vor allem da sie sich parallel zur Erwerbsarbeit um ihre erkrankten Eltern und ihren behinderten Bruder kümmern möchte und auch muss.

„(D)as ist och das andere wieder das Private mit in diesem Zeitraum mit einzukalkulieren ne sind ja die Eltern trotzdem noch der Vati jetzt an Demenz erkrankt jetzt kommt ja das alles noch (.) (1) ja um die Mutti hab ich Angst also wär ich sie oh weiter unterstützen der Bruder ist im Heim da fahren wir zweimal in der Woche hin“ (Dante 3, Z. 946-951).

Eine Arbeit in Vollzeit ist für sie aufgrund der familiären Situation und aufgrund ihrer vorhandenen psychischen und somatischen Beschwerden nicht mehr denkbar. Diese Selbsteinschätzung wird auch seitens der zahlreichen Gutachten bestätigt, in denen ihr eine Erwerbsfähigkeit von bis zu sechs Stunden täglich attestiert wird. Eine dauerhafte Teilzeitarbeit kann sie sich zum dritten Interview inzwischen gut vorstellen, auch wenn sie für sich noch nicht abschätzen kann, ob ihr die Etablierung der neuen Normalität mit Teilzeitarbeit gelingen wird. Frau Dante ist zu diesem Zeitpunkt seit anderthalb Monaten an ihrer Teilzeitstelle beschäftigt. Ihr Ziel ist es nun nicht mehr, eine volle EM-Rente zu beziehen, sondern begleitend zu ihrer Teilzeitarbeit eine Teilzeit-EM-Rente zu erhalten und sie hofft auf ein Urteil zu ihren Gunsten.

„(I)ch bin ja nicht auf ne Vollrente eigentlich aus das wäre schon ne Teilrente (.) ne das wäre jetzt eigentlich das weil ich würde immer noch paar Stunden gehen das war eigentlich sowieso mein Wille (.) weil nur zuhause ich denk da ist man och noch zu jung und, ist auch nicht gut (.) ne also das, nee aber weil ähm wirklich oft eben och Migräne heute früh hatte ich mal Migräne hab mich trotzdem dann geschleppt hab mir paar Tabletten eingeworfen aber das ist ja irgendwo dann och nicht dieses Ziel ne“ (Dante 3, Z. 376-387).

Ähnlich wie Frau Dante erwähnt auch Herr Hartmut im ersten Interview, dass er nicht mehr zurück in die Erwerbsarbeit möchte. Eine Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit würde auch bei ihm nur in Frage kommen, wenn die EM-Rente nicht weiterbewilligt wird und er dann Erwerbsarbeit einer Arbeitslosigkeit vorziehen würde: *„ich glaub ich würde eher den Strick nehmen bevor ich da am Amt betteln gehe“ (Hartmut 1, Z. 407f.)*. Wenn eine Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit nötig wird, kann das aus seiner Sicht nur noch eine einfache Tätigkeit sein. Gleichzeitig muss die Erwerbsarbeit aber auch die laufenden Kosten decken können. Zudem sieht Herr Hartmut in seiner Region nur geringe Chancen, einen leistungsangepassten Arbeitsplatz zu bekommen. Herr Hartmut hat kein realistisches RTW-Szenario für sich. Die Erwerbsarbeit bleibt damit nur eine vage Option, bei Nichtweiterbewilligung der EM-Rente. Innerlich hat Herr Hartmut bereits zum ersten Interview mit der Erwerbsarbeit in seinem

Leben abgeschlossen, schmerzlich für ihn, da er sich über seine Berufstätigkeit stark identifiziert hatte. Die EM-Rente bietet ihm nun einen sicheren Rahmen, neue Schwerpunkte in seinem Leben zu setzen, ein neues soziales Netz aufzubauen und vor allem neue Identifikationspunkte zu finden; kurz: sich in und mit der EM-Rente ein Leben mit einer neuen Normalität aufzubauen.

„(J)etzt hab ich im Moment alles andere als den Glauben daran dass ich irgendwann mal wieder im Berufsleben stehe weil das ist für mich keine Figur mehr als (unv.) mal im Berufsleben zu stehen sondern, ich (...) habe ne Chance endlich von dem Gedanken des Suizides wegzukommen und das Leben mal anzunehmen etwas: zu haben, woran ich mich erfreuen kann (.) wenn die Sonne scheint fahr ich eigentlich zum Flugplatz hoch guck mir die Flugzeuge an da hab ich ´n Moment der Glückseligkeit“ (Hartmut 1, Z. 789-797).

Bis zum Telefoninterview sechs Monate später stagniert sein Leben. Die Etablierung einer neuen Normalität ohne Erwerbsarbeit will ihm nicht gelingen. Er kann sich kein stabiles soziales Netz aufbauen und findet auch keine Aktivitäten, mit denen er seinem Alltag und seiner Biografie eine neue Struktur verleihen könnte. Hinzu kommen Existenzängste wegen der Unsicherheit über die Weiterbewilligung der EM-Rente. Bei einer Ablehnung befürchtet er einen weiteren sozialen Abstieg in die Zuständigkeit des Jobcenters. Deshalb hat er sich in seiner Region schon nach möglichen, für ihn passenden Arbeitsplätzen, umgeschaut, aber nichts gefunden. Die Motivation der Suche ist auch sehr gering. Herr Hartmut fühlt sich inzwischen in keiner Weise mehr den Anforderungen des Arbeitsmarktes gewachsen, die EM-Rente bleibt für ihn damit alternativlos.

Ein drittes Interview mit Herrn Hartmut findet nicht mehr statt. Ursache dafür ist, dass seine EM-Rente von der DRV nicht weiterbewilligt wurde. Herr Hartmut ist noch einmal begutachtet worden und ihm wurde eine Arbeitsfähigkeit von bis zu sechs Stunden täglich attestiert. Darauf bleibt ihm keine andere Wahl, als sich beim Jobcenter zu melden und seinen im ersten Interview angekündigten Suizidversuch in die Tat umzusetzen. Im Unterschied zu Frau Dante findet Herr Hartmut kein Arrangement mit der Ablehnung der Weiterbewilligung. Ihm fehlen die Energie und womöglich auch der soziale Rückhalt, um in Widerspruch zu gehen oder gar ein sozialgerichtliches Verfahren einzuleiten. Vielleicht ist das auch damit erklärbar, dass es ihm im laufenden EM-Rentenbezug nicht gelungen ist, eine stabile neue Normalität aufzubauen und damit eine lebenswerte biografische Struktur zu etablieren. Der

Suizidversuch scheidet glücklicherweise und nach einem Akutklinikaufenthalt ist er wieder zu Hause. Wir können nur hoffen, dass er in seinem Leben wieder eine neue Normalität finden kann, die lebenswerte Fixpunkte bereithält. Dafür ist sicherlich eine Rückkehr in den EM-Rentenbezug hilfreich, da Herr Hartmut mit seinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen keine realistischen Chancen für einen RTW hat.

4.2.5.6 Die Funktion von Nebenjobs und Ehrenämtern auf den RTW und RTN

Wie in den Abschnitten zuvor diskutiert, greifen unsere Studienteilnehmer auf unterschiedliche Strategien bei der Herstellung einer neuen Normalität mit dem EM-Rentenbezug zurück. Für einige Menschen ist ein Leben ohne eine reguläre Erwerbsarbeit auf Dauer nicht akzeptabel. Daher setzen sie alles daran, im zeitlich begrenzten EM-Rentenbezug ein realistisches RTW-Szenario zu erarbeiten. Andere Studienteilnehmer versuchen eine neue Normalität im EM-Rentenbezug über alltags- und biografiestrukturierende Aktivitäten abseits von Erwerbsarbeit aufzubauen. Dies kann auch auf Hemmschwellen stoßen, z.B. wenn der normative Anspruch, wieder eine Erwerbsarbeit aufnehmen zu wollen bzw. zu müssen, keine Alternativen für die Lebensführung in den Blick nehmen lässt oder die EM-Rente nicht weiterbewilligt wird. Im Prozess des Aufbaus einer neuen Normalität im EM-Rentenbezug kann dabei die Aufnahme eines Nebenjobs oder eines Ehrenamtes ein hilfreiches Vehikel sein, da ein Nebenjob oder ein Ehrenamt einzelne Funktionen von Erwerbsarbeit im Leben mit der EM-Rente übernehmen kann.

Zuallererst kann mit einem Nebenjob oder einem Ehrenamt dem Alltag eine gewisse Struktur gegeben werden; das ist für unsere Studienteilnehmer die wichtigste Funktion. Ein Nebenjob bzw. Ehrenamt hilft, nicht in Langeweile und Lethargie zu verfallen, da im Alltag, abgesehen von der Haushaltsführung, Aufgaben vorhanden sind, die über ihre verpflichtende Funktion auch wieder zur Aktivität im Alltag nötigen: „ja und das war ja unser Ziel dass ich wieder a- (1) aus der Wohnung raus komme“ (Schramm 1, Z. 1034f.). Ähnlich auch Herr Ballauf. Die erste Zeit nach dem positiven Bescheid verwendet er zunächst dazu, zur Ruhe zu kommen und sich mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen. Nach 6 Monaten merkt er aber, dass er sich nicht alleine, wie er es bei meinem Abschied vom ersten Interview ausdrückt „auf die Couch setzen kann, weil ich sonst langsam verdumme.“ Einerseits genießt er zwar das Zuhause sein und das

Gefühl den Tag für sich gestalten zu können, andererseits merkt er aber immer mehr, dass er eine Art Aufgabe braucht. Er kann sich gut vorstellen, eine ehrenamtliche Tätigkeit, ja sogar eine Halbtagsarbeit anzunehmen, hat aber Angst davor, sich in der Arbeit nicht abgrenzen zu können, eine Überforderung also schnell wieder da sein könnte. Zum dritten Gespräch hat er es schließlich geschafft seine Ängste zu überwinden und er arbeite auf 450€ Basis ca. 5 Tage im Monat in einem Altenheim am Empfang.

Die Strukturierung des Alltags über einen Nebenjob oder ein Ehrenamt scheint unseren Studienteilnehmern deutlich leichter zu fallen als mit freizeitleichen Aktivitäten. Das hat zweierlei Gründe. Einerseits kann damit Erwerbsarbeit in einer weniger belastenden Weise in den EM-Rentenbezug einbezogen werden. Andererseits strukturieren weiter äußere Vorgaben den individuellen Alltag, was sich wiederum entlastend auf die Alltagsarbeit auswirkt. Frau Hannes äußert z.B. im Telefoninterview, dass sie sich durchaus auch andere Aktivitäten vorstellen kann, die ihren Alltag strukturieren, doch das würde für sie nur dann in Frage kommen, wenn sie ihren Nebenjob nicht mehr ausführen kann. Andere Studienteilnehmer sehen gar keine Alternativen zu ausgeübten Nebenjobs bzw. Ehrenämtern. Frau Walther sucht sich anfangs gezielt einen Nebenjob, weil es ihr nicht gelingt, einen geregelten Alltagsrhythmus ohne Arbeit aufzubauen.

„(E)s geht nur um die Struktur und nur um die Tatsache da, also wie gesagt sind dann so in ner in ner Woche neun Stunden, die kann auch auf drei bis vier Tage verteilen, was ich auch tue (.) weil mir geht's wirklich nur drum, am Tag en Termin zu haben“ (Walther 1, Z. 1066-1070).

Bis zum dritten Interview hat Frau Walther mehrfach den Nebenjob gewechselt, weil es immer wieder zu gesundheitlichen Einschränkungen gekommen ist. Den Nebenjob aus ihrer Alltagsführung vollständig zu tilgen, um sich verstärkt ihrer Krankheitsarbeit widmen zu können, steht für sie nicht zur Debatte, da sie davon ausgeht, dass die Struktur über den Nebenjob dazu beiträgt, ihrem Leben und auch ihrer Gesundheit ein Minimum an Stabilität zu verleihen. Mit dieser Einschätzung ist sie nicht allein. Ganz ähnlich sehen das auch Herr Bertram und Herr Günther, wobei Herr Bertram noch einen weiteren Aspekt anspricht, den er mit einer fehlenden Strukturierung des Alltags über den Nebenjob assoziiert.

„(W)ie gesagt ich könnt 's mir nicht vorstellen in den Tag hineinzuleben also w=wenn ich Desinteresse äh in alle Richtungen zeigen glaube ich, v=verdumme ich das ist glaub ich ein Faktor ich verkümmere weil man sich dann nicht mehr bewegt ja och die man kommt aus diesem aus diesem Loch aus diesem Tal irgendwie gar nicht mehr raus“ (Bertram 3, Z. 487-495).

Deutlich wird die Relevanz von Nebenjobs und Ehrenämtern für die Strukturierung des Alltags und als Strategie, der aufkommenden Lethargie entgegenzuwirken. Besonders sichtbar wird das bei Studienteilnehmern, denen es aufgrund des fehlenden regionalen Angebots nur sehr schwer gelingt, einen Nebenjob oder ein Ehrenamt aufzunehmen, wie etwa Frau Arndt: *„ich hab mich jetzt hier schon mal angefa- äh, mal beim Bürgermeister nachgefragt muss man mal gucken irgendwas muss ich, sonst fällt mir hier die Decke auf 'n Kopp“ (Arndt 1, Z. 478-481).*

Neben der alltagsstrukturierenden Funktion der Nebenjobs und Ehrenämter ist die dort erfahrene soziale Einbindung ein weiterer wichtiger Aspekt. Gerade mit Bezug auf die Herstellung einer neuen Normalität ist die soziale Einbindung neben der Alltagsstruktur über Nebenjobs und Ehrenämter überaus wichtig, weil häufig die freizeithlichen sozialen Kontakte und/oder der eigene Partner tagsüber selbst arbeiten gehen und daher nicht für gemeinsame Aktivitäten zur Verfügung stehen. Besonders bei alleinlebenden Studienteilnehmern ist die soziale Einbindung wichtig, um überhaupt in sozialen Austausch treten zu können, insbesondere dann, wenn sich im Laufe der Erkrankung und des Übergangs in den EM-Rentenbezug das soziale Netz stark verkleinert hat, wie bei Herrn Jülich ganz besonders deutlich wird.

„(V)on daher ist das ja so letztendlich mein einziger sozialer Kontakt die Firma (.) ist halt so und äh (3) das versuch ich mir natürlich schon zu erhalten weil sonst wie gesagt ist gibt's dann halt niemanden mehr ne und das ist dann natürlich auch nicht so prickelnd“ (Jülich 3, Z. 736-741).

Für Herrn Schramm ist sein Nebenjob in Bezug auf soziale Teilhabe noch deutlich wichtiger, da er kurz vor dem EM-Rentenbezug gemeinsam mit seiner Partnerin in ihren Heimatort zurückgezogen ist. Er verspricht sich darüber nicht nur eine Teilhabe im Fußballverein, wo er zusätzlich noch ehrenamtlich tätig ist. Er hofft darauf, insgesamt im Wohnort stärker Anschluss finden zu können, um sich dort auch heimisch fühlen zu können: *„ich bin der*

Meinung wenn ich jetze hier im Ort bin wo lern ich Leute kennen? übern Sport“ (Schramm 1, Z. 1041f.).

An die soziale Einbindung über die nebenberuflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeiten ist auch die Chance des Erhalts von Wertschätzung und Anerkennung seitens der Kollegen und Vorgesetzten gebunden. Von den meisten Studienteilnehmern wird dies zwar nicht forciert, doch ist es ein überaus positiver Nebeneffekt. Allein Personen, deren Rückkehr in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis mehr normativ geprägt ist, scheinen über die Aufnahme eines Nebenjobs sich vor allem Wertschätzung und Anerkennung zu versprechen, eben weil der Verlust der Erwerbsarbeit im Leben auch den Verlust der Wertschätzung für die eigene Arbeit mit sich bringt: *„dass man (1) sieht man wird noch gebraucht man kriegt noch ne Bestätigung ((lacht)) oder so das sind eben och alles so Sachen die einem (dann fehlen)“ (Thoralf 1, Z. 1226-1229).* Mit einem Nebenjob oder Ehrenamt hoffen diese Personen dann, die verloren gegangene Wertschätzung wieder zu erhalten. Neben Frau Thoralf hebt dies auch Frau Tänzer hervor, die bis zum dritten Interview eine ehrenamtliche Tätigkeit aufgenommen hat.

„(M)eine äh Gruppe die ich da leite die=die Eltern und die Kinder schätzen mich äh aufs Höchste und das tut einfach sehr gut da wieder so ´n Feedback zu bekommen (.) und äh, wenn ich merke eine Sache macht mir Spaß und die gibt mir auch was zurück, dann kann ich auch mal vier fünf Stunden am Stück arbeiten“ (Tänzer 3, Z. 198-204).

Für Studienteilnehmer, die sich mit dem Bezug der EM-Rente eine neue Normalität für ihr Leben aufbauen wollen, ist die Wertschätzung und Anerkennung ihrer Arbeit in den Nebenjobs oder in ehrenamtlichen Tätigkeiten sekundär, zumindest aber ein gesundheitsförderlicher positiver Nebeneffekt: *„ist och ´n sehr schönes Gefühl für mich endlich mal gefragt zu sein (...) aber wie gesagt ich muss meine Strukturen ham“ (Schramm 1, Z. 104-112).* Ganz ähnlich auch Personen, die sich im EM-Rentenbezug ein neues RTW-Szenario erarbeiten wollen: *„in diesen festen Zeiten die Leute anrufen oder nicht und ich die Termine vergebe ne? ähm: ich glaube was mir ganz gut gelingt ähm das ist also auch das=das äh Feedback der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ (Günther 3, Z. 357-361).*

Die aus der nebenberuflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit bezogene Wertschätzung ist für die allermeisten Studienteilnehmer, obwohl sie nicht die Intention der Aufnahme des Ehrenamts oder des Nebenjobs darstellt, wichtiger als die zusätzlichen finanziellen

Einnahmen. Ganz besonders deutlich wird dies an Herrn Hubert, der für die Ausübung seiner ehrenamtlichen Tätigkeit in freiwilliger Askese lebt.

„(W)issen Sie da kümmer ich mich so wie das Geld immer reicht und dann ist Schluss zack (.) nächsten Monat gucken (.) oder eben sparen jetzt für das große Ding“ (Hubert 3, Z. 130-133) „ich bin ´n sehr sparsamer Mensch (.) ich brauch vom Essen im Monat höchstens 100 Euro (.) manchmal bloß 40 (.) ich ess oh manchmal bloß drei vier Tage das Brot mit Salz“ (Hubert 3, Z. 1230-1235).

Nur für einige Wenige ist der finanzielle Aspekt der Entscheidende für die Aufnahme der nebenberuflichen Tätigkeit. Herr Jülich berichtet etwa davon, dass ein finanzielles Auskommen auch nach dem Umzug in eine preiswertere Wohnung nur über die zusätzlichen Einnahmen aus dem Nebenjob möglich ist. Allein mit der EM-Rente würden ihm nach Abzug der Fixkosten lediglich 200€ zur Verfügung stehen. Der Nebenjob ermöglicht ihm den „Luxus“ von notwendigen Neuanschaffungen, z.B. einer Waschmaschine. Gleichzeitig stellt ihn die Ausübung des Nebenjobs vor finanzielle Herausforderungen, da er einen PKW braucht, um zur Arbeit zu fahren. Der Nebenjob hilft ihm, ein einigermaßen finanziell abgesichertes Leben zu führen, erfordert aber andererseits in der Zukunft Investitionen, die er auch mit Nebenjob kaum stemmen können wird.

„(M)uss ich jetzt natürlich mit meinem Auto zur Firma fahren (...) mein Auto natürlich momentan auch am Ende ist dat Ding ist 20 Jahre alt der ist um, dat ist halt eben einfach so, da ist dann die nächste Kiste ne ähm um den um diesen Job zu machen brauch ich ´n Auto“ (Jülich 3, Z. 648-656).

Für Herrn Bertram sind die finanziellen Einnahmen über den Nebenjob weniger existenziell als bei Herrn Jülich. Für ihn steht ein anderer Aspekt im Vordergrund. Er betont die finanziellen Einnahmen im Kontext seines Beitrags zum Haushaltseinkommen. Vor der EM-Rente verfügte Herr Bertram über ein für ihn sehr hohes Gehalt und er identifizierte sich nicht nur sehr stark mit seiner Tätigkeit, sondern auch mit seiner innerfamiliären Rolle des Ernährers der Familie. Mit dem EM-Rentenbezug kann er dieser Rolle nicht mehr gerecht werden. Die Einnahmen über den Nebenjob bieten ihm aber zumindest noch symbolisch die Möglichkeit, die Familie weiterhin mit zu versorgen. Beides, also seinen Teil zum Haushaltseinkommen beisteuern zu können wie Herr Bertram und den Lebensstandard mit den Einnahmen über den Nebenjob zu erhöhen, wie bei Herrn Jülich, wünscht sich auch Herr Volker. Gemeinsam mit seiner Partnerin

lebt er am absoluten finanziellen Minimum. Ähnlich wie Herr Hubert lebt er in einer freiwilligen Askese, um seiner Partnerin etwas mehr Lebensqualität bieten zu können. Das gemeinsame, über 20 Jahre alte Auto, ist wichtig für den Erhalt der Mobilität; eine Neuanschaffung ist aufgrund der finanziellen Lage nicht möglich. In der Aufnahme eines Nebenjobs sieht er daher weniger die soziale Einbindung, den Erhalt von Wertschätzung oder die Etablierung einer festen Tagesstruktur im Vordergrund, sondern zusätzliche finanzielle Mittel, um zumindest den aktuellen Lebensstandard dauerhaft zu erhalten. Insbesondere der Erhalt der Mobilität ist dafür unabdingbar. Gesundheitlich ist die Aufnahme eines Nebenjobs aber so gut wie ausgeschlossen, zumal es in seiner Region ausschließlich Arbeit im Tourismussektor gibt, die er psychisch nicht leisten kann. Zu allen drei Interviewzeitpunkten erhofft Herr Volker sich, für die Zukunft gesundheitlich in der Lage zu sein, zumindest einen Nebenjob aufnehmen zu können, im Prinzip eine unrealistische Perspektive.

„(Gesundheitlich) ist eher schlechter geworden muss ich ganz ehrlich sagen (.) also ich muss sehen dass ich (1) vielleicht jetzt die Psychotherapie die geht dieses Jahr noch wenn das zu Ende ist (2) mal gucken dass ich (1) nach so ein Jahr Kraft dann wieder ´n bisschen fitter werde dass ich auch ´n bisschen belastbarer werde vielleicht mal ne (.) und auch mal irgendwie so ´n 450 Euro Job mal in äh in äh in Angriff nehmen kann wieder“ (Volker 3, Z. 228-236).

Auch für Frau Hannes sind die finanziellen Einnahmen aus ihrem Nebenjob relevant, damit sie einen gewissen Lebensstandard im EM-Rentenbezug aufrechterhalten kann. An oberster Stelle steht das für sie aber nicht. Bei Frau Hannes ist mit der Aufnahme eines Nebenjobs im EM-Rentenbezug ein anderes Phänomen zu erkennen. Sie kann damit die Beruflichkeit in ihrem Identitätskonzept erhalten und sie aus ihrem vorherigen Leben mit einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in den EM-Rentenbezug transformieren. Für Frau Hannes ist die vorige berufliche Tätigkeit wie auch der Nebenjob im EM-Rentenbezug mit Berufung (Oraison, 1972) assoziiert: *„und wenn man das nicht kann und das können viele nicht dann kann man (...) nicht teilnehmen also das wird auch regelmäßig überprüft“ (Hannes 1, Z. 661ff.).* Sie bezieht über die Besonderheit, zu einer auserwählten Gruppe an Menschen zu gehören vor dem EM-Rentenbezug (Diakonin) und auch im EM-Rentenbezug (Geruchsprüferin) nicht nur Alltagsstruktur, soziale Einbindung und Wertschätzung, sondern vor allem auch einen gesellschaftlichen Status, der den Verlust der Vollzeitberufstätigkeit kompensieren lässt. Bei anderen Studienteilnehmern ist das, wenn auch in abgeschwächter

Weise, ebenfalls zu beobachten. Dies ist nicht verwunderlich, weil der Verlust der Erwerbsarbeit mit dem Bezug der EM-Rente für sehr viele Studienteilnehmer den Verlust einer wichtigen identitätsstiftenden Säule des Identitätskonzepts darstellt. Diesen Verlust über einen Nebenjob zu kompensieren, gelingt zwar nur wenigen, ist aber eine überaus gesundheitsförderliche Strategie, zumindest solange über den Nebenjob bzw. das Ehrenamt eine berufliche Identität ausgebaut werden kann und auch auf Dauer trägt.

Am Beispiel von Herrn Schramm ist zu sehen, wie Konflikte in der nebenberuflichen Tätigkeit dieses Konstrukt wieder ins Wanken bringen können. Die Aufnahme einer nebenberuflichen Tätigkeit als Fußballtrainer ist kontrastiv zu Frau Hannes nicht an einen besonderen gesellschaftlichen Status gebunden. Vielmehr ist es der Fußball eine wichtige biografische Säule, der er nun (wieder) in seinem Leben einen höheren Stellenwert beimisst und die er zu einem biografisch-beruflichen Teil seines Identitätskonzepts umformen kann. Bis zum dritten Interview ist dieser wichtige Teil seiner Identität gefährdet, da er sich in seiner nebenberuflichen Tätigkeit gemobbt fühlt. Er wird ohne vorherige Ankündigung entlassen und durch eine andere Person ersetzt. Aufgrund der damit einhergehenden Infragestellung seines Arrangements mit der EM-Rente und der neuen Normalität reagiert Herr Schramm mit gesundheitlich belastenden Rückzugstendenzen.

Eine weitere, wenn auch seltene Funktion von Nebenjobs und Ehrenämtern ist die Verringerung gesellschaftlicher Stigmata. Keiner Erwerbsarbeit nachzugehen, ist in unserer Gesellschaft nicht nur rechtfertigungsbedürftig, sondern stellt darüber hinaus eine deutliche Abweichung von gesellschaftlichen Normalvorstellungen dar. Aus gesundheitlichen Gründen keine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit auszuüben, schwächt dies zwar ab, doch gerade die fehlende Sichtbarkeit psychischer Beeinträchtigungen und die damit einhergehenden Einschränkungen der Teilhabe am Arbeitsleben führen bei unseren Studienteilnehmern zu einem Zwang, sich für die fehlende Ausübung einer beruflichen Tätigkeit erklären zu müssen. Die Aufnahme eines Nebenjobs kann die fehlende Erwerbsarbeit in der Außenpräsentation kaschieren und somit auch Situationen, die zu einer Stigmatisierung führen, abwenden. Besonders deutlich wird dies bei Frau Walther.

„(I)ch sprech da och nicht drüber (.) also ich bin im Gegenteil dann da wieder froh, dass ich den Minijob hat weil wenn mich Leute fragen die jetzt sag ich mal n=nur zum weiteren

Bekanntenkreis gehören oder d- äh wo ich einfach nur gefragt werde was machst 'n du dann sag ich ich geh Teilzeit arbeiten und Punkt“ (Walther 3, Z. 239-244).

Ähnliches berichten auch andere Studienteilnehmer, wenn auch nur beiläufig und nicht in solch deutlicher Weise, wie Frau Walther: „*und keiner fragt, was mit mir ist“ (Hannes 1, Z. 681)*. Wichtig bleibt festzuhalten, dass die Aufnahme eines Nebenjobs oder eines Ehrenamts mit der Abwehr von möglichen Stigmatisierungen zum Aufbau einer neuen Normalität beiträgt.

Die Aufnahme eines Nebenjobs bzw. Ehrenamts und damit die Wirksamkeit der diskutierten Funktionen in einem Leben mit der EM-Rente im Kontext des Aufbaus einer neuen Normalität mit dem EM-Rentenbezug sind selbstverständlich an die Vereinbarkeit von Nebenjob bzw. Ehrenamt mit den verbliebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen gebunden. Vor allem Schwankungen in den gesundheitlichen Einschränkungen müssen bei der Ausübung des Nebenjobs bzw. Ehrenamts berücksichtigt werden, weshalb z.B. Frau Walther auch keine Verantwortung für die betrieblichen Abläufe übernehmen möchte, da für diese eine stabile Leistungsfähigkeit nötig sind: „*ich würde jetzt och keine Verantwortung für irgendwas übernehmen wollen“ (Walther 3, Z. 214f.)*. Darüber hinaus muss für den Aufbau einer neuen Normalität mit der EM-Rente und einem Nebenjob bzw. Ehrenamt die Sicherheit des EM-Rentenbezugs gewährleistet bleiben. Herr Samuel hat beispielsweise die Idee, ehrenamtlich als Schöffe tätig zu werden. Da die Gerichtsverhandlungen aber mitunter sechs bis acht Stunden andauern können, würde dies mit der im sozialmedizinischen Gutachten attestierten Arbeitsfähigkeit von bis zu drei Stunden täglich kollidieren. Aus Angst, die EM-Rente wieder verlieren zu können, verzichtet er deshalb darauf. Frau Karl kann sich ebenso eine nebenberufliche Tätigkeit bis drei Stunden täglich gut vorstellen, solange sie dabei die EM-Rente nicht verliert. Herr Günther wechselt sogar seinen Nebenjob aus Angst, aus dem EM-Rentenbezug zu fallen.

„(I)ch hab da fast äh äh ich sag mal ne mh Vollzeit gearbeitet (.) weil das gar nicht anders ging und ich hab gesagt da=da wir kommen da nicht übereinander ich sag nicht weil ich nicht arbeiten möchte ich sag aber, ich krieg da Schwierigkeiten im Grunde genommen mit dem Rentenversicherungsträger“ (Günther 3, Z. 322-331).

Frau Arndt hingegen scheut die Aufnahme eines Nebenjobs bzw. Ehrenamts, weil dadurch ihre etablierte Alltagsstruktur gestört werden könnte. Sie sieht aber nicht die Teilhabe an

freizeitlichen Aktivitäten der Selbstsorge gefährdet, sondern die Teilnahme an gesundheitsförderlichen Therapien, die bei ihr an erster Stelle stehen.

„(I)ch könnte natürlich in Dorfclub gehen, aber das ist dann donnerstags Abend um um=um 18 Uhr (.) so donnerstags Abend von 17 bis 19 Uhr bin ich ((lacht)) zur Physiotherapie (.) so und wenn ich die jetze ändere das dauert wieder ewig und drei Tage da das ja so ne feste stationäre ist wo ich dann immer von 17 bis 18.30 meine äh meine Therapie hab, kann ich natürlich ändern muss ich dann aber erst langfristig sehen wie die das wieder reinkriegen wie die das antakten und meistens muss ich dann den Therapeuten wechseln und ja und dann ist das eben och immer schwierig“ (Arndt 3, Z. 294-308).

Die Studienteilnehmer, die einen für sie passenden Nebenjob oder ein passendes Ehrenamt gefunden haben, betonen durchweg, welch großes Glück sie hatten, eine Tätigkeit gefunden zu haben. Im Nebenjob bzw. Ehrenamt finden sie einen leistungsangepassten Arbeitsplatz. Dabei betonen die Studienteilnehmer vor allem die positive Wirkung der flexiblen Zeiteinteilung und der Übernahme von Arbeitsaufgaben entsprechend des aktuellen psychischen Belastungserlebens in einer Art Pseudo-Selbständigkeit: *„ich kann 's mir einteilen also ich steh ja in keiner Abhängigkeit dass ich sage ich muss es tun“ (Bertram 3, Z. 254f.)*. Manchen Studienteilnehmern fällt das gerade dann auf, wenn sie im Nebenjob zu viele Arbeitsaufgaben übernommen haben, wie an Frau Hannes zu sehen ist.

„(W)eil ich äh weil ich zugesagt hab dass ich 14 Tage arbeiten will weil mir nicht deutlich war dass das äh schwierig ist (.) also das war mir nicht klar dass das 'n Unterschied macht ob ich äh alle zwei Wochen, ne Woche arbeite oder ob ich zwei Wochen hintereinander arbeite das war mir nicht deutlich dass das 'n Unterschied, für mich macht (.) nee die freie Zeiteinteilung ist immer noch gut auf jeden Fall“ (Hannes 3, Z. 81-90).

Weiter berichten sie positiv davon, im Nebenjob bzw. Ehrenamt keinem Druck seitens der Vorgesetzten ausgeliefert zu sein und auch keine Repressalien bei einem krankheitsbedingten Ausfall befürchten zu müssen.

„(S)ie wissen auch um=um meine Gesundheit das heißt die wissen auch dass ich dadurch mal zwei drei Wochen ausfallen kann (.) und wenn ich wenn: meine Chefin in Anführungsstrichen wenn dann die alle so ((lacht)) sagt einfach wenn du da bist bist du da und wenn nicht nicht (.) und dieses (2) dass man diesen Druck nicht hat (.) das nimmt einem so viel raus und das schafft man dann auch ganz anders“ (Tänzer 3, Z. 218-226).

