



Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme
in das Beschäftigungssystem.

Eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biographischen und strukturellen Bedingungen

gefördert von der DRV Bund

Az.: 8011-106-31/31.108.1

Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Rehabilitationswissenschaften
Georgenstr. 36, 10117 Berlin

Projektleitung

Prof. Dr. Ernst von Kardorff

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Dr. Sebastian Klaus

Dr. Alexander Meschnig

Renée Kohlhoff (stud. Hilfskraft)

Sophia Wenk (stud. Hilfskraft)

Dr. Sebastian Bernert (stat. Analysen)

Rene Borisch (stud. Hilfskraft)

Susanne Bartel

Projektlaufzeit: Februar 2014 – Mai 2016

Vorwort

Der vorliegende Forschungsbericht *Wege von der beruflichen Qualifizierung in das Beschäftigungssystem* basiert auf einer im Zeitraum vom 1. Februar 2014 bis 31. Mai 2016 durchgeführten Verlaufsuntersuchung von Teilnehmern aus dem ebenfalls von der DRV-Bund finanzierten Vorläuferprojekt *Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation*. Ein ausgewählter Teil der dort einbezogenen Rehabilitanden wurden im hier vorliegenden Projekt auf ihren individuellen Wegen in Arbeit begleitet. Dabei interessierte uns insbesondere die Gestaltung der Übergangsprozesse von der Maßnahme in das Erwerbsleben und deren nachträgliche Einschätzung aus Sicht der Teilnehmer und Teilnehmerinnen; im Einzelnen standen individuelle, verfahrensbezogene und strukturelle Probleme bei der Rückkehr in Arbeit (RTW) ebenso wie die individuellen Strategien der Rehabilitanden bei der Arbeitsplatzsuche und beim Umgang mit den verbliebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Mittelpunkt. Zentrale Ziele waren:

- *erstens* die Rekonstruktion bislang kaum untersuchter biografischer Anpassungs- und Neuorientierungsprozesse nach einer langandauernden beruflichen Rehabilitationsmaßnahme;
- *zweitens* ging es uns darum, auf besondere Problemlagen und für unterschiedliche Lebensphasen typische Konstellationen aufmerksam zu machen und
- *drittens* dafür ggf. erforderliche zielgruppenspezifische Nachsorgebedarfe zu identifizieren.

Mithilfe eines Mixed-Method-Designs wurden dafür insgesamt 214 Teilnehmer aus der Vorgängerstudie mittels einer Fragebogenerhebung über einen gesamten Zeitraum von mehr als drei Jahren und 30 ausgewählte Rehabilitanden in episodisch-narrative Fallstudien einbezogen.

Eine derartige Studie ist auf vielfache Unterstützung angewiesen. Daher gilt unser Dank zunächst der großen Kooperationsbereitschaft der teilnehmenden Rehabilitanden in den beteiligten BFWs bzw. der Freien Träger und ihrer Bereitschaft, sich auf eine mehrfache Fragebogenerhebung und ein ausführliches Interview im Rahmen unserer Studie einzulassen. Ohne ihre Mitarbeit und ihre Zeit, die sie uns zur Verfügung gestellt haben, wäre die vorliegende Studie nicht möglich gewesen.

Weiter gilt unser Dank dem wissenschaftlichen Beirat, namentlich: Susanne Bartel (BV BFW), Ina Leauclair (DRV Bund), Waltraud Lay (Charité Berlin), Dr. Ariane Miehke-Ihrler (BFW Mühlenbeck), Angela Rauch (IAB Nürnberg) und Dr. Marco Streibelt (DRV Bund). Alle Beteiligten haben die Zwischenergebnisse unserer Studie in zwei Projektsitzungen hilfreich kommentiert und Anregungen für unsere laufende Arbeit gegeben, die in den Endbericht eingeflossen sind. Jedes Forschungsprojekt, so auch dieses, ist eine Teamarbeit und deshalb möchte ich meinen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen abschließend auch namentlich für die Zusammenarbeit, ihr großes Engagement und ihre Ideen danken: Dr. Sebastian Klaus, Dr. Alexander Meschnig, Dr. Sebastian Bernert (statistische Auswertungen), Susanne Bartel und den studentischen Hilfskräften Renée Franka Kohlhoff, Sophia Wenk und René Borisch.

Prof. Dr. Ernst von Kardorff

Berlin, Mai 2016

Inhalt

1.	Einleitung.....	9
2.	Return to Work: Theorie und Forschungsstand	15
2.1.	Perspektive auf den Forschungsstand	15
2.2.	Theorieperspektiven zum RTW	18
2.3.	Forschungsstand RTW	22
2.4.	Theoretischer Untersuchungsansatz	28
3.	Fragestellungen und Hypothesen	31
3.1.	Neuakzentuierungen im Forschungsverlauf.....	31
3.2.	Fragestellungen	34
4.	Forschungsdesign	37
4.1.	Übersicht	37
4.2.	Zeitlicher Ablauf	40
4.3.	Methodologische Anmerkungen	41
5.	Quantitative Ergebnisse	45
5.1.	Ausgangspunkt	46
5.2.	Zur Auswertung der quantitativen Daten	47
5.3.	Stichprobe und Stichprobenveränderung.....	47
5.4.	Gesundheit	50
5.5.	Umschulung.....	52
5.6.	Arbeit und Beruf	55
5.7.	Zufriedenheit	59
5.8.	Return to Work - Einzelanalysen.....	61
5.9.	Zusammenfassung.....	65
6.	Qualitative Ergebnisse.....	67
6.1.	Auswahl der Interviewpartner/Sample	68
6.2.	Datenerhebung.....	70
6.3.	Datenauswertung.....	72
6.4.	Eckfallgenerierung.....	82
6.4.1.	Erkenntnisspannbreite.....	82
6.4.2.	Bildung von Clustern.....	84
6.4.3.	Bestimmung der Eckfälle für die Fallrekonstruktionen	86
6.4.4.	Cluster von geringerer Forschungsrelevanz.....	88
6.5.	Falldarstellungen	91
6.5.1.	Umschulung als gelungene Transformation	91
6.5.2.	Umschulung als Bereicherung	102

6.5.3.	Umschulung als Fehlplatzierung	112
6.5.4.	Umschulung als Neuanfang	124
6.5.5.	Umschulung mit umfassender Begleitung	136
6.5.6.	Umschulung als „letzte Chance“	147
6.6.	Vergleichende Analyse	159
6.6.1.	Bedingungen für einen gelingenden RTW	159
6.6.2.	Systematische Darstellung der Einflussfaktoren beim RTW	168
7.	Synopse der Ergebnisse	193
7.1.	Zur Ausgangssituation.....	193
7.2.	Zusammengefasste Detailergebnisse	197
7.2.1.	Generische Variablen.....	197
7.2.2.	Wahl des Umschulungsberufs und Zuweisungsprozesse.....	198
7.2.3.	Die berufliche Umschulung in der Retrospektive der Teilnehmer	200
7.2.4.	Die Subjektive Bedeutung der Umschulung.....	202
7.2.5.	Schonraum und „positiv unauffällige“ Teilnehmer	204
7.2.6.	Verhältnis zur Arbeit	206
7.2.7.	Krankheit.....	208
7.2.8.	Subjektive Gesundheitseinschätzung.....	211
7.2.9.	Soziale Einbindung.....	212
7.2.10.	Motivationale Aspekte und innere Haltungen	213
7.2.11.	Formen des Wiedereinstiegs	214
7.2.12.	Arbeitsmarkt	214
7.2.13.	Erfolgskriterien	215
8.	Empfehlungen	219
8.1.	Risikokonstellationen bei der Wahl des Umschulungsberufs	220
8.2.	Risikokonstellationen im Kontext der Krankheit	221
8.3.	Umschulung als Schonraum – Begleiteter Übergang aus dem Schonraum	222
8.4.	Übergreifende Empfehlungen	223
9.	Literaturliste	225
10.	Anhang.....	235
10.1.	Fragebogen t ₁	235
10.2.	Fragebogen t ₂	239
10.3.	Erster Interviewleitfaden.....	249
10.4.	Weiterentwickeltes Leitfadenschema	252
10.5.	Vergleichende inhaltliche Übersicht der Fallstudien	253

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Kontextmodell der Rückkehr in Arbeit (Costa-Black et al. 2014, S.79).....	19
Abbildung 2: Untersuchungsdesign.....	40
Abbildung 3: zeitlicher Ablauf der Studie.....	41
Abbildung 4: Übersicht der wichtigsten quantitativen Ergebnisse.....	45
Abbildung 5: Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustandes von t_0 über t_1 zu t_2	51
Abbildung 6: Bewertung der Veränderungen durch die berufliche Reha-Maßnahme (n=92).....	52
Abbildung 7: Bewertung der beruflichen Reha-Maßnahme (n=70).....	53
Abbildung 8: Würden Sie sich heute noch einmal für Ihre Umschulung entscheiden? (n=93).....	54
Abbildung 9: Zufriedenheit mit dem derzeitigen Arbeitsplatz (n=73).....	57
Abbildung 10: Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu t_2 (n=92).....	58
Abbildung 11: Berufliche Zukunftserwartung zu t_2 (n=93).....	59
Abbildung 12: Lebenszufriedenheit allgemein (n=90).....	60
Abbildung 13: Allgemeine Lebenszufriedenheit von t_0 über t_1 zu t_2 (n= 81).....	61
Abbildung 14: Übersicht der wichtigsten qualitativen Ergebnisse.....	67
Abbildung 15: Beispiel Transkription.....	72
Abbildung 16: Beispiel offenes Codieren.....	74
Abbildung 17: Beispiel axiales Codieren.....	75
Abbildung 18: Beispiel selektives Codieren.....	76
Abbildung 19: Beispiel sequenzanalytische Auswertung.....	76
Abbildung 20: Beispiel biografische Gesamtformung.....	79
Abbildung 21: Beispiel komparative Analyse.....	81
Abbildung 22: (reduzierte) Dimensionierung der Erkenntnispannbreite.....	83
Abbildung 23: Verteilung der Cluster.....	85
Abbildung 24: Bestimmung der Eckfälle.....	87
Abbildung 25: Risikogruppe und Risikokonstellation.....	195

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: ursprünglich im Antrag kontrastierende Gruppen.....	32
Tabelle 2: Themenbereiche/Dimensionen der 3 eingesetzten Fragebögen.....	38
Tabelle 3: Stichproben zu $t_0 - t_1 - t_2$	47
Tabelle 4: Anzahl der genannten Erkrankungen zum Zeitpunkt t_2 (n=94).....	50
Tabelle 5: Status der Rehabilitanden 6 (t_1) und 18 Monate (t_2) nach der Umschulung.....	55
Tabelle 6: Regressionsanalyse: signifikante Variablen für RTW.....	62
Tabelle 7: Predictive Margins für Merkmalskombinationen.....	64
Tabelle 8: Signifikanzen für RTW (Signifikanzniveau $p= 0,05$).....	65
Tabelle 9: Berufsorientierungen beim RTW.....	206

1. Einleitung

Mit der Bewilligung der Studie *Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation* (Laufzeit: 1. Januar 2012 bis 31. August 2013) durch die DRV-Bund war seitens des Auftraggebers bereits die Anregung verknüpft, die Studienteilnehmer¹ im Rahmen einer Folgestudie zu den Übergängen und Wegen zurück auf den Arbeitsmarkt zu befragen und damit individuelle Verläufe und Anpassungsprozesse über einen längeren Zeitraum zu rekonstruieren.

In unserer Vorgängerstudie erwies sich der Abbruch einer (zweijährigen) Vollzeitmaßnahme der beruflichen Rehabilitation als ein mehrdeutiges, multidimensionales sowie von den einzelnen Beteiligten unterschiedlich bewertetes Geschehen. Als *Prädiktoren* für einen Abbruch wurden drei zentrale personenbezogene Faktoren identifiziert:

- das Vorliegen einer Depression (subjektive Einschätzung);
- eine negative Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und
- mangelnde soziale Unterstützung (v.a. Fehlen einer Partnerschaft).

Der konkrete Abbruch einer Maßnahme erwies sich in der Regel als vielschichtig und sehr oft situativ bedingt. Ein Abbruch lässt sich, so das Ergebnis unserer im Oktober 2013 abgeschlossenen Studie², in den allermeisten Fällen nicht eindeutig und nur selten allein aus Personenmerkmalen, der bisherigen Berufsbiografie oder vorausgegangenen Zeiten von Arbeitslosigkeit vorhersagen. Wie sieht dies aber für die Rückkehr in Arbeit (RTW) aus? Sind hier dieselben oder ähnliche Parameter und Konstellationen für einen gelingenden RTW festzustellen, wie etwa die Rolle partnerschaftlicher Unterstützung?

Von den insgesamt 454 in der Vorgängerstudie befragten Teilnehmern hatten sich mehr als die Hälfte (n=276) schriftlich bereit erklärt, an einer Folgestudie zu ihrem Verbleib nach Ende der Maßnahme teilzunehmen. Die Anzahl der Teilnehmer, von denen die korrekte Adresse zum Zeitpunkt der Versendung des ersten Fragebogens vorhanden war, lag bei n=214. Diese Personen bilden die Ausgangskohorte für die hier vorliegende Studie.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir im Folgenden die männliche Endung. Frauen sind immer mit gemeint.

² <https://www.reha.hu-berlin.de/lehrgebiete/rhs/forschung/abbrueche-beruflicher-qualifizierungsmaßnahmen-projektbericht>

Im Unterschied zu einer administrativen Verlaufsstatistik, die die formale Beendigung einer Maßnahme (Erfolg/Abbruch) und die punktuelle Integration in das Beschäftigungssystem (beschäftigt/nicht beschäftigt) für den Kostenträger dokumentiert, geht es uns um die vielfältigen und individuellen Wege ehemaliger Maßnahmeteilnehmer in den Arbeitsmarkt. Dafür fragen wir nach den spezifischen Gründen für eine fortbestehende oder erneute Erwerbslosigkeit, eine Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz, in eine nicht-ausbildungsadäquate und/oder eine im Niedriglohnsektor angesiedelte Beschäftigung oder auch für einen Antrag auf EM-Rente („Mißlingensbedingungen“)³. Mindestens genauso wichtig sind die für die Mehrzahl der erfolgreich wieder eingegliederten Teilnehmer günstigen bzw. im Nachhinein als günstig bewerteten Ereignisse („Gelingensbedingungen“). Aus beidem lassen sich Schlussfolgerungen für differenzierte Hilfebedarfe und Unterstützungsmaßnahmen ableiten.

Unser *primäres Ziel* richtete sich deshalb darauf, den Verbleib der an der Vorläuferstudie beteiligten Teilnehmer über einen längeren Zeitraum zu erfassen und dabei individuelle Strategien und Entscheidungsprozesse, äußere Barrieren und innere Haltungen bei der Rückkehr in Arbeit nach der Qualifizierungsmaßnahme zu rekonstruieren sowie strukturelle Hindernisse zu identifizieren, die gerade mit Blick auf Rehabilitanden bedeutsam erscheinen: z.B. der Umgang mit der Krankheit im neuen Beruf, das Hineinfinden in das neue Berufsfeld und die neuen Tätigkeitsanforderungen, das Finden von neuen Routinen im Verhältnis Familie-Beruf-Freizeit oder Auseinandersetzungen mit Enttäuschungen und fehlenden Stellenangeboten.

Anknüpfend an die Befunde der Vorläuferstudie ging es also um die Klärung, ob, auf welche Weise und in welchem Ausmaß die zunächst hypothetisch angenommenen und im Laufe der

³ In unserer ersten Studie zeigte sich, dass sogar die meisten Abbrecher retrospektiv die Maßnahme für sich als Erfolg bewerten. „Erfolg“ wird in der subjektiven Sicht also anders, nämlich lebensgeschichtlich und nicht allein zielbezogen verstanden. Als vorgegebene Erfolgskriterien können allgemein gelten: umschulungsadäquate Beschäftigung, reibungsloser und zeitnaher Übergang in Beschäftigung, dauerhafte Beschäftigung (unbefristeter Arbeitsvertrag oder zumindest die Aussicht darauf), gelungene soziale Integration, Zufriedenheit am Arbeitsplatz, Vereinbarkeit von Krankheit und Arbeit, eine adäquate Vergütung, die eine eigenständige Lebensführung abseits des sozialen Sicherungssystems gewährt sowie Möglichkeiten der Persönlichkeitsentfaltung. Zur Diskussion der Erfolgskriterien u.a. Eggerer (2009), Plath & Blaschke (1999), Plath, König & Jungkunst (1996) und Wuppinger & Rauch (2010). Auch Persönlichkeitsentfaltung und die Möglichkeit neue Erfahrungen zu machen, sind als zentrale Faktoren einer gelungenen Reintegration zu bewerten (vgl. Hieke & Spallek 2005, S. 397), selbst wenn die Maßnahme *nicht* in einen administrativen Erfolg einmündet (zu den Kriterien des Erfolgs vgl. Kap. 7.2.13).

Analyse ermittelten Einflussgrößen und Rahmenbedingungen (vgl. Kap. 3.1.) sich auf die unterschiedlichen Entscheidungen, Strategien und Perspektiven bei der Rückkehr der Teilnehmer in Beschäftigung auswirken.

Situative Momente erweisen sich dabei, wie schon die Vorgängerstudie zeigte, als immens wichtig. So hatte sich beispielsweise für eine Teilnehmerin der laufenden Studie kurz vor einem verabredeten Interview die Lebenssituation durch eine unerwartete Kündigung ihres Arbeitsplatzes komplett verändert, was zu einer vollkommenen Neubewertung des Erfolgs bzw. Misserfolgs ihres (berufs-)biografischen Verlaufs seit dem Ende der Maßnahme führte. Derartige situative Verzerrungen und sich verändernde Lebenssituationen lassen sich mit einer punktuellen Statusabfrage nicht erfassen, sind aber im Idealfall durch episodisch-narrative Interviews zu den Ereignisketten vom Ende der Umschulung bis zu den Befragungszeitpunkten mit ehemaligen Teilnehmern sowie mithilfe von Fragebogenerhebungen zu mehreren Messzeitpunkten detailliert zu rekonstruieren.