Die Aufnahme eines Nebenjobs oder Ehrenamtes kann aber nicht nur dazu beitragen, eine neue Normalität für ein Leben in und mit der EM-Rente zu etablieren und in diesem Zusammenhang die verloren gegangene Erwerbsarbeit kompensieren. Bei Personen, die sich in der EM-Rente ein neues realistisches RTW-Szenario aufbauen möchten, dient ein Nebenjob bzw. Ehrenamt vor allem dem Testen und Steigern der eigenen Leistungsfähigkeit. So etwa bei Frau Hoch die wieder arbeiten möchte, aber an ihrer psychischen Stabilität zweifelt. Im Verlauf der Studie steigt aber ihre Motivation, v.a. da sie bereits eine längere Phase hat, in der keine Rückfälle stattfinden. Nach dem dritten Interview findet sie einen Nebenjob in einer Sozialeinrichtung.

Selbstverständlich erfahren auch diese Personen Wertschätzung und soziale Teilhabe über die berufliche Nebentätigkeit, der Nebenjob gibt ihrem Alltag Struktur, sorgt für zusätzliche finanzielle Einnahmen und dient als Anker für die Etablierung eines neuen Identitätskonzepts, in dem die berufliche Nebentätigkeit ein wesentlicher Bestandteil ist. Die Zielrichtung ist bei diesen Personen aber eine andere: die Rückkehr auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt. Der Nebenjob wird daher unter anderen Prämissen gewählt. Sicherlich muss auch bei ihnen die Nebentätigkeit mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen vereinbar sein, doch steht vielmehr ein Ausprobieren in der Arbeitswelt im Zentrum. Das Bestehen in der Arbeitswelt wird daher nicht nur als gelungenes Arrangement der EM-Rente mit der Nebentätigkeit gewertet, sondern auch als gesundheitsförderlicher Faktor durch den Wiedergewinn an Selbstbewusstsein und Motivation bei der Intensivierung biografischer Arbeit im Kontext RTW. Die Aufnahme eines Nebenjobs wird aber nicht als dauerhafte Lösung akzeptiert. Vielmehr fungiert er als Zwischenphase für die Herstellung einer neuen Normalität mit der Aufnahme einer neuen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Teilnehmer treffen hier auf verschiedene Hemmschwellen, müssen Rückschläge akzeptieren, gleichzeitig werden aber auch immer wieder neue Perspektiven für ein RTW-Szenario eröffnet, die das Vorhaben der Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in Frage stellen können, wie z.B. bei Frau Dietmar, die bis zum dritten Interview einen dauerhaften Verbleib in einer WfbM akzeptiert, falls eine Rückkehr in den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich sein sollte. Im ersten Interview betont sie dagegen noch:

„(E)s ist noch sehr anstrengend, ne aber wie gesagt also ich hab ja di- einfach auch das Ziel zu sagen ich möchte das wieder schaffen ne und ähm wenn ich dann halt gar nichts mache und nur zu Hause sitze dann kann ich mich ja auch nicht austesten und dann kann ich ja

auch gar nicht einschätzen wieviel ich denn schaffen könnte, ne und ich m=muss ja halt auch im Herbst dann im Endeffekt entscheiden wie es weitergeht ne so langsam“ (Dietmar 1, Z. 341-346).

Entscheidend für die Abkehr von dem ursprünglichen Vorhaben sind neben der intensivierten Krankheitsarbeit die wiederholten Rückschläge im Nebenjob, die zu einer gesundheitlichen Belastung führen, woraus geschlossen werden kann, dass die Passung des Nebenjobs bei Frau Dietmar nicht optimal ist. Ein begleitendes RTW-Case-Management hätte vielleicht dazu beitragen können, Frau Dietmar bereits bei ihrem Austreten in der Arbeitswelt während des EM-Rentenbezugs zu begleiten und für sie, ggf. auch über das Angebot wechselnder Nebenjobs, eine passende nebenberufliche Stelle zu finden, die mehr zu ihren Vorstellungen, Wünschen und Fähigkeiten passt. Im Kontrast zu Frau Kunert ist es Frau Dietmar nicht gelungen, aus eigener Initiative eine berufliche Nebentätigkeit zu finden.

Abschließend hier noch eine seltene Konstellation wie sie bei Frau Stoph zu beobachten ist. Bei ihr existiert kein wirklicher Wunsch nach einem RTW (also in „normale Arbeit“), aber ein Nebenjob ist für sie zu Beginn der EM-Berentung wichtig, nicht alleine aus finanziellen, sondern auch aus persönlichen Gründen. Über den Nebenjob fühlt sie sich nicht gänzlich vom „normalen Leben“ ausgeschlossen. Im Laufe unserer Untersuchung kommt es aber durch Überlastung zu einem Krankheitsrückfall. Der Nebenjob ist für Frau Stoph eine Überforderung, mit der sie nicht zurechtkommt. Zum dritten Interview hat sie den Nebenjob schließlich gekündigt und fühlt sich dadurch auch vom Druck befreit. Frau Stoph steht für die Konstellation Nebenjob ohne RTW Wunsch. Wie an ihrem Fall zu sehen, kann aber auch ein Nebenjob krankheitsverstärkend sein, v.a. wenn die eigene Leistungsfähigkeit falsch eingeschätzt wird.

5. Synopse: Zusammenfassende Interpretation

Vorbemerkung

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse unserer Studie zusammenfassend referiert; aus Gründen der Übersichtlichkeit und aus Platzgründen haben wir überwiegend darauf verzichtet, für jedes einzelne Ergebnis festzuhalten, inwieweit es mit den Hauptlinien des Forschungsstands übereinstimmt, davon abweicht, Erkenntnisse differenziert oder vertieft. Dazu verweisen wir auf die ausführliche Darstellung zum Forschungsstand in Kapitel 2. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels ordnen wir unsere Ergebnisse noch einmal generell ein und akzentuieren, welche neuen Erkenntnisse durch das vertiefte hermeneutisch-interpretative und prozessorientierte Vorgehen gewonnen werden konnten.

Wege in die EM-Rente

Bei der Analyse der biografischen Verläufe der von uns interviewten EMR haben wir drei charakteristische Wege in die EM-Rente gefunden, die in Abbildung 27 zusammengefasst sind.

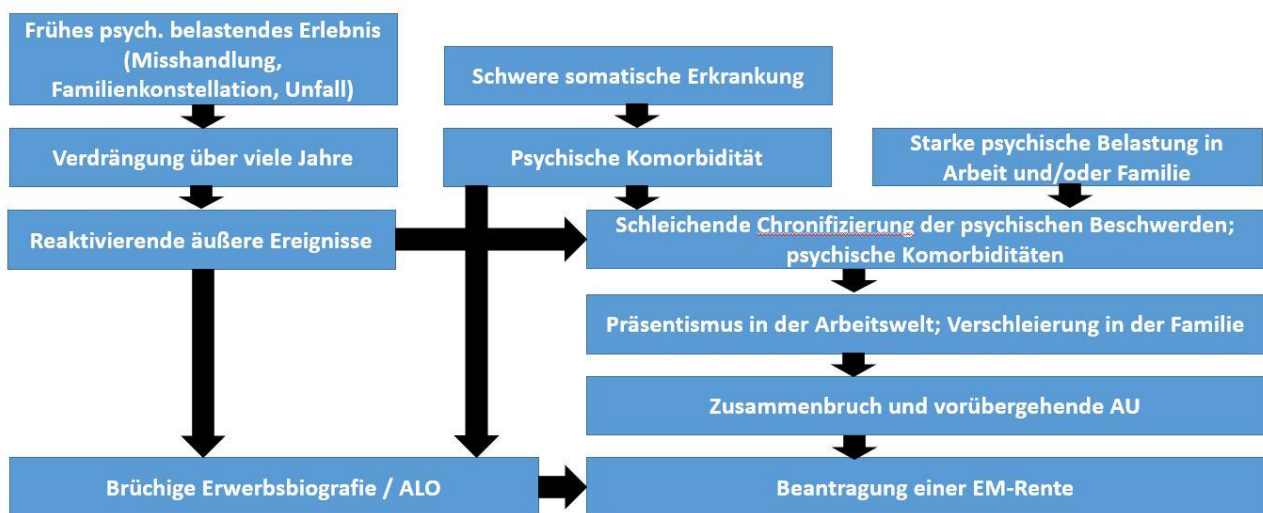


Abbildung 27: charakteristische Wege in die EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)

Im Einzelnen lassen sich die Wege typisierend wie folgt zusammenfassen:

- a) *Früh traumatisierte und dadurch vulnerable Personen.* Nach einer längeren Lebensphase, in der die belastenden Erlebnisse aus Kindheit und oder Jugend in den Hintergrund geraten waren oder verdrängt wurden, werden sie oftmals durch ein

Schlüsselerlebnis sei es in der Familie oder in der Arbeit reaktiviert. Vielen Betroffenen gelingt es dann nicht, adäquat auf die schwere Krise und auf die damit veränderte Situation zu reagieren; die latent prekäre Lebenskonstruktion und -situation wird manifest. In der Folge kann es zu einer Chronifizierung der psychischen Beschwerden kommen, die auf Arbeitswelt und Familie zurückwirken. Längere Phasen der Arbeitslosigkeit oder Krankschreibung münden schließlich häufig auf Anraten des Haus- oder Facharztes in einen Antrag auf EM-Rente – häufig auch weil subjektiv keine Alternativen gesehen und Angebote als überfordernd erlebt werden. Hiervon sind oft jüngere Personen betroffen, für die die EMR als *notwendige Auszeit mit der Chance zur biografischen Neujustierung* fungiert; darunter befinden sich auch Menschen, denen der Berufseinstieg nur unter schwierigen Bedingungen gelungen ist und die im weiteren Verlauf ein diskontinuierliches und von Phasen der Erwerbslosigkeit gekennzeichnetes (Berufs-)Leben hatten, das sie im Nachhinein als Abfolge des Scheiterns erleben und deshalb die EMR als Ausweg aus der Diskontinuität wahrnehmen.

- b) *Schwer somatisch erkrankte Personen mit psychischen Folgesymptomen.* Auch wenn zunächst die Beeinträchtigungen der körperlichen Krankheit im Vordergrund stehen, nehmen im Zeitverlauf psychische Beschwerden zu, gewinnen zuweilen auch die Oberhand und führen dazu, dass die Betroffenen sich schließlich weder körperlich noch psychisch in der Lage sehen, ihrem Beruf nachzugehen. Der Antrag auf EMR ist der Weg in eine als legitim empfundene berufsbiografische Endposition, weil keine realistische Chance mehr vorhanden ist (und/oder dies so eingeschätzt wird), dauerhaft den Anforderungen des Allgemeinen Arbeitsmarktes gewachsen zu sein. Hiervon sind oft Menschen nach langer kontinuierlicher Berufstätigkeit betroffen, die nicht mehr weit von der Regelaltersrente entfernt sind und die EMR als ihnen zustehende, „verdiente“ Entlastung betrachten und eine Rückkehr in Arbeit kategorisch ausschließen.
- c) *Im Lebensverlauf aufgeschichtete psychische Belastungen.* In dieser Gruppe finden sich vor allem Beschäftigte mit einer langen insgesamt kontinuierlichen Berufsbiografie, bei denen sich aber im Laufe des Lebens familiäre und/oder berufliche Belastungen und/oder äußere Ereignisse in der Summe so stark aufschichten, dass

bisher bewährten Bewältigungsmuster nicht mehr ausreichen, um Krisen abzufedern und das „Trudeln“ (Schütze, 2006) zu verhindern. (vgl. Abb. 27).

Die von uns als charakteristische Varianten beschriebenen Wege lassen sich strukturell deutlich voneinander unterscheiden, auch wenn sich in den analysierten Fallstudien immer wieder Mischformen zeigen (vgl. 2.2 Wege in die EM-Rente). Empirisch zeigt sich dies insbesondere im Hinblick auf den Ausgangspunkt und die konkreten Anlässe für die Entwicklung psychischer Vulnerabilität, die dazu führt, dass besonders länger anhaltende Belastungen, sei es im Beruf oder in der Familie oder ein kritisches Lebensereignis (z.B. Scheidung; Kündigung; Tod eines geliebten Menschen), nicht mehr mit den individuell erlernten Bewältigungsstrategien kompensiert werden können. Im Ergebnis erscheint dann nur noch der EM-Rentantrag als Ausweg, um sich aus der belastenden Situation und dem Kreislauf aus Krankschreibung und Klinikaufenthalt, zum Teil auch längerer Arbeitslosigkeit, zu befreien. Von fast allen Angehörigen aus den drei Gruppen wird die Bewilligung der EMR zunächst als Erleichterung erlebt und mit dem Wegfall belastender Anforderungen gleichgesetzt. Die Bewilligung kann aber auch, meist nach einer gewissen „Latenzphase“, das Gefühl des Scheiterns auslösen und zu Belastungen im Selbstbild und im subjektiven Wohlbefinden führen. Das ist insbesondere bei jüngeren EM-Rentnern zu beobachten.

Abgesehen von der für jeden EMR-Antragsteller zu einem ganz unterschiedlichen Zeitpunkt in der Verlaufskurvenentwicklung eintretenden strukturellen Erschöpfung, die zu einem EMR-Antrag führt und der in den sozialmedizinischen Gutachten – im Falle einer Bewilligung – dann anschließend festgestellten „auf nicht absehbare Zeit“ (SGB VI, § 43) diagnostizierten Erwerbsunfähigkeit, sind die Motive und die Anlässe für einen EMR-Antrag äußerst heterogen und verweisen auf ein Zusammenspiel *biografischer Hypothesen* mit *lebensgeschichtlichen Konstellationen* (z.B. Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen, Altersrente des Partners, keine Aussicht auf einen Betriebs- oder Tätigkeitswechsel) und *situativen Faktoren* (z.B. akute psychische Krise, Tod eines Angehörigen, Kränkung im Betrieb, die „das Fass zum Überlaufen“ gebracht hat, etc.).

In einer idealtypischen Verlaufskurve, die wir in Anlehnung an Fritz Schütze entwickelt haben, haben wir die zentralen strukturellen Passagen auf dem Weg in die EM-Rente schematisch dargestellt (vgl. Abbildung 28):

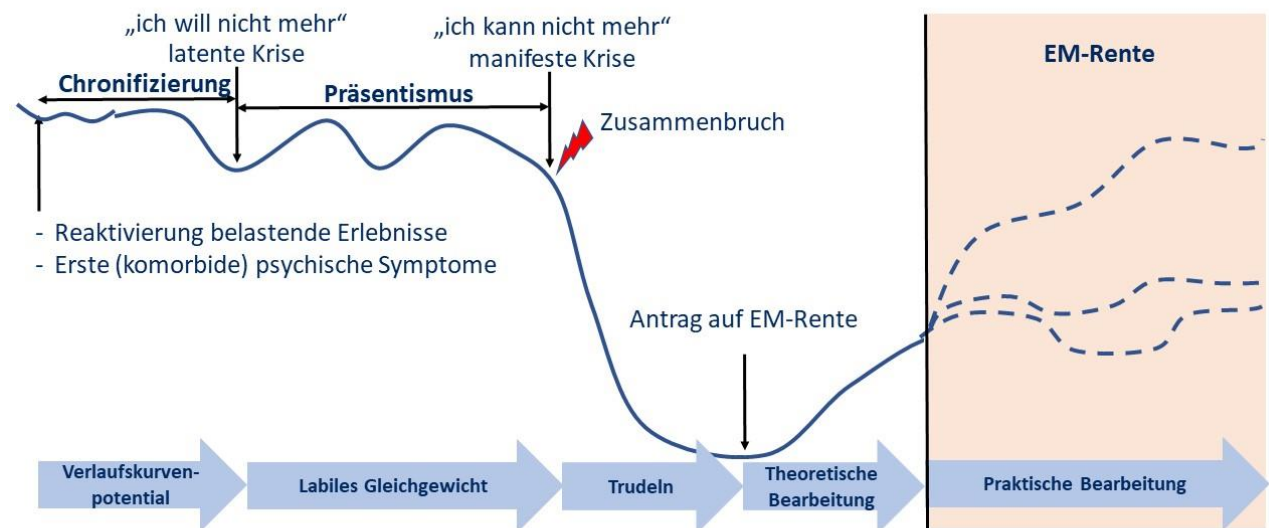


Abbildung 28: Idealtypische Verlaufskurve der Stationen in die EM-Rente (Quelle: eigene Darstellung)

Nicht alle Betroffenen durchlaufen die Verlaufskurve in der gleichen Weise, es kann auch zu Wiederholungsschleifen kommen. Die EM-Rente in ihrer seit 2011 regelhaft auf zwei Jahre befristeten Form führt zunächst zu einer Entlastung und kann eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation bewirken; ob es dann zu einem RTW, zu einem positiven Arrangement mit der neuen Lebenssituation kommt oder zu einem Scheitern (Vereinsamung, Verbitterung) hängt von vielen Faktoren ab, die im Folgenden beschrieben werden. Vorwegnehmend kann schon an dieser Stelle festgehalten werden, dass ohne gezielte proaktive Beratung und Unterstützung eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt selbst bei vorhandener und realistischer Motivation nur eine geringe Wahrscheinlichkeit hat.

Arrangements mit der EM-Rente im Zeitverlauf

Zu Beginn des EM-Rentenbezugs empfindet die überwiegende Mehrzahl der Befragten ihren neuen Status im Vergleich zur vorherigen Situation als positiv. Viele berichten von einer Verbesserung ihrer Gesundheit; bei den wenigen Ausnahmen handelt es sich um Personen,

die den Status EM-Rentner für sich nicht oder noch nicht akzeptieren können, wobei es sich hier vor allem um jüngere EM-Rentner handelt. Nach oft langen Phasen der Unsicherheit und des Wartens auf den Rentenbescheid wird die Bewilligung als Ruhepause und Beendigung einer unsicheren Situation erlebt. Zum Zeitpunkt unseres ersten Interviews, etwa 6 Monate nach der Erstbewilligung, zeigen sich bei Einzelnen bereits erste Unsicherheiten und Fragen an den weiteren Fortgang des eigenen Lebens. Hinzu kommt die Reflexion des Verlustes der Einbindung in die Arbeitswelt und der konkreten Arbeitstätigkeit, deren bedeutsame Rolle auch für das Erleben von Sinnhaftigkeit und als Taktgeber der Alltagszeit den Betroffenen oft erst in der neuen Situation des EM-Rentenbezugs zu Bewusstsein kommt. Innerhalb der EM-Rentenbezieher gilt es gleichwohl Differenzierungen vorzunehmen: zunächst spielt hier das *Alter* eine wichtige Rolle. Für jüngere Personen stellt sich die Frage nach der Zukunft in ganz anderer Weise als für Ältere, die nur wenige Jahre vor ihrer Altersrente stehen. Bei allen jüngeren Teilnehmern der Studie ist zu beobachten, dass sie sich (noch) nicht mit dem Dauerstatus EM-Rentner abgefunden haben, sondern ihren Status als temporäre Durchgangsphase betrachten. Dabei sind der (subjektive) Gesundheitszustand und mehr noch die Gesundungs- und Selbstwirksamkeitserwartung von entscheidender Bedeutung. Je negativer diese ausfallen, umso eher arrangieren sich die Betroffenen mit dem neuen Status. Da sie auch keinen anderen Ausweg mehr sehen, schließen sie für sich eine Rückkehr in Arbeit aus. Ob es dann innerhalb der EMR zu einer gelingenden Alltagsbewältigung und zur Entwicklung von Zukunftsperspektiven (z.B. Ehrenamt; neuer Freundeskreis; Nebenverdienst) kommt und damit zu einer „kreativen Transformation“ (Hildenbrand, 2009) hängt entscheidend von weitgehend abgeschlossenen (mentale und psychische) Krankheitsbearbeitung ab. Dies schließt zwar eine weitgehende Symptomkontrolle ein, entscheidender ist aber die Akzeptanz der eigenen Erkrankung und die Anerkennung bleibender Beeinträchtigungen – beides eine Voraussetzung für realistische Zukunftsszenarien. Erst danach kann eine psychische Stabilität erreicht, eine realistische Selbsteinschätzung erfolgen und dadurch Raum für einen biografischen Neuentwurf geschaffen werden; dies gilt auch für diejenigen Personen, die einen Wiedereinstieg in Arbeit anstreben.

Der *Bruch der Berufskontinuität* stellt für fast alle der Befragten, vor allem zu Beginn des Lebens mit der EMR, eine schwer zu verarbeitende Tatsache dar, vor allem dann, wenn Erwerbsarbeit auch subjektiv einen hohen Stellenwert hatte und/oder ein hoher

Identifikationsgrad mit dem ausgeübten Beruf bestand. Für alle aber ganz besonders diese Personen gilt, dass sie erst neue Alltagsstrukturen, unabhängig von Erwerbsarbeit aufbauen müssen. In einzelnen Fällen (etwa Frau *Ritzel*) führt eine Überidentifikation mit dem Beruf sogar dazu, dass der Status des EM-Rentners nicht akzeptiert werden kann und dadurch die Entwicklung einer neuen Normalität blockiert wird. Grundlage für den inneren Konflikt ist, dass es sich beim Übergang aus Arbeit, aber auch aus dem Status der Erwerbslosigkeit in eine EM-Rente um ein *nicht-normatives Lebensereignis* handelt. Daher stellt sich die Statuspassage im Verhältnis zum gesellschaftlich vorgesehenen Eintritt in die Altersrente als besondere Herausforderung dar: man geht nicht mit der gemeinsamen Alterskohorte in Rente, der Alltag muss neu strukturiert, neue soziale Kontakte müssen geknüpft und der neue Status muss nach außen hin begründet werden.

Zuletzt ist der große Einfluss des *Vorhandenseins eines Partners* für das Gelingen eines Arrangements mit der Situation EM-Rente hervorzuheben. Eine stabile Beziehung bedeutet in den allermeisten Fällen zunächst auch eine relativ abgesicherte finanzielle Situation. Alleinlebende EM-Rentner befinden sich viel häufiger in prekären Verhältnissen als in Partnerschaft lebende Menschen. Partnerschaft bedeutet emotionalen Rückhalt und die Entscheidung für die EM-Rente kann im gemeinsamen Austausch als notwendiger Schritt akzeptiert, wenn nicht sogar als positivere Schritt in eine neue gemeinsame Zukunft umgedeutet werden. Besonders in Konstellationen, in denen der Partner bereits selbst in (Alters-)Rente ist, ermöglicht die EM-Rente die Entwicklung neuer Formen selbstbestimmten Lebens und gemeinsame Planungen, erscheint also für diese Personen als Möglichkeitsraum, der neue Wege eröffnet.⁴¹

⁴¹ Quer zu den hier gemachten Ausführungen des Lebens mit der EM-Rente steht das Leben mit einer Teilzeit-EM-Rente. Obwohl relativ selten und auch in unserem qualitativen Sample lediglich mit zwei Personen vertreten, scheint die Teilzeitrente ein adäquates Instrumentarium zu sein um Menschen mit Beeinträchtigungen einen Verbleib in Erwerbsarbeit gewährleisten zu können, bei hoher Zufriedenheit (vgl. dazu Exkurs 3).

Wege aus der EM-Rente: normativer Rückkehrwunsch, Biografische Neupositionierung und „(Berufs-)Biografische Endposition“

Im Kapitel 4.2.5. haben wir drei große Gruppen in Bezug auf einen möglichen RTW unterschieden (vgl. Abbildung 29).

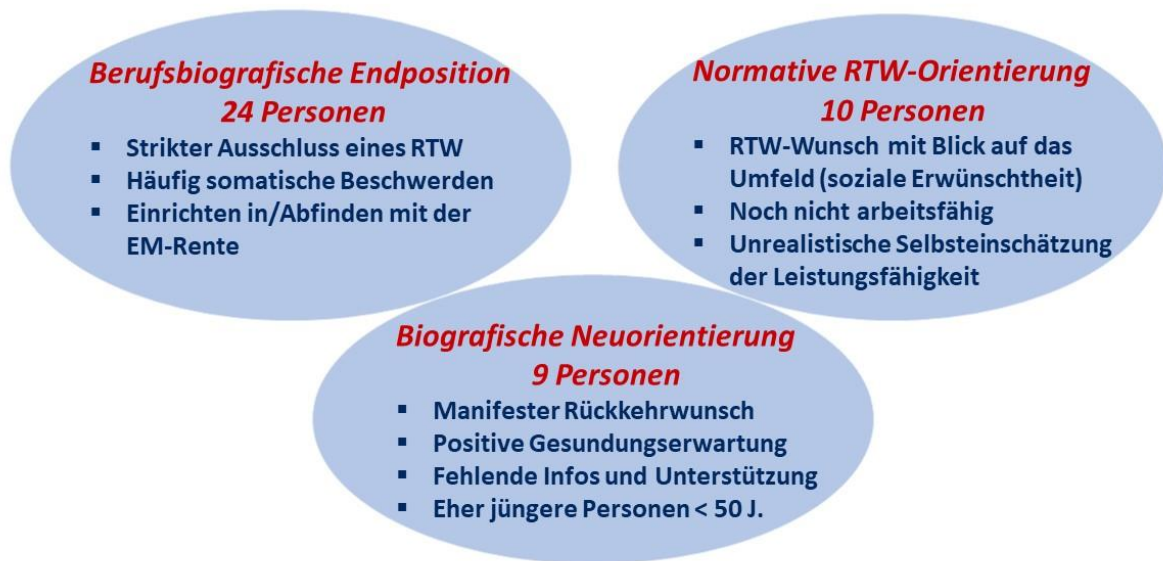


Abbildung 29: Angenommene Verteilung von Personen mit RTW-Potenzial und mit „Berufsbiografischer Endposition“ (Quelle: eigene Darstellung)

Abbildung 29 zeigt eine Aufteilung der Studienteilnehmer zur Rückkehrmotivation in Arbeit zum ersten Interview (ca. sechs Monate nach Beginn der EM-Rente). Während 24 bereits zu diesem Zeitpunkt eine Rückkehr in Arbeit für sich ausschließen, würden sich zehn Personen eine Rückkehr wünschen, habe sich aber weder konkret mit einem RTW auseinandergesetzt, noch formulieren sie Perspektiven für eine Rückkehr in Arbeit. Weitere neun Personen hingegen haben sich bereits mit einem RTW beschäftigt bzw. erste Pläne für die Rückkehr in Arbeit entwickelt. Eine Rückkehr in Arbeit ist zu diesem Zeitpunkt noch keinem Studienteilnehmer gelungen; zwei Personen sind in Arbeit in Teilzeit verblieben und beziehen eine Teil-EMR. Diese Bild ändert sich zum dritten Interview (etwa 12 Monate später). Vier Personen ist zwischen dem ersten und dritten Interview ein RTW gelungen (zwei Personen in Vollzeit, eine Person in Teilzeit, eine Person auf einem Außenarbeitsplatz einer WfbM), 25 Personen können sich eine Rückkehr in Arbeit nicht mehr vorstellen, nur noch drei Personen

haben ein konkretes Rückkehrszenario entwickelt, die Umsetzung, also die Rückkehr in Arbeit entsprechend der Vorstellungen, ist aber noch nicht gelungen. Der Rückgang der Zahlen aus diesem Cluster erklärt sich auch darüber, dass einigen Personen der geplante RTW gelungen ist; andere Personen des Clusters tendieren im Laufe der Zeit eher dazu, den Verbleib in der EMR längerfristig zu akzeptieren, weil die Rückkehr in Arbeit ohne Unterstützung nicht gelungen ist bzw. als zu riskant wahrgenommen wird. Die Gruppe mit normativer RTW-Orientierung dünnt sich ebenfalls in Richtung biografische Endposition aus. Sechs Personen dieses Clusters verbleiben allerdings bei ihrem latenten Vorhaben, irgendwann wieder in Arbeit zurückkehren zu können.

Die bei beiden Gruppen mit RTW-Potenzial (normative RTW-Orientierung und biografische Neuorientierung) unterscheiden sich nach der Art und der realistischen Einschätzung einer Rückkehr auf den Arbeitsmarkt. Bei den Personen in der Gruppe mit einer *normativen Rückkehrerwartung* spielen Motive der sozialen Erwünschtheit, des starken Wunsches nach Normalität aber auch ein biografisches Selbstverständnis eine Rolle, das Erwerbsarbeit als einen zentralen Lebensinhalt ansieht. Darüber hinaus unterschieden sich Mitglieder in dieser Gruppe auch danach, ob sie sich als zum Befragungszeitpunkt noch nicht wieder arbeitsfähig einschätzen oder ob sie grundsätzlich eine unrealistische Einschätzung über ihre Belastungs-, Leistungs- und Durchhaltefähigkeit besitzen. Die Mitglieder der Gruppe, die wir unter der Überschrift „*Biografische Neuorientierung*“ zusammengefasst haben, weisen neben allen sonstigen Unterschieden vor allem folgende Gemeinsamkeiten auf: es handelt sich überwiegend um jüngere EM-Rentner unter 50 Jahren mit einem klar artikulierten Rückkehrwunsch und oft bereits vorhandenen Überlegungen zu Rückkehrszenarien bzw. konkreten Vorstellungen über die Bedingungen einer Wiederbeschäftigung, etwa mit Blick auf Arbeitszeiten und Tätigkeitsbereiche. Zwar haben auch die Teilnehmer der „*normativen RTW-Orientierung*“ oft eine Vorstellung von den Arbeitsbedingungen, unter denen sie wieder arbeiten würden. Der Unterschied besteht aber darin, dass Personen der „*biografischen Neuorientierung*“ sich bereits Gedanken gemacht bzw. aktiv recherchiert haben, in welchem Beruf, bei welchem Unternehmen oder in welchem Tätigkeitsbereich sie diese Arbeitsbedingungen vorfinden könnten. Vielfach fehlen aber Informationen und Hilfestellungen dazu, wie diese Vorstellungen konkret umgesetzt werden können. Eine realistische Einschätzung der eigenen Belastungsfähigkeit scheint bei dieser Gruppe stärker ausgeprägt zu sein als bei der Gruppe mit einer normativen RTW-Orientierung, allerdings

bestehen auch in dieser Gruppe Unsicherheiten über die eigene Leistungsfähigkeit, die mit der Dauer der Zeit in der EM-Rente zunehmen.

Die weitaus größte Gruppe unseres qualitativen Samples, haben wir mit dem Begriff der „*Berufsbiografische Endposition*“ bezeichnet. Damit sind EM-Rentner gemeint, die

- aufgrund ihrer schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, oft mit starken somatisch bedingten Beeinträchtigungen und ihres hohen Leidensdrucks,
- aufgrund negativ aufgeschichteter Erfahrungen in der Arbeit und entsprechender allgemeiner Erschöpfung,
- aufgrund der Einsicht in die eigene Erwerbsunfähigkeit wegen der vorhandenen psychischen Vulnerabilität,
- aufgrund gering ausgeprägter Gesundheits- und Zukunftserwartungen sowie einer häufig negativ bewerteten Lebensbilanz und/oder
- aufgrund ihres Lebensalters und der damit als gering eingeschätzten Möglichkeiten auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt

eine Rückkehr in Arbeit für sich strikt ausschließen. In dieser Gruppe befinden sich auch EM-Rentner, die bereits bei ihrem Erstantrag eine unbefristete Rente erhalten hatten.

Der pejorative Begriff „*Berufsbiografische Endposition*“ bedeutet hier allerdings keineswegs automatisch, dass für diese Gruppe Perspektiven auf eine weitere Gestaltung der Lebensführung und der biografischen Entwicklung ausgeschlossen sind. Das Leben mit und in der EM-Rente kann für diese Gruppe durchaus positive Effekte, und zwar auf Gesundheit, soziale Kontakte und neue Lebensinhalte (Hobbys, Ehrenamt, Neubelebung der Partnerschaft, Familie) haben. Es zeigt sich hier nicht zufällig die größte Heterogenität im gesamten Spektrum eines gelingenden, aber auch misslingenden Arrangements mit dem neuen sozialen Status. Empirisch reicht das Spektrum dabei von Personen, die neue gewonnenen Perspektiven für sich entwickeln und auch schon umsetzen konnten und eine große Lebenszufriedenheit haben bis hin zu Personen, die sich resignativ zurückgezogen haben und nur noch über wenige soziale Kontakte verfügen; viele Menschen aus dieser Gruppe hadern beständig mit dem eigenen Schicksal oder Symptomen, die einer posttraumatischen Verbitterungsstörung (Linden, 2017), ähneln, aus der heraus die Zukunft allgemein – nicht nur der RTW - verschlossen erscheinen.

Diagnosen

Auffällig ist bei vielen der von uns sowohl im Fragebogen (über 80 %) als auch in den Interviews Befragten EM-Rentner mit F3 oder F4 Diagnose eine *sehr hohe Komorbidität*. Viele haben weitere somatische oder andere F Diagnosen, vor allem auch F3 und/oder F4 in Kombination. Das belegt den hohen Grad an Beeinträchtigungen der betroffenen Personen. Für die konkreten Wege in die EM-Rente und auch für einen möglichen RTW spielt die medizinische vor allem die F-Diagnose selbst allerdings nach unseren Daten eine eher geringe Rolle. Entscheidend sind vielmehr der Grad der subjektiven Beeinträchtigung und vor allem die prospektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes in der Zukunft.

In der Regel haben wir es auch mit komplexen psychischen Belastungen zu tun, die nicht mit den in den jeweiligen Diagnosen beschriebenen Symptomen ausreichend charakterisierbar sind, sondern erst im Zusammenspiel mit den komplexen im Laufe der Biografie entstandenen Lebensproblemen die Entscheidung für die EMR nachvollziehbar werden lassen. Empirisch zeigt sich in unserem Sample eine Mischung unterschiedlicher psychischer bzw. psychosomatischer Symptome, die sich nicht eindeutig im Zeitverlauf zuordnen lassen, sondern durch diskontinuierliche Phasen mit durchaus stabilen Zeiten dazwischen gekennzeichnet sind. Damit geht eine schwer voraussehbare Belastbarkeit im Alltag und Beruf einher, was sich auch bei einem eventuellen RTW als problematisch erweisen kann. In Übereinstimmung mit der medizinsoziologischen Forschung ließe sich für unsere EM-Rentner mit Charmaz (1991) von einem beständigen Wechsel zwischen „Good Days, Bad Days“ sprechen. Viele Befragte sprechen im Interview davon, dass sie zwar arbeiten können, aber eben nicht dauerhaft und jederzeit und, dass ihre Belastungsfähigkeit einer großen Schwankungsbreite unterliegt. Diese mangelnde Kontinuität und ein mangelndes Vertrauen in eine konstante Belastbarkeit zählen in unserer Studie zu den wesentlichen Gründen für einen Ausschluss eines RTW, selbst dann, wenn er von einzelnen gewünscht wird.

Diskontinuierliche Erwerbsbiografien

Die Forschungsliteratur (z.B. Kedzia et al., 2011; Bäcker, 2013; Söhn & Mika, 2015) zeigt, dass nur gut die Hälfte der EMR eine *Normalerwerbsbiografie* besitzt. In unserem Sample sind es fast ausschließlich jüngere Personen (unter 40 Jahre), die keinen Berufsabschluss besitzen oder nur über kurze Zeitspannen in ihrem Beruf gearbeitet haben. In der Regel zeigen sie bereits sehr früh psychische und Verhaltensauffälligkeiten (Frau Bunt, Frau Hoch, Frau Grün),

für die es nahvollziehbare Gründe, aber meist keine eindeutige kausale Erklärung gibt. Ausbildungsabbrüche oder Ausbildungswechsel sind häufig Teil der eigenen Biografie. Manchen gelingt zwar noch der Berufseinstieg, aber es kommt zu keinem kontinuierlichen Erwerbsleben. Trotz der in fast allen Fällen frühen Inanspruchnahme von psychologischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Therapien gelingt es den Betroffenen nur selten, eine dauerhafte Stabilität aufzubauen. Medikamente bzw. Psychopharmaka müssen über lange Zeiträume regelmäßig eingenommen werden. Nach jahrelangen meist frustrierenden Erfahrungen in der Arbeitswelt beginnt schließlich eine Phase des Rückzugs, die die Symptome zunächst verringern kann, da nun die Krankheitsarbeit im Fokus steht und die Zusatzbelastung Erwerbstätigkeit wegfällt. Andererseits wird eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt immer unwahrscheinlicher, weil die Unsicherheit über die eigene Leistungsfähigkeit und damit Ängste vor einem Versagen in der Bewährungsprobe bei einer Rückkehr auf den Arbeitsmarkt wächst. Dieser Personenkreis befindet sich in der Regel schon lange in Erwerbslosigkeit mit ALG-II-Bezug, oft verbunden mit langen darin enthaltenen Zeiten der Krankschreibung: die Betroffenen wollen schließlich nur noch der Kontrolle der Arbeitsagentur, die oft als wenig unterstützend und zielführend, vielfach auch als demütigend erlebt wird, entkommen; daraus ergibt sich für diese Gruppe ein zentrales Motiv für den EM-Rentenanspruch in dieser Konstellation.

Beschäftigungsverhältnis, Arbeit und Beruf als Einflussfaktoren auf EMR

Wir gehen davon aus, dass berufliche Belastungen und EM-Rentenquote zusammenhängen, im Einzelfall es aber schwer bis unmöglich zu entscheiden ist, ob es alleine die Arbeit(ssituation) ist, die für die Zusammenbrüche und Arbeitsunfähigkeit entscheidend ist. Auch unsere qualitative Auswertung (vgl. Exkurs 2) legt nahe, dass nicht die Belastung durch einzelne Berufstätigkeiten alleine die EM-Berentung erklärt, sondern eine bestimmte Konstellation aus familialen, sozialen und beruflichen Problemen, die sich gegenseitig verstärken; in manchen Fällen berichten die Befragten auch über – nicht immer freiwillig getroffene – Berufswahlen, die sie im Nachhinein als Fehlentscheidung betrachten, weil ihren eigentlichen Interessen oder Talenten entgegenstand. Hinzu kommen besondere Belastungen in den Arbeitsfeldern der sogenannten Semiprofessionen zu denen soziale und medizinische Berufe, wie etwa Sozialarbeit, Kranken- und Altenpflege zählen: psychische und körperliche Verausgabung, Überidentifikation mit der eigenen Tätigkeit, starke

Verantwortungsübernahme, alltägliche Belastungen wie Konflikte, Leiden oder Tod erweisen sich hier als besonders gefährdend. In einzelnen Fällen wird auch von langjährigen Erfahrungen mangelnder Anerkennung und beständiger Kränkungen (etwa bei Frau Bischoff) gesprochen, die schließlich in einer Art „Burnout“ münden, das eine Weiterführung der Tätigkeit nicht mehr erlaubt. In der Forschung fehlen aber noch weitgehend Studien, die neben den Belastungen in der Arbeit, Aspekte wie familiäre Situation und soziale Einbindung systematisch miteinander verbinden. Unsere Studie legt nahe, dass es immer eine ganz bestimmte Konstellation ist, die schließlich dazu führt, dass der/die Betroffene nicht mehr in der Lage ist, seinem über viele Jahre ausgeübten Beruf nachzugehen. In einer anderen privaten/familiären Konstellation, hätten aber dieselben Belastungen, so unsere These, nicht zum selben Ergebnis geführt. Hier spielt sicher auch die individuelle Vulnerabilität eine wichtige Rolle. Ganz allgemein sind von der beschriebenen Konstellationen in unserem Sample vor allem Menschen betroffen, die ihren Beruf über eine sehr lange Zeit ausgeübt haben und bei denen erst mit etwa Anfang 50 eine schwere psychische Krise eintritt (vgl. auch Mika, 2013); oft kommen in diesem Alter auch noch körperliche Beschwerden hinzu. EM-Rentner in dieser Konstellation schließen einen RTW für sich dann kategorisch aus, da sie das Gefühl haben, „genug“ geleistet und die EM-Rente „verdient“ zu haben und nicht noch einmal in die belastenden Verhältnisse zurückkehren wollen.

Zugang in die Erwerbsminderungsrente

Die von uns geführten Expertengespräche wie auch Aussagen der Versicherten legen die Vermutung nahe, dass eine psychiatrische F-Diagnose (v.a. F3) tendenziell eine größere Chance auf Bewilligung EM-Rentenantrages hat als dies bei somatischen Diagnosen der Fall ist. Von Experten wird dabei auf zwei Aspekte verwiesen: die geringe Vorhersehbarkeit der schwankenden Belastbarkeit in der Berufsarbeit bei Personen mit F-Diagnosen und die größere Schwierigkeit bei der Evaluation der psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen Befundberichte durch die sozialmedizinischen Gutachter.

Der Zugang zur EMR, hier fokussiert auf die die Entscheidung zur Antragsstellung, wird von mehreren Akteuren beeinflusst. Auch wenn der Antrag auf eine EMR immer von der betroffenen Person unterschrieben werden muss, bedeutet dies nicht notwendig, dass die Antragstellung auch von ihm selbst ausgegangen ist. Unsere Daten zeigen, dass die Empfehlung des Haus- oder Facharztes in einem Großteil der Fälle maßgeblich zur

Rentenantragsstellung beigetragen hat. Mehr als die Hälfte der Befragten (53 %) geben im Fragebogen an, dass sie einen Antrag auf EMR nicht von sich aus (Eigeninitiative) gestellt hätten. Das kann verschiedene Gründe haben: ein Mangel an Information über die unterschiedlichen Möglichkeiten und Folgen eines EM-Rentenantrages, die Angst vor der Endgültigkeit des Status, eine Differenz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der eigenen Möglichkeiten oder weil sich die Betroffenen sich nicht vorstellen konnten schon zur Gruppe EM-Rentner zu gehören. Dabei spielt auch die Angst vor dem Eingeständnis der Schwere der Krankheit eine wichtige Rolle. Der bewilligte Antrag gilt dann als „amtliche“ Bestätigung, dass man doch schwerer beeinträchtigt ist, als man es sich selbst bislang zugestanden hatte. Selbst für Personen, die für sich einen RTW kategorisch ausschließen, bleibt der Status des EM-Rentners zunächst ambivalent: einerseits geht er mit Erleichterung über die Bewilligung und den Wegfall der belastenden Arbeit(swelt) einher, andererseits ist die Feststellung der voraussichtlich langanhaltenden Erwerbsunfähigkeit auch ein soziales Urteil über mangelnde Verwendbarkeit auf dem Arbeitsmarkt.

Manche der interviewten Teilnehmer geben auch an, in die EM-Rente gedrängt worden zu sein, ohne dass von ihrer Seite eine Motivation oder Absicht dazu vorhanden war. Das gilt vor allem für Personen, die über lange Zeit erwerbslos (= arbeitssuchend und erwerbsfähig) waren oder lange Krankschreibungen mit AU-Zeiten hatten. Den Status des Erwerbslosen empfinden viele als eine Art Warteraum und – retrospektiv – als Verschiebebahnhof in die EMR. Systembezogen haben wir es mit einer Verlagerung der Kosten von der BA auf die Rentenversicherung zu tun, wobei die entscheidende Frage bleibt, ob in der Zeit der ALO von Seiten der Arbeitsagentur bzw. der Jobcenter gezielte und *spezifisch für die gesundheitliche Situation der Betroffenen zugeschnittene* Angebote und Unterstützungsleistungen erbracht wurden. Die Befragten, die sich in dieser Situation befunden hatten, geben in der Regel an, nicht angemessen beraten und einbezogen worden zu sein, nicht auf eine mögliche Umschulung hingewiesen oder über individuelle Maßnahmen in der oft langen Periode der Arbeitslosigkeit informiert worden zu sein. Insbesondere, so die Befragten, sind es die Jobcenter, die die Versicherten, die innerhalb des Erwerbslosenstatus die Dauer des gesetzlichen Krankengeldbezugs überschritten haben, dazu unter Verweis auf die Mitwirkungspflicht auffordern einen Antrag auf eine EM-Rente zu stellen. Hierbei spielt sozialrechtlich die Gewährleistung der Nahtlosigkeit eine Rolle (vgl. § 145 SGB III): wenn die Krankengeldbezugsdauer überschritten ist, können die Krankenkasse oder die Arbeitsagentur

bzw. die Jobcenter, für die Betroffene schwer nachvollziehbar, eine Aussteuerung aus der Arbeitslosigkeit in die EM-Rente erzwingen (vgl. auch Aurich-Beerheide et al., 2018). Auch Ärzte, Psychiater oder Angehörige üben in manchen Fällen Druck auf den Betroffenen aus. Am Ende sind mit der Bewilligung der EMR aber im Nachhinein fast alle von uns Befragten erleichtert darüber, dass sie diesen Schritt getan haben, unabhängig von wem und unter welchen Bedingungen diese Entscheidung zustande kam.

Befristung und Krankheit

In der Praxis bleiben die Kriterien für die seit 2001 in § 102, Abs.2 Satz 1 SGB VI bei der Erstbewilligung eingeführte Befristung der EM-Renten (nicht nur) für die Versicherten unklar.⁴² Mit der Befristungsregelung geht der Gesetzgeber davon aus, dass sich die Situation des Betroffenen im bewilligten Zeitraum entscheidend verbessern wird, die Rentenversicherung nimmt dies für ca. 80 % aller Erstantragsteller an. Aber selbst eine Verbesserung oder Stabilisierung der Gesundheitssituation im EM-Rentenbezug bedeutet *nicht* zwangsläufig auch eine verbesserte Arbeitsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass bei ca. 95 % der Erstantragsteller nach zwei Jahren eine Umwandlung in eine weitere Verlängerung oder in eine unbefristete EM-Rente erfolgt (vgl. Expertengespräch 3 sowie Berger, 2017).

Die Erwartung, dass alleine die Zeit des (befristeten) EM-Rentenbezugs zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit führe, ist unrealistisch und durch die Empirie widerlegt (vgl. Kapitel 6 Paradoxien). Die geringen Wiedereinstiegsraten sprechen hier eine deutliche Sprache (vgl. zuletzt: Hesse et al., 2019). Auch die Vorstellung, dass die Rückkehr motivierten Menschen aus eigener Initiative und aus eigener Kraft eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt schaffen scheint ebenfalls unrealistisch: nur wenigen der von uns Interviewten ist dies gelungen (z.B. Frau Kunert, Frau Dante und Herr Vogel), deutlich mehr Personen sind in ihrem Bemühen gescheitert (z.B. Frau Dietmar, Herr Günther, Herr Bertram, Frau Tänzer, Frau Walther und Frau Stoph). Im gelungenen RTW von Frau Seler wird der positive Effekt einer Unterstützung beim RTW besonders deutlich. Nur mit der Hilfe einer Sozialpädagogin gelingt ihr die für sie selbst sehr bedeutsame Rückkehr in eine Vollzeitstelle, wenn auch an einem Außenarbeitsplatz einer WfbM. Insgesamt wäre es

⁴² Zum Problem der öfters „rückwirkenden Bewilligungspraxis“ die quer zu den nachfolgend behandelten Ausführungen steht, siehe Kapitel 4.2.4.2.

also wichtig, diejenigen Personen frühzeitig zu identifizieren, die eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt nicht per se ausschließen, um gezielte und von den Betroffenen akzeptierte Leistungen seitens des Kostenträgers anzubieten. Damit ist das Problem der *Identifikation von Risikogruppen* angesprochen, um von da aus (sekundär-)präventive Maßnahmen zu entwickeln. Mit Blick auf statistische Wahrscheinlichkeiten wurde von Bethge u.a. ein Risikoprofil EM-Rente (Bethge et al., 2011; Bethge et al., 2020) entwickelt, das als zentrales Prognosekriterium die *Krankengeldbezugsdauer* vor Antragstellung herausgesellt hat. Unter Klärung und Beachtung datenschutzrechtlicher Aspekte wäre es denkbar, dass die Krankenkassen, den entsprechenden Personen ein unverbindliches Beratungsgespräch anbieten – selbstverständlich ohne den Arbeitgeber zu informieren. In einem derartigen Gespräch könnten Berater auf unsere qualitativen, aus hermeneutisch-rekonstruktiv interpretierten Gesprächen gewonnenen Informationen zur biografischen Verlaufskurvenentwicklung zurückgreifen und gemeinsam mit den Betroffenen ergebnisoffen Strategien der Rückkehr in Arbeit mit bedingter Gesundheit oder aber auch zur Beantragung einer EM-Rente entwickeln (vgl. Kapitel 8 *Empfehlungen*). Wenn, wie bereits erwähnt, faktisch fast jede Befristung nach zwei Jahren weiterbewilligt wird oder in eine unbefristete EMR führt (Berger, 2017), macht das System der Befristungen wenig Sinn, zumindest ohne weitere proaktive Information, Beratung, Begleitung und unterstützende Maßnahmen, wie dies derzeit überwiegend der Fall ist.

Insbesondere gilt abschließend aus Sicht der Betroffenen anzumerken, dass bei Menschen mit Angststörungen die Befristung der EM-Rente einen großen Einfluss auf die psychische Vulnerabilität zu haben scheint und eine aktive Krankheitsarbeit im EM-Rentenbezug im Prinzip unterläuft (vgl. die Eckfälle Frau Bunt, Frau Jauch).

Stigma

Auch wenn in der vorhandenen Literatur trotz vieler einschlägiger Anti-Stigmatisierungsprogramme von einer fortbestehenden Stigmatisierung psychischer Krankheit in der Gesellschaft allgemein (Kardorff, 2017) und in der Arbeitswelt im Besonderen ausgegangen werden muss (Kardorff et al., 2013), steht das Stigmatisierungserleben in den Gesprächen mit den von uns Interviewten nicht im Vordergrund, wurde allerdings auch im Nachfrageteil nicht gesondert erfragt. Zwar gibt es vereinzelt Personen, die ihre Erkrankung versuchen vor Anderen zu verbergen, aber das sind mehr Einzelfälle als ein systematisches

Verschweigen. Für den *EMR-Status* gilt, dass er als *weniger stigmatisierend erlebt wird* als Arbeitslosigkeit. Letzteres gilt bei vielen als diskreditiert und ist zudem, anders als die EM-Rente, mit Kontrollen und Prüfungen verbunden, die in der Regel als sehr belastend und oft auch als erniedrigend erlebt werden. Krankheit ist also, anders als ALO, ein legitimer Grund für die eigene Situation. Aber auch hier existieren Unterschiede: vor allem für jüngere Personen ist es schwierig, ihre Biografie und Situation mit dem Status EM-Rentner zu verbinden. Die Selbstlegitimation wird bei ihnen meist über die Betonung des *temporären Charakters der EMR* erzeugt; während der temporäre Status von vielen als Stress erlebt wird, und die Überprüfung de EMR-Status bei vielen mit Ängsten antizipiert wird, kann der temporäre Status aber auch nach außen dazu dienen, die Selbstdarstellung als grundsätzlich zur Arbeit motiviert zu sein, genutzt werden. Nach außen kommunizieren besonders die jüngeren EMR auch nur vorsichtig und nur im engsten familialen Kreis den EMR-Bezug, der faktisch als stigmatisierend erlebt wird, da er nicht mit der gesellschaftlichen „Normalbiografie“ in Übereinstimmung zu bringen ist. Dazu kommt, dass anders als etwa bei schweren körperlichen Erkrankungen, „*niemand sehen kann, dass ich nicht normal bin*“, wie es eine jüngere Frau im Interview auf den Punkt bringt. Da die psychische Erkrankung (meistens) für Außenstehende unsichtbar bleibt, fällt eine Erklärung für den EM-Status besonders schwer. In der Regel wird er denn auch nach außen nicht thematisiert.

Voraussetzungen für einen RTW aus der EM-Rente

Wir haben in unserer Studie, anders als etwa bei Brussig et al. (2019) (dies erklärt auch z. T. die unterschiedlichen Zahlen), einen RTW durch eine *sozialversicherungspflichtige Beschäftigung* definiert. Ein Neben- oder Minijob kann dem zwar vorausgehen, erfüllt aber weder die Voraussetzung für einen nachhaltigen Verbleib in Arbeit noch kann sie aus versicherungsökonomischen Gründen als geeignetes Kriterium gelten. Wichtiger wäre hier die weitergehende Frage, ob das neu geschlossene Arbeitsverhältnis den spezifischen gesundheitlichen Erfordernissen („leidensgerechter Arbeitsplatz“) entspricht. Die Annahme eines Minijobs kann allerdings als wichtiger Test für die individuelle Belastbarkeit gelten und Kontakte zu einer möglichen Übernahme in ein reguläres Arbeitsverhältnis bahnen (vgl. Eckfall Frau Kunert).

Zusammenfassend haben wir aus dem vorhandenen empirischen Material eine Reihe *positiver Kriterien für einen erfolgreichen RTW aus der EM-Rente gefunden*. Zusammen mit den im

Anschluss daran definierten negativen Kriterien ergibt sich aus der folgenden Aufzählung eine Heuristik zur Identifikation von Personen, bei denen eine gezielte Beratung zur Rückkehr in Arbeit aus der EM-Rente auf Akzeptanz stoßen und mit geeigneten, zielgerichteten und personalisierten Unterstützungsangeboten die Chancen auf eine erfolgreiche Rückkehr in Arbeit erhöhen:

Heuristik - Positive Kriterien für den RTW aus EMR

- Der ausdrückliche Wunsch wieder in Arbeit zurückzukehren (→ Motivation)
- Noch kein Arrangement mit der EM-Rente (→ Bedeutung des „richtigen“ Zeitpunkts)
- Eine gute Symptomkontrolle und Strategien zur situativen Bewältigung temporärer Krisen
- Eine starke biografisch erworbene Selbstwirksamkeitserwartung
- Offene Kommunikation der vorhandenen Beschwerden und aktives Hilfesuchverhalten
- Fortgeschrittene mentale und psychische Krankheitsbearbeitung und weitgehende Akzeptanz bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen
- Ein mit Blick auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die eigene Belastbarkeit *realistischer Rückkehrwunsch* (bezogen auf eigene Leistungs-, Belastungs- und Durchhaltefähigkeit)
- Vorhandene Partnerschaft und/oder gute soziale Einbindung, wobei letztere in bestimmten Konstellationen auch eine berufliche Neujustierung verhindern kann, etwa wenn ein Partner oder eine Partnerin sich schon in Altersrente befindet oder in dem seltenen Fall, dass die EM-Rente als „Zusatzverdienst“ bei der Mitarbeit im eigenen Kleinbetrieb genutzt wird
- Jüngerer Lebensalter (> 50 Jahre)
- Keine längeren Zeiten der Arbeitslosigkeit oder des Krankengeldbezugs vor der EM-Berentung
- Eigenaktiv erschlossene oder durch einen Kostenträger geförderte Erprobung der Erwerbsfähigkeit während der EM-Rente
- Regional verfügbare Arbeitsangebote und eine Stabilitätperspektive für die Beschäftigung
- Unternehmen mit der Möglichkeit leidensgerechte Arbeitsplätze anzubieten bzw. flexibel auf spezielle Arbeits(zeit-, -platz)bedürfnisse einzugehen.

Ein weiterer positiver Faktor für eine RTW-Prognose, der in unseren Analysen aufscheint, betrifft den Weg in die EM-Rente, wie er an den Eckfällen Frau Kunert und Frau Dietmar gezeigt wird. Beide gehören zu der Gruppe mit frühen belastenden Erlebnissen in der Kindheit und Jugend und sind jüngere EMR-Bezieherinnen. In der Zeit zwischen dem Auszug aus dem Elternhaus bis hin zum reaktivierenden Ereignis nimmt die Erwerbsarbeit bei diesen Personen einen sehr hohen Stellenwert ein. Sie dient vor allem der Identitätsentwicklung, der sozialen Einbindung, dem Erhalt von Wertschätzung etc., also damit auch Aspekten, die diese Personen sich im Elternhaus gewünscht, aber nicht erhalten haben. Dieser hohe Stellenwert der Erwerbsarbeit für das eigene Selbstbild und auch Identitätskonzept beflügelt damit auch RTW-Bestrebungen aus der EM-Rente. Das bedeutet, dass EM-Rentner, die den entsprechenden Weg in die EM-Rente gehen und eine Vielzahl der oben benannten Kriterien aufweisen, hoch motiviert sind und besonders gute Aussichten – mit nur wenig Unterstützung – für einen gelingenden RTW haben.

Umgekehrt lassen sich in unserer Studie auch *negative Kriterien* für einen möglichen RTW finden, die eine Ansprache dieser Gruppe durch die Rentenversicherung wenig aussichtsreich erscheinen lässt und hinsichtlich der gesundheitlichen Stabilität der EM-Rentner eher kontraproduktiv sein dürfte, insbesondere dann, wenn von den Betroffenen eine Rückkehr in Arbeit schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt kategorisch ausgeschlossen wurde.

Heuristik - Negative Kriterien für den RTW aus EMR

Als wichtigste negative Parameter für einen RTW lassen sich zusammengefasst festhalten:

- Zeitliche Nähe zur Altersrente
- Starke und nachhaltige Beeinträchtigungen, vor allem wenn zusätzliche körperliche Krankheiten das Wohlbefinden (etwa durch starke Schmerzen) oder die Mobilität im Alltag stark beeinträchtigen
- Geringe Symptomkontrolle geringe Selbstwirksamkeitserwartung und keine positive Gesundheits- und Zukunftserwartung
- Keine abgeschlossene Krankheitsbearbeitung, Grübeln („Rumination“) und externale Ursachenattribution
- Dauerhaft negative Erfahrungen in der Arbeitswelt aus zurückliegenden Beschäftigungsverhältnissen
- Ausdrückliche Ablehnung einer Rückkehr in Arbeit

- Allein lebend und/oder geringe soziale Einbindung
- Pragmatische Überlegungen zum Verbleib in der EM-Rente aufgrund der spezifischen Lebenssituation (z.B. Partner/in bereits in Altersrente; Mithilfe in einen eigenen Betrieb; Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger)
- Ungünstige Bedingungen am regionalen Arbeitsmarkt

Die positiven wie die negativen Kriterien stellen eine teils aus dem Forschungsstand, zum größeren Teil aus unseren ausführlichen Gesprächen gewonnene Heuristik dar, die erstens dabei helfen kann, in EM-Rente befindliche Personen in einem biografisch orientierten Beratungsgespräch realistische Alternativen zur EM-Rente aufzuzeigen und mögliche Unterstützungsangebote zu unterbreiten.

Zweitens soll die Heuristik schon im Vorfeld dabei helfen nur diejenigen Personen anzusprechen, bei denen ein RTW-Wunsch vorhanden ist; ob der dann auch realistisch und im Falle einer konkreten Person umsetzbar ist, müssen dann weitere Gespräche und Assessments und/oder eine Probebeschäftigung klären. In einigen Fällen wird auch eine weitere medizinische Rehabilitation erforderlich sein oder eine LTA Anpassungsmaßnahme (vgl. hierzu Kapitel 8 Schlussfolgerungen und Empfehlungen).

Einordnung der Ergebnisse in die einschlägige Forschungslandschaft

Wesentliche Risikofaktoren für eine EM-Berentung konnten inzwischen vor allem aus quantitativen Untersuchungen gewonnen werden; hierzu gehören einzelne Parameter wie geringe Qualifikation, niedriger sozio-ökonomischer Status, Belastungsprofile von Semiprofessionen, diskontinuierliche Erwerbsbiografien, häufige und lange Zeiten von AU und Erwerbslosigkeit und langandauernder Krankengeldbezug. Auch wenn die Gewichtungen unterschiedlich ausfallen, besteht eine große Übereinstimmung hinsichtlich der aufgeführten Risikofaktoren (vgl. Kapitel 2 Forschungsstand). In unserer Fragebogenstichprobe bestätigen sich – mit Ausnahme des systematischen Bildungsbias (vgl. Kapitel 7 Limitationen der Studie und weitergehende Fragen) – diese Ergebnisse im Großen und Ganzen; dies gilt auch für die Probleme der stark verrechtlichten administrativen Zugangssteuerung in die EM-Rente. Mit unserer qualitativen Analyse idealtypischer Verlaufskurven, der Herausarbeitung drei unterschiedlicher Gruppen von EM-Rentnern (RTW-Wunsch, Biografische Neupositionierung

und Biografische Endposition) wird eine Differenzierung für eine Heuristik zur Identifikation von potenziellen zur Rückkehr auf den Arbeitsmarkt (noch) motivierten EM-Rentnern möglich. Ebenso geht aus unseren Ergebnissen hervor, welche Kriterien für eine realistische Rückkehrperspektive sprechen. Mit der interpretativ-rekonstruktiven Analyse unserer qualitativen Stichprobe können wir zeigen, wie die psychische und soziale Verlaufsdynamik innerhalb der EM-Rente aussieht und von welchen biografischen Konstellationen und Erfahrungen im Zusammenspiel mit externen Bedingungen, der Lebenslage und der Arbeitswelt der „Gesamtbogen“ von den ersten Anzeichen über die Krise bis zur EM-Berentung führt. Darüber hinaus können wir zeigen, welche Aspekte entweder wieder aus der EM-Rente herausführen oder aber ein Gelingen des Lebens in der EM-Rente und der dafür erforderlichen Voraussetzungen benennen. Eine wesentliche Barriere für eine Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bilden – das ist besonders mit Blick auf Reformnotwendigkeiten der gegenwärtigen sozialpolitischen Diskussion und der sozialgesetzlichen Regelungen bedeutsam – die vielfältigen Unsicherheiten und Ängste die damit verbunden sind, die *Sicherheit der EM-Rente* gegen die *Unsicherheiten des ersten Arbeitsmarkts* einzutauschen; rechtliche Alternativen in anderen europäischen Ländern sind hier von Interesse (vgl. Müller & Larisch, 2019). Die Angst bei einem Scheitern den EMR-Anspruch zu verlieren, wieder erwerbslos zu werden und bei längerer Dauer auch Ansprüche an die Altersrente zu verlieren wird von vielen unserer Interviewteilnehmern explizit artikuliert (vgl. Kapitel 8 *Empfehlungen*).

6. Paradoxien und besondere Problemlagen

Für die Mehrzahl der Befragten stellt sich der Eintritt in eine EM-Rente als „nicht-normatives“ und zugleich als „kritisches Lebensereignis“ dar⁴³. Für die voraussehbaren normativen Statusübergänge im Lebenslauf, wie Einschulung, Abschluss von Lehre oder Studium, Eheschließung oder den Eintritt in den Ruhestand existieren, zwar milieuhabhängig gestaltet, aber verbindliche und von anderen begleitete gesellschaftliche „Übergangsriten“; für nicht-normative Übergänge (wie Arbeitsplatzverlust, Eintritt einer Krankheit, Trennung, Pflegebedürftigkeit eines Familienangehörigen, etc.) gibt es zwar auch Vorbilder und in den sozialen Medien auch eine virtuelle Unterstützung, dennoch keine sozial geregelten Formen: jeder einzelne muss derartige Situationen zunächst alleine (oder in der Partnerschaft/Familie) bewältigen und sich ggf. auch mit den Bedingungen etwa des Gesundheitssystems oder sozialrechtlichen Vorgaben auseinandersetzen. Das gilt umso mehr, wenn es sich um gesellschaftlich, wenn nicht negativ, so zumindest ambivalent bewertete nicht-normative Statusübergänge handelt wie etwa den Eintritt in eine EMR; der Status ist nach außen begründungsbedürftig und unterliegt besonders bei psychischen Erkrankungen auch der Gefahr der Stigmatisierung. Mit Blick auf das subjektive Erleben werden derartige nicht-normative Lebensereignisse meist auch als psychologisch destabilisierende kritische Lebensereignisse (Filipp & Aymanns, 2018) erfahren und stellen für die betroffenen Menschen zusätzlich zu bereits vorhandenen Krankheiten/Belastungen eine besondere Herausforderung zur Bewältigung dar. Daher ist es nicht erstaunlich, dass der Antrag auf und das Leben mit einer Erwerbsminderungsrente die betroffenen Menschen mit widersprüchlichen, teils paradoxen Situationen konfrontiert. Aber auch mit Blick auf die Seite des gesellschaftlich organisierten Umgangs mit der EM-Rente zeigen sich – nicht zuletzt auch im Bereich der administrativen Abwicklung – eine Reihe von Paradoxien. Diesen Aspekten gehen wir im Folgenden unter Bezugnahme auf unsere empirischen Ergebnisse nach.

⁴³ Wettstein (2016)

Freiwilligkeitsparadox

Für die Mehrzahl der Befragten stellt sich der Antrag auf EM-Rente als „letzter Ausweg“ dar: auch wenn in den Mehrfachantworten im Fragebogen viele Studienteilnehmer angeben, sich selbst für eine EMR entschieden zu haben, zeigt sich, dass der Antrag auf EM-Rente in der Regel bestenfalls eine *bedingte „Wahl“* darstellt und in unserer Stichprobe kaum einem Befragten ein „Rentenbegehren“ unterstellt werden kann.