Für die Stabilisierung des Rückkehrerfolgs kommt dem konkreten Arbeitsplatz und der Art des Beschäftigungsverhältnisses eine große Bedeutung zu; hierbei spielen z.B. Fragen nach einer ausbildungs- und krankheitsadäquaten Tätigkeit, nach einem guten Arbeitsklima, nach Arbeitsplatzsicherheit etc. eine wichtige Rolle. Im Unterschied zu einer Querschnittsbetrachtung des aktuellen Status beruflicher Rehabilitanden zielt unsere Untersuchung darauf, die einzelnen Verläufe bzw. „*Trajectories*“ (Übergänge, subjektive Wahlentscheidungen, Phasen von Arbeitslosigkeit etc.), die Platzierung im Beschäftigungssystem oder eine anschließende Erwerbslosigkeit für einzelne Maßnahmenteilnehmer prozesshaft zu erfassen; dabei ist neben dem chronologischen Verlauf, die subjektive Darstellung und Rahmung des Übergangs und ihre Einpassung in die *biografische Gesamtformung* bedeutsam⁴. Hierbei konzentrieren wir unser Vorhaben auf die Beantwortung der Fragen nach den *biografischen Wegen in die Beschäftigung* („Return to Work“) und den Erfolgs- bzw. Misserfolgsbedingungen nach Abschluss beruflicher Umschulungen. Das *prozessorientierte Vorgehen* orientiert sich an einzelnen Ver-

⁴ Die biografische Gesamtformung ist die dominante Ordnungsgestalt der Lebensgeschichte und konstitutives Steuerungs- und Orientierungselement der Lebensführung und -gestaltung (vgl. Schütze 1981, S. 104). Sie ist zugleich Effekt biografischer Wahlen die familialen Tradierungsmustern, individuellen Selbstpositionierungen und Verselbständigungsprozessen und wahrgenommenen Handlungsoptionen folgen. Durch kritische bzw. nicht-normative Lebensereignisse, gesellschaftliche Brüche (z.B. die „Wende“) oder Veränderungen kann diese Gesamtformung im Extremfall beschädigt oder durchkreuzt oder durch zufällige situative Konstellationen irritiert werden.

sicherten; dabei werden *objektive Indikatoren* (z.B. AU-Tage, Kündigungsgründe, Veränderungen in der Lebenssituation, Umzüge etc.) und *individuelle Erzählungen* und *subjektive Bewertungen* aufeinander bezogen.

In einem größeren rehabilitationswissenschaftlichen und sozialpolitischen Kontext betrachtet, fügt sich unsere Studie in die aktuellen Diskussionen zur Frage der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und ihrer Gestaltung ein⁵. Im Unterschied zu den meisten vorliegenden Studien konzentrieren wir uns vor allem auf die subjektive Seite der individuellen Rehabilitationsverläufe, also auf Akzeptanz und Bewertung der angebotenen Bildungsmaßnahmen hinsichtlich der Vorbereitung auf eine neue Berufstätigkeit, auf Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Zukunftserwartungen bezüglich der eigenen gesundheitlichen Entwicklung, auf individuelle Formen der Aneignung in der Maßnahme erlernter Bewältigungsmuster und persönliche Strategien der Arbeitsplatzsuche und des Arbeitens mit bedingter Gesundheit. Darüber hinaus nimmt unsere Studie die Rehabilitanden in ihren jeweiligen konkreten Konstellationen (Lebensphase, Familien- und Wohnsituation, lokaler Arbeitsmarkt etc.) in den Fokus und verabschiedet sich damit einerseits von einer rein individualistischen Betrachtungsweise wie andererseits vom klassischen Risikogruppenansatz (vgl. Kapitel 3.1.).

Die folgenden Kapitel gliedern sich wie folgt: nach einigen konzeptionellen Überlegungen und einer kurzen Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zu RTW erfolgt eine inhaltliche Einordnung der eigenen Studie im Kontext der allgemeinen Diskussionen zum RTW. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Rolle berufsbiografischer Erfahrungen im Kontext von Krankheit, deren Chronifizierung und auf andere kritische Lebensereignissen gelegt. Kapitel 3 geht auf Akzentverschiebungen während des Forschungsverlaufes ein und gibt eine Übersicht der wichtigsten Fragestellungen. Daran anschließend wird das Untersuchungsdesign (Stichprobe, Vorgehensweise, Fragebogenentwicklung, Intervieworganisation etc.) in Kapitel 4 kurz skizziert. In den anschließenden zentralen Kapiteln der Präsentation der *empirischen Ergebnisse* werden zunächst die statistisch relevanten Parameter aus den Fragebogenerhebungen und die Ergebnisse der quantitativen Analyse vorgestellt (Kapitel 5). Der inhaltliche Schwerpunkt der Ergebnisdarstellung liegt aber in der umfangreichen Auswertung der qualitativen Daten aus den Interviews in Form von Fallstudien (Kapitel 6). Nach einer theoretischen Einleitung zur

⁵ Zum Stand der einschlägigen Forschung: vgl. z.B. Weber, Peschkes & de Boer 2015; zu unserer eigenen Positionierung siehe Kapitel 2.4.

„Theorie des Eckfalls“ werden im qualitativen Teil Fallanalysen, aus denen im Zuge eines systematischen Vergleichs Abstraktionen für die Beurteilung allgemeiner, strukturepräsentativer Konstellationen für den RTW herausdestilliert. Als Synopse von quantitativer und qualitativer Analyse werden die wichtigsten Studienergebnisse zusammengefasst (Kapitel 7) und konzeptionelle wie praktische Schlussfolgerungen in einem eigenen Abschnitt formuliert (Kapitel 8). Ein Literaturverzeichnis und ein Anhang mit den beiden verwendeten Fragebögen bzw. den Interviewleitfäden und eine tabellarische Übersicht der wichtigsten biografischen Konstellationen aller interviewten Personen runden die Studie ab.

Den „eiligen Lesern“ empfehlen wir, mit den Kapiteln 5 und 6 zu beginnen, die die Ergebnisse der empirischen Erhebung in nuce vorstellen und mit Kapitel 7 fortzufahren, das eine Synopse der Ergebnisse liefert. Das abschließende Kapitel 8 fasst die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen zusammen.

2. Return to Work: Theorie und Forschungsstand

2.1. Perspektive auf den Forschungsstand

Im engeren Kontext der Rehabilitation bezieht sich die Forschung zum RTW in erster Linie auf gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer, die ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr weiter ausüben können oder für die die Einrichtung eines *leidensgerechten* Arbeitsplatzes notwendig wird⁶. Zu einer Verlaufsbeurteilung des RTW gehört auch die Berücksichtigung längerer Zeiten der Erwerbslosigkeit, die einer Rehabilitationsmaßnahme vorausgehen und die die Rückkehr in Arbeit zusätzlich erschweren. Im Zusammenspiel zwischen den kritischen Lebensereignissen Krankheit und Erwerbslosigkeit und der daraus resultierenden Notwendigkeit zur Entwicklung von Zukunftsperspektiven gewinnen neben materiellen Fragen der Existenzsicherung und Aspekten der sozialen Einbindung, zentral biografische Faktoren und subjektive Rückkehrerwartungen, Motivationen, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen etc. an Bedeutung.

In einem größeren Kontext der Rehabilitationspolitik gehören auch präventive Ansätze der Arbeitsgestaltung (vgl. Hoffmann & Bogedan 2015), wie die Förderung gesundheitsgerechter Arbeitsplätze und -formen (vgl. Letzel, Storck & Tautz 2007, BMAS 2016), die Stärkung salutogenetischer Potentiale (Beck et al. 2010), von Resilienz (Walch 2014) und gesundheitsbewusstem Verhalten sowie die Betrachtung von Strategien für ein Arbeiten mit bedingter Gesundheit der Beschäftigten. In der Übersicht zum Forschungsstand beschränken wir uns entsprechend der Fragestellungen unserer Studie auf strukturelle, verfahrensbezogene und subjektive Faktoren für einen RTW nach beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen.

Berufliche Bildungsmaßnahmen für Rehabilitanden, die Rückkehr in Arbeit nach medizinischer und beruflicher Rehabilitation und die nachhaltige Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit sind allgemeine rehabilitationspolitische Zielsetzungen, die ein komplexes Aufgabenfeld aufspannen, das von unterschiedlichen Interessen beteiligter Akteure (Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Gewerkschaften; Kostenträger wie Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit und

⁶ Zum Begriff „leidensgerecht“: im juristischen Sinne besteht ein Anspruch auf einen leidensgerechten Arbeitsplatz nur für schwerbehinderte Personen nach SGB IX, § 81, Satz 4. In einer sozialwissenschaftlichen Perspektive geht es darum, dass mit Arbeitgebern, Arbeitnehmer (Vertretung), Reha-Fachkräften gemeinsam nach einer geeigneten Möglichkeit zur Beschäftigungssicherung gesucht wird und in diesem Sinne ein leidensgerechte Tätigkeit ermöglicht werden kann, z.B. durch flexible Arbeitszeitregelungen (etwa für Depressiv erkrankte Menschen späterer Arbeitsbeginn) Gestaltung des Arbeitsplatzes in Kooperation mit dem Arbeitsschutzbeauftragten, veränderte Arbeitsorganisation etc.

andere; Leistungserbringer wie BFWs, Freie Träger etc.) durchzogen und von wissenschaftlichen Disziplinen (z.B. Rehabilitationsmedizin, Psychologie, Arbeitswissenschaft etc.) definiert und bearbeitet wird.

Aus diesem komplexen Geflecht greifen wir im Folgenden ohne Anspruch auf Vollständigkeit auf *ausgewählte*, für unsere Untersuchung inhaltlich relevante Forschungsansätze und -ergebnisse zurück. Während die Mehrzahl der vorliegenden, insbesondere im internationalen Kontext publizierten Studien sich beim RTW im engeren Sinne auf die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz oder zumindest an die alte Arbeitsstelle konzentrieren, richtet sich unsere Studie explizit auf die Erlangung eines *neuen Arbeitsplatzes* nach einer beruflichen Rehabilitation, die aus dem Grunde bewilligt wurde, weil eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz nach sozialmedizinischer Begutachtung aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich schien.

Neben den im engeren Sinne auf den RTW bezogenen Ansätzen und Studien (etwa Loisel & Anema 2014) sind darüber hinaus für unsere (berufs-)biografische und verlaufsbezogenen Fragestellungen, theoretische Beiträge zu Berufsbiografien (Heinz 1995, Weichel 2012, Schreiber & Söll 2014), Ergebnisse aus den Arbeitswissenschaften (Luczak & Volpert 1997; Schlick, Bruder & Luczak 2010) und der Soziologie (Gerhardt 1994, Corbin & Strauss 2010, Siegrist 2015) und Psychologie der Krankheitsbewältigung (vgl. Bengel & Mittag 2016) von besonderer Bedeutung. Bei der Mehrzahl der einschlägigen Studien zum RTW – von einigen Ausnahmen abgesehen (Loisel & Coté 2014) – handelt es sich um *angewandte Forschung*, deren Fragestellungen nicht zuletzt von der Perspektive der jeweiligen institutionellen Akteure bestimmt wird. Eine wesentliche Rolle spielen hier die Sozialversicherungsträger (DRV, BA, BG). Dort liegt das Augenmerk besonders auf der Effektivität von Interventionen und Maßnahmen, auf der Effizienz von Versorgungsangeboten im ökonomischen Sinne (Return on Investment), auf Verbesserungen der Zugangswege und Inanspruchnahme von Maßnahmen und auf ihrer individuellen Passung zu den Bedarfen der Rehabilitanden einschließlich einer methodisch fundierten Qualitätssicherung und Verbesserung der Angebote.

Rehabilitationswissenschaftliche Forschung ist multidisziplinär – wenngleich faktisch von Medizin und klinischer Psychologie dominiert – und institutionell überwiegend an medizinischen Fakultäten angesiedelt. Hier spielt die Versorgungsforschung mit den Schwerpunkten der Sozialepidemiologie von Störungen, Inanspruchnahmeverhalten, Versorgungsverläufe und Zuweisungsprozesse sowie Rehabilitationsökonomie eine zentrale Rolle. Die ebenfalls in den medizinischen Fakultäten angesiedelte Sozialmedizin (Diehl, Gronauer & Gebauer 2011) und

die medizinische Soziologie (Siegrist 2005, Borgetto & Kälble 2007) haben ihre Schwerpunkte vor allem in Fragen der Begutachtung, der Feststellung funktionaler Beeinträchtigungen, insbesondere bei Arbeitsunfähigkeit, der Analyse von Ursachen arbeitsbedingter Krankheiten, der Arzt-Patient Kooperation, der Analyse von Rehabilitationsorganisationen und -prozessen usw. Die überwiegend außerhalb der medizinischen Fakultäten angesiedelte klinische Psychologie beschäftigt sich insbesondere mit Fragen der Krankheitsbewältigung, mit Fragen der Motivation und Behandlungcompliance, mit Persönlichkeitsmerkmalen, die eine günstige Voraussetzung zum RTW beinhalten, mit subjektiven Rückkehrerwartungen und Selbstwirksamkeitskonzepten (Bengel & Mittag 2016). Aus Sicht der Arbeitswissenschaft stehen u.a. Fragen der Arbeitsgestaltung und -organisation, Arbeitsschutz und arbeitsbedingte Belastungen und deren Verminderung im Vordergrund (Böhle et al. 2010).

Die berufliche Wiedereingliederung stellt sich daher aus unterschiedlichen Blickwinkeln als äußerst *komplexes* Geschehen dar: den Anlass bildet in der Regel eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung, sei es als Folge eines kritischen Krankheitsereignisses (z.B. Bandscheibenvorfall, Berufsunfall) oder einer bereits über einen längeren Zeitraum chronifizierten Beeinträchtigung (z.B. Depression, chronische Rückenschmerzen), die die Lebensqualität, die Wahrnehmung alltäglicher Aufgaben und die berufliche Leistungsfähigkeit vermindert und ggf. den Verbleib im alten Beruf in Frage stellen. Damit verbinden sich für die betroffenen Menschen nicht allein seelisch belastende Fragen nach der akutmedizinischen Behandlung oder einer medizinischen Rehabilitation, sondern weitergehend Fragen nach der beruflichen Zukunft, der materiellen Existenzsicherung, nach der zukünftigen gesundheitlichen Entwicklung und nicht zuletzt werden Fragen nach dem Selbst- und Körperbild, (familien-)biografischem Lebensentwurf und beruflichem Status berührt (Schaeffer 2009, Kraus, Letzel & Nowak 2010). Mit der Zunahme chronischer Erkrankungen und berufsbedingter gesundheitlicher Beeinträchtigungen (Knieps & Pfaff 2015, Lohmann-Haislah 2012) rücken auch volkswirtschaftliche, rehabilitationsökonomische und versorgungsorganisatorische Probleme in den Fokus (Krauth & Petermann 2011, Schmidt 2016). Letztere spielen für unsere Untersuchung nur insofern eine Rolle, als sie die Angebotsformen der Leistungserbringer beruflicher Qualifizierung, die Angemessenheit von Zuweisungsprozessen sowie Effektivität, Effizienz und Qualität der Rehabilitation berühren.

Im Folgenden orientieren wir uns in unserer Darstellung des Forschungsstandes nicht an einzelnen Disziplinen, sondern an den zentralen in der Forschung zur Rückkehr in das Arbeitsleben (Return to Work = RTW) entwickelten Fragestellungen und den daraus entwickelten Ansätzen, Problemstellungen und Forschungsergebnissen.

2.2. Theorieperspektiven zum RTW

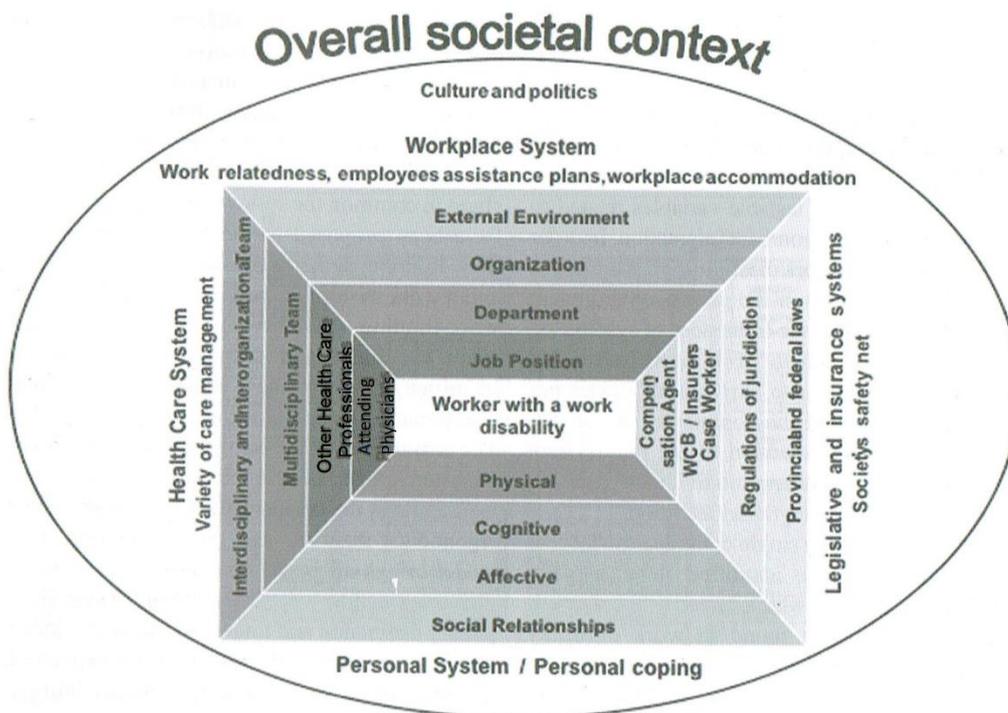
RTW steht in einem weiteren Kontext des Arbeitens mit bedingter Gesundheit. Seine sozialpolitische Bedeutung erhält er aus säkularen Entwicklungen im Bereich der Demografie und der Arbeitswelt und der damit einhergehenden Zunahme *chronischer Erkrankungen*, insbesondere psychischer Erkrankungen und deren Auswirkungen auf Betriebe und Sozialversicherungen:

- Zunehmend *alternde Belegschaften* (Bellmann et al. 2007, Müller & Koppelin 2010, Müller et al. 2012, Dill & Keupp 2015) und das *gesetzlich hinausgeschobene Renteneintrittsalter* führen statistisch zu einer Zunahme Beschäftigter mit bedingter Gesundheit (für chronische Erkrankungen: Hoß et al. 2013), was sich auch in einer Zunahme der AU-Tage mit steigendem Alter der Beschäftigten zeigt (vgl. Knieps & Pfaff 2015). Bei körperlich oder psychisch besonders fordernden Tätigkeiten (wie etwa in der Pflege; vgl. Hien 2009) kommt es zudem zu Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit und -produktivität. Zusammen mit einem teilweise branchen- und regionspezifischen Fachkräftemangel, einer sinkenden Ausbildungsquote und einem demografisch bedingten Rückgang junger Arbeitskräfte (BMBF Berufsbildungsbericht 2015) rückt die *nachhaltige Sicherung des Erhalts von Beschäftigungsfähigkeit* im fortgeschrittenen Erwerbsalter und bei bedingter Gesundheit zunehmend in den Vordergrund. Diese Herausforderung wird inzwischen auch von Arbeitgeber- und Unternehmensseite gesehen (ADS, BA & BDA 2015, Hoß et al. 2013).
- *Sozialepidemiologisch* zeigt sich ein deutlicher Anstieg *chronischer Erkrankungen* in der zweiten Lebenshälfte und im Alter (RKI-DEGS-Studie 2013, Knieps & Pfaff 2015). An erster Stelle stehen allgemein Muskel- und Skelett-Erkrankungen (MSK), die in der Erwerbsphase vom 30. bis zum 64. Lebensjahr und besonders ab dem 50. Lebensjahr deutlich zunehmen; 25% der Frauen und 17% der Männer leiden an chronischen Rückenbeschwerden (Liebers & Caffier 2009, Raspe 2012). Ca. 30% der Bevölkerung leidet an Bluthochdruck; Herz- und Kreislauferkrankungen betreffen ca. 8% der Bevölkerung. Der Umfang psychischer Erkrankungen in den beiden Hauptdiagnosen liegt bei Angststörungen für Frauen bei 21,8% und bei Männern bei 9,3%; für Depressionen bei Frauen bei 13,1% und bei Männern bei 6,4%. (vgl. RKI 2015).
- Der deutliche Zuwachs bei den Diagnosen *psychischer und psychosomatischer Erkrankungen* schlägt sich in der Zunahme von *EM-Renten wegen psychischer Krankheiten* im Zeitverlauf nieder: von 20,1% im Jahr 1996 auf 42,7% im Jahr 2013 bei gleichzeitig insgesamt sinkenden EM-Rentenbewilligungen (Hien 2007, Hien & Bödeker 2008, DRV 2014a, DRV 2014b). Parallel dazu lässt sich ein erheblicher Anstieg der AU-Tage wegen diagnostizierter psychischer Krankheiten

feststellen (vgl. Knieps & Pfaff 2015, DAK 2015). Diese Entwicklung verweist gleichermaßen auf veränderte gesellschaftliche Wahrnehmungen wie auf verstärkte psychische Belastungen in der Arbeit, die von vielen Beschäftigten nicht mehr kompensiert werden können (Schröder & Urban 2012, Neckel & Wagner 2013, Bauer 2013, Angerer et al. 2014, Siegrist 2015).