Befristungsparadox

Angesichts der bisher vorliegenden empirischen Studien zur Rückkehr aus der EM-Rente, deren Anteil etwa bei 5 – 6 % liegt, stellt sich die Frage, warum, wie etwa in unserem Sample, ca. 80 % der Versicherten zunächst eine befristete Rente erhalten. Sozialrechtlich wird eine unbefristete EM-Rente dann ausgesprochen, wenn im Sinne des §102 SGB VI eine Besserung "unwahrscheinlich" ist (vgl. auch Experteninterview 3). Der hohe Anteil der Befristungen ist nicht nur eine gesetzliche Vorgabe, sondern beruht auf der (unrealistischen, vgl. *Synopse*) Einschätzung, dass in der Zukunft (= innerhalb der regelhaft zunächst auf zwei, längstens auf drei Jahre befristeten Erstbewilligung⁴⁴) eine Verbesserung des Gesundheitszustandes – in der Regel *ohne weitere medizinische Rehabilitation oder unterstützende LTA-Leistungen* – zu erwarten sei. In unserem qualitativen Sample erhielten einige Personen von Anbeginn eine unbefristete EM-Rente, einige wurde entfristet, einige erhielten eine befristete Weiterbewilligung und zwei Personen haben keine Weiterbewilligung erhalten.⁴⁵ Dies liegt vielleicht – abgesehen davon, dass nur sehr selten eine sozialmedizinische Face-to-Face Neubegutachtung stattfindet – auch daran, dass während der zwei Jahre von Seiten der Rentenversicherung die Erwartung an eine Besserung ohne externe Unterstützung besteht und gezielte Maßnahmen zu einer auch von einigen EM-Rentnern gewünschten (teilweisen) Rückkehr in Arbeit ausbleiben oder zum Teil sogar verweigert werden. Mit Blick auf LTA-Leistungen finden sich nur ausnahmsweise Förderungen. Besonders erstaunt, dass bei der Frage einer Weiterbewilligung, Assessments zur Leistungsfähigkeit (Belastungserprobung, Durchhaltefähigkeit, etc.) so gut wie nicht angeboten werden (eine Ausnahme davon bildet

⁴⁴ Nach § 102 Abs. 2 SGB VI darf der Zeitraum *befristeter* EM-Renten 9 Jahre nicht überschreiten.

⁴⁵ Genaue Daten zur Quote der Umwandlung befristeter in unbefristete EM-Renten liegen nicht vor: „Selbst zu der Frage, wie häufig befristete Erwerbsminderungsrenten wiederholt befristet und schließlich entfristet werden, gibt es keine Analysen“ (Aurich-Beerheide et al. (2018, S. 283).

aber der Eckfall: *Frau Jauch*). In unserem Sample zeigt sich, dass die Unsicherheit über die eigene Belastungs- und Leistungsfähigkeit im Verlauf des EM-Rentenbezugs sukzessive zunimmt; besonders betrifft dies diejenigen Personen mit einem normativen Rückkehrwunsch. Hier stellt sich die Frage, ob es bei der überwiegenden Zahl an Befristungen um Ergebnisse sozialmedizinischer „Hoffnungsbegutachtung“ handelt oder ob hier nur der formalen Vorgabe Rechnung getragen wird. Hier ist auch noch einmal daran zu erinnern, dass in der Befristung auch die Erwartung an eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gebunden ist und nicht alleine an eine Gesundheit.

Gesundheitsparadox

In unseren Ergebnissen zeigt sich, dass mit der EM-Rentengewährung eine Stabilisierung, ggf. auch eine Verbesserung der psychischen Beeinträchtigungen einhergeht, nicht zuletzt, weil viele Betroffene die EMR zunächst als Befreiung von Zwängen und institutionellen Abhängigkeiten (z.B. Jobcenter) erleben. Im Unterschied zur Situation der Erwerbslosigkeit und des langandauernden Krankengeldbezugs ohne sichere Perspektive am bisherigen Arbeitsplatz, wird die EM-Rente als explizite Zeit intensiver Krankheitsarbeit und damit gesundheitsförderlich attribuiert. Für die eher jüngeren EM-Rentner verbindet sich mit einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes aber auch die Hoffnung auf eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Die schon erwähnte ausbleibende aktive Information, Beratung und Unterstützung kann aber zu einer Resignation und damit wieder zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit führen, was einerseits mit der wahrgenommenen Perspektivlosigkeit, zum anderen mit der Angst vor einer verweigerten Weiterbewilligung der EM-Rente einhergeht.

„Soziales Verankerungsparadox“

Generell ist der Übergang vom aktiven Erwerbsleben in die Rente mit einer Verringerung und einer qualitativen Veränderung sozialer Kontakte verbunden: Berufskontakte fallen weg, eine Verschiebung auf Familie und vom Beruf unabhängige Freundschaften oder neue Freizeitkontakte und Ehrenamt findet statt. Beim Eintritt in die EMR fallen viele soziale Kontakte weg, weil die Gleichaltrigen aus der eigenen Kohorte noch im Erwerbsleben stehen und

gemeinsame Themen und Bezugspunkte mit ehemaligen Berufskollegen sich schrittweise auflösen. Speziell in der von uns untersuchten Gruppe mit F3 und F4-Diagnosen stellt sich häufig die Aufrechterhaltung von langfristigen und stabilen sozialen Beziehungen aus der Zeit des Erwerbslebens als Problem für die reale und gefühlte soziale Einbindung dar (z.B. „Fälle“ Frau Bunt, Frau Hoch, Frau Grün). Entgegen den aus Studien gewonnenen Ergebnissen gilt aber auch, besonders für diejenigen in unserer Sample, die die EMR als Befreiung erlebt und den neuen Status als dauerhafter EM-Rentenbezieher akzeptiert haben, dass neue Beziehungen (Freizeitpartner, Nachbarn, Ehrenamt sowie zu Menschen in ähnlicher Lebenslage mit viel „offener Zeit“) durchaus aktiv gesucht, eingegangen und verstetigt werden; für diese Personen hat die Neujustierung sozialer Beziehungen auch ein deutliches salutogenetisches Potenzial (besonders deutlich am Eckfall Frau Roland, aber auch Frau Schnabel, Frau Stoph, Herr Wegner, Frau Stephan, Frau Hannes, Frau Karl und Herr Schramm). Unter diesen neu geknüpften sozialen Beziehungen sind allerdings weniger Menschen, die noch im aktiven Berufsleben sind oder es handelt sich um gemeinsame Aktivitäten, bei denen das Thema Arbeitswelt keine oder nur eine geringe Rolle spielt. Für die Personen, die mit Verbitterung und starken gesundheitlichen Belastungen in der (berufs-)biografischen Endposition angekommen sind, reduziert sich das soziale Netz stark, teils auch als Ergebnis eines aktiven Rückzugs (z.B. Herr Volker, Herr Hartmut, Herr Jülich, Herr Günther, Frau Thoralf und Frau Rabe).

Problemstatus „Beschäftigung“ bei gleichzeitiger Krankschreibung

In unserem Fragebogen-Sample (N= 589) kommen – bezogen auf die hier interessierenden ausgefüllten Fragen (N=420) – ca. 43 % (183 Personen) aus einem noch bestehenden Arbeitsverhältnis direkt in die EMR. Eine genauere Analyse zeigt aber, dass etwa 75 % dieser Personen bereits länger als 6 Monate krankgeschrieben waren, also aus dem Krankgeldbezug in die EMR übergegangen sind; bei den ca. 57 % (237 Personen) die direkt aus der Erwerbslosigkeit heraus in die EMR gekommen sind ergibt sich ein praktisch identisches Bild: ca. 75 % waren ebenfalls länger als 6 Monate krankgeschrieben (vgl. Tabelle 7). Dies bedeutet, dass der Übergang in die EMR in den allermeisten Fällen aus langer Krankheit heraus erfolgt. Gerade bei der Gruppe der psychisch beeinträchtigten Personen verweist dies auf lange Vorgeschichten, die teilweise bis in Kindheit und Jugend zurückreichen (62,8 % der Teilnehmer

unserer Studie geben im Fragebogen an, dass die beeinträchtigenden Symptome bereits länger als 5 Jahre zum Zeitpunkt der Befragung vorlagen). Dies findet sich auch in unserem Interviewsample wieder.

Weder erlaubt der Status „Beschäftigungsverhältnis“ noch der der „Erwerbslosigkeit“ eine eindeutige Zuordnung zum Eintritt des EM-Rentenfalls: entscheidend ist vielmehr der mit der langen Krankschreibung mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Gesundheitsstatus (vgl. auch Bethge et al., 2011).

Zeitparadox

Zunächst fällt der im Verhältnis zur realen RTW-Quote stark ausgeprägte Rückkehrwunsch in Arbeit zu Beginn der EM-Berentung auf. Dies gilt selbst dann, wenn man die Gruppe der Versicherten mit einem rein „normativen“ aber gesundheitlich unrealistischen Rückkehrwunsch, unberücksichtigt lässt.

Mit der Befristung verbindet sich die (oftmals wenig begründete) Erwartung auf eine „Spontanremission“ (die sehr selten eintritt) ohne zusätzliche Unterstützungsleistungen der medizinischen Rehabilitation oder von LTA-Leistungen seitens der Rentenversicherung innerhalb des Befristungszeitraums. Damit werden eine Gesundung und die Auseinandersetzung mit den eigenen verbleibenden gesundheitlichen Einschränkungen alleine (!) in die Verantwortung der Versicherten delegiert und damit die Zeit als „heilender Faktor“ unterstellt. Mit Blick auf den Rückkehrwunsch ist aber der bloße Zeitraum ein kontraproduktiver Faktor: empirisch zeigen unsere Daten, dass im Verlauf des Bewilligungszeitraums, die Motivation zum RTW nach etwa 6 Monaten kontinuierlich und dann immer stärker abnimmt und sich die Einrichtung im neuen Status zunehmend verfestigt. Dazu tragen u.a. die Unsicherheit über die eigene Belastungs-, Leistungs- und Durchhaltefähigkeit, die fehlende Rückmeldung aus der Umwelt, Verlust des Selbstwertgefühls und Versagensängste bei, vor allem aber die existenzielle Grundangst, den EM-Rentenanspruch bei einem Scheitern des Rückkehrversuchs zu verlieren. Kurz: die Zeit arbeitet nicht für, sondern gegen die Rückkehr auf den Arbeitsmarkt.

RTW-Paradox

Im Rückkehrwunsch verbinden sich widerstrebende Konfliktlinien: der Wunsch einer Rückkehr in den status quo ante (ohne Beschwerden) und damit in den von der Mehrzahl geteilten normativen Erwartungshorizont einerseits und die spezifischen Rückkehrmotivationen, die u.a. mit einer starken Identifikation mit dem alten Beruf, der Arbeitsstelle, dem Unternehmen und einer generalisierten Arbeitshaltung („ich kann mir ein Leben ohne Arbeit nicht vorstellen“) einhergehen. Diese Motivationslage wird aber durch den jeweils aktuellen Gesundheitszustand und seine subjektive Bewertung vielfach durchkreuzt; insofern ist die Vorstellung einer „Wiederherstellung“ in den status quo ante unrealistisch. Dennoch entwickeln viele Betroffene – ausgeschlossen die Gruppe mit der „(berufs-)biografischer Endposition“ – für sich Szenarien und formulieren Bedingungen unter denen, trotz ihrer bleibenden gesundheitlichen, hier vor allem der psychischen Beeinträchtigungen, die Wiederaufnahme einer Beschäftigung für sie denkbar wäre. Ein „Test“ einer realistischen Umsetzbarkeit steht nicht zur Verfügung und wird nur von ganz wenigen (z.B. Praktikum, Probearbeit) ausprobiert (z.B. in Eigenregie bei Frau Kunert oder von einer Sozialarbeiterin gesteuert bei Frau Seler). Zudem wird ein derartiges Ausprobieren durch die fortbestehenden Ängste, den EM-Status bei einem Scheitern zu verlieren unterlaufen. Im Effekt führt das für die meisten Rückkehrwilligen zu einem dauerhaften Verbleiben in einer Situation des Aufschubs eines „Jetzt noch nicht“, die dann schließlich für viele in einem psychisch belastenden Arrangement mit dem neuen Status als EM-Rentner endet. Dieses belastende Spannungsverhältnis in den widerstreitenden Motiven kann grundsätzlich nicht von den Betroffenen alleine aufgelöst werden.

Die hier genannten Problemkonstellationen und Paradoxien verweisen auf Herausforderungen, die nur zum Teil mit individuellen Hilfestellungen zu bewerkstelligen sind und weitergehende institutionelle, administrative und sozialrechtliche Veränderungsnotwendigkeiten beinhalten. Im Kapitel „Empfehlungen“ werden hierzu einige Vorschläge gemacht.

7. Limitationen der Studie und weitergehende Fragen

7.1 Quantitative und qualitative Stichprobe – Grenzen der Generalisierung der Ergebnisse

Auch wenn die Anzahl der verwertbaren Fragebögen mit N= 589 zunächst recht hoch erscheint, ist die durchschnittliche Rücklaufquote bei insgesamt 3.652 angeschriebenen Versicherten von DRV Bund, DRV-Westfalen und DRV-Berlin-Brandenburg mit 14,6 % relativ gering. Dies könnte, ohne dass wir darüber Gewissheit haben, daran liegen, dass für Menschen, die vor kurzem oft nach einem langwierigen Antrags- und Begutachtungsprozess eine EMR bewilligt bekommen hatten, ein Anschreiben ihres Rentenversicherungsträgers mit der Bitte um Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie zum Thema *Wege in die Erwerbsminderungsrente* als eine mögliche Kontrolle gleichsam „durch die Hintertür“ erleben und/oder für die Betroffenen, die Teilnahme an einer derartigen Studie eine zu große Belastung darstellt, weil die Fragen, die mit der EM-Rente verbunden sind, sensible Bereiche des eigenen Selbstverständnisses berühren.

Unabhängig von der Rücklaufquote war auch mit einem Bias bei der Fragebogenstichprobe zu rechnen. Um dessen Größenordnung abschätzen zu können, haben wir unsere Rücklaufstichprobe mit der nach Zufallsprinzip ausgewählten Versandstichprobe der DRV-Bund verglichen. Während *Alter* und *Geschlecht* sowie die *Verteilung der F-Diagnosen* beider Stichproben annähernd übereinstimmten, zeigten sich größere Differenzen mit Blick auf *Schul-* und *Berufsabschlüsse*: bei ersteren waren in unserer Stichprobe Abitur und Fachhochschulreife mit 30,2 % gegenüber 24,3 % in der Aussendungstichprobe stark überrepräsentiert; bei den Berufsabschlüssen setzte sich der Bildungsbias sogar noch stärker durch: während in unserer Stichprobe 57 % eine abgeschlossene Lehre hatten, waren dies fast 80 % in der DRV-Stichprobe, bei den Fachschulabschlüssen und den Universitäts-/Fachhochschulabschlüssen ergab sich ein inverses Bild: 22,5 % zu 5,1 % und 14,2 % zu 8,9 %. Dieser Bildungsbias ist allgemein bei schriftlichen Befragungen zu beobachten, war hier aber besonders ausgeprägt. Eine weitere Verzerrung zeigt sich darin, dass in unserer Stichprobe deutlich mehr Befragte, nämlich 78,0 % bereits *vor dem Antrag* auf EM-Rente eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen hatten, also deutlich mehr als dies nach Daten der DRV für EM-Rentner

mit F-Diagnosen mit 46 % zutrifft (Hesse et al., 2019). Hier können wir vermuten, dass die Teilnehmer an vorausgegangener medizinischer Rehabilitation ein größeres Vertrauen in die Rentenversicherung haben – zumal die Mehrzahl von ihnen die psychosomatische Rehabilitation in der Rückschau positiv sieht – und von daher eher zu einer Teilnahme bereit waren.

Beim Rücklauf des Fragebogens hatten über die Hälfte der Teilnehmer (51,9 %) einer mündlichen Befragung zu drei Zeitpunkten zugestimmt. Davon wurden nach Kriterien des *theoretical sampling* 45 Personen ausgewählt, von denen am Ende 39 Personen zu allen drei Zeitpunkten an den Interviews teilnahmen, was für ein großes Interesse an der Befragung, für Vertrauen in die Interviewer und die subjektiv hoch eingeschätzte Relevanz des Themas und damit auch für die Aussagekraft der qualitativen Studie insgesamt spricht. Alles in allem wurden 124 Interviews durchgeführt (45 in der ersten Befragungswelle und jeweils 40 in der zweiten und 39 dritten Befragungswelle). Auf dieser empirischen Basis konnten durch eine *maximale Variation* (möglichst viele unterschiedliche individuelle und soziale Konstellationen) und den systematischen Fallvergleich zwischen *maximal kontrastierenden Fällen* (z.B. „biografische Endposition“ vs. „realistischer RTW-Wunsch“) und den zugeordneten minimalen Kontrasten, charakteristische Konstellationen für die Wege in die EM-Rente, das Erleben und Verhalten mit der EM-Rente und für mögliche Szenarien für einen RTW aus der EM-Rente heraus gewonnen werden. Für diese Ergebnisse sehen wir die Möglichkeit einer strukturellen Generalisierbarkeit für die von uns herausgearbeiteten förderlichen und hinderlichen Bedingungen personaler wie umweltbezogener Art für eine Rückkehr aus der EM-Rente in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis.

7.2. Zu möglichen Verzerrungen retrospektiver hermeneutischer Rekonstruktionen – interne Qualitätssicherung und Triangulation

Während die zentrale Rolle subjektiver Sichtweisen und Überzeugungen (etwa internale Kontrollüberzeugungen, Kohärenzsinn, Behandlungserwartungen, Health Beliefs, usw.) u.a. in ihrer Bedeutung für Adhärenz, Behandlungsentscheidungen, Krankheitsbewältigung und Gesundung in den Gesundheitswissenschaften mittlerweile unumstritten ist (Flick, 1998; Schwarzer, 2004; Faltermaier, 2017), wird die Möglichkeit von Wahrheitsfähigkeit wie Generalisierbarkeit der subjektiven Erinnerung und Selbst(re-)präsentation, die das empirische

Kernstück qualitativer Narrationsforschung ausmacht, öfters insbesondere von der evidenzbasierter Wissenschaft kritisch beurteilt. Hier ist festzuhalten, dass es bei Studien wie der hier vorliegenden nicht um eine wie immer geartete „objektive Wahrheit“ geht, sondern um die Nachzeichnung subjektiver Wirklichkeit(en), die als Ausdruck des Erlebens vor allem kritischer Lebenssituationen und der Reaktionen auf innere Prozesse (psychisches und körperbezogenes Erleben etwa von Schmerzen und Beeinträchtigungen, kognitive Rahmung von Symptomen, Kommunikationen, etc.) wie äußere Bedingungen, Einflüsse und Ereignisse (soziale und betriebliche Umwelt, Krankheitssymptome, Arbeitsplatzverlust, etc.) verstanden werden können. Bei der fallübergreifenden vergleichenden Analyse dieser subjektiven Erzählungen emergieren gemeinsame wie auch voneinander unterschiedene Muster, die vor dem Hintergrund des in Kap. 3.3. beschriebenen *theoretical sampling* eine Strukturgeneralisierung ermöglichen. Dies kann die Identifikation von idealtypischen Verlaufskurven und deren Wendepunkten sein, die Bildung von Gruppen mit gleichen Merkmalen (wie „realistischer RTW-Wunsch“, „normativer RTW-Wunsch“, „biografische Endposition“) oder Muster gemeinsamer Konstellationen auf dem Weg in eine EM-Berentung (z.B. „frühe Traumatisierung – psychische Beschwerden mit oder aufgrund von hoher körperlicher Morbidität – aufgeschichtete Belastungen).

Bei allen qualitativen Studien, die Betroffene – im Sinne von Norbert Elias in der eigenen Situation gefangene und im eigenen Interesse „Engagierte“ (Elias, 2020) – im Mittelpunkt hat, stellt sich die Frage nach der *Zuverlässigkeit* und *Glaubwürdigkeit* retrospektiver Erzählungen. Auch wenn eine Erzählung durch

- die Dynamik bewusster (interessegeleiteter) und unbewusster Auswahlen,
- durch soziale Erwünschtheit,
- durch Erinnerungslücken und ggf. durch Traumata erzeugte Leerstellen oder schließlich
- durch die Beeinflussung der Befragten durch die Interviewer und umgekehrt im „Stegreifdrama“ der gemeinsamen Sinnkonstruktion im Interviewprozesses (Hermanns, 2000) oder durch alle genannten Aspekte zusammen

verzerrt sein kann, gibt es verschiedene methodische Möglichkeiten der Überprüfung – etwa der *Chronologie der Erzählung durch Datentriangulation* (vgl. Flick, 2011), der *internen Konsistenzprüfung durch die sequenzielle Analyse der Transkripte* oder die *Analyse der Frage-*

Antwort-Sequenzen, um Interviewer-Effekte aufzuspüren; um letztere zu minimieren, haben wir bei jedem Interview eine möglichst offene, erzählgenerierende Eingangsfrage vorangestellt, die den Befragten genügend Raum zur Entfaltung ihrer eigenen Relevanzhorizonte, ihrer Entscheidungsgründe und ihrer Zukunftshoffnungen und -vorstellungen einräumt (Rosenthal & Fischer-Rosenthal, 2000). Alle diese Prüfungen wurden von uns im Forschungsprozess vorgenommen.

Prinzipiell interpretiert jede retrospektive Befragung die eigene Vergangenheit in der Gegenwart mit Blick auf die geplante wie erwartete Zukunft (Rosenthal, 1995) und lässt sich daher auch als dynamischer Prozess darstellen, was sich im Vergleich der einzelnen Interviews über die analysierte Zeitstrecke von ca. 18 Monaten zeigt. Darin zeigt sich auch, dass die verwendete offene narrative Interviewführung ein veränderungssensitives Instrument darstellt; wenn die Erzählungen allerdings im Zeitablauf stagnieren und die Transkripte sich stark ähneln, dann kann dies je nach Ausgangssituation als Ausdruck für eine Selbstdeutung gelesen werden, in der die befragte Person sich gleichsam in einer erstarrten Blockade befindet oder aber eine Stabilisierung durch das Festhalten an bestimmten Rahmungselementen stattgefunden hat; letzteres wäre dann durchaus auch als kreative Transformation zu deuten.

Weil wir die Interviews nicht im Auftrag der Rentenversicherung oder in einer begutachtenden Funktion durchgeführt haben und auch keine Berührungspunkte zu den sozialen Umwelten der Befragten hatten, bestand für diese zumindest vordergründig keine Notwendigkeit sich für den Bezug der EM-Rente zu rechtfertigen, wenngleich normative gesellschaftliche Erwartungen tendenziell präsent bleiben. Dies allerdings weniger mit Blick auf den Interviewer als vielmehr mit Blick auf die eigene Selbstverortung (z.B. als jemand, für den Erwerbsarbeit oder bestimmte Beruf eine große Bedeutung hatte oder der Erwerbsarbeit nur als notwendiges Übel ansah). Bei der Interpretation der Erzählungen gibt es keine „Wahrheit“; die Erzählungen fungieren vielmehr als Selbstinterpretationen und auch Selbstvergewisserungen über den Verlauf der eigenen Lebensgeschichte; in jeder Erzählung wird auch die Selbstpositionierung der Befragten sichtbar, die es nicht nur dem Gesprächspartner ermöglicht, den Anderen so einzuordnen wie dieser gesehen werden möchte, sondern die Selbstpositionierung ist für den Erzähler auch immer ein Akt, in dem er seine Geschichte und seine Bewertungen vor sich selbst erzählt. Erzähltheoretisch (Schütze, 1983; Lucius-Hoene & Deppermann, 2002) sehen sich Befragte (und auch Alltagshandelnde allgemein) bei jeder Erzählung mit den *Zugzwängen*

des Erzählens (Gestaltschließungs-, Detaillierungs- und Kondensierungszwang: vgl. Schütze, 1984) konfrontiert. So erfordert z.B. der Gestaltschließungs- oder Konsistenzzwang vom Erzähler die Präsentation einer mehr oder weniger kohärenten und für andere damit nachvollziehbaren Geschichte, z.B. von den ersten Symptomen, der Ursachensuche, den Behandlungsversuchen, gescheiterten Reha-Bemühungen bis zur Beantragung einer EMR. Psychologische Elemente wie etwa „selbstwertdienliche“ Umdeutungen eigener schambesetzter Erfahrungen, eigener Fehlentscheidungen und eigenen Scheiterns lassen sich durch die Sequenzanalyse rekonstruieren, indem der „Text hinter dem Text“ hermeneutisch – in unserer Studie durch die Diskussion unterschiedlicher Lesarten in der Forschergruppe und der anschließenden Einigung auf die am meisten plausible Deutung – sichtbar gemacht wird. Besonders bei einem gesellschaftlich tendenziell sowohl selbst- wie fremdstigmatisierenden Thema wie dem vorzeitigen Ausscheiden aus dem fiktiven und mittlerweile brüchigen, aber gleichwohl bei sehr vielen Menschen noch subjektiv wirksamen „Normalarbeitsmodell“ sind derartige Deutungsbemühungen unerlässlich. Um hier die auch im Kontext gesellschaftlichen Alltagswissens möglichst plausiblen Deutungen herauszufiltern, haben wir in der Gruppeninterpretation unterschiedliche Lesarten der Interviews an ausgewählten „kritischen“ Stellen diskutiert und uns – den Regeln der Kunst entsprechend (Bude, 2000) – auf die aus der *biografischen Gesamtformung* (Schütze, 1983) resultierende stimmigste Interpretation geeinigt.

Darüber hinaus hatten wir durch die über insgesamt 18 Monate dauernde Begleitung der EM-Rentner in drei ausführlichen Gesprächen die Möglichkeit aktuelle Veränderungen oder auch Bestätigungen der Selbstinterpretationen vor dem Hintergrund der Gesamtbiografie einzuordnen und auf die angesprochene Kohärenz hin zu analysieren. Dabei zeigt sich bei einigen Teilnehmern eine deutliche Umakzentuierung im Verlauf des EM-Rentenbezugs: dies verweist darauf, dass die neue Rahmung der Lebenssituation durch eine institutionell ratifizierte wie auch eine neue soziale Konfiguration die Selbstpositionierung der betroffenen Menschen verändert; dabei kann es innerhalb der von uns idealtypisch beschriebenen Gruppen („(Berufs-)biografischen Endposition“, „normativer Rückkehrwunsch“ und „biografische Neupositionierung“) auch zu abrupten Übergängen kommen. Am wenigsten zeigten sich diese Veränderungen bei den EM-Rentnern, die – oft kontrafaktisch, wegen einer unrealistischen Selbsteinschätzung ihrer Belastungsfähigkeit – in einer Art permanentem „Aufschub“ leben,

indem sie am Rückkehrwunsch festhalten, aber tatsächlich kaum Veränderungen selbst initiieren.

Die hier methodologisch benannten und anhand von Verweisen auf das empirische Material beschriebenen Vorkehrungen zur Datenkontrolle und Qualitätssicherung – nicht zuletzt auch mit Hilfe einer Plausibilitätskontrolle anhand aktueller Studien zu Teilbereichen unseres Themas – vor allem zum RTW aus der EMR (z.B. Brussig et al., 2019; Lippke et al., 2020; vgl. auch Kapitel 2) – erlauben die Generalisierung zentraler Ergebnisse. Die Aussagen zur Größenordnung der drei Gruppen („realistischer RTW-Wunsch“, „normativer RTW-Wunsch“, „biografische Endposition“) sind durch die in 7.1. erwähnte Stichprobenverzerrung in der Fragebogenstichprobe und die insgesamt geringe Rücklaufquote nur ein Anhaltspunkt und bedürfen in drei Richtungen weiterer Forschung: *erstens* müsste der betrachtete Untersuchungszeitraum ausgedehnt werden, *zweitens* die quantitative Basis verbreitert werden und *drittens* müssten wie schon in der ARentA-Studie (Kedzia et al., 2011) abgelehnte Antragsteller befragt werden, diesmal gezielt Personen mit F-Diagnosen, um zu sehen, wie deren weitere Arbeitsmarktkarriere verlaufen ist.

8. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

8.1 Empfehlungen auf sozialpolitischer Ebene

Die folgenden Empfehlungen knüpfen an bereits vorhandene gesetzliche Regelungen und Praktiken an, plädieren aber auch für Veränderungen der gegenwärtigen Sozialgesetzgebung, um sowohl verbesserte Anreize für EM-Rentner zur Rückkehr auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt zu schaffen als auch eine verbesserte Absicherung im Fall des Scheiterns von Rückkehrversuchen zu gewährleisten. Im Einzelnen schlagen wir Folgendes vor:

- Verstärkte proaktive Beratung von EM-Antragstellern zur Nutzung bzw. Erprobung einer *Teilerwerbsminderungsrente* nach § 43 Abs. 1 SGB VI in Verbindung mit den neuen Regelungen des Flexi-Rentengesetzes – wenn die gesundheitlichen Voraussetzungen gegeben sind und der Arbeitgeber hierzu bereit ist. Vielen Antragstellern ist diese Möglichkeit nicht bekannt. Besonders für diejenigen, die noch stark mit ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit bzw. mit ihrer Rolle als Erwerbstätige identifiziert sind, ist die Teilerwerbsminderungsrente eine gute Alternative. In unserem qualitativen Sample berichten zwei Befragte mit Teilrente von überaus positiven Erfahrungen und sehen dies als optimale Lösung. Ein weiterer Teilnehmer hätte sich diese Lösung gewünscht und bereits mit seinem Arbeitgeber abgeklärt. Ihm wurde jedoch eine volle EMR bewilligt; in der Folge ist er vollständig aus dem Arbeitsleben ausgeschieden und beklagt den für ihn äußerst schmerzlichen Verlust seiner Arbeit, den Verlust der sozialen Kontakte zu Kollegen und das Fehlen der mit der Arbeit verbundenen Wertschätzung.
- Das Leben mit der EMR erzeugt eine (begrenzte) Zeit, in der Menschen mittels intensiver Krankheits-, Alltags- und Biografiearbeit ihrem Leben eine neue Stabilität verleihen können, auf deren Basis neue RTW-Szenarien aufgebaut werden können. Die hauptsächliche externe Barriere ist in der Bewilligungspraxis und deren rechtlicher Grundlage vorzufinden, die wegen der rückwirkenden Feststellung des „Leistungsfalls“ häufig für sehr kurze prospektive Bewilligungszeiträume sorgt. Hier empfehlen wir eine grundsätzliche prospektive EM-Berentung von mindestens einem Jahr, idealerweise zwischen zwei bis drei Jahren, damit sich die EM-Rentnerinnen und -

Rentner der Aufnahme der Arbeitslinien und damit auch der potentiellen beruflichen Neuausrichtung für einen möglichen RTW frei von Ängsten und Sorgen um die Weiterbewilligung der EMR widmen können.

- Angebot von *LTA-Leistungen während der EM-Rente*. Während im Bezugszeitraum einer EM-Rente ggf. erforderliche medizinische Rehabilitationsleistungen (für andere Krankheiten als die derentwegen die EMR bewilligt wurde) auf Antrag gewährt werden, ist dies bislang bei LTA-Leistungen kaum der Fall. Hier wäre etwa an Assessments der Leistungs-, Belastungs- und Durchhaltefähigkeit zu denken, verknüpft mit der Möglichkeit einer ggf. durch *einen Jobcoach begleiteten Erprobung der eigenen Möglichkeiten und Grenzen*, um damit auch den Betroffenen selbst eine realistische Rückmeldung zu geben. Letzteres wäre nicht zuletzt für die von uns identifizierte Gruppe der EM-Rentner mit einem „normativen RTW-Wunsch“ ein sinnvolles Angebot. Möglichkeiten für LTA-Leistungen während des EMR-Bezugs ließen sich auf dem Verordnungswege unterhalb gesetzlicher Novellierungen realisieren und könnten flexibel an den Gesundheitszustand der Rehabilitanden, ihre subjektive Belastungsfähigkeit und Motivation und an die Gegebenheiten des lokalen Arbeitsmarkts angepasst werden.
- Angebot eines *Jobcoachings als LTA-Maßnahme* zur Begleitung von EM-Rentnern in den Allgemeinen Arbeitsmarkt; Jobcoaching könnte ggf. durch Integrationsfachdienste oder private Leistungserbringer, ggf. auch durch Rehafachberater angeboten und organisiert werden; mit Blick auf die Herstellung von Kooperationsbeziehungen zu den Betrieben könnte hier der Firmenservice der Rentenversicherung vermittelnd und unterstützend einbezogen werden. Gerade bei psychischen Erkrankungen erweist sich das Jobcoaching als eine wirkungsvolle und hilfreiche Methode (vgl. Gühne & Riedel-Heller, 2015; Stengler & Rauschenbach, 2017; Marotzki et al., 2020). Sozialrechtlich ließe sich hier auch an die Nutzung von *Unterstützter Beschäftigung* nach § 55 SGB IX denken, die eine Begleitung bis zu zwei Jahren und bei Bedarf eine weitere Verlängerungsmöglichkeit um 12 Monate vorsieht und damit auch den vielfach auftretenden Schwankungen der Leistungsfähigkeit bei psychischen Beeinträchtigungen Rechnung trägt. Sozialrechtlich wäre eine Entkoppelung dieser Leistung vom Status „Schwerbehinderung“ seitens des Gesetzgebers wünschenswert, nicht nur weil es zum Status

Schwerbehinderung international keine Entsprechung gibt, sondern weil die Beurteilung des individuellen Hilfebedarfs hier konsequent nach der ICF erfolgen sollte, die in der Versorgungsmedizin-Verordnung nur ansatzweise umgesetzt ist. Für erwerbslose und stark gesundheitlich beeinträchtigte oder von Behinderung bedrohte Menschen, die keinen anerkannten Schwerbehindertenstatus besitzen, wird von der Bundesagentur für Arbeit die zweistufige (Assessment und Probebeschäftigung) Maßnahme DIA-AM (Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffener behinderter Menschen) zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit eingesetzt, auf deren Basis die Empfehlung für einen Platz in einer WfBM oder eine Beschäftigung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgt.