In der internationalen Diskussion existieren verschiedene konzeptionelle Vorschläge um den Rahmen des Arbeitens mit bedingter Gesundheit, die Rückkehr in Arbeit und eine nachhaltige Beschäftigungssicherung wissenschaftlich zu erfassen. Am Bekanntesten hierfür ist das von Loisel und anderen 2005 entwickelte Theorie-Modell, in dem der komplexe Bedingungs-zusammenhang des Arbeitens mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen dargestellt wird (vgl. Costa-Black, Feuerstein & Loisel 2014, S. 79).

Abbildung 1: Das Kontextmodell der Rückkehr in Arbeit (Costa-Black et al. 2014, S.79).



The Arena in work disability prevention: a case-management ecological model (Reprinted from Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The

challenge of implementing evidence. Loisel, P. et al. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15 (4). Copyright (2005), with permission from Springer)

Dieses Kontextmodell verdeutlicht die vielfältigen Einflussgrößen der drei großen Bereiche „System des Arbeitsplatzes“ mit seinen in der Arbeitssoziologie und -wissenschaft gut untersuchten gesundheitsschädigenden und -fördernden Variablen: „System der rechtlichen Regulierung des Arbeitsschutzes und des Leistungsrahmens für die sozialen Sicherungssysteme im Fall von Unfall und Krankheit“ und des „Systems der Organisation der Angebote und Formen

der Leistungserbringung durch Gesundheits- und Rehabilitationsdienste“, die auf die erkrankte Person mit ihrer Berufsbiografie, ihren erworbenen Strategien der Lebensführung und des Umgangs mit kritischen Lebenssituationen, auf ihr Verständnis von Arbeit und Beruf, auf ihre Aspirationen, erworbenen Haltungen und ihre Persönlichkeitsmerkmale usw. treffen. Der *dynamische Aspekt der Auswirkungen dieser Systeme auf den Prozessverlauf beim RTW* kann in einem derartigen Schema nicht abgebildet werden, spielt aber für die Rückkehr in Arbeit eine zentrale Rolle. Grundsätzlich können derartige Prozesse *zum einen* durch quantitativ angelegte Verlaufsstudien untersucht werden, die mithilfe spezifisch abgestimmter und standardisierter Erhebungsinstrumente Rehabilitationsbedarf und -motivation, Arbeitsfähigkeit und Erwerbsprognose oder den Erfolg von Teilnehmern an medizinischen und beruflichen Maßnahmen im Zeitverlauf zu vorab festgelegten Zeitpunkten – etwa Status zu Maßnahmebeginn, zu Ende der Maßnahme, ein halbes Jahr oder seltener 2 Jahre danach – erheben. Eine Übersicht über die hierzu in Deutschland benutzten Verfahren bieten Lukaszczik und Vogel (2016):

a) Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und der beruflichen Reha-Prognose

- Zur Einschätzung der Erwerbsprognose 6 Monate nach Rehabilitationsbeginn liegt mit dem *Würzburger Screening* (Löffler et al. 2008) ein Instrument vor, das diese Prognose auf der Basis des Erwerbsstatus zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme und der subjektiven Erwerbsprognose ermittelt;
- Der SIMBO (Streibelt 2009) ist ein kurzes, anwenderfreundliches und gut validiertes Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation, mit dessen Hilfe besondere berufliche Problemlagen und ein grundsätzlicher Bedarf für berufsorientierte Hilfen identifiziert werden können;
- SIBAR (Bürger & Deck 2009) ist ein Screening-Verfahren, das mithilfe von drei Subskalen unterschiedliche Bedarfsbereiche identifiziert: „1. sozialmedizinisches bzw. Frühberentungsrisiko, 2. berufliches Belastungserleben und 3. subjektiver berufsbezogener Behandlungsbedarf“ (Bürger & Deck 2009, S. 211);
- SPE-Skala (Mittag & Raspe 2003) dient der Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. „Die Items beziehen sich auf (1) die Erwartung, aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters berufstätig sein zu können, (2) die dauerhafte (subjektive) Gefährdung der Erwerbstätigkeit sowie (3) den Gedanken daran, einen Antrag auf vorzeitige Berentung aus Gesundheitsgründen zu stellen“ (Mittag & Raspe 2003).

Studien, die mit diesen Instrumenten durchgeführt wurden, zeigten eine vergleichsweise hohe Übereinstimmung zwischen der subjektiven Einschätzung der Erwerbsprognose seitens der Rehabilitanden und der sozialmedizinischen Prognose, z.B. 68% beim SIMBO. Vor allem verdeutlichen sie die *Relevanz der Selbsteinschätzung* seitens der Rehabilitanden.

b) Selbstbeurteilungsinstrumente zu verschiedenen Aspekten der beruflichen Belastung, zu Therapiemotivation und zur Job-Angst:

- Der Work-Ability-Index (WAI), ursprünglich in Finnland entwickelt (Ilmarinen & Lehtinen 2004) und von Hasselhorn und Freude (2007) in einer deutschen Version (Kurz- und Langversion) erstellt, dient der Ermittlung der subjektiv eingeschätzten Arbeitsfähigkeit;
- Die IRES-Skala (Frey et al. 2007) misst subjektive Indikatoren des gesundheitlichen Zustandes vor, während und nach der Rehabilitation: „Der IRES basiert auf dem Konzept der ICF und untersucht dementsprechend neben der Einschätzung somatischer Symptome und Funktionen auch psychisches Befinden, Bewältigungsfaktoren und berufsbezogene Funktionsfähigkeit“⁷;
- Der ERI (Effort-Reward-Imbalance Questionnaire, Siegrist et al. 2009) ermittelt die subjektive Arbeitszufriedenheit mit Blick auf das (Un-)Gleichgewicht zwischen erlebter Anstrengung und der Bewertung der dafür erfahrenen betrieblichen Anerkennung (materiell, psychologisch, statusbezogen);
- Mithilfe des AVEM (Schaarschmidt & Fischer 2006) werden arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster erfasst, die wichtige Hinweise für die Beratung in der Rehabilitation liefern können;
- Der FBTM (Zwerenz & Beutel 2006) dient der Erfassung berufsbezogener Therapiemotivation während des Aufenthalts in einer Reha-Klinik;
- Die von Linden und Muschalla (2011) entwickelte Job-Angst-Skala (JAS) zielt auf die Erhebung von Arbeitsplatzphobien und arbeitsplatzbezogener Vermeidungsstrategien um gezielte Therapieangebote in der psychosomatischen Rehabilitation bereitzustellen.

Alle aufgeführten Instrumente sind validiert und werden nicht nur in der Rehabilitationsforschung, sondern auch in der Routineversorgung zur Unterstützung von Zuweisungsentscheidungen genutzt. Die Mehrzahl der Instrumente beruht auf unterschiedlichen klinisch-psychologischen Theorien, stammen teils aus der Arbeitswissenschaft (z.B. WAI und AVEM) oder der Medizinsoziologie (ERI) und basieren auf klinischer Erfahrung⁸. Während mithilfe dieser Instrumente Rehabilitationsbedarfe festgestellt und eine gezielte Zuweisung zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen vorgenommen und Veränderungsprozesse zu bestimmten Phasen der

⁷ <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=422>

⁸ Im quantitativen Teil unserer Studie haben wir u.a. Items aus WAI, IRES, SF-12, und F-Sozu-K-F eingesetzt (vgl. Tabelle 2).

Rehabilitation beschrieben werden können, lassen sich die in den Selbstbeschreibungsinstrumenten zum Ausdruck kommenden Begründungsmuster für berufsbezogene Entscheidungen im Kontext der Krankheitsbearbeitung und die Sinnhorizonte mit Blick auf die künftige Lebensgestaltung nicht erfassen, insbesondere nicht, wie bestimmte Verlaufsgestalten von bestimmten Konstellationen abhängen.

Einen anderen methodischen Weg zur Analyse von Verläufen bieten daher bislang vereinzelt qualitative biografische Analysen an, die Wege und Entscheidungsschritte und die dahinter stehenden subjektiven Beweggründe unter Einbeziehung der Bewertung der jeweiligen lebensgeschichtlichen Konstellationen, in denen die Rehabilitanden sich nach Abschluss der Maßnahme befinden, nachzeichnen. Diese Perspektive steht in unserer Untersuchung im Vordergrund und wird im Anschluss an die Darstellung des Forschungsstandes näher erläutert.

2.3. Forschungsstand RTW

Einflussfaktoren auf RTW bei Rehabilitanden *nach medizinischer und nach beruflicher Rehabilitation*

Während der größte Anteil an Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter und mit einer der Krankheit vorausgehenden Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit wieder *direkt* nach der Phase-II-Rehabilitation auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. an ihre vorherige Arbeitsstelle zurückkehren, nimmt ein *geringerer* Teil (ca. 5 bis 15 %; vgl. Wasilewski et al. 1995, Bürger 2004, Bürger & Streibelt 2011) die stufenweise Wiedereingliederung (STW) in Anspruch, allerdings mit steigender Tendenz: 2013 waren dies 54.043 Fälle, eine Steigerung um 45 % im Vergleich zu 2010 mit 37.243 Fällen (DRV-Bund 2014b, S.27)⁹.

Auch wenn in der vorliegenden Studie nicht die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz, sondern die Rückkehr auf den Arbeitsmarkt an einen *neuen Arbeitsplatz* nach einer beruflichen Neu- bzw. Umqualifizierung im Vordergrund steht, liefern die insgesamt noch wenigen Studien zur stufenweisen Wiedereingliederung (vgl. Danner et al. 2012) dennoch einige wichtige Hinweise auf Barrieren bei der Rückkehr in Arbeit: mangelnde Kooperation mit den Betrieben (vgl. Eierdanz 2011), eine von Betrieben befürchtete mangelnde Produktivität nach der Rückkehr aus der medizinischen Rehabilitation (etwa bei depressiv erkrankten Personen: vgl. Siegrist &

⁹ In diesem Kontext ist der Befund von Streibelt (2015) interessant, der feststellt, dass die Inanspruchnahme von STW durch die empirische Bedarfsdefinition nicht vorhergesagt werden konnte.

Siegrist 2010) oder Aspekte einer befürchteten Stigmatisierung (vgl. von Kardorff, Ohlbrecht & Schmidt 2013). Da sich das Ziel der beruflichen Umschulung auf die sozialmedizinisch empfohlene Rückkehr an einen *neuen Arbeitsplatz* richtet, werden Faktoren, die mit Blick auf die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz in der RTW-Forschung oft genannt werden, wie etwa der Kontakt zum alten Arbeitgeber während der Reha-Maßnahme, zu Kollegen, Maßnahmen zum Beruflichen Eingliederungsmanagement (BEM) oder die Einbeziehung betriebsärztlicher Dienste in der folgenden Übersicht nicht berücksichtigt (vgl. hierzu: die Übersichten bei Weber 2015, Schmid 2015).

Zur Rolle einzelner Einflussgrößen für einen gelingenden bzw. scheiternden RTW

Zum RTW liegen inzwischen eine Vielzahl von nationalen und internationalen Studien vor (für einen Überblick siehe: Weber et al. 2015). Im Handbuch *Return to Work* (Weber 2015) wird in der Einführung bereits kritisch angemerkt, dass es bislang „keinen Konsens darüber gibt, wie die Ergebnisse von RTW zu messen oder zu evaluieren sind“¹⁰. Gleichwohl existiert inzwischen eine kaum zu überblickende Anzahl von Einzelstudien, die, überwiegend quantitativ orientiert und mithilfe standardisierter Erhebungsverfahren durchgeführt, bereits einige zentrale und immer wiederkehrende personenbezogene (z.B. positive Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Durchhaltevermögen, positive Gesundheitserwartung) und strukturelle Parameter (z.B. regionaler Arbeitsmarkt) identifiziert haben, die für einen gelungenen RTW bedeutsam sind. Gleichzeitig haben zahlreiche Studien aus verschiedenen Ländern Einflussfaktoren für RTW erhoben deren Einfluss und Bedeutung zum Teil stark voneinander divergieren (s.u.). Aus unserer Sicht fehlen zudem weitgehend qualitative Analysen¹¹ zu biografischen Prozessverläufen und situativen Konstellationen, die die Bedingungen für RTW bestimmen, wie z. B. die subjektive Sicht auf die persönliche Arbeitssituation, auf die Work-Life-Balance oder die eigene Gesundheit, die teilweise zu fachlichen oder administrativen Indikatoren in Widerspruch stehen.

¹⁰ Dies verwundert angesichts unterschiedlicher und auf verschiedenen Ebenen angesiedelter Erfolgskriterien, wie administrativen Kennziffern (meist von den Kostenträgern: z.B. nach 6, Monaten, nach 2 Jahren in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung; oder: nachweisbarer „Return on Investment“ generell und im Vergleich mit verschiedenen Maßnahmen), Erfolgskriterien der Anbieter von beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen (z.B. Beschäftigung im Umschulungsberuf; geringe Anzahl von Abbrechern), Erfolgskriterien bezogen auf die Passung der Qualifizierungsangebote mit der Arbeitsmarktnachfrage, Bewertungen seitens der Arbeitgeber und nicht zuletzt die subjektive Bewertung der Maßnahmen durch die Rehabilitanden (Zufriedenheit mit der Maßnahme, mit dem neuen Beruf, mit den Zukunftsaussichten etc.; vgl. dazu Kapitel 7.2.13).

¹¹ Eine Metaanalyse zu den international vorliegenden qualitativen Studien bietet etwa Andersen et al. (2012), allerdings mit dem Fokus auf psychische Beeinträchtigungen beim RTW.

Prinzipiell lassen sich folgende Faktoren benennen, für die ein Einfluss auf den RTW vermutet und teilweise auch schon untersucht wurden:

Generische Daten (z.B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung, Beruf, zuletzt ausgeübte Tätigkeit, Migrationshintergrund und Erwerbsstatus)

Während das *Geschlecht* (Beiderwieden 2001, Erbstößer et al. 2006, Habermann-Horstmeier 2015) nur einen geringen Einfluss auf den RTW zu haben scheint, erweisen sich das Lebensalter, v.a. älter als 45 Jahre, teilweise in Kombination mit dem Geschlecht (vgl. Beiderwieden 2005, Arling & Spijkers 2015) sowie der höchste erreichte *Schulabschluss* (Arling et al. 2007, Köster et al. 2007) bzw. eine (fehlende) *Berufsausbildung* (sehr früh: Rosenblatt & Büchtemann 1980, Arling & Spijkers 2015) als relevante Einflussgrößen für die Rückkehr in Arbeit.

Die Rolle des *Erwerbsstatus* vor Beginn der Rehabilitation und hier insbesondere die Dauer der „Arbeitslosigkeit vor Rehabilitation“ (Beiderwieden 2001, Erbstößer et al. 2006) stellt sich als kritischer Faktor für einen gelingenden RTW heraus, besonders wenn sie zusammen mit negativen sozialmedizinischen Erwerbsprognosen auftreten (vgl. die zusammenfassende Darstellung bei Bethge & Neuderth 2016).

Gesundheitsstatus und Arbeitsfähigkeit (Art- und Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung, Diagnosen, sozialmedizinische Prognose der Erwerbsfähigkeit, subjektive Bewertung der gesundheitlichen Einschränkungen mit Blick auf den Beruf etc.).

Auch wenn mit Ausnahme starker psychischer Beeinträchtigungen oder fortgeschrittener Krebserkrankungen *Krankheitsdiagnosen* insgesamt einen eher geringen Einfluss auf den RTW zu haben scheinen, bilden chronische Schmerzen oder Doppeldiagnosen, wie auch der Zeitpunkt der Diagnose, die Dauer und Schwere der Erkrankung kumulierte Risiken bei einer Rückkehr auf den Arbeitsmarkt. Eindeutiger stellt sich die zentrale Rolle des subjektiv eingeschätzten Grades der individuellen Arbeitsfähigkeit (vgl. Ilmarinen 2009) für einen gelingenden RTW und eine geringe Belastung durch dauerhafte bzw. immer wiederkehrende Schmerzen und die entsprechende Schmerzerwartung dar (vgl. Brinkmann 1978, Köster et al. 2007, Schmidt 2007).

Medizinische Behandlungen und Interventionen sind für RTW weniger entscheidend als bisher angenommen; vielmehr erweisen sich *berufs- bzw. arbeitsplatzbezogene* Variablen (z.B. be-

stehende Arbeitsplatzkonflikte, Arbeitszufriedenheit, Motivation, Unternehmenskultur, Führung, Vertrauen, Unterstützung) sowie *psychosoziale* Faktoren (z. B. subjektive Gesundheit, soziale Unterstützung durch Partner/Familie, Rückkehrerwartungen usw.) als bedeutsamer.

Berufsbiografie (Rolle von Arbeit und Beruf im Lebensentwurf; Grad der wahrgenommenen Selbstbestimmung bei der Berufswahl, Ausbildungs- und Berufsgeschichte, Karrieremuster und -verläufe, Erwartungen und Aspirationen; Fort- und Weiterbildungen; Berufszufriedenheit; Zeiten der Erwerbslosigkeit etc.)¹².

Psychologische bzw. Persönlichkeitsvariablen (z.B. Reha-Motivation und -Erwartungen, Coping-Strategien, Durchhaltevermögen, Selbstwirksamkeit, Gesundheitsüberzeugung, Einschätzungen der eigenen Lebensqualität, Planungskompetenz etc.).

Personale Faktoren, die RTW positiv beeinflussen, sind unter anderem Eigenschaften wie etwa eine hohe berufliche Selbstwirksamkeit, positive Zukunftserwartungen, Durchhaltevermögen, Planungskompetenz, Zielorientierung (Schmidt 2007, Arling & Spijkers 2008, 2009, Arling et al. 2012 und 2013) und die Fähigkeit zu flexiblen Anpassungsleistungen (Frost et al. 2014); diesen positiven Merkmalen stehen für den RTW negative Eigenschaften gegenüber wie etwa eine geringe internale Kontrollüberzeugung (Köster et al. 2007).

Soziale Unterstützung und Umweltfaktoren (soziale Einbindung, Familie, Wohnort, soziale Netzwerke)

Mehrere Untersuchungen haben den positiven Einfluss sozialer Unterstützung auf RTW (Reitmayr 2008, von Kardorff et al. 2013) sowie die wichtige sozio-emotionale und instrumentelle Unterstützung durch einen Lebenspartner (Beiderwieden 2005, Köster et al. 2007) bestätigt. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit Studien zur Rolle sozialer Unterstützung bei chronischer Krankheit (vgl. Schönberger & von Kardorff 2004; zusammenfassende Übersicht: von Kardorff 2010).

¹² Bei Durchsicht der einschlägigen Literatur findet man, anders als im Forschungsfeld von Berufswahlentscheidungen und Berufskarrieren (Heinz 2003 und 2005), für Fragen der beruflichen Rehabilitation praktisch keine verwendbaren Studien. Nicht zuletzt deshalb haben wir hier unsere spezifischen Fragestellungen angesiedelt.

Interaktive/kommunikative Aspekte (Inanspruchnahmeverhalten, Aushandlungsprozesse, Erwartungen an das medizinische und rehabilitative System, Bewertung der Beratung durch Institutionen und Fachkräfte; vgl. Rosenbrock & Hartung (2012), besonders Abschnitt III.

Verfahrensbezogene/institutionelle Aspekte (z.B. Zuweisungsinstanzen, Wege in Maßnahmen, Abläufe, vorhandene Eigenaktivität)

Maßnahmenbezogene Variablen (z.B. Einrichtungstypus, Art der Maßnahme und Intervention, Anspruchsvoraussetzungen, Dauer, Zielgruppen etc.)

Arbeitsplatzbezogene Faktoren (z.B. Art der Tätigkeit, Leidensgerechtigkeit, Arbeitsklima, Qualität und subjektiver Sinn der Arbeit etc.)

Externe Strukturbedingungen wie die Arbeitsmarktbedingungen vor Ort (Hetzl 2015b) oder etwa eine hohe Arbeitslosenquote, sind ebenfalls in einer Reihe von Studien (Bestmann 2006, Köster et al. 2007) dokumentiert.

Diese Aufzählung beansprucht keine Vollständigkeit, sondern benennt zentrale, in der Literatur immer wieder genannte, und teilweise auch bereits untersuchte Einflussgrößen, die sich als fördernd oder hemmend auf den Wiedereinstieg auswirken. Dabei kristallisieren sich einige besonders auffällige Ergebnisse heraus:

- die *Rolle des regionalen Arbeitsmarkts* im Bereich der externen Strukturvariablen;
- die *Passung der Zuweisung* im Bereich verfahrensbezogener Praktiken und
- *im Bereich der biografischen Merkmale und der persönlichen Situation der Rehabilitanden* sind es positive Gesundheitserwartungen, Durchhaltevermögen und familiärer bzw. partnerschaftlicher Rückhalt.

Dem Prozess des RTW wird eine eigenständige *therapeutische Funktion* zugeschrieben, nicht zuletzt, weil damit Zukunftsperspektiven in der Arbeitswelt nach dem kritischen Lebensereignis für die Betroffenen verbunden sind (vgl. Coutu et al. 2014). Gleichwohl zeigen sich beim RTW auch *kritische Konstellationen und Rollenkonflikte*, die u.a. mit der familiären Lebenssituation verbunden sind, etwa der Trennung von der Familie während der zweijährigen Umschulung oder einem evtl. erforderlichen Wohnortwechsel oder langen Wegezeiten bei der Annahme einer neuen Arbeitsstelle nach der Umschulung; zu den dort auftretenden Rollenkonflikten (vgl. Bethge & Borngräber 2015, Wiese & Arling 2015).

Institutionelle Faktoren wie Zuweisungsprozesse (Eigenaktivität, Beratungsqualität, Alternativen, Zufälligkeiten) und krankheitsspezifische Parameter spielen eine wichtige, wenngleich noch wenig untersuchte Rolle für den Rückkehrerfolg (vgl. Kardorff et al. 2013b).

Forschungslücken

Bislang liegen nur wenige Studien vor, die das Thema *Arbeiten mit bedingter Gesundheit* („Kranksein in der Arbeitswelt“) untersuchen. Für unsere Studie ist besonders bedeutsam, dass zum Prozess der Rückkehr von Rehabilitanden ins Arbeitsleben aus Sicht der Betroffenen bislang kaum detaillierte Ergebnisse vorliegen; insbesondere fehlt die Berücksichtigung des Zusammenwirkens zwischen gesundheitlicher Beeinträchtigung und der konkreten Arbeitssituation sowie die Prozessperspektive. Während eine Vielzahl von Studien über körperliche und seelisch belastende bzw. gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen vorliegen (vgl. z.B. Böhle et al. 2010, Lohmann-Haislah 2012), gibt es in Deutschland nur wenige Studien zur Situation gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer nach der beruflichen Rehabilitation, insbesondere auch darüber, wie sie in Arbeit *kommen* und *bleiben* (Weber, Peschkes & de Boer 2015; speziell für psychisch Beeinträchtigte: Storck & Plösel 2015). In der Arbeitswissenschaft und -soziologie existieren zwar eine Vielzahl von Studien über die Bedingungen „guter Arbeit“ (Hoffmann & Bogedan 2015, DGB-Index „Gute Arbeit“ 2015) und für die technische Einrichtung leidensgerechter Arbeitsplätze (Ulich & Wülser 2014), es fehlt aber auch hier an qualitativen Studien zur Situation des Arbeitens mit Beeinträchtigung/Krankheit.

Vor diesem Hintergrund legen wir einen *Schwerpunkt* auf das Erleben und die Bewältigung des Prozesses der Rückkehr in Arbeit nach der Rehabilitation. Bezogen auf diesen Aspekt konzentrieren wir uns auf das Zusammenspiel der Beeinträchtigungen mit der erlebten und der befürchteten Situation am neuen Arbeitsplatz.

Während der positive Einfluss subjektiver Rückkehrerwartungen auf den RTW umfangreich belegt ist, ist wenig darüber bekannt, welche *Bedingungen für subjektive Rückkehrerwartungen* vorhanden sind und welche Gründe dafür in den subjektiven Konstruktionen genannt werden. Weiterhin gibt es kaum Ergebnisse zu der Frage, in welcher Weise sich chronisch erkrankte Arbeitnehmer mit ihren nach der Rehabilitation ggf. verbliebenen Beeinträchtigungen nach RTW am Arbeitsplatz und mit ihren beruflichen Aufgaben arrangieren und wie es ihnen gelingt, dauerhaft in Arbeit zu bleiben: *Stay at Work, also der Verlaufsaspekt und die Nachhaltigkeit erfolgreicher Wiedereingliederung.*

Auch zu der Fragestellung, ob und welche in der medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation erlernten Formen des Coping, der Stressbewältigung und gesundheitsförderlicher Arbeitsformen von den Rückkehrerinnen umgesetzt werden, gibt es nach unseren Recherchen (anders als bezogen auf Lerneffekte in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, vgl. Müller-Fahrnow et al. 2005, Bethge 2010, Bethge et al. 2012) kaum Untersuchungen. Das betrifft insbesondere die *Nachhaltigkeit des Erlernten aus der Rehabilitation*. Schließlich existieren bislang auch nur wenige Untersuchungen, die analysieren, welche technischen und sozialintegrativen Maßnahmen betrieblicherseits aus Betroffenensicht fördernd oder hemmend auf die Arbeitsfähigkeit/Workability krankheits- oder unfallbedingt beeinträchtigter Arbeitnehmer wirken. Das berührt die Frage nach *Gelingens- und Mißlingensbedingungen aus Betroffenen-, Experten- und Stakeholdersicht*; dazu gehört auch die Frage, wie Arbeitgeber, Belegschaften und Arbeitnehmervertretungen die Situation der Rückkehrer aus der Rehabilitation aus ihrer Erfahrung sehen und welche Hilfen sie sich ggf. erwarten: *Erwartungen an die „Rückkehrer“ aus betrieblicher Sicht und an das System der Rehabilitation*¹³.

2.4. Theoretischer Untersuchungsansatz

Entsprechend der verlaufsbezogenen Fragestellung unserer Studie konzentrieren wir uns besonders auf die sogenannten Übergänge „*Trajectories*“ (Einbruch der Krankheit, Verlust des Arbeitsplatzes, medizinische und berufliche Rehabilitation, Stellensuche, Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt). Ursprünglich von Anselm Strauss am Beispiel der Analyse von Krankheitsverlaufskurven konzipiert, übertragen wir die konzeptionelle Idee der *Trajectories* auf Verlaufskurven beim Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt und, bezogen auf die Gesamtbiografie, als *berufsbiografische Verlaufskurven*, die von dem ursprünglich Arbeitsunfähigkeit erzeugenden Krankheitsereignis ausgelöst werden. Bei der Analyse der *Trajectories* fokussieren wir uns auf die berichteten Entscheidungsprozesse, Anpassungsstrategien und Neuorientierungen nach der Qualifizierungsmaßnahme sowie auf Wendepunkte durch *externe Barrieren* (z.B. keine, keine regionalen oder zur Umschulung passenden Stellenangebote) und durch kritische Ereignisse (Krankheitsepisoden, familiäre Ereignisse, Kündigungen etc.) in der Lebensgeschichte der Rehabilitanden. Diese Verlaufskurven sind in eine „*Conditional Matrix*“ (Bildung,

¹³ In unserer Untersuchung haben wir den Bereich der betrieblichen Situation aus der Perspektive der Rehabilitanden, nicht aber aus Sicht der Kollegen, der Arbeitnehmervertretungen, der Vorgesetzten und Arbeitgeber erhoben.

Berufsabschluss, Krankheit, Familiensituation usw.) und in „*Conditional Paths*“ (Zeiten der Erwerbslosigkeit, Rehabilitationsmaßnahmen, Zuweisungsprozesse etc.), in die *Lebenswelt* (Social World) und in sogenannte „*Arenen*“ (Umschulungssituation, Bewerbungskontexte, Arbeitsplatz usw.) eingebettet (vgl. Corbin, Hildenbrand & Schaeffer 2009), die Handlungsräume eröffnen oder verschließen können und damit Entscheidungskorridore festlegen. Die dann tatsächlich getroffenen Entscheidungen und deren Bedingungskonstellationen werden einerseits durch die sequenzielle Textanalyse in den Interviewtranskripten erfasst; darüber hinaus wird in den Interviews jeweils nach Abschluss narrativer Episoden nach subjektiven Gründen für die getroffenen Entscheidungen gefragt, um biografische Entscheidungsmuster und ggf. deren Veränderungen identifizieren zu können.

Bei den Entscheidungsprozessen legen wir ein besonderes Augenmerk auf deren Einbettung in den Kontext von *vier zentralen Arbeitslinien*, die wir aus dem Material extrahieren konnten:

- Lebensalter/Lebensstadium im Verhältnis zur Selbstpositionierung der eigenen Identität und zum (individuelle/familialen) Zukunftsentwurf: *biografische Arbeit*
- Verschiebungen in den Prioritäten zwischen Familie und Arbeit: *Balancearbeit*
- Umgang mit Belastungen/Krankheit im Kontext beruflicher und alltagsbezogener Anforderungen und subjektive Bedeutung von Gesundheit: *Selbstsorge*
- Strategien der beruflichen Positionierung, der Ambitionen und des Ressourceneinsatzes am Arbeitsplatz und unter den Bedingungen von Arbeitslosigkeit: *berufsbezogene Arbeit*

In Anlehnung an Corbin & Strauss (2010) sind damit entscheidende „Arbeitslinien“ mit unterschiedlichen Aufgaben angesprochen. Deren individuelle Gestaltung betrachten wir als *eine* entscheidende subjektive Gelingensbedingung für die Rückkehr auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt. Die beschriebenen Arbeitslinien stehen im Kontext der jeweiligen konkreten Lebenssituation (z.B. Kinder im Haushalt, finanzieller Spielraum, geschieden etc.) und der damit gegebenen Handlungsoptionen, die durch die jeweiligen Entscheidungen geöffnet oder verschlossen werden.

Im Kontext der Arbeitslinie *Selbstsorge* wird ein besonderes Gewicht darauf gelegt, wie die Rehabilitanden die konkreten Anforderungen am Arbeitsplatz mit ihrer jeweiligen körperlichen Beeinträchtigung (Bewegungseinschränkungen, Belastungsgrenzen, Schmerzen etc.) oder die seelischen Belastungen (Angst vor Versagen, Umgang mit Stress, Angst vor erneuten

Krankheitsepisoden) verarbeiten. Dies berührt die Themen Wahrnehmung der Belastungsfähigkeit des eigenen Körpers, die subjektive Verortung von Krankheit und Gesundheit und die Wahrnehmung von und der Umgang mit psychischen Belastungen. Diese Informationen fokussieren auf das subjektive Erleben der Arbeitssituation im Anschluss an die berufliche Qualifizierung von Rehabilitanden und können Hinweise auf subjektive Gelingensbedingungen für die Rückkehr in Arbeit liefern. Den theoretischen Hintergrund hierzu bilden aktuelle Studienergebnisse zu psychischen (vgl. z.B. Lohmann-Haislah 2012) und körperlichen (vgl. z.B. Ilmarinen & Tempel 2002) Belastungen in der Arbeitswelt, die mit den Aussagen der Interviewten in Beziehung gesetzt werden. Die Verbindung der themenbezogenen Aussagen der Befragten mit ihrer gesamten (Berufs-)Biografie wird über die Analyse der erzählten (beruflichen) Lebens- und Krankheitsgeschichte erreicht. Dazu greifen wir auf das Konzept der „biografischen Gesamtformung“ nach Schütze (1983) zurück (vgl. Kapitel 6.2.). Dahinter steht die Annahme, dass sich im Verlauf jeder individuellen Lebensgeschichte bestimmte Strategien der Lebensführung und Problembewältigung herausbilden, die in einen Gesamtkontext von subjektiven Sinndeutungen eingebunden sind; letztere werden beim Eintreten nicht-normativer und kritischer Lebensereignisse in jeweils unterschiedlicher Weise angepasst bzw. neu figuriert. Dabei greifen die Rehabilitanden auf biografisch aufgeschichtete Erfahrungsmuster, aber auch auf milieu- und schichtbedingt sozialisierte gesellschaftliche Erwartungsmuster zurück. In letzteren kommen z.B. die Bedeutung von Arbeit und Beruf, das Verhältnis von Arbeit und Familie, die Rolle von Gesundheit und allgemeine Lebensziele zum Ausdruck. In den qualitativen Fallstudien wird das dynamische Zusammenspiel dieser biografischen Aspekte mit den jeweiligen Konstellationen analysiert, um fördernde und hemmende Bedingungen für einen erfolgreichen RTW sowie fehlende und gewünschte Hilfen seitens des Rehabilitationssystems nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme zu identifizieren.

3. Fragestellungen und Hypothesen

3.1. Neuakzentuierungen im Forschungsverlauf

Bei der Antragstellung für die hier vorliegende Untersuchung wurde, auf Grundlage der vorhandenen Ergebnisse des „Abbrecherprojekts“, eine potenzielle Risikogruppe extrahiert und mit einer Kontrastgruppe verglichen. Als Indikatoren für die Risikogruppe wurden zum einem drei „objektive“ Parameter identifiziert: *Dauer der Arbeitslosigkeit vor der Maßnahme*; *Bildungsniveau* und *frühere Abbrüche* (Schule, Studium, Ausbildung) als auch vier „subjektive“ Indikatoren herangezogen: Selbstwertvorstellungen, Abbruchgedanken während der Ausbildung, die Einschätzung der subjektiven Gesundheit und Erwartungen an die Zukunft. Aus den beiden kontrastierenden Gruppen sollten Interviewpartner für die qualitativen Befragungen am „oberen“ und „unteren“ Quartil generiert werden. Des Weiteren sollten über beide Gruppen hinweg die Einflussgrößen Bildungsauf- oder abstieg, psychische bzw. körperliche Krankheiten, Alter und Geschlecht als angenommene Risikokonstellationen analysiert werden. Vor diesem Hintergrund sind wir ursprünglich für die hier vorliegende Folgestudie von einer möglichen Gegenüberstellung von einer Risikogruppe und einer potentiellen Erfolgsgruppe für den RTW ausgegangen.

Tabelle 1 zeigt zusammengefasst die hypothetische Risikogruppe und die kontrastierende Vergleichsgruppe, die aus dem Vorgängerprojekt *Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen* abgeleitet wurden. Diese Kontrastierung bildete den Ausgangspunkt für unsere forschungsleitenden Hypothesen.