Für Jobcoaching und unterstützte Beschäftigung gilt, dass sie gerade bei der Begleitung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, bei der der Bedarf und die erforderlichen ganz unterschiedlichen Unterstützungsformen – etwa Vermittlung bei Konflikten am Arbeitsplatz, Auffangen depressiver Krisen, usw. – variabel ausgestaltet sein können und müssen: so kann über einen längeren Zeit nur eine Art „stand by“ als Stütze erforderlich sein, auf die Betroffene im Krisenfall zurückgreifen können; es kann aber auch im Fall einer akuten Krise eine intensive Begleitung notwendig werden.

- Mit Blick auf die Personen der Gruppe „biografische Neuorientierung“ und insbesondere der Personen, die bereits ein konkretes Rückkehrszenario in Arbeit individuell ausgearbeitet haben, wäre auch eine Maßnahme entsprechend des über das Bundesteilhabegesetz in das SGB IX implementierte *Budget für Arbeit* (§ 61 SGB IX) eine sinnvolle Unterstützung. Mit dem Budget für Arbeit soll es konzeptionell Werkstattbeschäftigten ermöglicht werden, auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu wechseln und dort dauerhaft beschäftigt zu werden; dementsprechend muss als Leistungsvoraussetzung der Anspruch auf einen Platz im Arbeitsbereich einer WfBM vorliegen; Kostenträger ist vornehmlich die Eingliederungshilfe nach SGB IX Teil 2. Für die erwähnte Personengruppe könnte eine Maßnahme in Anlehnung an das Budget für Arbeit die Hemmschwellen für einen RTW bei der Gruppe der Personen mit „biografischer Neuorientierung“ deutlich herabsenken, weil sie nicht unmittelbar in den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln würden, sondern vorübergehend in eine LTA-Maßnahme wechseln könnten. Bei der Umsetzung einer derartigen Maßnahme für

diese Zielgruppe bedarf es nur kleinerer Anpassungen, da Personen der Zielgruppe z.B. nicht grundsätzlich über einen Anspruch auf einen Platz im Arbeitsbereich einer WfbM verfügen. Weiterhin sollte im Kontrast zum Budget für Arbeit entsprechend SGB IX die Geldleistung befristet werden, damit diese Leistung auch als LTA-Maßnahme für die Rückkehr in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verstanden wird. Aufgrund der Modifikation des Budgets für Arbeit würde die Eingliederungshilfe (z.B. wegen der fehlenden Anspruchsvoraussetzungen) nicht mehr in Frage kommen. Die Finanzierung der zeitlich befristeten Maßnahme mit dem Übergangsgeld nach SGB VI § 20 finanziert werden; befragte Experten, die das Budget für Arbeit derzeit beforschen schlagen eine Finanzierung für einen Zeitraum zwischen zwei und fünf Jahren vor (Experteninterview⁴⁶).

- Mit Blick auf *Sekundärprävention und auf die Motivation zur Inanspruchnahme frühzeitiger Beratungs- und ggf. Therapieangeboten* wäre an eine Kooperation zwischen Betrieben und Rentenversicherung durch eine gezielte Nutzung des Ü-45-Checks zu denken (vgl. Bitzer & Flaig, 2020). In Betrieben wäre hier eine Kooperation zwischen betriebsärztlichem Dienst und BEM-Beauftragten auf der einen und einer Vertragseinrichtung der Rentenversicherung (Beratungsstelle an einer psychosomatischen Reha-Klinik, ambulanter Reha-Einrichtung) auf der anderen Seite denkbar (vgl. Ansätze bei Rothermund, 2018; Gissendanner & Weiß, 2018). Derartige Modelle setzen eine kostenträgerübergreifende Zusammenarbeit voraus; hier wären im Sinne präventiver Maßnahmen mittelfristig auch die Krankkassen im Rahmen von SGB V § 20 und vor allem SGB V 20b (Betriebliche Gesundheitsförderung) sowie die Gesetzliche Unfallversicherung im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes einzubeziehen. Darüber hinaus wäre eine Sensibilisierung der Betriebe für die Problemlegung psychisch beeinträchtigter Beschäftigter durch den Firmenservice der DRV sinnvoll; auch Fortbildungsangebote für Schwerbehindertenvertretung, BEM-Beauftragte und Personalverantwortliche erschienen sinnvoll. Hierzu wären einschlägige Fortbildungsmaterialien in Kooperation mit der Praxis zu entwickeln.

⁴⁶ Nachträgliches Experteninterview mit Vertretern eines wissenschaftlichen Projekts zum Budget für Arbeit.

- Prüfung der Übernahme des schwedischen Modells der *Teilarbeitsunfähigkeit* (vgl. hierzu die Zusammenstellung einschlägiger Studien in: SVR, 2015), die den Beziehern einer Arbeitsunfähigkeitsrente die gesetzlich verankerte Möglichkeit eröffnet, wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren, *ohne dabei aber den Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsrente (EM-Rente/Disability Pension) zu verlieren*; die Arbeitszeit kann dabei zwischen 25 % und 100 % der Regelarbeitszeit variieren. Für viele EM-Rentner, die die Absicht haben, auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt zurückzukehren ist die Gefahr bei einem Scheitern zunächst wieder in Erwerbslosigkeit und anschließend in den SGB II Bezug zu gelangen – mit entsprechend negativen Folgen für die Altersrente – ein Grund sich trotz Rückkehrabsicht aus Gründen der materiellen Sicherheit und zur Vermeidung von psychischer Zusatzbelastungen mit der Situation einer dauerhaften EMR zu arrangieren. Diese Empfehlung zur Übernahme des schwedischen Modells richtet sich an den Gesetzgeber und ist mit einem langen (und ungewissen) Zeithorizont verbunden.
- Unterhalb der Schwelle einer gesetzlichen Neuregelung wäre etwa an ein Übergangsgeld für die Zeit während einer probeweisen Rückkehr in Arbeit zu denken.
- Evtl. grundsätzliche Gewährung einer „prospektiven EMR von mindestens einem Jahr, idealerweise von zwei bis drei Jahren.

8.2 Empfehlungen auf operativer Ebene

Die folgenden Empfehlungen sind eng mit den oben skizzierten sozialpolitischen Vorschlägen verbunden und richten sich auf konkrete Maßnahmen, die seitens der Rentenversicherung und/oder in Kooperation mit anderen Trägern angeboten werden könnten:

- *Intensive persönliche Beratung bei der Beantragung der EMR* durch Fachkräfte, mit einer speziellen Schulung: Klärung der Motivation und der Ziele, die mit der EM-Rente verfolgt werden; Herausfinden ob ggf. eine Rückkehrmotivation vorliegt; Empfehlung zur Belastungserprobung; Erwägung von realistischen Alternativszenarien zur vollen EM-Berentung (*Teilzeiterwerbsminderungsrente*) aber auch von Perspektiven jenseits des ersten Arbeitsmarkts; Berufswege-/Wiedereinstiegsplanung; Finanzielle Beratung (individuelles Risikoprofil), etc.. Diese Gespräche wären als offenes Beratungsangebot zu gestalten, da der Antragstellung ja eine vorgängige Entscheidung des Antragstellers

zugrunde liegt, so dass Angebote psychologisch sensibel als Möglichkeiten angeboten werden, damit sie von den Betroffenen nicht als Versuch der Abwehr von (dem Grunde nach) gesetzlich vorhandenen Leistungsansprüchen angesehen verstanden werden können. Im Gespräch wären besonders auch diejenigen Antragsteller in den Blick zu nehmen, die aufgrund der Nahtlosigkeitsregelung von der BA zur Antragstellung aufgefordert wurden.

- Zielgerichtetes Angebot eines *Informations- und Beratungsgesprächs ca. 6 Monate nach Erstbewilligung einer (befristeten) EM-Berentung* an Personen mit einer potenziellen RTW-Perspektive; hier sollten nur diejenigen Personen gezielt angesprochen werden, die einen konkreten Rückkehrwunsch geäußert haben; hierzu wäre es sinnvoll, dass Antragsteller einen Kurzfragebogen erhalten, auf dem sie unter anderem angeben können, ob sie eine Rückkehr in Arbeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt, nach einen oder zwei Jahren oder grundsätzlich überhaupt nicht mehr in Erwägung ziehen oder ob sie ein Interesse an einer Rückkehrer in Arbeit haben.

- Zugehende Angebote *innerhalb der ersten Bewilligungsphase des EM-Rentenbezugs*: Nutzung von Angeboten der stationären oder ambulanten medizinischen Rehabilitation bei Verschlechterung der Symptomatik. Darüberhinausgehend: Angebote zu LTA-Leistungen für diejenigen, die den Wunsch nach einer Rückkehr auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt formuliert haben: aus der breiten Palette, der etwa von BFWs und freien Trägern beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen angebotenen Maßnahmen kommen neben Assessments und begleiteten Probebeschäftigungsmöglichkeiten vor allem Maßnahmen der Anpassungsqualifizierung, für jüngere EM-Rentner ggf. auch Umschulungsmaßnahmen in Frage. Die Angebote sollten dabei den besonderen Bedarfen der jeweiligen psychischen Symptomatik angepasst sein. Dies erfordert aus unserer Sicht ein Case-Management, wie im nächsten Punkte ausgeführt wird.

- Einrichtung eines *Case-Managements für die RTW-Begleitung*; dieses müsste regional gegliedert sein, um auch die jeweils aktuelle Arbeitsmarktsituation vor Ort im Blick zu haben und Kontakte mit Arbeitsgeberverbänden, Handels- und Handwerkskammern sowie Innungen zu halten. Bei einem derartigen Case-Management ginge es angesichts der sehr unterschiedlichen individuellen Problemlagen wie sie sich in unseren Ergebnissen zeigen darum ein zielgerichtetes Angebot eines Informations- und

Beratungsgesprächs (mit biografischer Anamnese) ca. 6 Monate nach Erstbewilligung einer (befristeten) EM-Berentung an Personen mit einer potenziellen RTW-Perspektive zu richten.

- Erstellung von *Fallvignetten* für die Fortbildung zu einem des Case-Management für die Zielgruppe der Personen mit „berufsbiografischer Neuorientierung“, ggf. auch für Personen mit einer „normativen RTW-Orientierung“; die Fallvignetten sollen dabei vor allem für die besonderen Problemlagen der rückkehrmotivierten EM-Rentner sensibilisieren. Zielgruppen für eine derartige Fortbildung könnten Reha-Fachberater oder Mitarbeiter von Integrationsfachdiensten oder BFWs sein, die ein derartiges Case-Management durchführen könnten.
- Weitere Unterstützungsangebote (Hilfe bei der Jobsuche: Person-Environment-Fit, Job-Coaching, aber auch Familienhilfe, etwa wenn ein Angehöriger gepflegt werden muss).
- Besprechung von Alternativen jenseits des allgemeinen Arbeitsmarkts, wenn der Rückkehrversuch gescheitert ist.
- Bei allen Angeboten zu einer möglichen Rückkehr in Arbeit ist es unerlässlich, einen „Erprobungsraum“ zu gewähren, da die Ängste vor dem Verlust der Sicherheit der EM-Rente für die überwiegende Mehrzahl der Befragten das Haupthindernis für den Versuch einer Rückkehr in Arbeit darstellen.

8.3 Weiterentwicklung und Forschungsbedarf

Abschließend sollen hier nur noch ganz kurz die wichtigsten Herausforderungen an eine Weiterentwicklung und Forschung im Kontext von EM-Rente und einem möglichen RTW skizziert werden. Insbesondere die Identifizierung von Personen mit RTW-Potenzial stellt eine entscheidende Frage für mögliche Interventionsstrategien dar. Eine Identifizierung von Personen mit RTW-Perspektiven könnte, auf der Grundlage unserer Diskussionen mit Experten der Rentenversicherung, über einen *Kriterienkatalog* biografischer Daten auf der Basis einer Verknüpfung von:

- Routinedaten (Alter, Geschlecht, Bildungsabschlüsse, Diagnosen, Komorbidität, Inanspruchnahme von Behandlungen und Reha-Leistungen, AU- und ALO-Zeiten)

- Qualitativer biografische Daten (Familien- und Berufsgeschichte, Kritische Lebensereignisse, Wege in die EM-Rente, aktuelle soziale Situation, Erwartungen und Motivation an RTW und darauf bezogene Unterstützung, persönliche bzw. familiäre Zukunftsplanung) und der
- Entwicklung einer Heuristik zur Identifikation von Personen mit RTW-Potenzial und Wunsch hergestellt werden.

Ein rein statistisches Screening-Instrument reicht dafür, auf der Grundlage und den Ergebnissen unserer Studie, aber nicht aus.

Darüber hinaus sollte eine Machbarkeitsanalyse zur organisatorischen, sozialrechtlichen und inhaltlich-fachlichen Umsetzung sowie zu den Kosten und der Akzeptanz bei den Versicherten und den Fachkräften gemacht werden, um einschätzen zu können, wie realistisch und vor allem auch umsetzbar angedachte Veränderungen und Interventionen sind. Eine mögliche Ansprache von EM-Rentner mit RTW-Potenzial sollte schließlich modellhaft in Regionen mit unterschiedlicher Arbeitsmarktsituation und unterschiedlicher Versorgungsdichte erprobt werden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass nur eine angenommene Erhöhung von derzeit etwa 5 % EM-Rentnern auf 10 %, die wieder auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zurückkehren, ein sowohl ökonomisch als auch individuell wichtiges – und unseres Erachtens auch realistisches Ziel – darstellt. Immerhin handelt es sich hier um eine Verdopplung der Anzahl. Wir sehen jedenfalls in unserer Studie hier noch ein bis dato bei weitem nicht ausgeschöpftes Potenzial, das mit entsprechender Unterstützung genutzt werden könnte.

Projektbüro Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff
Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Rehabilitationswissenschaften
Georgenstr. 36, 10117 Berlin
Sitz: Invalidenstr. 110, 10115 Berlin

9. Literaturverzeichnis

- Alsdorf, N., Engelbach, U., Flick, S., Haubl, R. & Voswinkel, S. (Hg.) (2017). *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung*. Bielefeld: transcript-Verlag.
- Andersen, M. F., Nielsen, K. M. & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(2), 93–104.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Aurich-Beerheide, P., Brussig, M. & Schwarzkopf, M. (2018). *Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten: Studie der Hans-Böckler-Stiftung* (Nr. 377). Düsseldorf.
- Bäcker, G. (2012-03). *Erwerbsminderungsrenten: Strukturen, Trends und aktuelle Probleme: Altersübergangs-Report*. Duisburg, Düsseldorf.
- Bäcker, G. (2013). Erwerbsminderungsrenten: Wiederkehr eines (fast vergessenen) sozialen Problems. *Informationsdienst Altersfragen*, 40(6), 3–9.
- Bäcker, G. & Kistler, E. (2020). *Dossier Erwerbsminderungsrenten*. Bonn.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hg.) (2020). *Fehlzeiten-Report 2020: Gerechtigkeit und Gesundheit*. Berlin: Springer.
- Baethge, M. & Baethge-Kinsky, V. (1998). Jenseits von Beruf und Beruflichkeit? - Neue Formen von Arbeitsorganisation und Beschäftigung und ihre Bedeutung für eine zentrale Kategorie gesellschaftlicher Integration. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 31(3), 461–472.
- Bartel, S. (2019). Return to Work im Spannungsfeld zwischen Erwerbs- und Gesundheitsorientierung. *Die Rehabilitation*, 58(3), 172–180. <https://doi.org/10.1055/a-0862-9273>
- Belin, A., Dupont, C., Oulès, L., Kuipers, Y. & Fries-Tersch, E. (2016). *Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://osha.europa.eu/en/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-report-eu-and-member-states-policies-strategies> <https://doi.org/10.2802/48176>. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Berger, H. (2017). *Die zeitlich befristete Erwerbsminderungsrente: Regeneration für den beruflichen Wiedereinstieg oder Einstieg in den beruflichen Ausstieg?* DRV-Nordbayern, Fachtagung der psychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern 09.07.2018 im Kloster Seeon. <https://www.bildungswerk-irsee.de/dokumente/6872/Erwerbsminderungsrente%20bei%20Menschen%20mit%20psychische%20Erkrankung%20-%20Dr%20med%20Harald%20Berger.pdf>. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Bethge, M., Egner, U., Streibelt, M., Radoschewski, F. M. & Spyra, K. (2011). Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR). Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll-Studie mit 8500 Männern und 8405 Frauen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(11), 1221–1228. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1366-2>
- Bethge, M., Spanier, K. & Streibelt, M. (2020). Using Administrative Data to Assess the Risk of Permanent Work Disability: A Cohort Study. *Journal of occupational rehabilitation*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09926-7>
- Bitzer, E. M. & Flaig, S. (2020). Vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben frühzeitig erkennen. *Public Health Forum*, 28(2), 103–106. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0004>

- BMAS. (2018). *Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation*.
https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/b3/dokumente/Bedarfsermittlungskonzept_LTA_fin.pdf. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Bonsdorff, M. v. (2009). *Intentions of Early Retirement and Continuing to Work Among Middle-Aged and Older Employees* [Dissertation]. University of Jyväskylä, Jyväskylä.
- Briest, J. (2018). *Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente (REBER): Abschlussbericht*. Hannover.
- Brussig, M. (2012). *Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt: Arbeitslosigkeit und regionale Unterschiede prägen Zugänge in Erwerbsminderungsrenten*. Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ), Universität Duisburg-Essen.
- Brussig, M., Drescher, S. E. & Kalina, T. (2019). Aktivierende Erwerbsminderungsrente? Zur Rückkehr auf den Arbeitsmarkt nach Erwerbsminderung. *Berliner Journal für Soziologie*, 29(3-4), 237–271. <https://doi.org/10.1007/s11609-020-00400-y>
- Brussig, M. & Schulz, S. (2019). *Akteure des Return to Work: Rückkehr nach einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung: Working Paper Forschungsförderung* (Nr. 146). Düsseldorf.
- Bude, H. (2000). Qualitative Generationsforschung. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 187–194). Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2013). *BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit.: Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung*. o.V.
- Charmaz, K. (1991). *Good days, bad days: the self in chronic illness and time*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Corbin, J., Hildenbrand, B. & Schaeffer, D. (2009). Das Trajektkonzept. In D. Schaeffer (Hg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf* (S. 55–74). Huber.
- Corbin, J. & Strauss, A. L. (2004). *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit* (2. Aufl.). *Programmreihe Gesundheit*. Bern: Huber.
- DAK-Gesundheit. (2019). *DAK-Gesundheitsreport 2019: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten Alte und neue Süchte im Betrieb*. Hamburg. IGES Institut GmbH.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2018). *Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung: Eine Publikation der DGPPN*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung. (2018). *Reha-Bericht 2018: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. mit dem Fokusthema "onkologische Rehabilitation".
- Deutsche Rentenversicherung. (2020). *Sonderauswertung. Rentenzugänge Erwerbsminderungsrenten nach SGB VI ICD-10 Diagnoseschlüssel F00–F99: Versicherungsstatus am 31.12. des Jahres vor dem Leistungsfall*.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2012). *Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung: Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen*. August 2012 incl. Update 2018. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2013). *Teilhabe 2.0 - Reha neu denken? 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 4. bis 6. März 2013 in Mainz. Tagungsband*. Berlin/DRV Schriften.

- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2014). *Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung*. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2015). *Rentenversicherungen in Zahlen 2015: Statistik der Deutschen Rentenversicherung*. Berlin. DRV Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2018). *Rentenversicherung in Zahlen*.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2019a). *Erwerbsminderungsrenten im Zeitverlauf 2019: Statistik der Deutschen Rentenversicherung*. DRV Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2019b). *Reha-Bericht 2019*. DRV Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2020a). *Durchschnittliche Zahlbeträge der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland von 1992 bis 2019 nach Geschlecht*. DRV Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2020b). *Statistikband Rente 2019: Statistik der Deutschen Rentenversicherung* (Nr. 218). Berlin. DRV Bund. <http://www.statistik-rente.de>. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Deutsche Rentenversicherung Nord. (2020). *Modellprojekt gestartet: Rentenversicherung unterstützt Menschen vor Eintritt einer Erwerbsminderung*. <https://rehanews24.de/modellprojekt-gestartet-rentenversicherung-unterstuetzt-menschen-vor-eintritt-einer-erwerbsminderung/>. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Dragano, N. (2007). *Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frühberentung: Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Edén, L., Andersson, H. I., Ejlertsson, G., Ekström, B. I., Johansson, Y. & Leden, I. (2007). Characteristics of disability pensioners returning to work: an interview study among individuals with musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*, 29(22), 1720–1726. <https://doi.org/10.1080/09638280601107484>
- Elias, N. (2020). *Engagement und Distanzierung: Gesammelte Schriften 8* (M. Schröter & D. Bremecke, Übers.). Berlin: Suhrkamp.
- Enge, D., Kulick, B. & Florian, L. (2003). Rentenantragsteller nach der Rehabilitation – Wiedereingliederung ins Berufsleben oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit? In VDR (Hg.), *DRV-Schriften: Bd. 40. 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium* (S. 125–126). wdv-Gesellschaft.
- Erbel, R., Eisele, L., Moebus, S., Dragano, N., Möhlenkamp, S., Bauer, M., Kälsch, H. & Jöckel, K.-H. (2012). Die Heinz Nixdorf Recall Studie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(6-7), 809–815. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1490-7>
- Etuknwa, A., Daniels, K. & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 29(4), 679–700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H. & Zaudig, M. (Hg.) (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Falkdal, A. H., Edlund, C. & Dahlgren, L. (2006). Experiences within the process of sick leave. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 13(3), 170–182. <https://doi.org/10.1080/11038120500363634>
- Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Felkendorff, K. (2003). Ausweitung der Behinderungszone: Neue Behinderungsbegriffe und ihre Folgen. In G. Cloerkes (Hg.), *Wie man behindert wird: Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen* (S. 25–52). Winter.

- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2018). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer-Rosenthal, W. & Rosenthal, G. (1997). Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation. In Hitzler, R. & Honer, A. (Hg.), *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik: Eine Einführung* (S. 133–164). Leske + Budrich.
- Flick, U. (Hg.) (1998). *Gesundheitsforschung. Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa-Verl.
- Flick, U. (2011). *Triangulation: Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Gasche, M. & Härtl, K. (2013). *Verminderung der (Alters-)Armut von Erwerbs-minderungsrentnern durch Verlängerung der Zurechnungszeit und Günstigerprüfung: mea discussion papers (217)*. München.
- Geertz, C. (2003). *Dichte Beschreibung: Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme* (30. Aufl.). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Gensichen, J. & Linden, M. (2013). Psychische Gesundheit: Gesundes Leiden – die „Z-Diagnosen“. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(3), A70-A72.
- Gissendanner, S. & Weiß, C. (2018). Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung: Evaluation des Angebots einer psychosomatischen Sprechstunde in Betrieben in Niedersachsen: Ein Zwischenbericht. In BAuA (Hg.), *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung* (S. 49–52). Berlin.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2008). *Grounded Theory: Strategien qualitative Forschung* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Göpfert, H. (2019). *Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 1 SGB VI*. <https://sozialversicherung-kompetent.de/rentenversicherung/leistungsrecht/62-rente-wegen-teilweiser-erwerbsminderung.html>. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Götz, S., Dragano, N. & Wahrendorf, M. (2018). Soziale Ungleichheiten der Erwerbsminderung bei älteren Arbeitnehmern: Eine Analyse von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(Suppl 1), 62–69. <https://doi.org/10.1007/s00391-018-01473-4>
- Gühne, U. & Riedel-Heller, S. (2015). *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland: Im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)*. Berlin.
- Hagen, C. & Himmelreicher, R. K. (2014). Erwerbsminderungsrente in Deutschland – Ein unterschätztes Risiko(?). *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 83(2), 115–138. <https://doi.org/10.3790/vjh.83.2.115>
- Hagen, C., Himmelreicher R.K. & Kemptner, D. & Lampert, T. (06.2010). *Soziale Unterschiede beim Zugang in Erwerbsminderungsrente. Eine Analyse auf Datenbasis von Scientific Use Files des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV)* (Nr. 44). Berlin. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).
- Hagen, C., Himmelreicher R.K. & Kemptner, D. & Lampert, T. (2011). Soziale Ungleichheit und Risiken der Erwerbsminderung. *WSI Mitteilungen*, 7.
- Handerer, T., Thom, J. & Jacobi F. (2018). Die vermeintliche Zunahme der Depression auf dem Prüfstand: Epistemologische Prämissen, epidemiologische Daten, transdisziplinäre Implikationen.

- In T. Fuchs & Iwer, L. Micali, S. (Hg.), *Das überforderte Subjekt: Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft* (S. 159–209). Suhrkamp.
- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (Hg.) (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen: Mit 17 Tabellen*. Springer.
- Hergesell, J. (2019). *Qualitative Metastudie zum Forschungsstand "Erwerbsminderungsrente": mit besonderer Berücksichtigung der Arbeitsmarktintegration und Rückkehr ins Erwerbsleben*. Forschungsbericht (Heft 3). Berlin. Forschungsnetzwerk Alterssicherung.
- Hermanns, H. (2000). Interviewen als Tätigkeit. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 360–368). Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Hesse, B. (2001). *Rehabilitation und Frühberentung bei jüngeren Antragstellern mit psychischen Erkrankungen: Gesamtbericht*. Institut für Rehabilitationsforschung Norderney Abteilung Sozialmedizin.
- Hesse, B., Hessel, A., Agren, C. C., Falk, J. & Nebe, A. & Weinbrenner S. (2019). Psychische Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung – zentrale Handlungsfelder. *RVaktuell*, 8, 194–199.
- Hetzel, C. & Streibelt, M. (2016). Hängt die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen vom Arbeitsmarkt ab?. *Die Rehabilitation*, 55(5), 290–298.
- Heydendorff, S. C. von & Dreßing, H. (2016). Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der "Germanwings"-Katastrophe. *Psychiatrische Praxis*, 43(3), 134–140. <https://doi.org/10.1055/s-0042-101009>
- Hildenbrand, B. (2009). Die "Bewältigung" chronischer Krankheit in der Familie - Resilienz und professionelles Handeln. In D. Schaeffer (Hg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf* (S. 133–157). Huber.
- IAQ. (2020). *Neuzugänge in Erwerbsminderungsrenten nach ausgewählten Diagnosegruppen 1995 bis 2019*. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/ Datensammlung/PDF-Dateien/abbV11.pdf. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- International Social Security Association. (2017). *Review: Zusammenfassung internationaler Studien*.
- Jacobi, F. & Linden, M. (2018). Macht die moderne Arbeitswelt psychisch krank - oder kommen psychisch Kranke in der modernen Arbeitswelt nicht mehr mit? *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 53(8), 530–536.
- Johansson, A. E. M. & Johansson, U. (2010). Disability pension and everyday life: a period of transition and subjective aspects of future occupational life. *Work (Reading, Mass.)*, 40 (2011)(4), 375–384. <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1249>
- Kaldybajewa, K. & Kruse, E. (2012). Erwerbsminderungsrenten im Spiegel der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung: Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Männern und Frauen. *RVaktuell*, 8, 206–216.
- Kalkowski, P. (o.j.). *Zur Klärung der Begriffe „Beruflichkeit und Professionalisierung“*. http://sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/Peter_Kalkowski/Material/Begriffsklaerungen.pdf. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Kardorff, E. v. (2014). Partizipation im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs - Anmerkungen zur Vielfalt eines Konzepts und seiner Rolle in der Sozialarbeit. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 45(2), 4–15.
- Kardorff, E. v. (2017). Diskriminierung von seelisch Beeinträchtigten. In A. Scherr, A. e. Mafaalani & E. G. Yüksel (Hg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 565–592). Springer VS.

- Kardorff, E. v., Klaus S. & Meschnig, A. (2019). *Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen im Raum Berlin-Brandenburg*. Berlin. Humboldt-Universität zu Berlin. www.projekte.hu-berlin.de/de/kardorff/forschungsprojekte/abgeschlossene-forschungsprojekte/2022-von-der-medizinischen-und-der-beruflichen-rehabilitation-zur-nachhaltigen-wiedereingliederung-in-arbeit-bei-psychischen-beeintraechtungen-im-raum-berlin-brandenburg-01-06-2016-30-04-2019-gefoerdert-von-der-drv-berlin-brandenburg-projektleitung-pro
- Kardorff, E. v., Meschnig, A. & Klaus, S. (2016). *Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem: Eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen*. Humboldt-Universität zu Berlin. <https://bws-institut.de/wp-content/uploads/2016/10/Abschlussbericht.pdf>
- Kardorff, E. v., Meschnig, A., Klaus S. & Blaszyk, S. (2019). *Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen im Raum Berlin-Brandenburg: Abschlussbericht*. Humboldt-Universität zu Berlin. <https://bws-institut.de/wp-content/uploads/2020/01/Abschlussbericht.pdf>
- Kardorff, E. v., Ohlbrecht, H. & Schmidt, S. (2013). *Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen: Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes*. http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise_Zugang_zum_Arbeitsmarkt.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- § 16 der Psychotherapie-Vereinbarung, Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung (2020)).
- Kedzia, S., Heuer, J. & Gebauer, E. (2010). ArentA – Erwerbsminderungsrente abgelehnt! Was wird aus den Antragstellern? Eine Analyse der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung von Antragstellern zwei Jahre nach Ablehnung des EM-Rentenantrages. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Vorsitz), *19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*, Leipzig.
- Kedzia, S., Heuer, J. & Gebauer, E. (2011). *Arenta - Erwerbsminderungsrente abgelehnt! Was wird aus den Antragstellern? Eine Analyse der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Entwicklung von Antragstellern zwei Jahre nach Ablehnung des Rentenantrags (ArentA)*. Abschlussbericht Oktober 2011. Münster.
- Kelle, U. (1994). *Empirisch begründete Theoriebildung: Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Kemptner, D. (2014). *Erwerbsminderung als Armutsrisiko*. DIW Berlin, German Institute for Economic Research.
- Klaus, S., Meschnig, A. & Kardorff, E. von (2018). Verlaufskarrieren und biografische Konstellationen beruflicher Rehabilitanden und deren Einflüsse auf Rückkehr und nachhaltigen Verbleib in Arbeit [Trajectories and Biographical Constellations in a Long-Term Study on Vocational Retraining and their Effects on Return to Work and Sustainable Stay at Work]. *Die Rehabilitation*, 57(3), 165–174. <https://doi.org/10.1055/s-0044-101819>
- Kluge, S. (2000). Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1), Art. 14.
- Kobelt, A., Grosch, E., Hesse, B., Gebauer, E. & Gutenbrunner, C. (2009). Wollen psychisch erkrankte Menschen, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden? *Psychother Psych Med*, 59(7), 273–280. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970664>

- Köckerling, E. (2018). *ZEMI-Abschlussbericht: Zeitlich befristete Erwerbsminderungsrenten: Gibt es eine Chance auf Return to Work?* Münster. Institut für Rehabilitationsforschung in VfR e.V. Norderney Abteilung Münster.
- Kocyba, H. & Voswinkel, S. (2007). Krankheitsverleugnung – Das Janusgesicht sinkender Fehlzeiten. *WSI Mitteilungen*, 60(3), 131–137.
- Kohli, M. (1985). Die Institutionalisierung des Lebenslaufs: Historische Befunde und theoretische Argumente. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 37, 1–29.
- Kohli, M. (2003). Der institutionalisierte Lebenslauf. Ein Blick zurück und nach vorn. In J. Allmendinger (Hg.), *Entstaatlichung und soziale Sicherheit: Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002* (S. 525–545). Leske + Budrich.
- Kruse, J., Schmitz, N., Wöller, W., Heckrath, C. & Tress, W. (2004). Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? - Determinanten der hausärztlichen Identifikation psychischer Störungen -. *Psychother Psych Med*, 54(2), 45–51. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814791>
- Kuckartz, U., Grunenberg, H. & Dresing, T. (Hg.). (2007). *Qualitative Datenanalyse: computergestützt. Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Lelliott, P., Tulloch, S., Boardman, J., Harvey, S., Henderson, M. & Knapp, M. (2008). *Mental Health and Work*. London.
- Linden, M. (2013). Handwerkliche Aspekte der sozialmedizinischen Begutachtung bei psychischen Störungen. *Die Rehabilitation*, 52(6), 412–422. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1359860>
- Linden, M. (2017). *Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Lippke, S., Schüz, N. & Zschucke, E. (2020). Temporary Disability Pension, RTW-Intentions, and RTW-Behavior: Expectations and Experiences of Disability Pensioners over 17 Months. *International journal of environmental research and public health*, 17(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph17010238>
- Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Loisel, P. & Anema, J. R. (Hg.) (2013). *Handbook of work disability: Prevention and management*. New York: Springer.
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2002). *Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Lehrtexte Soziologie*. Wiesbaden: Springer.
- Lund, T. & Villadsen, E. (2005). Who retires early and why? Determinants of early retirement pension among Danish employees 57-62 years. *European journal of ageing*, 2(4), 275–280. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0013-x>
- Mannheim, K. (1928). Das Problem der Generationen. *Kölner Vierteljahrshefte für Soziologie*, 7, 157-185, 309-330.
- Marotzki, U., Hötten, R., Weber, L. & Tschaggeny, D. (2020). *Empfehlungen zu Jobcoaching. Forschungsprojekt JADE: Jobcoaching verstehen, durchführen, weiterentwickeln (18/2020)*. Hildesheim. HAWK- Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen.
- Märtin, S. & Zollmann, P. (2013). Die gegenwärtige sozioökonomische Situation von Erwerbsminderungsrentnern und Rentnerinnen und ihren Haushalten. *Informationsdienst Altersfragen* (6), 10–17.