Tabelle 1: ursprünglich im Antrag kontrastierende Gruppen

	Potenzielle Risikogruppe	Potenzielle Erfolgsgruppe
AUSGANGS-SITUATION	<p>Objektive Indikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dauer vorangegangener Arbeitslosigkeit > 1 Jahr • Bildungsniveau „niedrig“ • frühere Abbrüche (Schule, Berufsausbildung) <p>Subjektive Indikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • geringe Selbstwirksamkeit, geringer Selbstwert • Abbruchgedanken während der Umschulung • negative Gesundheitsbewertung • Zukunftserwartungen 	<p>Objektive Indikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dauer vorangegangener Arbeitslosigkeit < 1 Jahr • Bildungsniveau „hoch“ • keine Abbrüche (Schule, Berufsausbildung) <p>Subjektive Indikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoher Selbstwirksamkeit, • keine Abbruchgedanken • positive Gesundheitsbewertung • Zukunftserwartungen
VERLAUFS-PROFILE	<p>Objektive Indikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitslosigkeit nach Maßnahme • Krankheitsperiode länger als 6 Wochen • Erwerbsminderungsrente (auch Antrag) <p>Subjektive Indikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lebenszufriedenheit • subjektive Gesundheit • persönliche Wahlen/Entscheidungen • Zukunftserwartungen 	<p>Objektive Indikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • in Beschäftigung <ul style="list-style-type: none"> → Minijob → ausbildungsadäquate Beschäftigung → befristet/unbefristet <p>Subjektive Indikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lebenszufriedenheit • subjektive Gesundheit • persönliche Wahlen/Entscheidungen • Zukunftserwartungen
EINFLUSS-GRÖSSEN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bildungsaufstieg/-abstieg (vgl. Indikatoren der Vorgängerstudie) ➤ Alter (> 18 – 45; < 45 – 65) ➤ Geschlecht ➤ psychische vs. körperliche Krankheit 	

Auf der Basis dieser Kontrastierung wurden folgende Annahmen generiert:

- Eine positive subjektive Gesundheitseinschätzung erhöht die Chancen zum RTW
- Die soziale Einbindung (Partnerschaft) wirkt als positiver Faktor für RTW
- Höherer Bildungsstand verbessert die Chancen auf RTW
- Technische Umschulungsberufe erhöhen die Erfolgsquoten für RTW
- Lange der Maßnahme vorausgegangene Zeiten der ALO erschweren den RTW
- Rehabilitanden, die sich als depressiv einstufen, haben größere Schwierigkeiten beim RTW
- Multimorbidität wirkt sich negativ auf RTW aus
- Der regionale Arbeitsmarkt stellt sich als zentraler Faktor für RTW dar

Die im vorliegenden Projekt erhobenen empirischen Daten zeigten aber im Verlauf der Studie, dass die Vorannahme eindeutiger Gruppenzuordnungen: Erfolg bzw. Misserfolg beim RTW *nicht* mit einer Zuordnung der angenommenen Risikogruppe übereinstimmte. Zwar bestätigten sich einige Faktoren (subjektive Einschätzung der Gesundheit, in Partnerschaft lebend), andere zeigten aber keinerlei Zusammenhang mit einem gelingenden RTW (Zeiten der ALO, Depression, Bildung, Geschlecht, Alter, Krankheitsdiagnose), wieder andere Faktoren kamen

als signifikante Parameter *neu* hinzu (Wirkung des regionalen Arbeitsmarkts nach sechs Monaten, familiäre Verantwortlichkeiten, Erfahrungen beim RTW – Stellensuche, Eigenaktivität, Stand der Krankheitsbewältigung).

Aufgrund dieser Korrekturen durch die empirischen Daten wurde das Forschungsdesign methodisch und konzeptionell von einzelnen Risikofaktoren zu *Risikokonstellationen* (Person in der Situation-Konstellation) verändert. Da die beabsichtigte Kontrastierung der beiden oben genannten Gruppen sich anhand der Daten nicht sinnvoll durchhalten ließ, haben wir insbesondere auf der Basis der Fallanalysen (vgl. Kapitel 6.5.) ein theoretisches Konzept von individuellen Risikokonstellationen entwickelt (vgl. Kapitel 6.4., „Eckfälle“). Dieser Übergang von einzelnen Risikofaktoren zu Konstellationen, lenkt den Blick auf das konkrete *Zusammenspiel* biografischer, situativer und umfeldbezogener Bedingungen. Damit entfernt sich die Analyse von rein individuellen Persönlichkeitsmerkmalen und richtet den Blick auf fallübergreifende oder wiederkehrende Prozesse und Formen des individuellen Umgangs mit den aktuellen Situationsbedingungen: so ist etwa die Aktivität bei der Stellensuche vom Stand der individuellen Krankheitsbewältigung abhängig. Ist sie noch nicht erfolgreich abgeschlossen – so ein vorweggenommenes Ergebnis unserer Studie – kommt ein RTW in der Regel „zu früh“ und trägt damit ein erhöhtes Risiko des Scheiterns. Daran wird sichtbar, dass *situative Komponenten*, wie bereits in der Abbrecherstudie deutlich geworden (aktuelle Krankheitsereignisse, konkrete Erfahrungen mit Vorgesetzten und Kollegen, Zeitpunkt der Befragung, Veränderung des Bildes durch spezifische Ereignisse, etwa Arbeitsplatzverlust etc.), von großer Bedeutung für einen gelingenden RTW sind. Wichtiger noch als situative Komponenten sind aus dem Zusammenspiel zwischen (berufs-)biografischer Verlaufsanalyse und der Lebenssituation ermittelte Konstellationen, bei denen ein spezifischer Unterstützungsbedarf während der Maßnahme und zur Nachbetreuung sichtbar wird (vgl. Kapitel 7 und 8).

Eine weitere konzeptionelle Veränderung wurde durch die vorliegenden Daten sozusagen von selbst erzeugt: Hatten wir mit Beginn der Studie noch gehofft, alle Teilnehmer, die im Verlauf der Vorgängerstudie ihre Maßnahme vorzeitig abgebrochen hatten erneut in einem Interview zu ihrem erwerbsbiographischen Verlauf und den jeweiligen Entscheidungsgründen zu befragen, erwies sich diese Absicht als praktisch unmöglich. Faktisch konnten wir keinen Zugang mehr zu den uns bekannten Abbrechern der Vorgängerstudie herstellen (entweder war die Adresse nicht mehr rekonstruierbar oder der Angeschriebene meldete sich nicht zurück). Die Gruppe dieser Abbrecher fällt deswegen, anders als im ursprünglichen Antrag vorgesehen, in

der vorliegenden Untersuchung weg. Dafür wurden in den episodisch-narrativen Interviews, deren Auswahl auf dem Fragebogen t_1 basierte, insgesamt sechs Personen einbezogen, die ihre Umschulungsmaßnahme abgebrochen hatten. Wiederum zwei der sechs Teilnehmer haben zu einem späteren Zeitpunkt die Maßnahme doch noch erfolgreich abgeschlossen (sog. „Wiederkehrer“ in der Terminologie der Vorgängerstudie). Die hier vorliegende Gruppe der Abbrecher ist zwar kein Ersatz der ursprünglich anvisierten Gruppe, ermöglicht aber Teilnehmer, die ihre Maßnahme nicht erfolgreich abgeschlossen haben, in die Analyse miteinzubeziehen.

3.2. Fragestellungen

Die beiden *übergreifenden Fragestellungen* der Studie auf der Grundlage der in der vorausgehenden Abbrecher-Studie untersuchten Kohorten lauten:

- (1) Wie sehen die *individuellen Verläufe* nach Ende der 2-jährigen beruflichen Qualifizierungsmaßnahme von Teilnehmern in das Beschäftigungssystem aus?
- (2) Welches sind die entscheidenden Bedingungen, die für einen erfolgreichen RTW bedeutsam sind?

Im Einzelnen differenzieren sich die Fragestellungen nach der *Situation aus Sicht der Rehabilitanden* (individuelle Betrachtungsweise), nach *umschulungsbezogenen Einflussfaktoren* (verfahrensbezogene Betrachtungsweise) und schließlich nach (sozial-)strukturellen Bedingungen.

A) Fragestellungen mit Blick auf Haltungen, Einstellungen und Handlungsstrategien der Rehabilitanden aus Teilnehmersicht:

- Welche Rolle spielen die (berufs-)biografischen Hintergründe (z.B. Familientradition, Bildungsaufstieg, Berufswechsel, Einstellungen zur Erwerbsarbeit, Work-Life-Balance, Lebenspläne)?
- Wie entscheidend sind Lebensalter, Lebensphase und Geschlecht für den RTW?
- Welche inneren Haltungen (z.B. Zukunftserwartungen, Selbstwirksamkeit, dispositioneller Optimismus, Durchhaltevermögen, Veränderungs- und Mobilitätsbereitschaft) sind bei der Rückkehr in Arbeit nach der Qualifizierungsmaßnahme von Bedeutung?

- Welche *individuellen Strategien* (z.B. Eigeninitiative, Hilfesuchverhalten im eigenen sozialen Netz oder bei Institutionen, Entscheidungsprozesse, Strategien der Arbeitsplatzsuche) erweisen sich für einen gelingenden RTW als günstig?
- Welche Rolle spielen die verbliebenen *gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Gesundheitserwartungen* sowie der aktuelle Stand der *Krankheitsverarbeitung und –bewältigung*?
- Welche Bedeutung haben *Familie* und *soziales Netzwerk* (z.B. Partnerunterstützung, Freunde, Kollegen) für Stellensuche und Verbleib in Arbeit?
- Wie gehen die Rehabilitanden mit Rückschlägen und Enttäuschung beim RTW um (z.B. „Flucht in die Krankheit“, Resignation, EM-Rentenanspruch, Nicht-Aufgeben, Anspruchsreduktion)?

B) Maßnahmebezogene Fragestellungen:

- Wie werden die Zuweisungsprozesse (z.B. Passung des Berufswunsches mit dem Umschulungsberuf) von den Rehabilitanden nachträglich bewertet?
- Welche Bedeutung wird Zusatzangeboten wie etwa Gesundheitsförderung, Stressbewältigung etc. beigemessen, insbesondere mit Blick auf die Übertragung des Gelernten in die alltägliche Lebensführung?
- Welche Rolle spielen Praktika für einen gelingenden RTW und welche Bedingungen in den Praktika werden dafür nachträglich als notwendig benannt?
- Welche *umschulungsspezifischen* Bedingungen (z.B. Umschulungsberuf, Internatsaufenthalt, ggf. spezielle Unterstützungs- und Beratungsangebote) und Erfahrungen aus Sicht der Teilnehmer (Gruppenklima, wechselseitige Unterstützung, Qualität des Unterrichtsangebots, Teilnehmerstruktur) beeinflussen den späteren Einstieg in Beschäftigung?
- Wie gut fühlen sich die Teilnehmer auf ihre spätere berufliche Tätigkeit vorbereitet?
- Welche zusätzlichen Angebote während und nach der Maßnahme werden von den Rehabilitanden gewünscht?
- Wie und in welchen Dimensionen bewerten die Teilnehmer nachträglich die gesamte Maßnahme?

C) Strukturelle Aspekte:

- Wie sehr wird der Erfolg der Maßnahme – definiert im Sinne des Maßnahmeziels der Einrichtung als Einstieg in den Umschulungsberuf¹⁴ – vom regionalen Arbeitsangebot bestimmt?
- Welche Rolle spielt der regionale Arbeitsmarkt für einen erfolgreichen RTW?
- Welche Bedeutung hat die vorhandene Infrastruktur (Verkehrsverbindungen, Wohnungs- und Bildungsangebote, Familienfreundlichkeit, gesundheitliche Versorgung, Beratungsangebote)?

Die Operationalisierung der vorstehenden Fragestellungen befindet sich im Forschungsdesign (vgl. Kapitel 4). Eine zusammenfassende Beantwortung der Fragenkomplexe wird in Kapitel 7 gegeben, wobei die Darstellung der Ergebnisse dem Verlauf des Forschungsprozesses folgt. Dementsprechend werden die Antworten zu den oben gestellten Fragen einzelnen Themenkomplexen und -dimensionen zugeordnet, die sich aus der Perspektive eines gelingenden RTW als entscheidend herausgestellt haben.

¹⁴ *Administrativ* (hier: nach der Erfassung durch die Rentenversicherung) liegt ein „Erfolg“ dann vor, wenn sich der Rehabilitand sechs Monate nach der Maßnahme in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung befindet (auch Teilzeit, auch befristet, auch *nicht* im Umschulungsberuf, aber: z.B. keine 450€ Jobs); bezogen auf das *Maßnahmeziel* der Bildungseinrichtung ist das Kriterium Erfolg streng genommen eine Beschäftigung im Umschulungsberuf. Aus Sicht der Befragten stellt sich der „Erfolg“ subjektiv aber oft nach anderen Gesichtspunkten dar (vgl. Einleitung: Fußnote 3 und Kap. 7.2.13).

4. Forschungsdesign

4.1. Übersicht

Die hier vorliegende Studie war als Mixed-Method-Design angelegt (vgl. Kelle 2007), d.h. es kamen neben zwei *Fragebogenerhebungen* ($t_1= 6$ Monate nach Maßnahmenende und $t_2=18$ Monate danach)¹⁵, *episodisch-narrative* und um einen *Leitfaden* ergänzte *Interviews* mit ehemaligen Rehabilitanden sowie *Experteninterviews* aus Praxis, Kostenträgerlandschaft und Wissenschaft zum Einsatz.

Bei der Konstruktion des Fragebogens t_1 , der als Statusabfrage 6 Monate nach der Maßnahme und zur Auswahl potenzieller Interviewpartner diente, wurde aufgrund von fehlenden standardisierten Instrumenten für die Fragestellungen des Projektes der Großteil der Fragen theorie- und hypothesengeleitet vom Forscherteam neu erarbeitet, wie z. B. bei soziodemografischen Angaben und Fragen zur derzeitigen Arbeitssituation. Es wurde davon ausgegangen, dass die signifikanten Ergebnisse aus dem Vorgängerprojekt (Partnerunterstützung, Depression, subjektive Gesundheit), aus anderen vorliegenden Studien (Alter, Region, Qualifikationen, Zeiten von Arbeitslosigkeit) sowie ein Domänenwechsel zwischen Erstberuf und Umschulungsberuf (technisch/gewerblich und kaufmännisch/Dienstleistungssektor) für den RTW entscheidend sind. Ergänzend wurden explorative Vorgespräche mit Experten geführt. Bei einzelnen Fragen wurde auf standardisierte Instrumente zurückgegriffen und diese modifiziert, so z. B. je ein Item aus dem SF-12 (Short Form Health Survey) zu gesundheitsbezogenen Fragen und aus dem IRES (Indikatoren des Reha-Status) zum aktuellen Status nach der Rehabilitation. Weiterhin wurde auf ein Item aus dem 2005 im Auftrag der DRV entwickelten „Berliner Fragebogen“ (Hansmeier & Radoschewski 2005) zurückgegriffen und an die Fragestellungen des Projekts angepasst.

Auch bei der Entwicklung des Fragebogens t_2 wurde der Großteil der Fragen neu erarbeitet bzw. Fragen aus dem t_0 und dem t_1 übernommen, um den aktuellen Status und Verläufe darstellen zu können. Neben den bereits erwähnten standardisierten Instrumenten wurden weiterhin Items aus dem F-Sozu-K-7 (Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung) zur

¹⁵ Der als t_0 bezeichnete Fragebogen meint den im Vorläuferprojekt eingesetzten, sehr umfangreichen, Fragebogen, der mit einzelnen Parametern in die vorliegende Studie miteinbezogen wird.

sozialen Unterstützung, aus dem WAI (*Work Ability Index*) zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und aus dem SF-12 (*Short Form Health Survey*) zu gesundheitsbezogenen Fragen genutzt. In den beiden für die vorliegende Studie eingesetzten Fragebögen (siehe Anhang, Kap. 10) wurde ein generischer Teil (Sozialdaten, Kontrollüberzeugungen etc.) abgefragt sowie spezielle Fragen zur Situation 6 und 18 Monate nach der Umschulung. Dabei umfassen die Fragebögen zum einen die Teilnehmermerkmale (individuelle Verläufe nach der Umschulung, familiäre Konstellationen, soziale Unterstützung, Gesundheitsstatus, Krankheiten, Beeinträchtigungen), zum anderen legen sie ein besonderes Augenmerk auf die *Teilnehmersicht*. In diesem Zusammenhang wurden folgende Aspekte erhoben: Einschätzung der Beschäftigungssituation, retrospektive subjektive Einschätzung der Maßnahme sowie Selbstwirksamkeit und Zukunftsperspektiven.

Tabelle 2 zeigt eine knappe Übersicht der zu den unterschiedlichen Zeitpunkten mithilfe der Fragebogen erhobenen Aspekte:

Tabelle 2: Themenbereiche/Dimensionen der 3 eingesetzten Fragebögen

Themenbereiche/Dimensionen:	t ₀	t ₁	t ₂
Soziodemografische Angaben	x		x
Angaben zur Beschäftigungssituation und deren Bewertung		x	x
Angaben zum Übergang in Arbeit oder in Arbeitslosigkeit		x	x
Bewertung der Umschulung	x	x	x
Gesundheitliche Beeinträchtigungen (SF-12, WAI)	x		x
Soziale Unterstützung (F-Sozu-K-7)	x		x
Selbstwirksamkeitserwartungen (IRES)	x		x
Kontrollüberzeugung (IRES)	x		x
Zukunftserwartungen	x		x

Neben der Erfassung des aktuellen Berufsstatus und der Chronologie der Rückkehrprozesse in die Arbeitswelt mithilfe der *Fragebogenerhebungen* 6 und 18 Monate nach Abschluss der beruflichen Neuqualifizierung dienten die *narrativ-episodischen Interviews* der Rekonstruktion der einzelnen Stadien der (Berufs-)Biografie und des Wiedereinstiegs auf den Arbeitsmarkt nach der Qualifizierungsmaßnahme aus der Perspektive der Teilnehmer. Fragen nach der Passung bzw. Einbettung der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in vorgängige Erwartungen und Konzepte und eine Rekonstruktion der Übergänge nach der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme standen dabei im Mittelpunkt.

Nach der Transkription wurden die Interviews zunächst einer Einzelfallanalyse unterzogen. Bei der Auswahl der zur Verfügung stehenden Interviewpartner wurden in Anlehnung an das Prinzip des „Theoretical Sampling“ der Grounded Theory (vgl. Glaser & Strauss 1998), soweit dies möglich war, maximal kontrastierende, sich minimal (nur in einem Aspekt) unterscheidende als auch strukturähnliche sowie maximal variierende Fallkonstellationen ausgewählt, um eine möglichst gute Annäherung an das Spektrum der ehemaligen Maßnahmeteilnehmer zu erreichen und eine ausreichend breite und differenzierte Basis für systematische Fallvergleiche zu gewinnen.

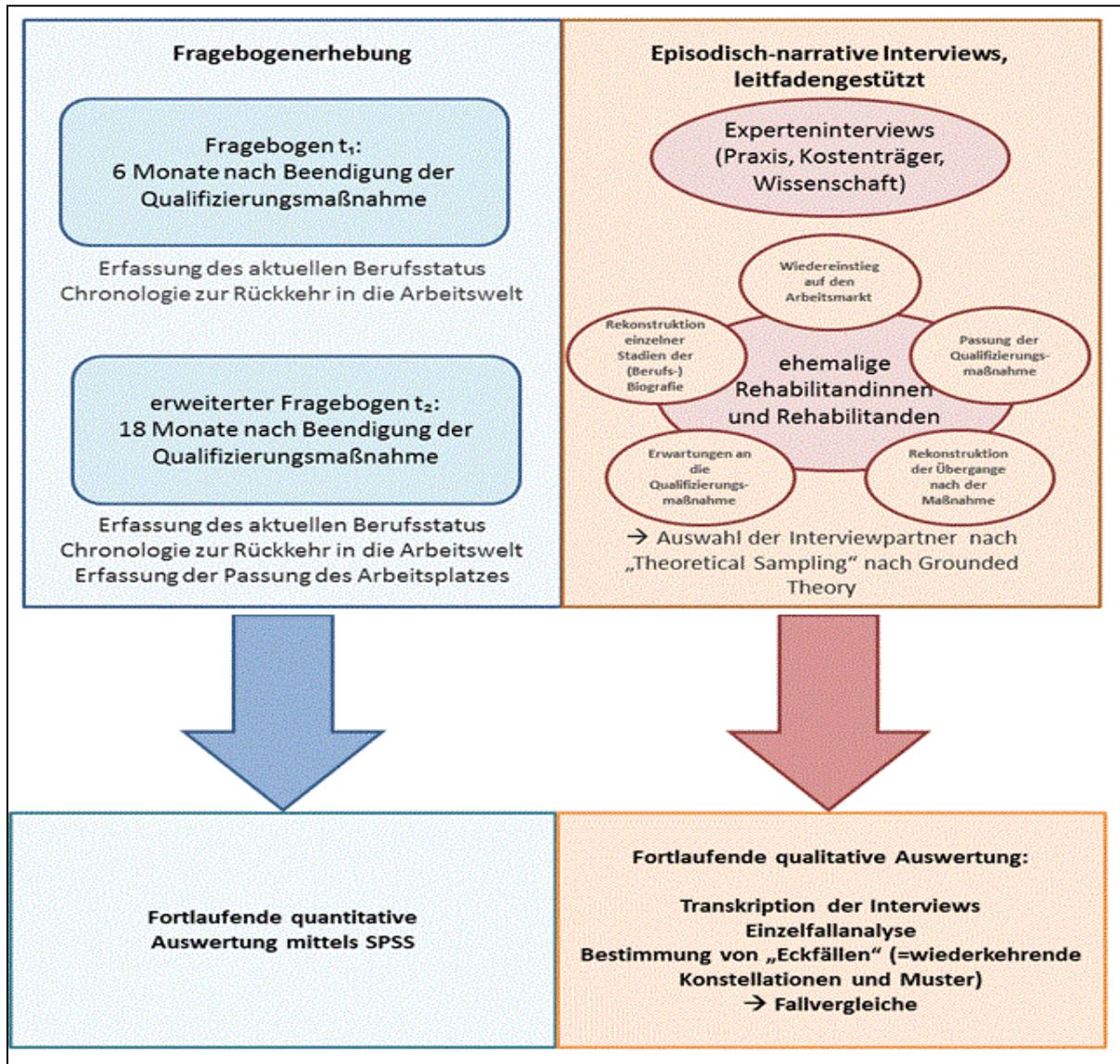
Auf der Basis der ersten Stufe der Fallauswertungen wurden schrittweise sogenannte „Eckfälle“ (vgl. Kapitel 6.4.) bestimmt, die sich *erstens* durch im gesamten Fallmaterial wiederkehrende typische Muster (z.B. Rückzug, Abwarten, kreative Transformation¹⁶ etc.) und Konstellationen (z.B. alleinlebend, keine Stellenangebote im Umschulungsberuf etc.) auszeichnen, und die sich *zweitens* als besonders geeignet und inhaltsreich erwiesen, um grundsätzliche Fragestellungen der Studie zu beantworten. Im Verlauf der weiteren Erhebung können bereits als Eckfälle ausgewählte Fälle durch andere Eckfälle ersetzt werden, wenn sich dies aus der Analyse des Materials ergibt. Im Gegensatz zu einer Typenbildung (etwa Idealtypen im Weberschen Sinne) stehen *Eckfälle* für Verdichtungen problemgenerierter Reaktionsformen bei der biografischen Neuorientierung. In methodologischer Hinsicht sind die Eckfälle sowohl Ergebnis der systematischen Fallvergleiche als auch im Forschungsprozess selbst Vergleichsfolie für die Generierung weiterer (Eck-)Fälle.

Weiter wurden für eine Problemzentrierung unserer Fragestellungen Dr. Wolfgang Hien (Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie), Prof. Dr. Andreas Weber (Leiter des medizinischen Dienstes im BFW Dortmund), Dr. Ariane Miehke-Ihrler (Geschäftsführung BFW Berlin-Brandenburg, Standort Mühlenbeck) und Angela Rauch (wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung, IAB) mithilfe von *Experteninterviews* (Meuser & Nagel 2005) befragt.

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die eingesetzten methodischen Instrumentarien und ihre Verzahnung im Laufe der Studie:

¹⁶ Vgl. Hildenbrand (2009), der diesen Begriff für die Problemlösungsstrategien chronisch kranker Menschen gewählt hat, um zu zeigen, wie Situationen neu bewertet und damit Handlungsoptionen eröffnet werden können.

Abbildung 2: Untersuchungsdesign



4.2. Zeitlicher Ablauf

Die nachfolgende Übersicht skizziert den zeitlichen Studienablauf vom Beginn am Ende der Vorläuferstudie zu *Abbrüchen von Qualifizierungsmaßnahmen* bis zur Erstellung des hier vorliegenden Endberichts.

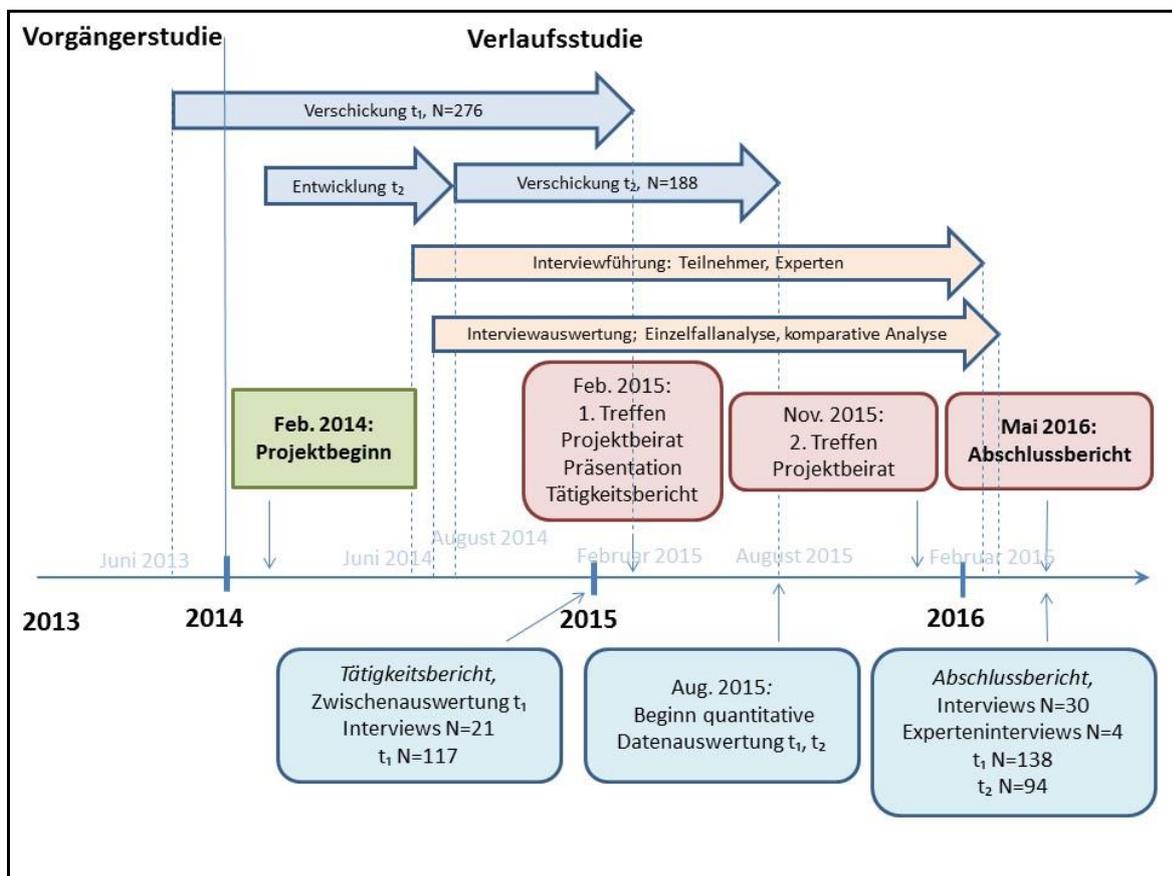
Für die erste Fragebogenerhebung (Zeitpunkt t_1) wurden zunächst alle Teilnehmer ($n=274$) angeschrieben, die eine Einverständniserklärung für eine weitere Befragung abgegeben hatten. Für manche der Angeschriebenen, von denen wir entsprechende Informationen der Post über die Nichtzustellbarkeit erhielten, ließ sich die Adresse nicht mehr rekonstruieren ($n=62$).

Ansonsten wurden die Angeschriebenen nach 3 Wochen nochmals an unser Schreiben erinnert, kam nach 5 Wochen keine Rückmeldung, sprich: der Fragebogen nicht bei uns an, wurde nochmals der komplette Fragebogen mit einem Erinnerungsschreiben versandt.

Mit einzelnen Teilnehmern die eine eigens dem Fragebogen beigefügte Erklärung unterschrieben hatten, die das Einverständnis zur Kontaktierung bezüglich eines Gesprächs beinhaltete, wurde – falls ein gemeinsamer Termin gefunden werden konnte – ein ca. 1,5 stündiges Interview zu ihrer aktuellen beruflichen Situation und der Zeit nach dem Ende der Maßnahme durchgeführt (n=30).

Der zeitliche Ablauf der Studie gestaltete sich wie in Abbildung 3 dargestellt:

Abbildung 3: zeitlicher Ablauf der Studie



4.3. Methodologische Anmerkungen

In der aktuellen Forschungslandschaft finden sich nicht ohne Grund immer mehr Studien mit einem sogenannten Mixed-Method-Design (z. B. Creswell 2009³), in dem die Daten von quantitativen und standardisierten mit Daten aus qualitativen Erhebungsverfahren – häufig in der

Form von narrativ-episodischen Interviews, Experteninterviews und Fokusgruppen¹⁷ – miteinander in Beziehung gesetzt werden. Diese Zunahme von Mixed-Method-Verfahren reagiert darauf, dass viele Ergebnisse und Prognosen aus quantitativen Studien oft keine Antworten auf relevante Fragestellungen aus der Praxis liefern, Vorhersagen zu eng auf eine bestimmte Maßnahme bezogen und der Gesamtkontext zu stark ausgeblendet wird. Schließlich werden Gründe für nicht vorausgesagte Entwicklungen aus den Daten nicht erkennbar, da die subjektive Sicht der beteiligten Akteure entweder gar nicht oder nur in vorgegebenen Rastern erhoben wird. Ein weiterer Grund für die Nutzung von Mixed-Method-Designs liegt in dem Nachweis zusätzlicher und neuer Erkenntnisse, gegenstandsadäquater Beschreibungen sowie in der inzwischen deutlich weiterentwickelten Methodologie qualitativer Forschung.

Eine Verknüpfung der Ergebnisse quantitativer und qualitativer Analysen erlaubt

- *erstens* eine wechselseitige Plausibilitätskontrolle, etwa mit Blick auf statistische Verteilungsmerkmale und hilft damit der Überprüfung einer weitgehend vollständigen Ausschöpfung der jeweils studienrelevanten Fallkonstellationen;
- *zweitens* eine systematische Differenzierung der *Gründe* für die in quantitativen Zeitreihen beobachtbaren Veränderungen;
- *drittens* emergieren Sinnzusammenhänge, die aus den quantitativen Daten nicht hervorgehen und
- *viertens* schließlich werden mikrologische Verhaltensmuster deutlich, die mithilfe standardisierter Verfahren nicht sichtbar gemacht werden können und sich erst in der gemeinsamen Gesprächssituation des Interviews ergeben (z.B. Mitglieder aus der statistisch unauffälligen Gruppe besonders erfolgreicher Teilnehmer an beruflichen Bildungsmaßnahmen, die beim Übergang auf den Arbeitsmarkt scheitern, weil mit einem Schlag der „Schonraum“ BFW nicht mehr vorhanden ist, der ein wesentlicher Garant für den Bildungserfolg darstellt; vgl. dazu Kapitel 6 und 7).

Ein direkter Vergleich quantitativer und qualitativer Ergebnisse ist aufgrund erkenntnistheoretischer Unterschiede nicht sinnvoll, gleichwohl ergeben sich wechselseitige Ergänzungen im empirischen Material wie in den unterschiedlichen Gegenstandsperspektiven.

¹⁷ Für die vorliegende Untersuchung hatten wir auch eine Fokusgruppe geplant. Aufgrund der großen räumlichen Entfernungen und der Schwierigkeit mehrere Teilnehmer, die sich prinzipiell für ein Interview bereit erklärt hatten, gemeinsam auf einen Termin zu verpflichten, konnten wir dieses Vorhaben aber nicht umsetzen.

Die Verwendung von qualitativen Daten folgt unterschiedlichen Forschungsstrategien: zum einen der „Aufschließung“ des Feldes, um z.B. aus Sicht der zu Befragenden relevante Themen und Aspekte zu generieren oder um quantitative Ergebnisse mithilfe subjektiver Sichtweisen zu ergänzen und zu vertiefen. Oft werden in einem solchen Verständnis qualitative Daten lediglich „hilfsweise“ oder nur rein „illustrativ“ verwendet, ohne dass dabei ein konzeptionell-inhaltlicher Zusammenhang systematisch hergestellt wird. In unserer Studie gehen wir einen anderen Weg, in dem wir die qualitative Methodologie als Mittel zur Generierung von übergreifenden Konzepten nutzen, die mit den ja ebenfalls auf theoretischen Annahmen basierenden quantitativen Daten in Beziehung gesetzt werden. Beide Herangehensweisen besitzen methodologisch und inhaltlich einen *eigenen Stellenwert* und sind insofern *nicht direkt* ineinander überführbar: während die quantitative Datenerhebung und die statistische Datenanalyse einer vorgegebenen Hypothesenstruktur und Vorabannahmen über den zu untersuchenden Gegenstandsbereich folgt, geht es in der qualitativ-hermeneutischen Datenanalyse um die Rekonstruktion subjektiver Interpretationen, sowohl bezogen auf einzelne Akteure und Situationen, als auch auf übergreifende gesellschaftliche, Deutungsmuster wie z.B. Bilder von Gesundheit, Arbeit, Familie usw. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die Ergebnisse quantitativer Erhebungen mit qualitativen Daten in Verbindung zu bringen sind. Dies lässt sich z.B. am Konstrukt der „*Selbstwirksamkeitsüberzeugung*“ exemplarisch zeigen: „Selbstwirksamkeitsüberzeugung“ stellt eine theoretisch konzeptionelle Annahme dar, die aus klinisch-psychologischen Fallstudien und Gesprächen mit Patienten abstrahiert und deren Bedeutung für die erfolgreiche Bewältigung von Krisen in standardisierten, quantitativen Studien belegt wurde. In die Erarbeitung dieses Konstrukts gehen vielfältige – meist nicht näher benannte – Interpretationsprozesse ein, die auf eine semantische Wiedererkennung der für das Konstrukt stehenden Items referieren. In der Beantwortung eines Fragebogens oder einer Testbatterie wird allerdings nicht sichtbar, welcher Bedeutungszusammenhang, welche konkrete Lebenssituation, welche biografischen Erfahrungen usw. die Antworten beeinflussen; gerade Letzteres ist aber für die Beantwortung spezifischer Fragestellungen im Gegensatz zu allgemeinen Einschätzungen („Optimismus ist besser als Pessimismus“) von entscheidender Relevanz für das Verständnis von Selbstpositionierung und Handlungsentwürfen. Während man also in der quantitativ standardisierten Befragung generell systematische Unterschiede in der „Selbstwirksamkeit“ bei unterschiedlichen Gruppen feststellen kann, weil sich die Befragten in einer semantisch begrenzten und kulturell gerahmten Bedeutungswelt bewegen,

differenzieren sich die individuellen Interpretationen bei qualitativen Erhebungen entsprechend der im Konstrukt „Selbstwirksamkeit“ enthaltenen Bedeutungselemente nach konkreter Lebenssituationen (Krankheitserfahrungen, soziale Einbindung usw.), Lebenslage (z.B. Arbeitslosigkeit etc.) und strukturellen Rahmenbedingungen. Im beständigen systematischen Vergleich der nach Prinzipien des „Theoretical Sampling“ erhobenen Daten der Einzelfälle wie auch über die Fallstudien hinweg entstehen damit wie in der quantitativen Forschung bestimmte „Cluster“, die sich aber in ihrem Zusammenkommen und ihrer Spezifik, z.B. bezogen auf Handlungsstrategien und Formen der Selbstverortung auch deutlich unterscheiden können.

Wiederholt durchgeführte Messungen mit standardisierten Erhebungsverfahren ermöglichen eine punktuelle Darstellung von Veränderungen über die Zeit, bezogen auf relevante Einschnitte (für unsere Studie: Situation bei Eintritt in die Maßnahme, beim Abschluss, nach 6 Monaten, nach 18 Monaten). Sie liefern aber keine Informationen über den konkreten Prozessverlauf. Hier liegt die besondere Stärke qualitativer Methoden, die den inneren Sinnzusammenhang der subjektiven Konstruktionen der (berufs-)biografischen Verlaufsprozesse mit dem jeweils dazugehörigen Kontext nachzeichnen. Zudem werden in den Interpretationen der Interviews, die in einem gemeinsam hergestellten Prozess zwischen Interviewer und Befragten eine Situation nachträglich erklären, Sinnzusammenhänge verständlich. Dadurch werden Bedeutungen sichtbar, die in der vorgegebenen Semantik der Standardfragen nicht vorkommen. Vor allem durch die erzählgenerierenden Eingangsfragen bei den episodisch-narrativen Interviews haben die Interviewpartner die Gelegenheit, den Ausgangspunkt für ihre Erzählungen entsprechend ihrer subjektiven Relevanzsetzung selbst zu wählen und damit ihrer Geschichte eine eigene Bedeutung zu verleihen. Geht man, wie etwa im Symbolischen Interaktionismus (vgl. Blumer 1973) davon aus, dass Menschen auf der Grundlage der Bedeutungen handeln, die sie den „Objekten“ ihrer Umwelt geben, dann ergeben sich für die Ergebnisse der qualitativen Analysen Interpretationsfolien für Handlungsskripte der Befragten. Wenn man diese theoretischen Überlegungen auf die Fragestellungen unseres Projekts herunterbricht, dann können die qualitativen Daten den seit einigen Jahren quantitativ belegten Befund, etwa hinsichtlich der Bedeutung subjektiver Faktoren für Krankheitsbewältigung und der Rückkehr in Arbeit, inhaltlich füllen, präzisieren und damit zur Entwicklung gezielteren passgenauerer und besser akzeptierten Beratungs- und Interventionsformen beitragen.