- Märтин, S., Zollmann, P. & Buschmann-Steinhage, R. (2012). Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung: Projektbericht zur Studie. *Sonderausgabe der DRV Bund*.
- Mayer, K. C. (Hg.). (o.j.). *Komorbidität: Glossar*. https://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=926. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Mayer, K. U. (1990). Lebensverläufe und sozialer Wandel.: Anmerkungen zu einem Forschungsprogramm. In K. U. Mayer (Hg.), *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft: Bd. 31. Lebensverläufe und sozialer Wandel* (S. 7–21). Westdt. Verl.
- McDaid, D. & Knapp, M. (2008). *Employment and mental health: Assessing the economic impact and the case for intervention* (MHEEN II Policy Briefings Nr. 5). London.
- Mika, T. (2013). Risiken für eine Erwerbsminderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen [Disability retirement risk for different occupations in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(3), 391–398. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1622-0>
- Mika, T., Lange, J. & Stegmann, M. (2014). Erwerbsminderungsrenten nach Bezug von ALG II: Auswirkungen der Reformen auf die Versicherungsbiographien. *WSI-Mitteilungen*, 67(4), 277–285.
- Mosca, I. & Barrett, A. (2014). *The Impact of Voluntary and Involuntary Retirement on Mental Health: Evidence from Older Irish Adults: IZA Discussion Paper* (Nr. 8723). TILDA, Trinity College Dublin, Economic and Social Research Institute. <http://ftp.iza.org/dp8723.pdf>. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Müller, R. & Larisch, J. (2019). Schweden: Sicherung von Erwerbsfähigkeit und Betriebliche Wiedereingliederung nach und bei chronischer Erkrankung in europäischen Staaten. *sicher ist sicher*, 70(6), 290–292.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2011). *Common Mental Health Disorders. The NICE Guideline on identification and pathways to care*. London British Psychological Society.
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* (4), 389–397.
- OECD. (2018). *Hohe Kosten durch psychische Erkrankungen in Europa*. <https://www.oecd.org/berlin/presse/hohe-kosten-durch-psychische-erkrankungen-in-europa-22112018.htm>. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Oraison, M. (1972). *Berufsfindung und Berufung: Soziale und psychologische Grundlagen*. Frankfurt a. Main: Josef Knecht.
- Reese, C. & Mittag, O. (2014). *Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung – Vergleichsstudie für die EU-Länder Niederlande und Deutschland (Teil 2)* (11/2014). Deutsche Vereinigung für Rehabilitation. https://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/d/2014/D11-2014_Wiedereingliederung_und_soziale_Sicherung_bei_Erwerbsminderung_Vergleichsstudie_fuer_die_EU-Laender_Niederlande_und.pdf. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Rehfeld, U. (2006). *Gesundheitsbedingte Frühberentung: Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Heft 30).
- Richter, D., Wall, A., Bruen, A. & Whittington, R. (2019). Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 393–407. <https://doi.org/10.1111/acps.13083>

- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L. E., Prütz, F. & Thom, J. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*, 2(4), 3–20. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-111>
- Rosenthal, G. (1995). *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte: Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen*. Frankfurt a. Main: Campus-Verl.
- Rosenthal, G. & Fischer-Rosenthal, W. (2000). Analyse narrativ-biographischer Interviews. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 456–467). Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Roski, C., Romppel, M. & Grande, G. (2015). *Risikofaktoren der Erwerbsminderungsberentung aufgrund psychischer Erkrankungen.: Eine systematische Übersichtsarbeit* (Nr. 6). Fakultät Architektur und Sozialwesen, Bereich Soziales und Gesundheit.
- Rothermund, E. (2018). Netzwerke und Psychosomatische Sprech-stunde im Betrieb. Chancen und Grenzen eines innovativen Versorgungsmodell. In BAuA (Hg.), *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung* (S. 41–44). Berlin.
- Schian, H.-M., Gagel, A., Landau, K., Laschet, U., Alles, T., Czarny, M., Dalitz, S., Flach T., Froböse, I., Glatz, A., Greve, J., Hetzel, C., Jochheim, K.-A., Kaiser, H., Kersting, M., Mozdzanowski, M., Nellesen, G., Röhrig, A., Schaub, K., Winter, G. (2004). *PRVE: Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung*. Köln.
- Schlumbohm, A., Köhn, S., Spyra, K., Spanier, K. & Bethge, M. (2019). Psychische Gesundheit und Erwerbsarbeit: Ergebnisse des Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.), *28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Rehabilitation – Shaping healthcare for the future* (S. 88–90). DRV Bund.
- Schofield, D. J., Shrestha, R. N., Percival, R., Kelly, S. J., Passey, M. E. & Callander, E. J. (2011). Quantifying the effect of early retirement on the wealth of individuals with depression or other mental illness. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 198(2), 123–128. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081679>
- Schröder, L., Urban, H.-J. & Müller, N. (Hg.) (2015). *Gute Arbeit: Ausg. 2015. Jahrbuch Gute Arbeit: Qualitative Tarifpolitik - Arbeitsgestaltung - Qualifizierung*. Frankfurt a. Main: Bund-Verl.
- Schubert, M., Parthier, K., Kupka, P., Krüger, U., Holke, J. & Fuchs, P. (2013). *Menschen mit psychischen Störungen im SGB II: IAB-Forschungsbericht 12/2013*. Nürnberg. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Schuler-Harms, M. (2018). Von der Invalidenrente zur Erwerbsminderungsrente. *Sozialrecht aktuell*, 21, 1–6.
- Schultz, I. Z. & Gatchel, R. J. (Hg.) (2016). *Handbooks in health, work, and disability. Handbook of return to work: From research to practice*. New York: Springer USA.
- Schütze, F. (1981). Prozessstrukturen des Lebenslaufs. In J. Matthes, A. Pfeifenberger & M. Stosberg (Hg.), *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive* (S. 67–156). Verl. d. Nürnberger Forschungsvereinigung.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13(3), 283–293.
- Schütze, F. (1984). Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In M. Kohli & G. Robert (Hg.), *Biographie und soziale Wirklichkeit: Neue Beiträge und Forschungsperspektiven* (S. 78–117). Metzler.

- Schütze, F. (1995). Verlaufskurve des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In H.-H. Krüger & W. Marotzki (Hg.), *Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung* (S. 205–237). Leske + Budrich.
- Schütze, F. (2006). Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In H.-H. Krüger & W. Marotzki (Hg.), *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung* (S. 205–237). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen: Forschungsevidenz und präventive Massnahmen*. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Siegrist, J. (2018). Überforderung in der Arbeitswelt. Macht sie krank? In T. Fuchs & Iwer, L. Micali, S. (Hg.), *Das überforderte Subjekt: Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft* (S. 210–226). Suhrkamp.
- Söhn, J. & Mika, T. (2015). Die erwerbsbiografische Vorgeschichte der Frühverrentung wegen Erwerbsminderung. *Zeitschrift für Sozialreform*, 61(4). <https://doi.org/10.1515/zsr-2015-0406>
- Sozialversicherung-kompetent (Hg.). (2019). *Arbeitsmarktrente: Die besondere Erwerbsminderungsrente*. <https://sozialversicherung-kompetent.de/rentenversicherung/leistungsrecht/450-arbeitsmarktrente.html>. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Stegmann, R. & Schröder, U. B. (2018). *Anders Gesund - Psychische Krisen in der Arbeitswelt: Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Stengler, K. & Rauschenbach, J. (2017). *Teilhabekompass: Berufliche Integrationsmaßnahmen in Deutschland – insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin.
- Storck, J. & Plößl, I. (Hg.) (2015). *Handbuch Arbeit: Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben*. Köln: Psychiatrie.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (2010). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Strübing, J. (2008). *Grounded theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- SVR. (2015). *Auswahl von Studien zur Teilarbeitsunfähigkeit in Skandinavischen Ländern*. <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=568>. Zuletzt geprüft am 05.01.2021
- Upmark, M., Lundberg, I., Sadigh, J., Allebeck, P. & Bigert, C. (1999). Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(10), 533–540. <https://doi.org/10.1007/s001270050172>
- Victor, M., Lau, B. & Ruud, T. (2017). Predictors of return to work among patients in treatment for common mental disorders: a pre-post study. *BMC public health*, 18(1), 27–38. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4581-4>
- Weber, A., Peschkes, L. & Boer, W. de (Hg.) (2014). *Return to Work - Arbeit für alle: Grundlagen der beruflichen Reintegration*. Stuttgart: Gentner.
- Weber, M. (1904). Die "Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. *Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik*, 19(1), 22–87.

- Wege, N. & Angerer, P. (2014). Return to Work nach psychischen Erkrankungen. In A. Weber, L. Peschkes & W. de Boer (Hg.), *Return to Work - Arbeit für alle: Grundlagen der beruflichen Reintegration* (S. 720–728). Gentner.
- Welti, F. & Großkreutz, H. (2014). *Soziales Recht zum Ausgleich von Erwerbsminderung: HBS-Arbeitspapier 295*.
- Wenzel, T.-R. & Morfeld, M. (2017). Nutzung der ICF in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland: Anspruch und Wirklichkeit [Use of the ICF in medical rehabilitation in Germany: claims and reality]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 60(4), 386–393.
- Wettstein, F. (2016). Übergänge und kritische Lebensereignisse – ihr Einfluss auf die psychische Gesundheit. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht* (Bericht 6, S. 21–30). Bern/Lausanne.
- Weyermann, M., Westphal, U. & Neukirch, B. (2016). Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen vor der Erwerbsminderungsrente bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen – Prävalenz und soziodemografische Einflussfaktoren zwischen 2003 und 2013. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.), *25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Gesundheitssystem im Wandel -Perspektiven der Rehabilitation. vom 29. Februar bis 2. März 2016 in Aachen* (S. 129–130). DRV Bund.
- WHO. (2017). *Depression and other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva.
- Zschucke, E., Hessel, A. & Lippke, S. (2016). Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. *Die Rehabilitation*, 55(4), 223–229.
- Zschucke, E., Lippke, S. & Hessel, A. (2017). *Erwerbsminderungsrente und Rückkehr ins Erwerbsleben aus Sicht der Betroffenen* (Fachbeitrag D15-2017). Deutsche Vereinigung für Rehabilitation. <https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d15-2017/>. Zuletzt geprüft am 05.01.2021

10. Anhang

10.1 Informationsschreiben zum Forschungsprojekt für TeilnehmerInnen

Humboldt-Universität zu Berlin

Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät

Institut für Rehabilitationswissenschaften

Projekt: „Individuelle Wege in die EM-Rente und Perspektiven danach – Ansatzpunkte für rechtzeitige Hilfen bei der Bewältigung biografischer und krankheitsbezogener Verläufe.“

Projektleitung: Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff

Wissenschaftliche Mitarbeiter: Dr. Alexander Meschnig, Dr. Sebastian Klaus

Informationsschreiben zum Forschungsprojekt

„Individuelle Wege in die EM-Rente und Perspektiven danach – Ansatzpunkte für rechtzeitige Hilfen bei der Bewältigung biografischer und krankheitsbezogener Verläufe.“

Worum geht es?

Das *Ziel* der Studie besteht darin, die Verlaufsgeschichte Ihrer Krankheit und Ihren Weg in die Erwerbsminderungsrente aus Ihrer persönlichen Sicht nachzuzeichnen. Insbesondere interessieren uns dabei Ihre Erfahrungen, biografische Veränderungen (z.B. Arbeitsplatzwechsel) sowie die Anlässe und Gründe, die zu Ihrer Berentung geführt haben. Weiter möchten wir gerne wissen, ob und welche ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Hilfen oder Rehabilitationsmaßnahmen Sie vor Ihrer Berentung in Anspruch genommen und welche Empfehlungen Sie aus dem professionellen System erhalten haben? Was hätten Sie sich zusätzlich an Hilfen und von wem gewünscht? Mit der Studie möchten wir Hinweise für rechtzeitige und passgenaue Hilfen gewinnen um Alternativen für Betroffene zu erschließen.

Wie läuft die Studie ab?

Fragebogen:

Mit diesem Schreiben erhalten Sie einen kurzen Fragebogen, der ein paar allgemeine Angaben zu Ihrer Person und einige wichtige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand bzw. Ihrer früheren beruflichen Situation beinhaltet. Wir möchten sie bitten, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen und ihn im beiliegenden Rückantwortkuvert an uns zurück zu senden.

Für die Studie ist es wichtig, unterscheiden zu können, ob es Unterschiede in den Verlaufsgeschichten bei unterschiedlichen Diagnosegruppen gibt. Daher ist durch die Rentenversicherung auf dem Fragebogen die Hauptdiagnosegruppe vermerkt, welche der Gewährung Ihrer Erwerbsminderungsrente zugrunde lag.

Persönliches Gespräch:

Darüber hinaus würden wir gerne mit einigen ausgewählten Teilnehmern in einem persönlichen Gespräch über ihre Erfahrungen und ihre Situation etwa nach einem halben Jahr bzw. nach ca. 18 Monaten nach Bewilligung der Erwerbsminderungsrente sprechen. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie bereit wären, an einem solchen Gespräch teilzunehmen. Für die persönlichen Gespräche benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis sowie Ihre Kontaktdaten. Bitte füllen Sie hierfür die beiliegende Einverständniserklärung vollständig aus, unterschreiben Sie diese und senden Sie diese zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen im Rückantwortkuvert an uns.

Für die Gespräche kontaktieren wir Sie zu gegebener Zeit unter den von Ihnen angegebenen Daten. Die Gespräche können bei Ihnen, bei uns in Berlin oder an einem anderen ruhigen Ort stattfinden. Bei der Wahl des Ortes und der Zeit gehen wir ganz auf Ihre Bedürfnisse ein. Damit sich die Forscher und die Teilnehmer voll und ganz auf das Gespräch konzentrieren können, wird das Gespräch mit Ihrem Einverständnis aufgezeichnet. Sollten Ihnen Fahrtkosten entstehen, werden diese Ihnen zeitnah erstattet.

Wie erfolgt der Umgang mit den erhobenen Daten?

Den Belangen des Datenschutzes wird in unserer Untersuchung sorgfältig Rechnung getragen; insbesondere ist sichergestellt, dass aus Ihren Angaben keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können und damit Ihre Anonymität gewährleistet ist. Für die wissenschaftliche Auswertung spielt Ihr Name keine Rolle. Namen und Anschriften benötigen wir nur, um mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

Zur Anonymisierung Ihrer Daten verwenden wir an Stelle Ihres Namens eine zufällige Forschungsnummer. Diese wird von der Forschergruppe vergeben und enthält keine Angaben wie Geburtsdatum und/oder Initialen. Ihre Angaben werden verschlüsselt, so dass niemand außer den Forschern die Daten zu den konkreten Personen zuordnen kann. Wie es die Datenschutzgesetze fordern, werden die für die Auswertung vorgesehenen Daten ohne Personenbezug streng getrennt von den Namen aufbewahrt (§ 40 BDSG⁴⁷).

Alle Daten, die von Ihnen während der Studie erhoben werden, unterliegen der Schweigepflicht und werden entsprechend behandelt. Die Durchführung der Studie geschieht auf Grundlage der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Befragung dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Für den Verlauf der Studie werden die Zuordnungsliste und die erhobenen Forschungsdaten streng getrennt voneinander aufbewahrt.

Die Forschungsdaten werden im Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin gespeichert und ausgewertet. Nach Projektabschluss (spätestens am 31. März 2020) werden alle Audiodateien und Zuordnungslisten die einen Personenbezug ermöglichen, gelöscht.

Freiwilligkeit:

Ihre Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig. Ihre Daten werden nur verwendet, wenn Sie die *Einwilligungserklärung* unterschrieben haben. Sie können die Teilnahme an der Studie ohne Begründung ablehnen. Weder aus der Teilnahme noch aus einer Ablehnung erwachsen Ihnen irgendwelche Vor- oder Nachteile.

Sie können jederzeit, also auch nach bereits erteilter Einwilligung und ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Teilen Sie Ihren Wunsch dann bitte den unten genannten Ansprechpartnern mit.

Was erfährt Ihre Rentenversicherung?

Das Vorhaben wird von der Rentenversicherung unterstützt. Aus den Daten des Zwischen- und des Endberichts der Studie kann die Rentenversicherung nicht auf Ihre persönlichen Daten zurückschließen. Sie erhält auch keine Information darüber, wer an der Studie teilnimmt und wer nicht.

Im Voraus möchten wir uns für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme bedanken. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der *Telefonnummer 030-2093 92315 oder 92317* (Mittwoch und Donnerstag zwischen 10.00 – 16.00 Uhr) oder per Mail unter alexander.meschnig@hu-berlin.de, sebastian.klaus@hu-berlin.de zur Verfügung.

Weitere Informationen zu unserer Person sowie unseren Projekten finden Sie unter:

⁴⁷ BDSG = Bundesdatenschutzgesetz

<https://www.reha.hu-berlin.de/de/lehrgebiete/rhs/forschung> oder
<https://www.reha.hu-berlin.de/de/lehrgebiete/rhs/mitarbeiter>

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Forschungsteam der Humboldt-Universität zu Berlin

Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff, Dr. Alexander Meschnig, Dr. Sebastian Klaus

10.2 Einwilligungsschreiben TeilnehmerInnen

Humboldt Universität zu Berlin

Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät | 10099 Berlin

Institut für Rehabilitationswissenschaften

Projekt: „Individuelle Wege in die EM-Rente und Perspektiven danach – Ansatzpunkte für rechtzeitige Hilfen bei der Bewältigung biografischer und krankheitsbezogener Verläufe.“

Projektleitung: Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff

Wissenschaftliche Mitarbeiter: Dr. Alexander Meschnig, Dr. Sebastian Klaus

Einwilligungserklärung zum Forschungsprojekt

„Individuelle Wege in die EM-Rente und Perspektiven danach – Ansatzpunkte für rechtzeitige Hilfen bei der Bewältigung biografischer und krankheitsbezogener Verläufe.“

Einwilligung

(ein Exemplar für die Forschergruppe, ein Exemplar für den/die Teilnehmer/in)

Ich bin über Inhalt und Zweck des Forschungsvorhabens „*Individuelle Wege in die EM-Rente und Perspektiven danach – Ansatzpunkte für rechtzeitige Hilfen bei der Bewältigung biografischer und krankheitsbezogene Verläufe*“, das in Verantwortung von Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin durchgeführt und ausgewertet wird, per Informationsschreiben aufgeklärt worden.

Für die Studie ist es wichtig, unterscheiden zu können, ob es Unterschiede in den Verlaufsgeschichten bei unterschiedlichen Diagnosegruppen gibt. Daher ist durch meinen Rentenversicherungsträger auf dem Fragebogen die Hauptdiagnosegruppe angebracht, welche der Gewährung meiner Erwerbsminderungsrente zugrunde lag. Ich bin damit einverstanden, dass mein Rentenversicherungsträger die der Bewilligung meiner Erwerbsminderungsrente zugrundeliegende Diagnosegruppe in dieser Form an die Forschergruppe übermitteln darf. Insoweit entbinde ich die Mitarbeiter meines Rentenversicherungsträgers von ihrer Schweigepflicht.

Mir wurde versichert, dass keine personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Adresse) oder sonstige Angaben, welche Rückschlüsse auf meine Person zulassen, an Dritte weitergegeben werden. Die im Zusammenhang mit der Untersuchung von mir erhobenen Daten werden gelöscht, sobald sie für die weitere wissenschaftliche Auswertung nicht mehr erforderlich sind oder ich es ausdrücklich wünsche. Die Untersuchung folgt allgemein den Richtlinien des jeweils gültigen Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

Ich möchte das Forschungsvorhaben durch meine Beteiligung unterstützen und willige ein,
(zutreffendes bitte ankreuzen)

an der Fragebogenerhebung teilzunehmen.

- für drei Gespräche nach 6, 12 (kurzes Telefonat) und 18 Monaten über meine persönliche Situation zur Verfügung zu stehen.

Ich gebe der Forschergruppe folgende persönliche Daten an, damit sie mit mir für die persönlichen Gespräche in Kontakt treten kann.

Anrede: Herr Frau

Vorname: _____

Nachname: _____

Anschrift: Straße: _____ Nr.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Bei meiner Teilnahme an den Gesprächen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die persönlichen Gespräche von den Mitarbeitern der Forschungsgruppe per Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht werden oder alternativ eine schriftliche Protokollierung des Gesprächs erfolgt. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass meine Angaben in den Interviews pseudonymisiert verwendet werden. Durch diese Vorgehensweise wird erreicht, dass für die Auswertung und Ergebnisdarstellung nur anonymisierte Daten verwendet werden und Rückschlüsse aus den konkreten Ergebnissen auf einzelne Personen nicht möglich sind.

Die Teilnahme am Forschungsprojekt ist freiwillig. Weder aus der Teilnahme noch aus einer Nichtteilnahme ergeben sich für mich irgendwelche Nachteile. Ich kann jederzeit, also auch bei bereits erteilter Einwilligung und ohne Angabe von Gründen, aus der Studie ausscheiden und die Löschung meiner Daten verlangen, solange eine personenbezogene Zuordnung noch möglich ist.

Unter diesen Voraussetzungen erkläre ich meine Einwilligung für die Teilnahme an dem Forschungsprojekt.

Ort

Datum

Unterschrift

→ **Bitte legen Sie dieses Dokument ausgefüllt und unterschrieben zusammen mit dem Fragebogen in den Rückantwortumschlag und senden Sie es an die angegebene Adresse. Das Porto zahlt der Empfänger.**

10.3 Fragebogen F3-Diagnosen

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN



Institut für Rehabilitationswissenschaften
Projektbüro Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff
Invalidenstraße 110, 10099 Berlin

„Individuelle Wege in die EM-Rente und Perspektiven danach – Ansatzpunkte für rechtzeitige Hilfen bei der Bewältigung biografischer und krankheitsbezogener Verläufe.“

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

zu Beginn möchten wir uns ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie an unserer Studie teilnehmen. Wir möchten Sie im Folgenden um einige Angaben zu Ihrer *Person*, zu Ihrem *Berufsleben* und zu Ihrer *Gesundheit* bitten.

Entsprechend der Information zum Forschungsprojekt werden Ihre Antworten für die Auswertung auf der Grundlage der Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes anonymisiert, so dass Dritte keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen können.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens.

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und spontan. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Wir sind an Ihrer ganz persönlichen Einschätzung interessiert.

Bitte machen Sie keine Kreuze zwischen den Kästchen oder handschriftliche Kommentare außerhalb der dafür vorgesehenen Felder.

Beispiel

13. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben?

ausgezeichnet gut schlecht sehr schlecht

Bei anderen Fragen tragen Sie Ihre Antwort handschriftlich auf die dafür vorgesehene Linie ein. Bitte achten Sie darauf, die Begrenzung der Felder nicht zu überschreiben.

Beispiel

5. Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

Maurer

Hier sind die Beispiele zu Ende.

1. Bitte geben Sie uns Ihr Alter und Geschlecht an.

Alter: Jahre Geschlecht: weiblich männlich

2. Wie ist Ihre aktuelle Lebenssituation?

- allein lebend mit Partner und Kind/ern im Haushalt
 allein mit Kind/ern im Haushalt bei meinen Eltern
 mit Partner im Haushalt Sonstiges: _____

3. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Hauptschule/Volksschule Fachhochschulreife
 Realschule/Mittlere Reife Abitur / EOS (allgemeine Hochschulreife)
 Polytechnische Oberschule (POS) kein Schulabschluss

4. Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss/Studienabschluss?

- Lehre (berufliche Ausbildung)
 Fachschule (Meister-/Technikerschule; Berufs-/Fachakademie)
 Fachhochschule
 Universität/Hochschule
 keine abgeschlossene Berufsausbildung

5. Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

6. Waren Sie an Ihrem letzten Arbeitsplatz:

- Vollzeit erwerbstätig (6 Stunden/Tag und mehr)
- Teilzeit erwerbstätig (3 bis unter 6 Stunden/Tag)
- Teilzeit erwerbstätig (1 bis unter 3 Stunden/Tag)
- In einem Minijob
- In Ausbildung oder im Praktikum
- in Altersteilzeit

7. Wie lange waren Sie an Ihrem letzten Arbeitsplatz beschäftigt?

- weniger als 1 Jahr
- 1 bis 5 Jahre
- 5 bis 10 Jahre
- über 10 Jahre

8. Seit wann fühlen Sie sich durch die Erkrankung, die zu Ihrer Berentung geführt hat, beeinträchtigt?

- seit weniger als 1 Jahr
- seit 1 bis 5 Jahren
- seit über 5 Jahren

9. Leiden Sie unter weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen?

- Nein
- Ja und zwar unter:

10. Haben Sie in Ihrem Arbeitsleben aufgrund Ihrer Erkrankung...
(Mehrfachnennungen möglich)

- ihre Arbeitszeit reduziert
- ihren Arbeitgeber gewechselt
- ihren Arbeitsplatz gewechselt
- sich selbständig gemacht

11. Haben Sie dabei Unterstützung erhalten? (Mehrfachnennungen möglich)

- nein
- ja, vom Hausarzt, von meinem Facharzt oder Psychologen

- ja, vom betrieblichen Gesundheitsmanagement
- ja, von einem Vorgesetzten oder Arbeitskollegen
- ja, vom Reha-Fachberater der Rentenversicherung
- ja, von der Arbeitsagentur/vom Jobcenter
- ja, von Familienangehörigen oder Freunden

12. Welche Angebote haben Sie bislang genutzt? (Mehrfachnennungen möglich)

- psychologische Beratung
- medizinische Rehabilitation
- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Selbsthilfegruppen
- Psychotherapie
- berufliche Rehabilitation (z.B. berufliche Anpassung)
- Onlineplattformen
- Wellnessangebote

13. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand allgemein beschreiben?

- ausgezeichnet
- gut
- schlecht
- sehr schlecht

14. Waren Sie direkt vor der Bewilligung ihrer Erwerbsminderungsrente:

- In Arbeit
- Arbeitslos: bis 6 Monate 6 bis 18 Monate über 18 Monate
- Hausfrau/Hausmann
- In einer Rehabilitationsmaßnahme

15. Waren Sie direkt vor der Bewilligung ihrer Rente krankgeschrieben:

- nein
- ja bis 6 Monate 6 bis 18 Monate über 18 Monate

16. Wann haben Sie Ihre Erwerbsminderungsrente bewilligt bekommen?

--	--	--	--	--	--

Monat/Jahr

17. Für welchen Zeitraum haben Sie Ihre Erwerbsminderungsrente bewilligt bekommen?

- befristet auf Jahre unbefristet

18. Wie wurde Ihr Antrag auf Erwerbsminderungsrente bewilligt?

- sofort nach Widerspruch nach sozialgerichtlichem Verfahren

19. Wie sind Sie in die EM-Rente gekommen? (Mehrfachnennungen möglich)

- auf Eigeninitiative
 auf Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen
 auf Empfehlung des Betriebsarztes, des betrieblichen Gesundheitsmanagements
 auf Empfehlung eines Vorgesetzten oder eines Arbeitskollegen
 auf Empfehlung des Reha-Fachberaters der Rentenversicherung
 auf Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters
 auf Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden

20. Welche Unterstützungsangebote nehmen Sie aktuell in Anspruch? (Mehrfachnennungen möglich)

- stationäre Rehabilitation Psychotherapie
 ambulante Rehabilitation Selbsthilfegruppen
 Facharzt Hausarzt
 sonstiges:

21. Welche zusätzlichen Unterstützungsangebote würden Sie gerne in Anspruch nehmen? (Mehrfachnennungen möglich)

- stationäre Rehabilitation Psychotherapie
 ambulante Rehabilitation Selbsthilfegruppen
 sonstiges:

22. Wenn Sie abschließend einmal Ihre gesamte Situation berücksichtigen:

Wie zufrieden sind Sie derzeit allgemein mit Ihrem Leben?

- sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

23. Wie sehen Sie Ihren Gesundheitszustand in den nächsten zwei Jahren?

- wird schlechter stagniert wird besser weiß nicht

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

10.4 Fragebogen F4-Diagnosen

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN



Institut für Rehabilitationswissenschaften

Projektbüro Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff

Invalidenstraße 110, 10099 Berlin

„Individuelle Wege in die EM-Rente und Perspektiven danach – Ansatzpunkte für rechtzeitige Hilfen bei der Bewältigung biografischer und krankheitsbezogener Verläufe.“

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

zu Beginn möchten wir uns ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie an unserer Studie teilnehmen. Wir möchten Sie im Folgenden um einige Angaben zu Ihrer *Person*, zu Ihrem *Berufsleben* und zu Ihrer *Gesundheit* bitten.

Entsprechend der Information zum Forschungsprojekt werden Ihre Antworten für die Auswertung auf der Grundlage der Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes anonymisiert, so dass Dritte keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen können.

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens.

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und spontan. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Wir sind an Ihrer ganz persönlichen Einschätzung interessiert.

Bitte machen Sie keine Kreuze zwischen den Kästchen oder handschriftliche Kommentare außerhalb der dafür vorgesehenen Felder.

Beispiel

13. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben?

ausgezeichnet

gut

schlecht

sehr schlecht

Bei anderen Fragen tragen Sie Ihre Antwort handschriftlich auf die dafür vorgesehene Linie ein. Bitte achten Sie darauf, die Begrenzung der Felder nicht zu überschreiben.

Beispiel

5. Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

Maurer

Hier sind die Beispiele zu Ende.

1. Bitte geben Sie uns Ihr Alter und Geschlecht an.

Alter: Jahre Geschlecht: weiblich männlich

2. Wie ist Ihre aktuelle Lebenssituation?

- allein lebend mit Partner und Kind/ern im Haushalt
 allein mit Kind/ern im Haushalt bei meinen Eltern
 mit Partner im Haushalt Sonstiges: _____

3. Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Hauptschule/Volksschule Fachhochschulreife
 Realschule/Mittlere Reife Abitur / EOS (allgemeine Hochschulreife)
 Polytechnische Oberschule (POS) kein Schulabschluss

4. Welches ist Ihr höchster Berufsabschluss/Studienabschluss?

- Lehre (berufliche Ausbildung)
 Fachschule (Meister-/Technikerschule; Berufs-/Fachakademie)
 Fachhochschule
 Universität/Hochschule
 keine abgeschlossene Berufsausbildung

5. Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an, z.B. Maurer oder Erzieherin.

6. Waren Sie an Ihrem letzten Arbeitsplatz:

- Vollzeit erwerbstätig (6 Stunden/Tag und mehr)
- Teilzeit erwerbstätig (3 bis unter 6 Stunden/Tag)
- Teilzeit erwerbstätig (1 bis unter 3 Stunden/Tag)
- In einem Minijob
- In Ausbildung oder im Praktikum
- in Altersteilzeit

7. Wie lange waren Sie an Ihrem letzten Arbeitsplatz beschäftigt?

- weniger als 1 Jahr
- 1 bis 5 Jahre
- 5 bis 10 Jahre
- über 10 Jahre

8. Seit wann fühlen Sie sich durch die Erkrankung, die zu Ihrer Berentung geführt hat, beeinträchtigt?

- seit weniger als 1 Jahr
- seit 1 bis 5 Jahren
- seit über 5 Jahren

9. Leiden Sie unter weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen?

- Nein
- Ja und zwar unter:

—

—

10. Haben Sie in Ihrem Arbeitsleben aufgrund Ihrer Erkrankung...
(Mehrfachnennungen möglich)

- ihre Arbeitszeit reduziert
- ihren Arbeitgeber gewechselt
- ihren Arbeitsplatz gewechselt
- sich selbständig gemacht

11. Haben Sie dabei Unterstützung erhalten? (Mehrfachnennungen möglich)

- nein
- ja, vom Hausarzt, von meinem Facharzt oder Psychologen
- ja, vom betrieblichen Gesundheitsmanagement
- ja, von einem Vorgesetzten oder Arbeitskollegen
- ja, vom Reha-Fachberater der Rentenversicherung
- ja, von der Arbeitsagentur/vom Jobcenter
- ja, von Familienangehörigen oder Freunden

12. Welche Angebote haben Sie bislang genutzt? (Mehrfachnennungen möglich)

- psychologische Beratung
- medizinische Rehabilitation
- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Selbsthilfegruppen
- Psychotherapie
- berufliche Rehabilitation (z.B. berufliche Anpassung)
- Onlineplattformen
- Wellnessangebote

13. Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand allgemein beschreiben?

- ausgezeichnet
- gut
- schlecht
- sehr schlecht

14. Waren Sie direkt vor der Bewilligung ihrer Erwerbsminderungsrente:

- In Arbeit
- Arbeitslos: bis 6 Monate 6 bis 18 Monate über 18 Monate
- Hausfrau/Hausmann
- In einer Rehabilitationsmaßnahme

15. Waren Sie direkt vor der Bewilligung ihrer Rente krankgeschrieben:

- nein
- ja bis 6 Monate 6 bis 18 Monate über 18 Monate

16. Wann haben Sie Ihre Erwerbsminderungsrente bewilligt bekommen?

--	--	--	--	--	--

Monat/Jahr

17. Für welchen Zeitraum haben Sie Ihre Erwerbsminderungsrente bewilligt bekommen?

- befristet auf

--	--

 Jahre unbefristet

18. Wie wurde Ihr Antrag auf Erwerbsminderungsrente bewilligt?

- sofort nach Widerspruch nach sozialgerichtlichem Verfahren

19. Wie sind Sie in die EM-Rente gekommen? (Mehrfachnennungen möglich)

- auf Eigeninitiative
 auf Empfehlung des Hausarztes, eines Facharztes oder Psychologen
 auf Empfehlung des Betriebsarztes, des betrieblichen Gesundheitsmanagements
 auf Empfehlung eines Vorgesetzten oder eines Arbeitskollegen
 auf Empfehlung des Reha-Fachberaters der Rentenversicherung
 auf Empfehlung der Arbeitsagentur/des Jobcenters
 auf Empfehlung von Familienangehörigen oder Freunden

20. Welche Unterstützungsangebote nehmen Sie aktuell in Anspruch? (Mehrfachnennungen möglich)

- stationäre Rehabilitation Psychotherapie
 ambulante Rehabilitation Selbsthilfegruppen
 Facharzt Hausarzt
 sonstiges: _____

21. Welche zusätzlichen Unterstützungsangebote würden Sie gerne in Anspruch nehmen? (Mehrfachnennungen möglich)

- stationäre Rehabilitation Psychotherapie
 ambulante Rehabilitation Selbsthilfegruppen

sonstiges:

22. Wenn Sie abschließend einmal Ihre gesamte Situation berücksichtigen:

Wie zufrieden sind Sie derzeit allgemein mit Ihrem Leben?

sehr unzufrieden eher unzufrieden eher zufrieden sehr zufrieden

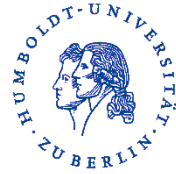
23. Wie sehen Sie Ihren Gesundheitszustand in den nächsten zwei Jahren?

wird schlechter stagniert wird besser weiß nicht

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

10.5 Datenerhebungs- und Datenschutzkonzept

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN



**Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit:
Ansatzpunkte zu frühzeitiger Intervention in biografische und krankheitsbezogene Verlaufskurven.
(WEMRE)**

– Datenerhebungs- und Datenschutzkonzept –

Humboldt-Universität zu Berlin, Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät

Institut für Rehabilitationswissenschaften

Georgenstr. 36, 10117 Berlin

Projektleitung

Prof. Dr. Ernst von Kardorff

Wissenschaftliche Mitarbeiter

Dr. Alexander Meschnig

Dr. Sebastian Klaus

1. Ausgangspunkt

Die zunehmende Anzahl von EM-Renten aufgrund psychischer Störungen erweist sich als rehabilitationsökonomische und präventionspolitische Aufgabe sowie als eine psychologische und soziale Herausforderung bezogen auf die Betroffenen. Darüber hinaus stellt die Zunahme eine Herausforderung für das ärztliche, psychologische und rehabilitative Versorgungssystem dar; insbesondere stellt sich die Frage nach frühzeitigen und akzeptierten Rehabilitationsangeboten zur Vermeidung eines Ausscheidens aus dem Berufsleben.

Fast immer geht der Antragstellung auf eine EM-Rente eine *lange Vorgeschichte* mit einer oft *schleichenden Krankheitsentwicklung* voraus. Parallel dazu sind häufig soziale Abstiegserebnisse, negative Ereignisse im sozialen Umfeld, biografischen Abwärtsspiralen und soziale Diskriminierung zu beobachten. Diese Entwicklungen zeigen sich u.a. in langen AU-Zeiten, häufigen kündigungsbedingten Stellenwechseln, langem Krankengeldbezug, längerfristiger Erwerbslosigkeit und einer institutionenabhängigen Lebenslage. Am Ende einer solchen abwärts gerichteten Entwicklung nehmen viele Betroffene entweder die Empfehlung einer EM-Rentantragstellung als Erleichterung an oder bemühen sich selbst aktiv um eine EM-Rente, da sie aufgrund von Enttäuschungen oder negativen Gesundungs- und Beschäftigungserwartungen die Hoffnung auf eine Rückkehr in Arbeit aufgegeben haben oder andere Alternativen (Beschäftigung in einer WfbM, Selbständigkeit, Umschulung, usw.) nicht (mehr) in Erwägung ziehen.

Mit der hier skizzierten Situationsbeschreibung verbinden sich Fragen nach den Ursachen für eine mangelnde und in der Regel zu späte Inanspruchnahme von Hilfen, nach (biografisch, psychologisch und sozial) geeigneten Zeitpunkten für Angebote und für Anreize zur Inanspruchnahme von gezielten und individuell passgenaue Hilfeformen, um mit den Betroffenen gemeinsam nach Alternativen zu einer EM-Rente zu suchen. Dies ist sowohl aus versorgungsökonomischer Perspektive, aus psychologischen Gründen, aus altersspezifischen (EM-Rentenbezieher wegen psychischer Erkrankungen sind im Durchschnitt zwei Jahre jünger als der Rest der EM-Rentner) und aufgrund sich oft verschlechternden Krankheitsverläufen innerhalb des EM-Rentenbezugs von Bedeutung.

2. Ablauf und Ziel der Studie

Anhand einer 3-Monatskohorte aufgrund einer vorrangigen F30 bzw. F40-(Haupt)Diagnose bewilligten erstmaligen EM-Rente, werden die individuellen Wege in die EM-Rente und der Verlauf bis zur Weiterbewilligungsüberprüfung nachgezeichnet. Auf der Basis von narrativen Interviews werden zu drei Zeitpunkten (t_1 = Interview 6 Monate nach Bewilligung der EM-Rente, t_2 = kurzes Telefoninterview

12 Monate nach Bewilligung und t_3 = Leitfadeninterview ca. 16 Monate später) psychisch beeinträchtigte EM-Rentner befragt, um die lebenslagen-, alters- und geschlechtsspezifische Verlaufskurvenentwicklung und kritische Wendepunkte und Entscheidungsmuster zu rekonstruieren, die in die EM-Rente geführt haben und das weitere Verhalten in der EM-Rente bestimmen.

Das Hauptziel der Studie richtet sich auf die Rekonstruktion der alters- und geschlechts-spezifischen Verlaufskurvenentwicklung und deren äußere Determinanten (wie Arbeits-situation, Erwerbslosigkeit, Lebenslage, Krankheitsverlauf, kritische Lebensereignisse) aus der Sicht der Antragsteller, um Entscheidungsschritte und Entscheidungsmuster zu rekonstruieren, die *in die* EM-Rente geführt haben und das weitere Erleben und Verhalten *innerhalb* der EM-Rente bis zum ersten Weiterbewilligungszeitpunkt bestimmen.

Ein wesentliches praxisbezogenes Ziel der Studie ist dabei die Identifikation von möglichen Interventionspunkten und geeigneten Hilfeangeboten, die Alternativen zu der EM-Berentung bieten und dabei die biografischen, krankheits- und lebenslagenspezifischen Konstellationen und die Besonderheiten alters- und geschlechtsspezifischer Bedarfslagen und Bewältigungsmuster in Rechnung stellen. Aus den biografischen Verlaufskurvenpotentialen und den identifizierten Konstellationen sollen Prädiktoren für rechtzeitige und akzeptierte Beratungsangebote und Interventionen gewonnen werden.

3. Überblick über die datenschutzrechtlichen Aspekte

Ziel des Datenschutzkonzepts ist es, dafür Sorge zu tragen, dass im Rahmen der Studie Unbeteiligte und Unbefugte weder beabsichtigt noch unbeabsichtigt Einsicht in die Daten der Studienteilnehmer erhalten. Grundsätzlich werden Daten von Teilnehmern nur erhoben, wenn und nachdem diese:

- über Zweck und Ziele informiert wurden
- ihr Einverständnis zur Teilnahme (schriftlich) erklärt haben.

Verantwortlichkeiten

An der Studie sind die folgenden Personen und Institutionen beteiligt:

Studienleitung:

Prof. Dr. Ernst v. Kardorff

Humboldt-Universität zu Berlin, Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Unter den Linden 6, 10099 Berlin (Projektbüro Invalidenstr. 110, 10115 Berlin)

Tel.: 2093-92314

E-Mail: ernst.von.kardorff@rz.hu-berlin.de

Wissenschaftliche Mitarbeiter:

Dr. Sebastian Klaus und Dr. Alexander Meschnig

Humboldt-Universität zu Berlin, Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftliche Fakultät, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Unter den Linden 6, 10099 Berlin (Projektbüro Invalidenstr. 110, 10115 Berlin)

Tel.: 2093-92317 oder 2093-92315

E-Mail: sebastian.klaus@hu-berlin.de; alexander.meschnig@hu-berlin.de

Kooperationspartner (beteiligte Institutionen):

DRV Bund

DRV Berlin-Brandenburg

DRV Westfalen

4. Datenerhebung und Umgang mit den Forschungsdaten

Datenerhebung

Für das Projekt sollen diejenigen Versicherten angeschrieben werden, die eine Erstbewilligung aufgrund der Hauptdiagnosen F30 oder F40 im Zeitraum Juli bis September 2017 erhalten haben. Die entsprechenden Informationen und Unterlagen für die Studienteilnahme werden an die Versicherten im Zeitraum Oktober bis Dezember 2017 versendet.

Der zuständige Sachbearbeiter der Rentenversicherung stellt eine Liste der Versicherten zusammen, die die folgenden Studienkriterien erfüllen:

- a) Erstbewilligung EM-Rente
- b) Hauptdiagnosegruppen F30 oder F40 und
- c) im erwerbsfähigen Alter bis 60 Jahre

Eine bei den einzelnen teilnehmenden Rentenversicherungen (im Folgenden: Kooperationspartner) angestellte Person (ggf. studentische Hilfskraft, Praktikantin) stellt die Materialien (Informationsschreiben, kurzer Fragebogen, Einwilligungserklärung) zusammen. Gewonnen werden die anzuschreibenden Versicherten mit einer einmaligen Datenbankabfrage zum Anfang des Erhebungszeitraums (Oktober 2017) rückwirkend für die vergangenen drei Monate (Juli-September 2017). Die von den Kooperationspartnern für die Studienorganisation benannte Person ist zur Verschwiegenheit gegenüber der Forschergruppe der HU Berlin verpflichtet.

Auf dem *Informationsschreiben* wird das Projekt erklärt, die Forschergruppe vorgestellt und ein Hinweis darauf gegeben, dass bei Einwilligung zum Projekt die Forschungsgruppe der HU Berlin persönlich Kontakt aufnehmen wird. Auf dem Briefkopf des Anschreibens steht die DRV, die Einwilligungserklärungen, einschließlich des Fragebogens, geht an die Forschergruppe der Humboldt-Universität zu Berlin. Dadurch ist gewährleistet, dass die DRV-Bund sowie die beiden anderen beteiligten Rentenversicherungsträger (Berlin-Brandenburg und Westfalen) keinerlei Informationen über die Teilnehmer/innen an der Studie erhalten.

Auf dem *Kurzfragebogen* steht ein Kürzel für die Hauptdiagnosegruppe (F30 oder F40) die eine Zuordnung für die Forschergruppe erlaubt.

Die Einwilligung in die Studie wird in der „*Einwilligung zur Studienteilnahme*“ schriftlich dokumentiert. Die Versicherten stimmen damit einer Teilnahme an der Studie (Fragebogen, Interview) zu und werden gebeten Ihre Adresse oder Telefonnummer für eine Kontaktaufnahme von Seiten der Forschergruppe anzugeben.

4.1. Aufwand für die Beteiligten

Für die Kooperationspartner (DRV Bund, DRV Westfalen, DRV Berlin-Brandenburg) entsteht ein zeitlicher Aufwand für die Auswahl der Studienteilnehmer anhand der vorgegebenen Kriterien. Die Zusammenstellung und Versendung der Unterlagen wird über einen Zeitraum von drei Monaten von einer von den Kooperationspartnern benannten Person durchgeführt, die dafür abgestellt wird. Die zeitliche Belastung der Studienteilnehmer beträgt für das Erstgespräch (ca. 6 Monate nach dem Bewilligungsbescheid) etwa 60 Minuten, für das zweite Interview (ca. 16 Monate nach Bewilligung) sind ca. 45-60 Minuten geplant. Dazwischen (nach ca. einem Jahr) erfolgt ein kurzes Telefoninterview, das im Wesentlichen für die Kontakterhaltung dient.

4.3. Teilnehmer- und Experteninterviews

Die Interviews mit den Studienteilnehmern und die Experteninterviews werden während des Projektzeitraumes parallel durchgeführt. Die Interviews mit den Studienteilnehmern und die Interviews mit den Experten finden an einem von ihnen frei gewählten Ort statt.

Um an einem Interview im Rahmen des Projektes teilzunehmen, müssen die Studienteilnehmer ihr Einverständnis vor der Kontaktaufnahme schriftlich erklären (*Einwilligung zum Interview*). Die Teilnehmer werden vor Interviewführung nochmals über das Forschungsprojekt und das Anliegen der Befragung informiert, ihnen wird Anonymität zugesichert und es wird auf die Vertraulichkeit der Gesprächsinhalte hingewiesen. Die Freiwilligkeit der Teilnahme ist dabei besonders hervorzuheben.

Die Teilnahme an den Experteninterviews basiert gleichermaßen auf Freiwilligkeit. Die Experten werden vor Interviewführung ebenso über das Forschungsprojekt und das Anliegen der Befragung informiert. Ihre Einwilligung zur Teilnahme wird dokumentiert (*Einwilligung zum Experteninterview*).

Die Auswahl der Studienteilnehmer für die Interviews erfolgt auf Grundlage der Einwilligungserklärung nach Maßgabe forschungsrelevanter Kriterien (theoretical sampling). Die Auswahl der Experten erfolgt über eine Recherche in Datenbanken sowie im Schneeballsystem über persönliche Kontakte nach Kriterien der Forschungsfragestellungen.

Eine Fahrtkostenerstattung findet in den Fällen statt, in denen die Studienteilnehmer nicht an ihrem Heimatort interviewt werden möchten, sondern in unseren Institutsräumen; Grundlage ist die Bundesreisekostenverordnung. Für die Kostenerstattung werden Name und Kontonummer vom Servicezentrum Forschung der Humboldt-Universität benötigt; bei der Schlußabrechnung für die DRV-Bund werden die persönlichen Angaben auf der Rechnung geschwärzt.

4. 4. Umgang mit den Forschungsdaten am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin

Dritte erhalten keinen Zugang zu den Kontaktdaten. Alle Personen, die Dateneinsicht erhalten, unterliegen der Schweigepflicht und den Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes.

Für die Auswertung und Ergebnisdarstellung sind keine Namen der Teilnehmer von Nöten. Personenbezogene Daten (Name, Adresse) werden nur benötigt, um die Teilnehmer für die Befragung zu kontaktieren.

Die Studienliste wird, sobald sie nicht mehr erforderlich ist, vernichtet. Personenbezogene Daten wie Namen und Adressen (*Studienliste*) und die während der Studiendurchführung entstehenden Forschungsdaten werden grundsätzlich getrennt voneinander aufbewahrt.

Die qualitativen Interviews werden mit Einverständnis der Studienteilnehmer digital aufgezeichnet. Von den Audiodateien werden zeitnah schriftliche Transkripte erstellt, die pseudonymisiert werden. Durch diese Vorgehensweise wird erreicht, dass für die Auswertung und Ergebnisdarstellung nur pseudonymisierte Daten verwendet werden und Rückschlüsse aus den konkreten Ergebnissen auf einzelne Personen nicht möglich sind.

4.5. Abschließende Löschung von Dokumenten und Daten

Die *Einwilligungserklärungen* zur qualitativen Befragung werden in den Räumen der Projektleitung unter Verschluss verwahrt. Am Ende des Projektzeitraums (spätestens am 31. 03. 2020) werden diese in Verantwortung des Datenschutzbeauftragten der Humboldt-Universität Hr. A. Heitkamp und des Verantwortlichen für Abfallentsorgung Hr. Dr. T. Hoffmann datenschutzgerecht (Sicherheitsstufe 4) entsorgt.

Für die Dauer der Studie werden die Kontaktdaten der Studienteilnehmer zusammen mit der Studien-ID in der *Studienliste* gespeichert und verschlossen bei der Studienleitung verwahrt. Diese Liste wird nach Projektende (spätestens am 31. 03. 2020) am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin vernichtet. Auf diese Liste haben nur Personen Zugriff, die auf die Einhaltung des Datengeheimnisses nach § 8 des Berliner Datenschutzgesetzes vom 30.07.2001 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin vom 04.08.2001, S. 305) verpflichtet sind.

Die *Audiodateien* werden auf einen passwortgeschützten PC in den Räumen der Forschungsgruppe überspielt und vom tragbaren Aufzeichnungsgerät durch mehrfaches Überschreiben entfernt. Die Audiodateien werden ein halbes Jahr nach der Transkription spätestens aber bei Projektabschluss (spätestens bis 31. 03. 2020) durch mehrfaches Überschreiben gelöscht. Von allen Audiodateien werden zeitnah Transkripte angefertigt. Alle Namen, Personen, Orts- und Einrichtungsbezeichnungen werden pseudonymisiert.

Die anonymisierten Transkripte der Audioaufzeichnungen werden wie der Arbeitsdatensatz, spätestens zehn Jahre nach Abschluss der Studie vernichtet. Die Aufbewahrung der anonymisierten Sekundärdaten ist im Sinne guter wissenschaftlicher Praxis sachlich zwingend erforderlich um u. a. Transparenz für die geplanten wissenschaftlichen Publikationen in qualitativ hochwertigen Zeitschriften herzustellen. Es werden keine Datenauswertungen durchgeführt und Ergebnisse publiziert, die einen Rückschluss auf einzelne Studienteilnehmer zulassen. Lediglich anonymisierte Studienergebnisse werden veröffentlicht. Der Förderer erhält weder personenbezogene noch anonymisierte Daten, sondern nur einen Zwischen- und einen Abschlussbericht.

5. Ergebnisdarstellung

Es werden keine Datenauswertungen durchgeführt und Ergebnisse publiziert, die einen Rückschluss auf einzelne Studienteilnehmer zulassen. Lediglich pseudonymisierte Studienergebnisse werden veröffentlicht. Der Förderer erhält weder personenbezogene noch pseudonymisierte Daten, sondern nur einen Zwischen- und einen Abschlussbericht.

6. Erklärung zum Datenschutzkonzept

Die Projektleitung, vertreten durch Herrn Prof. Dr. Ernst von Kardorff bestätigt für das hier beschriebene Vorhaben, beim Umgang mit personenbezogenen und personenbeziehbaren Daten die Datenschutzbestimmungen – wie im vorstehenden Datenschutzkonzept beschrieben – zu beachten. Dazu gehört insbesondere:

- Die Teilnehmer werden transparent über das Forschungsprojekt, die Datenerhebung und die Datenverarbeitung informiert (Zweckbestimmung, die Verantwortlichen, Vorgehensweise der Datenerhebung bis zur Löschung der personenbezogenen Daten, Freiwilligkeit, Ansprechpartner bei der Projektleitung).
- Eine Erhebung personenbezogener Daten erfolgt nur für Personen, von denen eine schriftliche Einwilligungserklärung vorliegt.
- Zur Identifizierung und zur Kontaktaufnahme benötigte Namen und Kontaktdaten von Teilnehmer werden getrennt von den erhobenen Forschungsdaten aufbewahrt.
- Die personenbezogenen Daten und die zur Identifizierung von Personen geeigneten Daten werden mit Ende des Projektes gelöscht.
- Die datenschutzrechtliche Verantwortung für das Projekt liegt bei der Projektleitung und den Forschern.

Berlin, 4. Mai 2017



Ort, Datum

Unterschrift AntragstellerIn

10.6 Scoping Review

Anna R. Ostern, Ernst von Kardorff, Alexander Meschnig, Sebastian Klaus

Return to Work nach Eintritt in eine Erwerbsminderungsrente

Eine Scoping Review qualitativer Studien

Abstract

ZIEL: Übersicht über bisher vorliegende *qualitative* Studien zu den Erfahrungen, Einstellungen und Verhaltensstrategien zur Rückkehr in Arbeit von Personen, die bereits eine Erwerbsminderungsrente (bzw. „disability pension“) beziehen. Die Auswertung konzentriert sich darauf, ob und mit welchen Gründen EM-Rentner/innen eine auch teilweise *Rückkehr in Arbeit* (RTW) anstreben und welche Chancen und Barrieren dafür aus subjektiver Sicht der Betroffenen sowie der Berücksichtigung von Umweltfaktoren bestehen.

METHODE: Scoping Review; eingeschlossen wurden SCOPUS und WISO-NET.

ERGEBNISSE: Drei von insgesamt 210 Studien entsprachen den vorgegebenen Inklusionskriterien. Die Ergebnisse der mit unterschiedlichen qualitativen Ansätzen durchgeführten Studien differieren danach, welche innere, d.h. personale und biografische, und/oder äußere Faktoren in welchem Ausmaß eine Rückkehr in Arbeit bei bestehender EM-Rente positiv oder negativ beeinflussen.

KONKLUSION: Trotz der instruktiven Ergebnisse der referierten Studien besteht weiterer Forschungsbedarf, um die individuellen, sozialen und im Umfeld liegenden Förderfaktoren und Barrieren für eine Rückkehr in Arbeit aus der EM-Rente zu identifizieren. Dies berührt die Verlaufsdynamiken biografischer und krankheitsbezogener Entwicklungen, die Frage nach aussagekräftigen Merkmalen anhand derer potentielle Rückkehrer/innen erkannt werden können und nach dem geeigneten Zeitpunkt, an dem sie angesprochen werden sollen. Darüber hinaus wird die große Bedeutung rechtlicher Regulierungen für die Verwirklichung eines Rückkehrwunsches sichtbar, die eine soziale und finanzielle Sicherheit unter den unsicheren Bedingungen einer Rückkehr in Arbeit gewährleisten.

KEY TERMS: RTW – EM-Rente/Disability pension – Scoping Review – qualitative Studien

English:

AIM: Drawing up an overview of available qualitative studies on experiences, attitudes and behavioral strategies of persons receiving a disability pension; A particular focus was put on the question if these persons are aiming for a (partial) return to work (RTW) and how they evaluated available opportunities and barriers for such a return.

METHODS: Database query in form of a scoping review; SCOPUS and WISO-NET were included.

RESULTS: Only three of 210 studies in total met the specified inclusion criteria. The results of the studies undertaken with different qualitative approaches differ according to what extent internal, i.e. personal and biographical, and / or external factors affect a return to work with an existing disability pension.

CONCLUSION: Despite the instructive results of the referenced studies, further research is necessary in order to identify individual, social and surrounding (e.g. regional labor market; willingness of the employer, etc.) promoting factors as well as barriers, which determine the return to work from the disability pension. This affects the characterization of the dynamics of the course of biographical and disease-related developments, meaningful characteristics for screening of potential returnees as well as the appropriate point of time at which they should be addressed. In addition, the realization of the wish to return to work emphasizes the great importance of legal regulations for the fulfillment, as these regulations guarantee social and financial security in uncertain conditions for a return to work.

KEY TERMS: RTW – EM-Rente/Disability pensions – Scoping Review – qualitative Studien

1 Einleitung

Die Einstellungen und Verhaltensstrategien zu einer Rückkehr in Arbeit sowie der Chancen und der Wege zu einer erneuten Teilhabe am Arbeitsleben nach einer vorzeitigen gesundheitlich bedingten Berentung wird seit längerem intensiv mit quantitativen und qualitativen Studien untersucht. Dies hat insbesondere gesundheitsökonomische Gründe und wird durch die seit ca. 15 Jahren deutlich gestiegenen Neueintritte in EM-Renten bei diagnostizierten psychischen Krankheiten zusätzlich befördert.⁴⁸ EM-Berentungen sind nicht allein ein volkswirtschaftlicher Faktor, sondern gehen auch mit Einkommenseinbußen, dem Verlust von Lebensqualität und Selbstbewusstsein bei den Betroffenen einher. Nicht zuletzt sind sie mit sozialer Isolation und Stigmatisierungen verbunden. Vor diesem Hintergrund richtet sich ein Fokus von Forschung und Praxis auf Bedingungen für einen realistischen Wiedereinstieg in das Arbeitsleben, sei es in Voll- oder Teilzeit oder in der Anpassung der Arbeitsbedingungen an die fortbestehenden gesundheitlichen Einschränkungen. Bisher vorliegende Ergebnisse zeigen, dass Diagnosen (chronische Krankheit oder Komorbidität), der Grad sozialer Unterstützung, geographische Faktoren und die Dauer vorausgegangener Erwerbslosigkeit oder langer AU-Zeiten bzw. Krankschreibungen dafür relevant sind.⁴⁹

Vorhandene Literatur-Reviews und Meta-Analysen zeigen eine komplexe Forschungslandschaft mit oft sehr speziellen und heterogenen Fragestellungen.⁵⁰ Die Ergebnisse zeigen ein komplexes Zusammenspiel zwischen versorgungssystembezogenen Aspekten, Entwicklungen in der Arbeitswelt, regionalen Arbeitsmarktchancen und subjektiven Einschätzungen, Überlegungen und Wünschen der betroffenen Menschen. Zu nennen sind hier etwa der Wunsch nach sozialer Anerkennung und Einbindung oder nach Selbstwirksamkeitserleben im Beruf, die in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und gesundheitlicher Beeinträchtigung die individuelle Motivation und die realistischen Chancen auf eine Rückkehr aus der EM-Rente bestimmen.

Bisher wurden *RTW*-Prozess, -Möglichkeiten, -Verhalten und -Einstellungen hauptsächlich nach langen Zeiten krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit (AU-Zeiten) oder Erwerbslosigkeit, jedoch nicht nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben durch eine Frühverrentung betrachtet. Dies nicht zuletzt, da eine EM-Berentung eine voraussichtlich

⁴⁸ Während im Jahr 2000 lediglich 24,2 % aller EM-Berentungen aufgrund psychischer Beeinträchtigungen erfolgte, betrug ihr Anteil im Jahr 2018 bereits 42,7 % vgl. [1]

⁴⁹ vgl. [2]

⁵⁰ z.B. [3]

langandauernde Arbeitsunfähigkeit attestiert und sich die Antragsteller/innen in der Regel als nicht mehr arbeitsfähig betrachten.

Bislang existieren nur wenige qualitative Studien zum RTW nach Bewilligung einer EM-Rente/"Disability pension" und unseres Wissens auch keine systematische Überblicksarbeit; diese Lücke wollen wir mit dem vorliegenden Beitrag schließen.

2 Methodisches Vorgehen der Scoping Review

Um unsere Forschungsfrage nicht unnötig einzuengen, haben wir uns anstelle einer *Literature Review* für eine *Scoping Review* entschieden. Der Vorteil einer *Scoping Review* besteht darin, sich einem speziellen Thema mittels Datenbankabfrage ausreichend breit und zugleich detailliert zu nähern ohne, wie bei einer *Literature Review*, einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Munn et al. geben als Ziele einer Scoping Review an:

„To identify the types of available evidence in a given field, to clarify key concepts/definitions in the literature, to examine how research is conducted on a certain topic or field, to identify key characteristics or factors related to a concept, as a precursor to a systematic review and to identify and analyse knowledge gaps.“ [4]

2.1 Definition der Fragestellung

Die vorliegende Scoping Review sucht nach *qualitativen Studien*, die untersuchen, mit welcher Motivation, unter welchen Bedingungen und auf welche Art und Weise Personen, die sich bereits in einer *EM-Rente* (bzw. „disability pension“) befinden oder befanden, einen Wiedereinstieg in Arbeit versucht haben und welche Verläufe dabei beobachtet wurden. Die erste Sichtung qualitativer Studien zum Return to Work⁵¹ nach häufigen AU-Zeiten und/oder langer Krankschreibung oder Erwerbslosigkeit und daraus folgender Wiedereingliederungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen ergab eine Vielzahl an qualitativen Studien. Um unser Forschungsanliegen im Kontext unseres eigenen Forschungsprojektes⁵² zu konkretisieren, wurde ein entsprechender Suchstring entwickelt. In Anlehnung an das SPIDER-Schema⁵³ wurden folgende Parameter für die Suchmaske festgelegt bzw. ausgelassen:

- **S** (=Sample) wurde bewusst breiter gefasst, um die Varianz chronischer Krankheiten abbilden zu können
- **PI** (=Phenomenon of Interest)

⁵¹ z.B. (RTW) bei krankheitsbedingtem Ausstieg aus dem Arbeitsleben/Exit from Work vgl. [5]

⁵² Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit (*WEMRE*)

⁵³ siehe Schemata für die Formulierung von Fragestellungen nach Davies [6]

- **D** (=Design) und **R** (=Research Type) wurden zusammengefasst
- **E** (=Evaluation) wurde ausgelassen

Tabelle 13: SPIDER-Suchmaske

S - Sample	PI – Phenomenon of Interest	D – Design + R – Research Type (zusammengefasst)
<i>EM-Rente</i>	<i>RTW</i>	<i>Forschungsmethode</i>
EM-Rente Erwerbsminderungsrente Erwerbsminderung Early Pension Invalidenrente Disability pension Reduce earning* Reduce earnings capacity pension Pension for reduction in earnings Disability pension benefit Frührente Early retirement Disability retirement Reduce earning* retirement Erwerbsunfähigkeitsrente Incapacity pension Invalidity pension Injury allowance Breakdown pension reduced earning capacity pension	"Return to Work" OR "Returning to Work" OR "RTW" OR "returns to work" OR "Back to Work" OR "Work reintegration" OR "Job reentry" OR "work reentry" OR "stay at work" OR "workability" OR Arbeitsfähigkeit OR Wiedereingliederung OR Rückkehr OR Absenteeism OR Absentismus OR "Work resumption" OR "Wiederaufnahme der Arbeit" OR "Sick absence" OR "Sickness absence" OR "work disability" OR "work impairment" OR Arbeitsunfähigkeit OR "disability prevention" OR "disability management" OR "after rehabilitation" OR Rehabilitation OR "regain employment" OR "regain" OR "duration absence" OR "AU-Tage" OR Ausfallzeiten	qualitativ* OR "Qualitative Research" OR "qualitative design" OR "Qualitative Studies" OR "Qualitative Studie" OR "Qualitative Sozialforschung" OR "Qualitative Forschung" OR ethnograph* OR "ethno-graph*" OR "ethnological research" OR ethnomethodolog* OR ethnonurs* OR Ethnographie OR Ethnography OR phenomenol* OR "Phenomenological Research" OR Phenomenology OR "Grounded Theory" OR "grounded theor*" OR "theoretical sampl*" OR "purposive sample" OR "Thematic analysis" OR Inhaltsanalyse OR "content analysis" OR "discourse analysis" OR "Diskursanalyse" OR "life experiences" OR "cluster sample" OR "action research" OR "observational method" OR "constant comparative method" OR Interview OR "focus group*" OR "Fokus Gruppe" OR expert OR Experteninterview OR "Exp study design" OR "field stud*" OR "Mixed method" OR narrative* OR "narrative analysis" OR "life stor*" OR "lived experience*" OR "Illness Experience" OR belief OR Attitude OR "Dokumentenanalyse" OR Gruppendiskussion OR Krankheits Erzählung OR Krankheitsgeschichte OR Erzählanalyse OR

		"Dokumentarische Methode" OR Tiefenhermeneutik OR hermeneutic* OR heuristic* OR semiotics
--	--	---

Die drei für die hier vorliegende Untersuchung relevanten Begriffe sind: *EM-Rente*, *RTW* und *Qualitative Studien*. Um das Ergebnisfeld zu verbreitern, wurden neben dem in Deutschland gebräuchlichen Begriff EM-Rente auch Stichworte wie „Disability pension“ oder „reduced earnings“ miteinbezogen. Für Rückkehr in Arbeit/Return to Work (RTW) wurden zusätzlich Begriffe wie „back to work“ oder „regain employment“ aber auch „rehabilitation“ miteinbezogen. Dadurch wurde der Suchprozess offen gestaltet und sichergestellt, dass möglichst wenige relevante Studien von vornherein ausgeschlossen wurden, weil sie womöglich nur mit peripheren Schlagworten in den Datenbanken versehen waren. Eine detailliertere Auswahl erfolgte anschließend durch eine Abstract- und eine Volltextanalyse.