5. Quantitative Ergebnisse

Abbildung 4: Übersicht der wichtigsten quantitativen Ergebnisse

In der quantitativen Auswertung zeigen sich sechs signifikante Variablen, die sich zu den Befragungszeitpunkten t_1 (6 Monate nach Umschulung) und/oder t_2 (18 Monate nach Umschulung) auf den RTW auswirken (5.8). Zudem gibt es vier Merkmale, die sich in der Kombination als Gelingens- oder Risikokonstellationen herausstellen (5.8). Zu t_1 antworteten 138 TN, zu t_2 94 TN (5.1). Die wichtigsten Ergebnisse (5.3-5.9) sind:

Umschulungsberuf: Der Umschulungsberuf hat keinen signifikanten Einfluss auf den RTW, wobei Berufe im kaufmännischen Bereich und Dienstleistungssektor etwas schlechter abschnitten als Berufe im technisch-gewerblichen Bereich, was sich hauptsächlich in etwas mehr befristeten Arbeitsverträgen und einer etwas geringeren Tätigkeit im Umschulungsberuf zeigt. Ebenso haben der erlernte Beruf, ein Berufswechsel (von gewerbl.-techn. auf dienstl.-kaufm. und umgekehrt) sowie der Schulabschluss keinen statistischen Einfluss auf den RTW. Von den TN wurde während der Umschulung v.a. fehlende Praxis und Unterstützung beklagt.

Einfluss der Krankheit: Eine schlechte subjektive Gesundheitseinschätzung zeigt sich über beide Befragungszeitpunkte als signifikanter Faktor für das Misslingen des RTW (t_1 $p=0,007$, t_2 $p=0,011$) und war bereits in der Vorgängerstudie ein signifikanter Faktor. In der Merkmalskombination stellt eine positive subjektive Gesundheitseinschätzung einen Gelingensfaktor und eine negative einen Risikofaktor dar. Multimorbidität hat, ebenso wie eine Depression, keinen Einfluss auf den RTW. Der allgemeine Gesundheitszustand wird im Mittel als gut eingeschätzt, ebenso wie die Arbeitsfähigkeit im Mittel als eher gut bewertet wird.

Rückkehr und Verbleib in Arbeit: Zum Zeitpunkt t_1 gaben 59,4% an erwerbstätig zu sein, davon 70,7% im Umschulungsberuf. 59,7% der Erwerbstätigen waren befristet beschäftigt. Zum Zeitpunkt t_2 gaben 76,6% an erwerbstätig zu sein, davon 61,4% im Umschulungsberuf. 51,8% der Erwerbstätigen waren befristet beschäftigt. 24,7% der TN konnten direkt einen Arbeitsplatz finden, 88,9% innerhalb eines halben Jahres. 30% der TN fanden eine Anstellung im Praktikumsbetrieb. Arbeitslosigkeit wird von den TN v.a. auf gesundheitliche Einschränkungen, fehlende Berufserfahrung, verfehlte Umschulungsinhalte und das Alter zurückgeführt, welches sich zum 1. Befragungszeitraum bei der Altersgruppe 40-49 als signifikant herausstellte ($p=0,047$) und auch in der Merkmalskombinationen einen Risikofaktor darstellt. Langzeitarbeitslosigkeit war zum 1. Befragungszeitpunkt signifikant ($p=0,047$), fällt auf längere Sicht als Faktor jedoch weg. Weiterhin zeigt sich das Geschlecht zum 2. Befragungszeitpunkt als signifikant ($p=0,042$). In der Merkmalskombination ist es ein Gelingensfaktor weiblich zu sein und ein Risikofaktor männlich zu sein.

Arbeitsmarkt: Der regionale Arbeitsmarkt zeigt sich zum 2. Befragungszeitpunkt als sehr signifikant für den RTW (Berlin-Brandenburg $p=0,005$, Mecklenburg-Vorpommern $p=0,002$). Besonders deutlich wird dieser Faktor in der Merkmalskombination, in der die strukturstarke Region Baden-Württemberg als ein Gelingensfaktor und die strukturschwache Region Mecklenburg-Vorpommern als ein Risikofaktor auftreten.

Beurteilung der Maßnahme und deren Auswirkungen: Die Umschulung wird vom Großteil der TN positiv eingeschätzt und geht mit einem Zuwachs an beruflichen Fähigkeiten einher (65,9%). TNER, die eine Tätigkeit in ihrem Umschulungsberuf gefunden haben, bewerten die Umschulung zu 90,7% als notwendig oder wichtig für ihren aktuellen Arbeitsplatz. Auch TN, die nicht im Umschulungsberuf tätig sind, geben zum überwiegenden Teil an, mit ihrem Arbeitsplatz zufrieden zu sein (71,4%). Eine Erwerbstätigkeit scheint somit wichtiger zu sein, als eine Tätigkeit im Umschulungsberuf.

Soziale Einbindung: In einer Partnerschaft zu leben, zeigt sich über beide Befragungszeitpunkte hinweg als ein sehr signifikanter Faktor für den gelungenen RTW (t_1 $p=0,0011$, t_2 $p=0,000$) und war bereits in der Vorgängerstudie ein signifikanter Faktor. In der Merkmalskombination stellt die Partnerschaft einen Gelingensfaktor und das Alleinleben einen Risikofaktor dar.

5.1. Ausgangspunkt

Von den insgesamt 454 in der Vorgängerstudie *Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen* (Laufzeit 1. Januar 2012 bis 31. August 2013) befragten Teilnehmern hatten sich im Frühjahr 2012 mehr als die Hälfte ($n=276$) schriftlich bereit erklärt, an einer möglichen Folgestudie teilzunehmen. Von 62 Teilnehmern, die damals zugestimmt hatten, ließen sich im Zeitraum des Projektverlaufs, trotz intensiver Recherchen, die Adresse nicht mehr rekonstruieren. Die zu Beginn der Studie noch vorhandene Untersuchungsgruppe der Teilnehmer von denen die korrekte Adresse zum Zeitpunkt der Versendung des ersten Fragebogens vorlag ($n=214$), wird im Folgenden als t_0 bezeichnet. Als t_0 sind folglich diejenigen Personen definiert die:

- a) an der vorherigen Studie teilgenommen haben und die einer weiteren Befragung zugestimmt hatten und
- b) von denen die korrekte postalische Anschrift bei Versendung des ersten Fragebogens vorlag.

Wie bereits in Kapitel 4 beschrieben wurde an die Rehabilitanden der Ausgangsgruppe t_0 ein erster Fragebogen t_1 ca. *6 Monate* nach der Umschulung sowie ein weiterer, umfangreicherer Fragebogen t_2 ca. *18 Monate* nach der Umschulung versendet. Für den Fragebogen zum Zeitpunkt t_2 wurden 41 Teilnehmer nicht mehr angeschrieben, da die Umschulung noch nicht 18 Monate zurücklag; weitere 18 Teilnehmer waren im Zeitraum der Befragung zwischen t_1 und t_2 umgezogen und deren Adresse unbekannt¹⁸.

Während t_1 im Wesentlichen den Erwerbsstatus der ehemaligen Rehabilitanden zum Inhalt hatte, war der Fragebogen zum Zeitpunkt t_2 umfangreicher und umfasste verschiedene Parameter (siehe Tabelle 2). Manche Variablen werden also nur in t_2 abgefragt. In den folgenden Einzeldarstellungen der Ergebnisse wird jeweils im laufenden Text auf die Herkunft der Daten (t_1 bzw. t_2) hingewiesen. Für den Rücklauf der Fragebögen ergaben sich folgende Prozentwerte:

¹⁸ Insgesamt waren über den Gesamtverlauf der Studie 22,5% der Teilnehmer ($n=62$) nicht mehr auffindbar. Bei einer Analyse dieser Gruppe fanden sich folgende Auffälligkeiten: die Teilnehmer waren in der Regel jünger, öfter alleinlebend, hatten einen Hauptschulabschluss und waren vor der Umschulung im Dienstleistungssektor tätig. Die Faktoren: jünger und alleinlebend, könnten auf eine höhere Mobilität hinweisen. Die Daten sind aber mit Vorsicht zu behandeln, da zum Zeitpunkt t_2 nicht mehr alle Teilnehmer befragt werden konnten, da ihre Maßnahme noch keine 18 Monate zurücklag, was Verzerrungen zur Folge haben dürfte.

t₁: 214 Teilnehmer angeschrieben; Rücklauf n=138 (64,5%)
 t₂: 155 Teilnehmer angeschrieben; Rücklauf n=94 (60,6%).

5.2. Zur Auswertung der quantitativen Daten

Zur Beschreibung der soziodemographischen Merkmale der Stichprobe wurden absolute und relative Häufigkeiten ermittelt. Für metrische Variablen wurden zusätzlich Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet.

Zur Schätzung des Einflusses soziodemographischer, berufsbezogener und krankheitsbezogener Variablen auf den Return to Work wurden zwei logistische Regressionsanalysen gerechnet, d.h. je eine Analyse für den Return to Work 6 Monate nach Beendigung der Maßnahme (t₁) und 18 Monate nach Beendigung der Maßnahme (t₂). Das Signifikanzniveau wurde für alle Analysen auf p=0,05 gesetzt. Alle Analysen wurden mit SPSS 22 bzw. Stata 12 durchgeführt.

5.3. Stichprobe und Stichprobenveränderung

Um zu prüfen, ob die Stichprobe sich über den Zeitverlauf t₀- t₁- t₂ signifikant verändert hat, wurden wichtige soziodemografische Daten und berufliche Statusabfragen miteinander über alle 3 Zeitpunkte verglichen. Für die *allgemeine* Stichprobenbeschreibung werden im Folgenden, falls nicht ausdrücklich benannt, alle Personen, die t₁ zurückgesendet haben, einbezogen (n=138). Tabelle 3 zeigt die Veränderungen der jeweiligen Stichproben über den Zeitverlauf:

Tabelle 3: Stichproben zu t₀ – t₁ – t₂

Kategorie	t ₀ (n=214)	t ₁ (n=138) nach 6 Mo.	t ₂ (n=94) nach 18 Mo.
Geschlecht:			
Männlich	66,8%	65,2%	69,1%
weiblich	33,2%	34,8%	30,9%
Altersgruppe:			
20-29 Jahre	21,5%	17,2%	16,0%
30-39 Jahre	36,8%	35,1%	33,0%
40-49 Jahre	35,9%	39,6%	39,4%
über 50 Jahre	6,7%	8,2%	11,7%
Lebenssituation:			
Alleine lebend	41,6%	42,0%	43,6%

<i>Kategorie</i>	t₀ (n=214)	t₁ (n=138) nach 6 Mo.	t₂ (n=94) nach 18 Mo.
In Partnerschaft	58,4%	58,0%	56,4%
Region:			
Baden-Württemberg	36,4%	29,0%	36,2%
Berlin/Brandenburg	29,4%	32,6%	25,5%
Mecklenburg-Vorpommern	34,1%	38,4%	38,3%
Schulabschluss:			
Haupt/Volksschule	25,2%	21,0%	24,5%
Realschule/POS	53,8%	60,1%	58,5%
FH-Reife/Abitur	17,3%	15,2%	13,8%
Keinen	3,7%	3,7%	3,2%
Berufsabschluss:			
Lehre	73,5%	75,2%	72,3%
Fachschule	10,9%	14,6%	17,0%
FH/Universität	2,2%	1,4%	3,2%
Keinen	13,4%	8,8%	7,4%
Erster erlernter Beruf:			
Gewerblich-technisch	64,3%	66,7%	71,8%
Dienstleistung/kaufmännisch	35,7%	33,3%	28,2%
Umschulungsberuf:			
Gewerblich-technisch	37,4%	31,3%	31,5%
Dienstleistung/kaufmännisch	62,6%	68,7%	68,5%
Tätigkeit zum Zeitpunkt:			
Gewerblich-technisch	-	28,0%	32,9%
Dienstleistung/kaufmännisch	-	72,0%	67,1%
ALO vor Umschulung:			
Weniger als 6 Monate	24,8%	24,0%	27,7%
6 bis 12 Monate	31,6%	36,0%	36,2%
Über 12 Monate	43,6%	40,0%	36,2%
Träger:			
DRV	50,6%	58,6%	56,0%
BA	43,0%	34,6%	34,1%
Andere	6,4%	6,8%	9,9%

Die Stichprobe bleibt, wie die Übersicht in Tabelle 3 zeigt, weitgehend konstant. Jüngere Teilnehmer und solche mit einer langen Phase der Arbeitslosigkeit (über 12 Monate) sind zum Zeitpunkt t₂ etwas unterrepräsentiert ebenso wie Teilnehmer die von der Bundesagentur für Arbeit (BA) vermittelt wurden. Ansonsten finden sich keine relevanten Unterschiede in den anderen in der Tabelle 3 aufgeführten Parametern.

Geschlecht, Alter, Familienstand (t₁)

Die Geschlechterverteilung zeigt, dass fast zwei Drittel der Befragten (65,2%) in unserer Stichprobe Männer sind, Frauen dementsprechend 34,8%. Das entspricht in etwa der allgemeinen Verteilung der Teilnehmer beruflicher Rehabilitation. Die Geschlechter- und Altersverteilung ist für berufliche Qualifizierungsmaßnahmen also annähernd repräsentativ. Etwa ein Fünftel der Teilnehmer (17,2%) ist zwischen 20 und 29 Jahre alt. Zwischen 30 und 39 Jahren ist etwa ein Drittel (35,1 %) der Teilnehmer. Die zahlenmäßig größte Gruppe stellen die Teilnehmer zwischen 40 und 49 Jahren (39,6%). Über 50 Jahre sind 8,2% der zum Zeitpunkt t₁ angeschriebenen Rehabilitanden. Der *Altersmedian*, der die erhobenen Werte in zwei Hälften gleicher Größe teilt, liegt bei 38,5 Jahren. Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmer (42,0%) lebt alleine, der größere Teil (58,0%) lebt in einer Partnerschaft.

Schul- und Berufsabschluss (t₁)

Der weitaus größte Anteil der Teilnehmer verfügt über einen Haupt- oder Realschulabschluss (81,1%). Fachhochschulreife oder Abitur besitzen lediglich 15,2% der Befragten. Die Gruppe derjenigen, die über keinen Schulabschluss verfügt, ist praktisch gleich Null.

Aufgrund der überwiegenden Anzahl der Teilnehmer mit Haupt- oder Realschulabschluss haben fast drei Viertel der Befragten nach ihrer Schulzeit eine Lehre/Ausbildung absolviert (75,2%). Zwei Drittel der Teilnehmer (66,7%) haben einen gewerblich-technischen Erstberuf erlernt, ein Drittel (33,3%) einen Beruf im Dienstleistungssektor oder einen kaufmännischen Beruf, 8,8% der Befragten besitzen *keinen* Berufsabschluss. Frauen haben ein wenig seltener eine klassische Lehre abgeschlossen, dafür haben sie mehr Fachschulabschlüsse. Insgesamt gibt es aber keinen statistisch relevanten Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf den Berufsabschluss.

Berufswechsel (t₁)

Die Berufe der Rehabilitanden wurden aufgrund der Übersichtlichkeit grob in zwei Kategorien eingeteilt: gewerblich-technisch und Dienstleistung-kaufmännisch. Besonders auffällig ist, dass etwa zwei Drittel der Maßnahmeteilnehmer (66,7%) ihren ersten erlernten Beruf im gewerblich-technischen Bereich haben. Bei den Umschulungsberufen ist das Verhältnis aber umgedreht: nun geben ca. zwei Drittel an, einen dienstleistungs-kaufmännischen Beruf erlernt zu

haben (68,7%). 67,1% arbeiten auch zum Zeitpunkt t_2 in diesem Berufssektor. Interessanterweise war die letzte ausgeübte Tätigkeit der Befragten vor der Umschulung zu 47,6% im gewerblichen Bereich, aber bereits zu 52,4% im Dienstleistungssektor. Das Verhältnis hatte sich also schon vor der Umschulung verändert.

Ein Wechsel (Erlernen eines im Verhältnis zum Vorberuf fachfremden Berufes in der Umschulung) spielt, um hier schon ein Ergebnis vorwegzunehmen, entgegen unseren Erwartungen keine Rolle für einen erfolgreichen Return to Work.