Obwohl in der Regel ein Abstract in englischer Sprache vorliegt, sind inhaltliche Begriffe vielfach schwer übersetzbar oder unpräzise. So handelt es sich etwa bei Begriffen wie „EM-Rente“ oder „Tiefenhermeneutik“ um wichtige Begriffe für das hier formulierte Suchvorhaben. Für den unwahrscheinlichen Fall, dass diese Begriffe auftauchen, ohne dass eine entsprechende englische Übersetzung in Form des Abstracts oder Volltextes vorliegen, wurde sichergestellt, dass der Suchstring diese erkennen kann.

2.2 Such- und Selektionsprozess

Die Auswahl der Datenbanken resultiert aus der im Vorfeld der Scoping Review durchgeführten Exploration des Forschungsfeldes. Hier ergab sich, dass der Fokus – RTW-Erwartungen, -Wünsche und -Motivationen bei/nach EM-Rente in qualitativer Forschung – nicht in allen Datenbanken angemessen repräsentiert wird. Als besonders ertragreich erwiesen sich SCOPUS und WISO-NET. Sie beinhalten im Gegensatz zu PUB-Med, Med-Line usw. neben medizinisch-naturwissenschaftlichen und klinischen auch sozialwissenschaftliche Studien, die qualitativ angelegte Untersuchungen beinhalten. Zusätzliche Zeitschriften mussten nicht detailliert durchsucht werden, da diese durch die Datenbank SCOPUS ausreichend abgedeckt sind. Eine auf unserer eigenen Expertise beruhende Handsuche unter anderem in der bereits für das WEMRE-Projekt (vgl. Fußnote 6) recherchierten Literatur sowie weiterführende Verweise und Zitationen hat die Datenbanksuche erweitert.

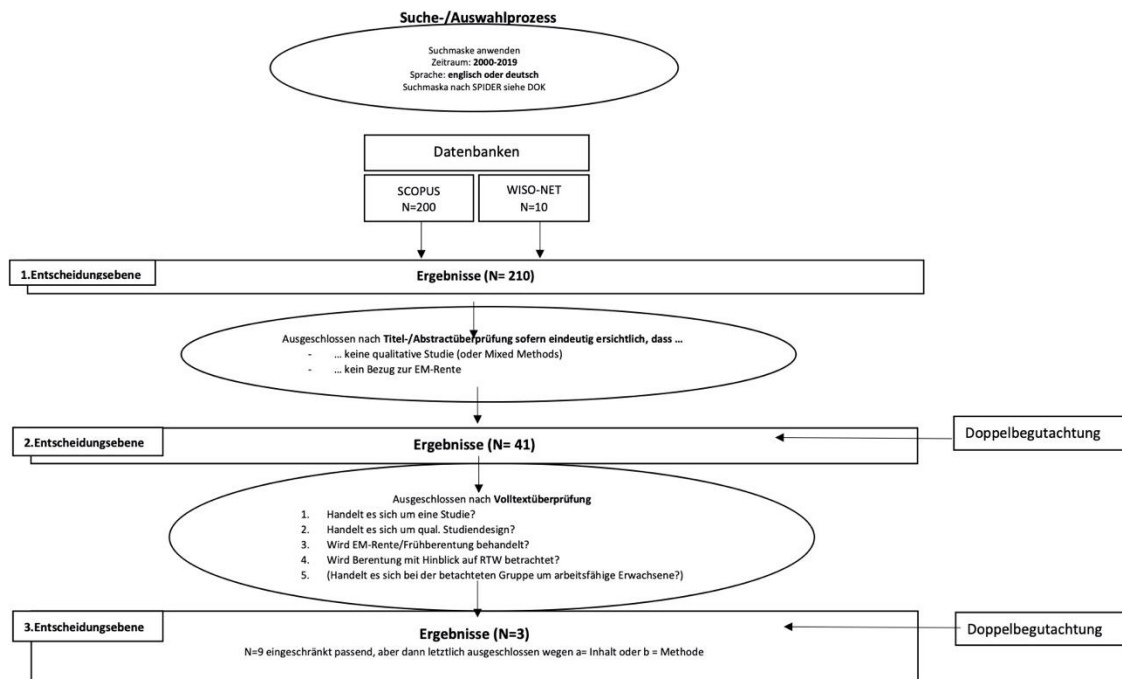


Abbildung 30: Such- und Auswahlprozess

Abb. 1 zeigt, dass der größte Teil der Ergebnisse aus der Datenbank SCOPUS stammt. Unsere Analyse vollzog sich auf drei Entscheidungsebenen: Während die erste Ebene lediglich das Ergebnis der Anwendung des Suchstrings und der weiteren Suchkriterien aufzeigt, stellt die zweite Entscheidungsebene das Ergebnis der Durchsicht und Überprüfung der Titel und Abstracts dar. In einem dritten Entscheidungsschritt wurden die Volltexte der minimierten Anzahl der Ergebnisse (N=41) auf ihre Passgenauigkeit hin analysiert. Die Entscheidung, ob es sich bei dem Suchergebnis um einen für die Scoping Review passenden und angemessenen Artikel handelt, unterscheidet den zweiten vom dritten Schritt. Während auf der zweiten Entscheidungsebene noch überblicksmäßig geprüft wurde, ob es Hinweise im Titel oder Abstract gibt, die dezidiert *gegen* ein qualitatives Design sprechen oder das Thema EM-Rente nicht berühren, wurden im dritten Entscheidungsschritt die in 2.3 definierten Exklusionskriterien angewendet. Danach entsprachen nur noch drei der 41 Dokumente den vorgegebenen Inklusionskriterien. Die wichtigsten Fragen, für die In- oder Exklusion eines Dokuments finden sich im folgenden Abschnitt 2.3. Nach dem dritten Entscheidungsschritt wurden noch neun Artikel als „eingeschränkt passend“ eingeschätzt; nach der Doppelbegutachtung blieben noch 3 Artikel übrig, die alle Einschlusskriterien erfüllten.

2.3 Definition der Ein- und Ausschlusskriterien

Neben den inhaltlichen Einschlusskriterien wurde der *Zeitraum* der einbezogenen Veröffentlichungen auf Januar 2000 bis Dezember 2019 festgelegt.⁵⁴ Darüber hinaus erfolgte eine Beschränkung auf deutsch- und englischsprachige Publikationen. Auf allen Ebenen des Selektionsprozesses (siehe Abb. 1) wurden die folgenden fünf inhaltlichen Einschlusskriterien (vgl. 2.2) und die damit verbundenen Anforderungen an die Studie geprüft:

1. handelt es sich um eine empirische Studie? Übersichtsartikel oder reine Meta-Analysen wurden ausgeschlossen.

2. Handelt es sich um ein qualitatives Studiendesign? Ausgeschlossen wurden Untersuchungen, die ausschließlich auf statistischen Analysen beruhten bzw. Mixed-Method-Studien mit einem deutlichen quantitativen Fokus in Erhebung und Auswertung. Unklare Fälle wurden zunächst zurückgestellt.

3. Ausschluss aufgrund des Fehlens einer Auseinandersetzung mit dem Thema EM-Rente bzw. Frühberentung.

4. Wurde das Thema Frühberentung auch in Kombination mit RTW-Erfahrungen, -Wünschen und -Erwartungen inhaltlich und im Studiendesign verknüpft? So haben zwar einige Studien Frühberentung als Thema, es fehlt jedoch sehr häufig die Verknüpfung mit dem RTW.

5. Schließlich wurde geprüft, ob es sich bei der empirisch beobachteten Gruppe um – trotz gesundheitlicher Einschränkungen, aufgrund deren eine EM-Rente bewilligt wurde, – potentiell und nach eigener Einschätzung arbeitsfähige Erwachsene handelt. Ausgeschlossen waren also demnach Kinder, Jugendliche und Personen in Altersrente.

Eine Exklusion war auch aus mehreren Gründen und in Kombination möglich. Nach einer letzten (dritten) Sichtung der Ergebnisse genügten nur noch drei Artikel den in 2.3 definierten Inklusionskriterien:

1. *Edén et al. [8]*: „Characteristics of disability pensioners returning to work: An interview study among individuals with musculoskeletal disorders.“,
2. *Johansson & Johansson [9]*: „Disability pension and everyday life: A period of transition and subjective aspects of future occupational life.“ und

⁵⁴ Neben der Eingrenzung des Zeitraumes aus forschungsökonomischen Gründen gibt es auch eine inhaltliche Begründung für diese Zeitspanne: ab 2001 kam es zu folgenreichen Änderungen des EM-Rentenrechts und der Bewilligungspraxis [7]

3 Hansen Falkdal, Edlund & Dahlgren [10]: „Experiences within the progress of sick leave.“⁵⁵

Tabelle 2 fasst die wichtigsten Aspekte der drei Ergebnisstudien zusammen.

Tabelle 2: Übersicht der Ergebnis-Studien

Studie	Land	Forschungsziel	Methode u. Sample	Zentrale Ergebnisse
Characteristics of disability pensioners returning to work: An interview study among individuals with musculoskeletal disorders (Edén et al. 2009)	Schweden	„To explore adaptation patterns among disability pensioners with musculoskeletal disorders returning to work by means of the Swedish law on ‚resting disability pension‘“.	17 Interviews (aus einem größeren Pool von RDP's ⁵⁶ , qualitative Analyse mit dem Versuch, die individuelle, dynamische Bedeutung des Interviews nachzuvollziehen, sowie Kategorien zu bilden (vgl. Edén et al. 1722)	3 Adaptionsformen festgestellt: 1. „The Go-Getter“ 2. „The Realist“ 3. „The Indifferent“ Anhand von 5 Dimensionen a. Influence factor b. Own expectations c. Motive d. Morals e. Mentality
Disability pension and everyday life: A period of transition and subjective aspects of future occupational life (Johansson & Johansson, 2011)	Norwegen u. Schweden	„The purpose was to explore and describe the everyday life experiences among people with a disability pension and their expectations for future occupational life.“	Erhebung: 14 Interviews Auswertung: Inhaltsanalyse	Entwicklung von drei Themen: 1. „Striving to handle a changed life situation“ 2. „Adapting to remaining functional capacity“ 3. „future occupational life expectations“ (hier von besonderem Interesse) Anhand von Kategorien (z.B. „Adjusting to dysfunction and disorder“ oder „activities give daily or weekly routine“)
Experiences within the progress of sick leave (Hansen Falkdal, A. Edlund, C., Dahlgren, L., 2006)	Schweden	„The aim of this study was to explore what individuals who have been on sick leave experienced as important in the process of returning to work, moving to long-term sick, or receiving a disability pension“	Erhebung: 15 Interviews (Personen mit langer AP-Absentigkeit, „more than minor symptoms“) Auswertung: Grounded Theory-Analyse, danach Bildung von Idealtypen	Entwicklung von vier Idealtypen: 1. Self-directed 2. Ambivalent 3. Limited 4. Reconciled

⁵⁵ Die Studie von Hansen Falkdal, Edlund und Dahlgren [10] wurde mit einbezogen, obwohl nicht dezidiert frühverrentete Personen nach RTW-Wünschen befragt wurden. Da sie jedoch detaillierte, qualitativ erhobene Informationen über den Entscheidungsprozess von Betroffenen bietet, die vor der Entscheidung stehen, eine frühzeitige Verrentung zu beantragen oder eine Rückkehr in Arbeit zu versuchen, wurde die Studie mit aufgenommen.

⁵⁶ RDP = resting disability pension [8]

3.1 Ziel der Studien

In allen drei verbliebenen Studien geht es um die Rekonstruktion der subjektiven Erfahrungen und Wahrnehmungen von Personen, die sich in einem vorzeitigen Rentenbezug befinden, mit dem Fokus auf die Möglichkeiten zum RTW. Deutlich wird dies etwa bei Edén et al. : „To explore adaptation patterns among disability pensioners (...) returning to work“[8], bei Johansson und Johansson: „to explore and describe the everyday life experiences among people with a disability pension and their expectations for future occupational life“[9] bzw. bei Hansen Falkdal, Edlund und Dahlgren: „to explore what individuals who have been on sick leave experience as important in the process of returning to work, moving to long-term sick, or receiving a disability pension.“ [10].

Zwei der Studien – Edén et al. und Johansson & Johansson - stellen darüber hinaus die versorgungsbezogen zentrale Frage, unter welchen persönlichen, sozialen und gesetzlichen Voraussetzungen eine Rückkehr von EM-Rentnern/innen, Aussicht auf Erfolg hat [8] [9].

3.2 Methoden der Studien

Alle drei Studien haben ein qualitatives Erhebungs- und Auswertungsdesign und nutzen Interviews für den Zugang zu subjektiven Interpretationen und biographischen Informationen. Trotz ähnlicher Herangehensweise unterscheiden sich die Studien jedoch hinsichtlich der Ausführlichkeit der Dokumentation der erhobenen Daten. Weitere Unterschiede bestehen im Grad der Abstraktion der Dateninterpretation, etwa der Bildung von Idealtypen [10] gegenüber der breiter gestalteten Ergebnisdarstellung in Form von (Adaptions-)Mustern [8] bzw. spezifischen Themen [9].

3.3 Inhaltliche Ergebnisse der Studien

3.3.1 Innere Faktoren

Zentrale *innere Faktoren* sind eine vorhandene oder nicht-vorhandene, bzw. externale oder internale Motivation, sowie die Erwartungen und Haltungen der befragten Personen.

Motivation

Die Rolle der Motivation zeigt sich bei Edén et al. in fünf Dimensionen, anhand derer drei Idealtypen („The Go-Getter“; „The Realist“; „The Indifferent“) rekonstruiert werden: Sie unterscheiden „1. Influence Factors, 2. Own Expectations, 3. Motive, 4. Morals und 5.

Mentality“ und leiten daraus unterschiedliche *Adaptionsformen* (Idealtypen) mit der neuen Situation der Frühverrentung ab. So zeigt der „*The Go-Getter*“ beispielhaft eine 1. Internale Beeinflussung (hohe eigene Ambitionen), 2. optimistische Grunderwartung, 3. Selbstachtung als Grundmotiv, 4. zugrundeliegende Moral, die als „all should work“ definiert werden kann und 5. eine mit den Worten „stubborn, fighting, against all odds“ umschriebene, kämpferische Mentalität. Diese Beschreibungen der inneren Einstellungen findet ihre gegensätzliche Entsprechung bei den zwei weiteren Idealtypen: „*The Realist*“ und „*The Indifferent*“ [8].

Johansson und Johansson unterscheiden zwischen unterschiedlichen Erwartungen an eine weitere Erwerbstätigkeit („*Future occupational life expectations*“): Sie machen die Beobachtung, dass Befragte, die eine Frühverrentung aus Gründen der Arbeitsunfähigkeit in Vollzeit erhalten, keine vertrauensvolle Zukunftsperspektive auf eine zukünftige Erwerbsarbeit haben⁵⁷. Personen mit einer Frühverrentung in Teilzeit zeigten hingegen klarer formulierte sowie längerfristig gedachte Zukunftsvorstellungen bezogen auf ihr noch verbleibendes Erwerbsleben [9]. Die Unterscheidung zwischen Teilzeit und Vollzeit ist sowohl als *innerer* als auch als *äußerer Faktoren* zu verstehen und wird im Abschnitt 3.3.2 sowie im Abschnitt 3.4 der Ergebnisdiskussion noch besprochen.

Hansen Falkdal, Edlund & Dahlgren beschreiben vier Idealtypen („1. *Self-Directed*, 2. *Ambivalent*, 3. *Limited* und 4. *Reconciled*“), die ein unterschiedliches Verhalten und differierende Einstellungen zu einer Rückkehr ins Arbeitsleben zeigen. Sie betonen die jeweils unterschiedlichen Überzeugungen („*beliefs*“) der Befragten. So glaubt der Typus „*Self-Directed*“ „in and a drive to a return to work“. Der Typus „*Reconciled*“ ist hingegen von „*need for a disability pension*“ motiviert, findet aber durchaus alternative, neue Sinnzusammenhänge – unterstützt etwa durch professionelle Akteure. Der Typus „*Limited*“ schließlich macht ebenfalls deutlich, dass er aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr arbeitsfähig ist. Im Gegensatz zum Typus „*Reconciled*“ nutzen Befragte dieses Typus das professionelle Netzwerk jedoch weniger und ziehen sich stärker zurück. Der Typus „*Ambivalent*“ ist letztlich durch eine unsichere Haltung „*about everything*“ charakterisiert; die Befragten zeigen (im Gegensatz zu „*Limited*“ und „*Reconciled*“) keine Zielorientierung und eine starke Passivität [10]. Dies zeigt, dass Motivation - verstanden als innerer Faktor – von entscheidender Bedeutung dafür ist, ob

⁵⁷ Dies überrascht nicht, wenn man davon ausgeht, dass der Antrag auf eine EM-Rente vorrangig meist aufgrund erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen und/oder Schmerzen geschieht und zudem für einen Großteil der Antragsteller/innen in einem fortgeschrittenen Berufsalter erfolgt.

eine Person nach einer Zeit der Arbeitsunfähigkeit wieder an einen Arbeitsplatz zurückkehren wird oder eine Frühverrentung präferiert.

Kritisch lässt sich hier festhalten, dass der Begriff der „*Motivation*“ in den Studien als eine Art Platzhalter fungiert. Statt einer biographiekritischen Analyse wird anhand der vorhandenen oder nicht vorhandenen Motivation der Individuen eine RTW-Perspektive diagnostiziert, andere Parameter wie soziale Unterstützung, finanzielle Schieflagen oder Ängste vor einem Scheitern bei der Rückkehr werden dabei zu wenig berücksichtigt.

Kohärenzgefühl und Wert der Arbeit

Als weitere innere Faktoren nennen die drei Studien das *Kohärenzgefühl* und den *individuellen Wert von Arbeit*: Kohärenzgefühl beschreibt, in Anlehnung an Antonovsky [11], „the importance of the individuals‘ sense of coherence in life, including their mental and physical balance in life“ [10] [11], also das Gefühl die Situation einordnen und sie kontrollieren sowie in den eigenen Sinnhorizont und Lebenszusammenhang integrieren zu können. Das Fehlen von Arbeit als fester Bestandteil im Leben kann den Kohärenzsinn beeinträchtigen. So beschreiben Edén et al. das Gefühl „of being an outsider when disability pension, because of the worth of work in our society“ [8]. Johansson und Johansson betonen in diesem Kontext die Bedeutung ehrenamtlicher Arbeit:

„some informants found meaningful occupation in a voluntary un-paid work. (...) sometimes it is an interest that has developed when individuals have more time to spend on leisure activities than before. (...) Some of the informants reported that voluntary work besides giving them satisfaction to be at service also gave a structure to everyday life“ [9].

Deutlich wird, dass die Faktoren Kohärenzgefühl und individueller Wert der Arbeit sich gegenseitig bedingen (können) und die Chance auf Rückkehr in Arbeit nach frühzeitiger Verrentung erhöhen, da der Wunsch nach Erhalt von Arbeit als sinnstiftendes Element auch die RTW-Wahrscheinlichkeit vergrößert.

3.3.2 Äußere Faktoren

Die AutorInnen aller drei Studien betonen unterschiedlich stark ausgeprägte Aspekte, die sich als *äußere Faktoren* zusammenfassen lassen können.

Johansson und Johansson konstatieren bei den von ihnen befragten EM-Rentnern/innen eine „Verlangsamung im Alltag“:

„The informants in our study described how they adapted to a slower pace in everyday life, adjusted to present capacity. This slower rhythm is also described in the theory of gerotranscendence that describes

the process of normal aging. This theory also suggests that people with dysfunctions more often appreciate solitude compared to those who are in full health“. [9]

Hier wird die in Abhängigkeit von den Erkrankungen („dysfunctions“) entstandene Langsamkeit beschrieben, welche auch mit (der impliziten Unterstellung) einer verminderten Leistungsfähigkeit einhergeht: Je stärker die körperliche oder psychische Belastung ist, desto mehr Zeit wird für alltägliche Anforderungen benötigt und umso mehr wird Einsamkeit („solitude“), also ein Rückzug aus den üblichen Alltagssituationen bevorzugt.

Ein weiterer *äußerer Faktor* ist die Rolle der Diagnose. Hansen Falkdal, Edlund & Dahlgren betonen, dass bei einer Mehrfachdiagnosen („multiple“), die RTW-Chancen niedriger werden⁵⁸ [10].

Edén et al. kommen darüber hinaus zum Schluss, dass die Flexibilität am Arbeitsplatz eine unabdingbare Voraussetzung („prerequisite“) für einen erfolgreichen RTW ist [8]:

„The opportunity to adapt work conditions or change to a less physically demanding job was necessary for some to be able to work.“ [8].

Während große Unternehmen in der Regel ein breiteres Angebot für erkrankte, am RTW interessierte Personen anbieten können, kann die familiäre Atmosphäre eines kleinen Betriebes eine größere individuelle Akzeptanz für den Arbeitsausfall und individuell abstimmbare Wiedereingliederungsmöglichkeiten bieten. Edén et al. verweisen hier auf die Bedeutung des „job-coach“, der individuelle Betreuung und Anreize (von außen) bietet. Die individuelle Betreuung ist für Personen, die ihre krankheitsbedingten Defizite am Arbeitsplatz besonders spüren, von hohem Wert („the disability pensioner should ‚be seen‘ and supported“). Auch könnte ein solcher „job-coach“ die unterschiedlichen Anforderungen und Wünsche, die an eine frühzeitige Verrentung gestellt werden, koordinieren und somit abmildern [8]:

„If a consensus can be reached between the different actors around the disability pensioner, the social insurance board, the labour-market authorities and the health care, a return to labour market could be facilitated.“ [8].

Auch Johansson und Johansson betonen – unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedingungen von Voll- und Teilzeit – die Notwendigkeit individuell abgestimmter Interventionsprogramme mit Fokus auf „balancing activity pattern“ [9]. Sie sehen anhand ihrer erhobenen Daten die Bewilligung, bzw. die Beantragung auf eine Voll- bzw. Teilzeit-Rente als ausschlaggebend für die Entwicklung einer Rückkehrmotivation. So beobachten sie eine stärkere Fokussierung auf eine zukünftige Erwerbsarbeit bei Personen mit einer Teilzeit-Rente.

⁵⁸ Dies kann auch damit zu tun haben, dass mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit Komorbiditäten stärker beeinträchtigend sein können als die Hauptdiagnose aufgrund derer die EM-Rente bewilligt wurde.

Eine Vollzeitrente hingegen erleichtert die Verabschiedung von der Vorstellung, wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren:

„The central conclusion drawn in this study is that the informants with full-time disability pension reconciled themselves to their situation, changing their conception of what life as a disability pensioner means, while those informants who worked part-time saw their future role as that of worker.” [9]

Die Gewährung einer Teilzeit- oder Vollzeitrente scheint einen rein *äußeren Faktor* darzustellen, sie ist, wie die Studien zeigen, aber eng mit der individuellen Motivation verknüpft – hier betrachtet als *innerer Faktor* -, die auf die unterschiedlichen äußeren Bedingungen reagiert.

Zusammenfassend lassen sich vier externe Faktoren festhalten: *Folgen der Erkrankung* (z.B. Verlangsamung), *uneindeutige Diagnosen*, *Flexibilität des Arbeitgebers* und schließlich die *Bewilligung einer Teil- oder Vollzeitrente*.

3.4 Fazit der inkludierten Studien: Zusammenwirken von inneren und äußeren Faktoren

Die Unterteilung zwischen *inneren* und *äußeren Faktoren* soll darauf hinzuweisen, dass es von den Betroffenen veränderbare und nicht veränderbare Einflüsse auf die Chance des Wiedereinstiegs gibt. Während *äußere Faktoren* von institutioneller Seite aus gesteuert und ggf. mit Hilfe gesetzlicher Regelungen, administrativer Verordnungen oder finanziellen Anreizen und personellen Kapazitäten seitens des Gesundheitssystems bzw. der Kostenträger nachjustiert werden können, sind *innere Faktoren* nur bedingt von den Betroffenen, beziehungsweise in vielen Fällen nur mit Unterstützung (z.B. Jobcoach, Psychotherapie) veränderbar. Motivation und Kohärenzgefühl hängen wesentlich von der psychischen Verfasstheit der Betroffenen ab. Eine wichtige Rolle spielt hier die Diagnose, individuelle mentale Ressourcen sowie der Umfang der sozialen Unterstützung. Die Möglichkeit verringerter Arbeitszeiten, wie bei der Teilzeit-Rente, könnte die individuelle Motivation der Betroffenen erhöhen. Wenn eine Person durch eine deutliche Arbeitsentlastung am Arbeitsplatz verbleibt, sind betroffene Personen bei einer späteren vollständigen Rückkehr in Arbeit weniger mit Ängsten konfrontiert, den Arbeitsanforderungen nicht gerecht werden zu können. In der Studie von Johansson und Johansson [9] gaben die Befragten mit Frühberentung in Vollzeit an, dass sie Probleme haben, sich vorzustellen wieder zu arbeiten. Personen mit Teilzeit-Rente hingegen hatten noch immer „professional identities“ und identifizierten sich mit ihrer Tätigkeit („They expressed no interest in giving up paid work“) [9]. Hier wird deutlich, dass vor allem der von Johansson und Johansson festgestellte Aspekte der Teil- bzw. Vollzeit-Rente auf den interaktiven Charakter von inneren und äußeren Prozessen verweist. Auch Edén et al. stellen damit übereinstimmend fest, dass der Schritt zurück in Arbeit einen radikalen Umkehrprozess

bezüglich individueller Einstellungen bedeuten kann, wenn eine Person vorher schon eine Arbeitsunfähigkeitsrente bezogen hat [8]. Dieser Umkehrprozess wird weniger existentiell wahrgenommen, wenn die betroffenen Personen nur eine Teilzeit-Rente erhalten. Johansson und Johansson betonen jedoch auch, dass Personen, die eine Teilzeitarbeit aufgenommen haben, diese tendenziell wieder rückgängig machen würden, wenn der Druck am Arbeitsplatz zu hoch wird [9]. Hier wird der Einfluss äußerer Interventionen deutlich: eine flexible Arbeitsplatzgestaltung hat einen wesentlichen Einfluss auf den Verbleib in Arbeit.

Eine Möglichkeit *innere* und *äußere* Einflüsse positiv miteinander zu verbinden, könnte die Installierung eines „job-coaches“ sein, wie er beispielsweise von Edén et al. vorgeschlagen wird [8]; für die deutsche Situation würde das bedeuten das Job-Coach Modell im Sozialrecht flexibler zu verankern und die Laufzeiten den individuellen Bedarfen entsprechend zu gestalten. Die individuellen, zum Teil von der Diagnose abhängigen, Motivationslagen können so wahrgenommen und auf Einflussmöglichkeiten hin untersucht werden. Danach könnten die entsprechenden äußeren Angebote konkret ausgewählt werden. Das kann zum Beispiel die Entwicklung eines flexibel gestaltbaren Arbeitsplatzes für Personen, die eine grundsätzliche Motivation zur Rückkehr in Arbeit vorweisen, jedoch Angst vor einem Krankheitsrückfall und der damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeit haben, sein.

4 Ausblick

Für die hier vorgestellte Scoping Review wurden nur drei Studien den vorgegebenen Inklusionskriterien gerecht, die alle aus Skandinavien stammen. Der Grund dafür könnte die Besonderheit des skandinavischen Gesundheitssystems sein: Edén et al. heben hervor, dass es in Schweden seit 2009 für Bezieher/innen einer Arbeitsunfähigkeitsrente die gesetzlich verankerte Möglichkeit gibt, wieder ins Erwerbsleben zurückzukehren, (Arbeitszeit kann zwischen 25% und 100% variieren), *ohne dabei aber den Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsrente zu verlieren* (Herv. d. A.) [8]. Die damit geschaffene Sicherheit gibt insbesondere vulnerablen, psychisch und/oder chronisch erkrankten Personen die Chance einer Reintegration ins Arbeitsleben ohne Angst vor dem ersatzlosen Verlust der EM-Rente bei einem Misslingen des RTW.⁵⁹ Diese fehlende Rückkehroption in den gesetzlichen Regelungen der Sozialversicherungen anderer Länder – so auch in Deutschland – stellt ein besonderes

⁵⁹ Es handelt sich um das in Skandinavien wirksame sozialpolitische Konzept der „Teilarbeitsunfähigkeit.“ Eine Zusammenstellung einschlägiger Arbeiten bis 2015 findet sich auf der Seite des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (<https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=568>).

Hemmnis für den RTW aus einer bewilligten EM-Rente dar.⁶⁰ Wie wir aus unserer eigenen derzeit noch laufenden Studie bereits sehen, haben Betroffene vielfach Angst davor den Anspruch auf die EM-Rente zu verlieren, falls ein RTW scheitern sollte. Diese fehlende Rückkehrmöglichkeit in den Status einer frühverrenteten Person als zentrales Hemmnis für die Umsetzung eines RTW-Szenarios findet sich auch in den Ergebnissen der abgeschlossenen ZEMI Studie.⁶¹

Die Erforschung des RTW-Prozesses, sowie -Möglichkeiten, -Verhalten und -Einstellungen bei Personen, die sich bereits in einer EM-Rente befinden, werden in Zukunft aus unterschiedlichsten Gründen sicher auch in Deutschland vermehrt erfolgen. Die hier vorliegende Scoping-Review soll nur andeutungsweise zeigen, welche Forschungslücken zumindest im deutschsprachigen Raum bestehen und lädt dazu ein den relevanten Fragen nachzugehen.

Literatur

- [1] Deutsche Rentenversicherung (DRV). Statistik der DRV- Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf (2019). Im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf_2019.html; Stand: 22.05.2020
- [2] Schubert M et al. Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB-Forschungsbericht 12/2013; 2013
- [3] Schwarz B, Claros-Salinas D, Streibelt M. Einflussfaktoren auf den Return to Work nach Schlaganfall: Ergebnisse einer qualitativen Meta-Synthese. *Das Gesundheitswesen, Gemeinsam forschen - gemeinsam handeln* 2017; 79: 656-804. doi: 10.1055/s-0037-1605944
- [4] Munn Z, Peters MDJ, Stern C et al. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology* 2018; 18: 1-9. doi: 10.1186/s12874-018-0611-x

⁶⁰ Für EM-Rentner mit psychischer Diagnose. [12]

⁶¹ vgl. [13]

- [5] Bartel S. Exit from Work. Gesundheitsbedingte Ausstiegs- und Neuorientierungsprozesse im Erwerbsleben [Dissertation]. Berlin, Deutschland: Humboldt-Universität zu Berlin; 2018. doi: 10.18452/18766
- [6] Davies K S. Formulating the Evidence Based Practice Question: A Review of the Frameworks. *Evidence Based Library and Information Practice* 2011; 6 (2): 75-80
- [7] Aurich-Beerheide P, Brussig M, Schwarzkopf, M. Zugangssteuerung in Erwerbsminderungsrenten. Düsseldorf: edition Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 377; 2018
- [8] Edén L, Andersson H I, Ejlertsson G et al. Characteristics of disability pensioners returning to work: An interview study among individuals with musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation* 2007, 29 (22):1720-1726. doi: 10.1080/09638280601107484
- [9] Johannsson A, Johannson U. Disability pension and everyday life: A period of transition and subjective aspects of future occupational life. *Work* 2011; 40 (4): 375-384
- [10] Hansen Falkdal A, Edlund C, Dahlgren L. Experiences within the process of sick leave. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2006, 13(3): 170-182. doi: 10.1080/11038120500363634
- [11] Antonovsky A, Franke A (Hrsg). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen: dgvt-Verlag; 1997
- [12] Kobelt A, Grosch E, Hesse B et al. Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden? *PSYCHOTHER PSYCH MED* 2009, 59 (7): 273-280
- [13] Hesse B, Köckerling E, Körner M. Return to Work aus der zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente: Erste Ergebnisse einer SUF-Auswertung Vortrag auf dem Siebenundzwanzigsten Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 26. bis 28. Februar 2018 in München. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Hrsg. *Rehabilitation bewegt.* Berlin: Eigenverlag, 2018: 191-192