5.4. Gesundheit

Allgemeiner Gesundheitszustand (t_2)

Im Fragebogen t_2 wurde der allgemeine Gesundheitszustand der Teilnehmer mithilfe des SF-12 und des WAI abgefragt. Es handelt sich hier um subjektive Angaben der Teilnehmer, da wir keinen Zugang zu den medizinischen Diagnosen hatten. Die am häufigsten genannten Beschwerden im WAI waren mit weitem Abstand Muskel-Skelett-Erkrankungen (51,0%), gefolgt von psychischen Erkrankungen (34,0%). Es stellte sich des Weiteren bei der Analyse heraus, dass eine Trennung von psychischen und physischen Krankheitsbildern praktisch nicht möglich war, da sehr viele Personen, nämlich fast 60%, mehrere Erkrankungen und/oder unterschiedliche Diagnosen (Multimorbidität) angaben. Eine Analyse der Anzahl der angegebenen Erkrankungen (subjektive Angaben) pro Teilnehmer ergab folgendes Bild:

Tabelle 4: Anzahl der genannten Erkrankungen zum Zeitpunkt t_2 (n=94)

Anzahl der genannten Erkrankungen	Prozent
Keine	11,7%
Eine	28,7%
Zwei	27,7%
Drei	13,8%
Vier oder mehr	18,1%

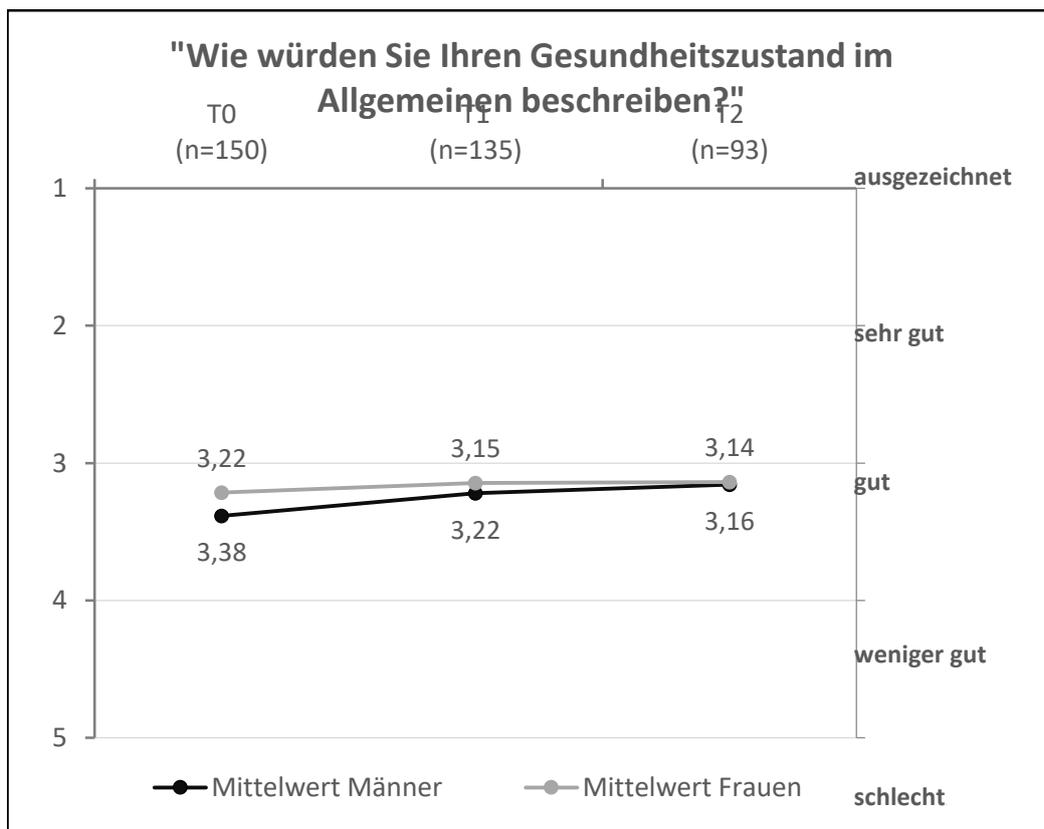
Fast 60% der Teilnehmer gaben zwei oder mehr Erkrankungen an, fast ein Drittel, 31,9%, sogar drei oder mehr Krankheiten. Bei der Gruppe die „keine Krankheit“ angibt, handelt es sich in der Regel um von der Bundesagentur für Arbeit zugewiesene Teilnehmer, überwiegend Rehabilitanden, die im IB Stuttgart (freier Träger) ihre Umschulung absolvierten.

Subjektiver Gesundheitszustand (t₂)

Trotz der oben beschriebenen Multimorbidität vieler Teilnehmer fällt die Frage nach der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes *positiv* aus. Ein Vergleich der Mittelwerte über die drei Messzeitpunkte ergibt nur geringfügige Änderungen. Alle Mittelwerte liegen rund um die Kategorie „gut“, ohne signifikante Differenzen zu den verschiedenen Zeitpunkten. Als Gründe können hypothetisch eine „Tendenz zur Mitte“ (Greve & Wentura 1997, S. 65f.) bei der Beantwortung vermutet werden, als auch ein abwärts gerichteter Vergleich („anderen Umschulungsteilnehmern geht es noch schlechter als mir“). Zudem könnte im Verlauf auch die Einschätzung, dass die Krankheit zwar vorhanden, aber für die Betroffenen beherrschbar ist, eine Rolle für die insgesamt positive Bewertung spielen.

Abbildung 5 zeigt den Verlauf der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes über den Gesamtverlauf der Befragung:

Abbildung 5: Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustandes von t₀ über t₁ zu t₂



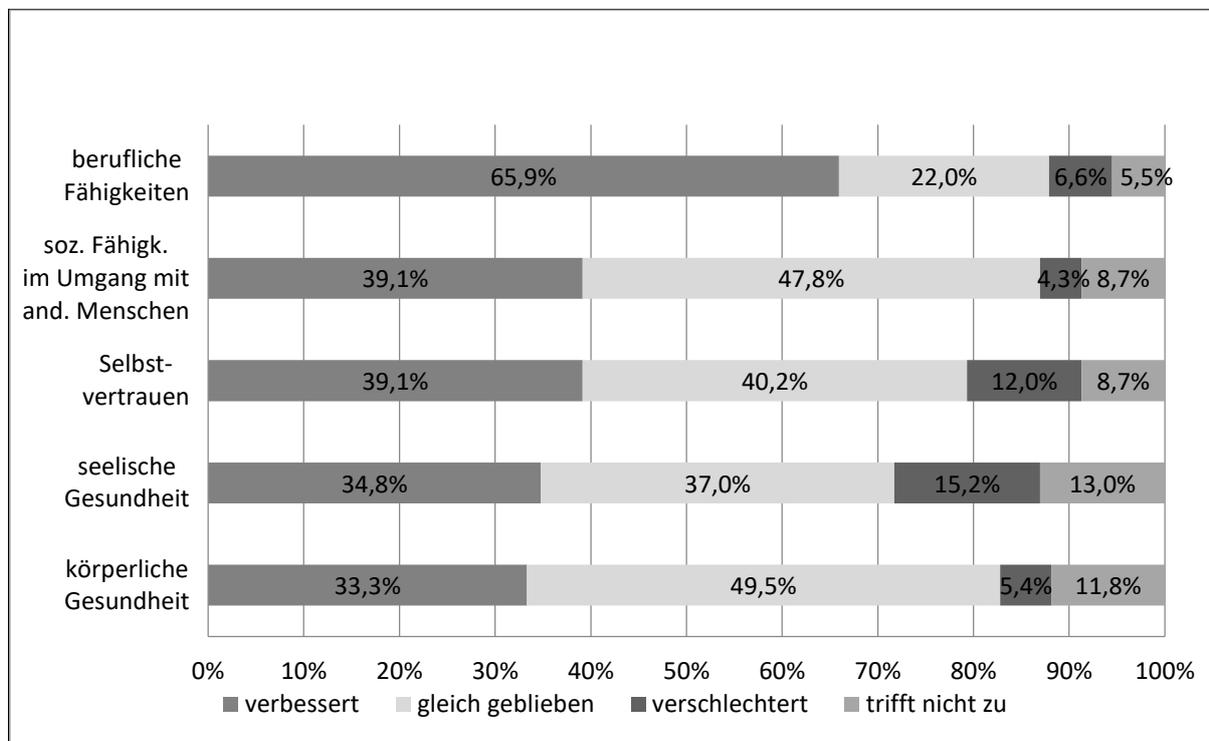
5.5. Umschulung

Bewertung der Umschulung (t₂)

Bei der nachträglichen Bewertung der Umschulung ist eine überwiegend positive Einschätzung der ehemaligen Teilnehmer zu konstatieren. Auch diejenigen, die zum Zeitpunkt t₂ nicht in Arbeit sind, geben in der Regel positive Veränderungen durch die Umschulung an. Das spricht für die Qualität und die Akzeptanz der Maßnahme bei den Teilnehmern.

Abbildung 6 zeigt die wahrgenommene Veränderung der Teilnehmenden durch die Umschulung in verschiedenen Bereichen zum Zeitpunkt t₂ (18 Monate nach Ende der Umschulung):

Abbildung 6: Bewertung der Veränderungen durch die berufliche Reha-Maßnahme (n=92)



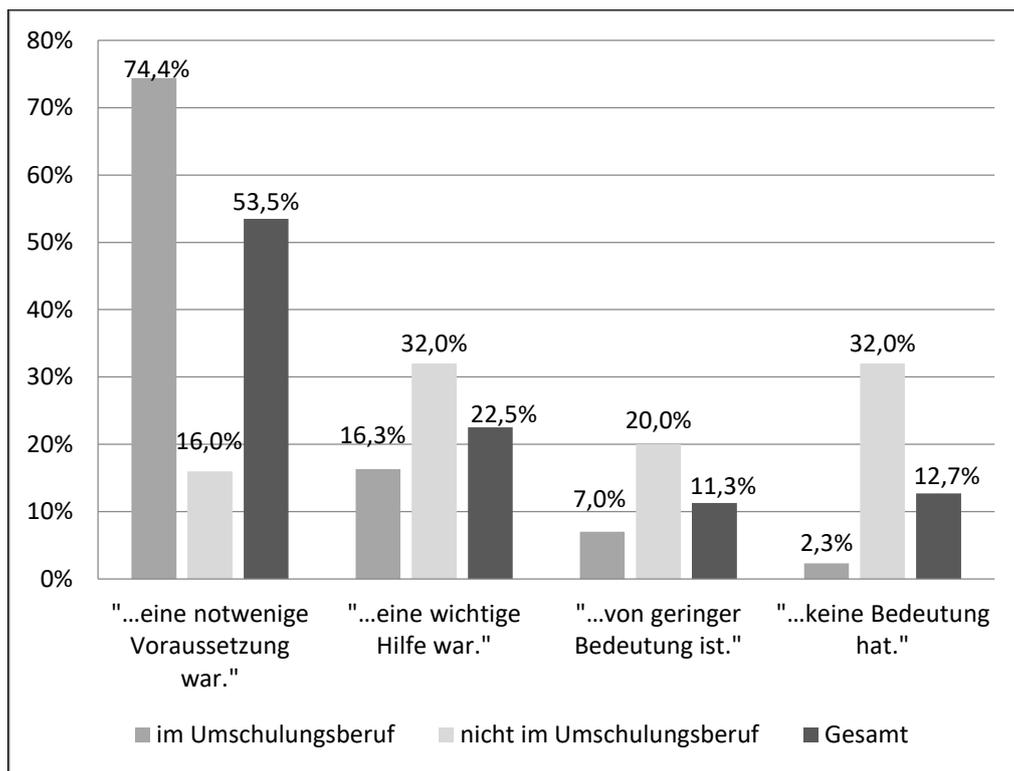
Am stärksten haben sich subjektiv für die Befragten „berufliche Fähigkeiten“ verbessert (65,9%), für 22,0% sind sie gleich geblieben und für 6,6% haben sie sich verschlechtert. Das „Selbstvertrauen“ und die „sozialen Fähigkeiten im Umgang mit anderen Menschen“ verbesserten sich für 39,1% der Teilnehmenden, blieben für 47,8%, bzw. 40,2% gleich und verschlechterten sich für 4,3% bzw. 12,0%. Die „seelische Gesundheit“ hat sich für 34,8% der Teilnehmenden verbessert und ist für einen fast gleichen Anteil (37,0%) gleich geblieben. Für ei-

nen relativ hohen Anteil (15,2%) hat sich die „seelische Gesundheit“, ähnlich dem „Selbstvertrauen“ verschlechtert. Die „körperliche Gesundheit“ ist bei einem Großteil (49,5%) der Befragten gleich geblieben und hat sich für 33,3% verbessert.

Maßnahme und Arbeitsplatz (t₂)

Im Fragebogen t₂ wurde nach der Einschätzung der Bedeutung der Maßnahme für den aktuellen Arbeitsplatz gefragt. Eingeschlossen sind hier dementsprechend nur die Teilnehmer die zum Zeitpunkt t₂ erwerbstätig waren. Abbildung 7 zeigt die Antworten der Rehabilitanden die zum Zeitpunkt der Befragung im Umschulungsberuf und solche die *nicht* im Umschulungsberuf tätig waren auf die Frage: „Wenn Sie jetzt einmal auf Ihre Umschulung zurückblicken, würden Sie sagen, dass die berufliche Reha-Maßnahme für Ihren Arbeitsplatz ...“

Abbildung 7: Bewertung der beruflichen Reha-Maßnahme (n=70)

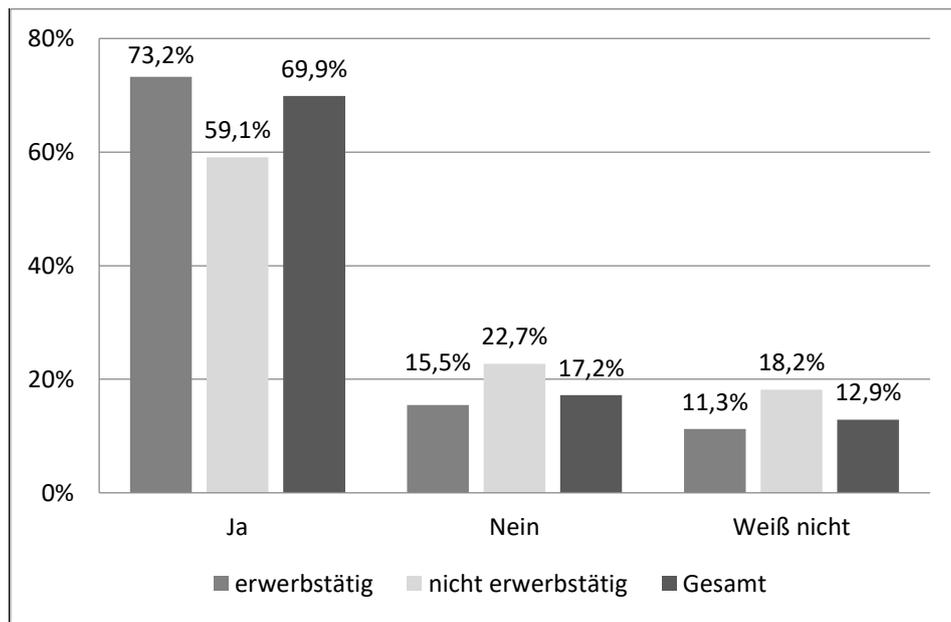


Immerhin geben noch fast die Hälfte aller Teilnehmer, die keinerlei Tätigkeit in ihrem Umschulungsberuf gefunden haben, an, dass die Maßnahme eine wichtige Rolle für die aktuelle, wenngleich „fachfremde“ Beschäftigung, spielt.

Neuerliche Umschulung (t₂)

An obige Einschätzung anschließend wurde im Fragebogen danach gefragt, ob die Teilnehmer, auf dem aktuellen Erfahrungs- und Wissensstand, nochmals eine Umschulung absolvieren würden. Abbildung 8 zeigt die Beantwortung dieser Frage differenziert nach Erwerbstätigen und zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos gemeldeten Teilnehmer:

Abbildung 8: Würden Sie sich heute noch einmal für Ihre Umschulung entscheiden? (n=93)



Teilt man die Erwerbstätigen wieder in diejenigen, die im erlernten Umschulungsberuf arbeiten und die, die nicht im Ausbildungsberuf arbeiten, auf, erhält man wieder ähnliche Ergebnisse wie in der vorherigen Frage nach der Bedeutung der Maßnahme für die aktuelle Arbeitssituation. Die Einschätzung derjenigen Personen, die nicht im Umschulungsberuf tätig sind, entspricht in etwa derjenigen der nicht Erwerbstätigen. 28,3% würden sich heute gegen eine Umschulung entscheiden, im Vergleich dazu sind es bei den im Umschulungsberuf Tätigen nur 9,7%. Entsprechend sehen die Zahlen für die Entscheidung zu einer nochmaligen Umschulung aus: 56,4% nicht im Umschulungsberuf tätig zu 81,4% im Umschulungsberuf.

Als Gründe für ihre Arbeitslosigkeit geben die Teilnehmer im Wesentlichen gesundheitliche Einschränkungen, ihr höheres Alter, fehlende Berufserfahrung und verfehlte Inhalte in der Umschulung an. Einen weiteren Grund sehen die arbeitslosen Teilnehmer in der Tatsache, dass der erlernte Beruf in ihrer Region nicht gesucht wird. Was konkret in der Umschulung gefehlt hat, ist, so nahezu unisono, die *Praxis*, d. h. praxisbezogene, inhaltlich besser auf die Arbeitsmarktanforderungen abgestimmte und aktuelle Lehrangebote, mehr Unterstützung

und Betreuung durch die Dozenten sowie mehr Unterstützung bei der Praktikums- und Arbeitsplatzsuche¹⁹.

5.6. Arbeit und Beruf

Der Erwerbsstatus

Der erste kurze Fragebogen t_1 hatte insbesondere den Zweck, den beruflichen Status der ehemaligen Umschüler sechs Monate nach dem Maßnahmenende zu erfassen. *Vor Beginn* der Maßnahme waren 37,4% der Befragten erwerbstätig und 62,6% arbeitslos²⁰. Das Verhältnis zwischen Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen lag zum Zeitpunkt t_1 , also 6 Monate nach dem Ende der Maßnahme, bei 59,4% zu 40,6% ($n=138$). Zum Zeitpunkt t_2 , 18 Monate nach der Maßnahme, war das Verhältnis 76,6% zu 23,4%. Tabelle 5 gibt eine Übersicht zum Erwerbsstatus zu t_1 und t_2 :

Tabelle 5: Status der Rehabilitanden 6 (t_1) und 18 Monate (t_2) nach der Umschulung

Zeitpunkt	erwerbstätig	arbeitslos	Im Umschulungsberuf tätig	Vollzeit	befristet beschäftigt
t_1 ($n=138$)	59,4%	40,6%	70,7%	86,4%	59,7%
t_2 ($n=94$)	76,6%	23,4%	61,4%	83,6%	51,8%

Rund 60% der Teilnehmer sind in ihrem Umschulungsberuf tätig. Ein relativ hoher Anteil der Maßnahmeteilnehmer arbeitete zum Zeitpunkt t_2 entweder wieder im alten Beruf oder ist *nicht* in ihrem Umschulungsberuf tätig (29,6%)²¹. Unsere Ergebnisse zu t_2 (76,6%) entsprechen insgesamt in etwa den „Normalwerten“ von Nachbefragungen²².

¹⁹ Diese Einschätzungen finden sich auch in einigen unserer Interviews mit den ehemaligen Rehabilitanden.

²⁰ Direkt vor der Umschulung waren 37,8% der Teilnehmer krankgeschrieben. Hierbei handelt es sich größtenteils um erwerbstätige Personen (64%), von denen insgesamt 90,9% über 6 Wochen und 3,9% über 78 Wochen krankgeschrieben waren. Zum Zeitpunkt t_1 waren lediglich 2,3% der Befragten krankgeschrieben, alle im ALG II-Bezug.

²¹ Von den Personen, die nicht im Umschulungsberuf tätig sind, stammen 54% aus der Region Mecklenburg-Vorpommern, davon 90% im Dienstleistungssektor ausgebildet. Zum Zeitpunkt t_2 schwächen sich diese beiden Faktoren ab (40% zu 80%). Es handelt sich dabei aber, bis auf wenige, um andere Personen. Die Unterscheidung der Personen die im Umschulungsberuf und *nicht* im Umschulungsberuf tätig sind, ist nicht immer eindeutig, da sich (u.a. wahrscheinlich aufgrund von Befristungen) immer wieder Wechsel ergeben.

²² „Die langfristige berufliche Wiedereingliederungsquote liegt bei allen drei Absolventenjahrgängen mit 83% – 84% beträchtlich über den entsprechenden mittelfristigen Wiedereingliederungsquoten der Jahres-

Fast 30% der Erwerbstätigen haben innerhalb der ersten 4 Monate im Praktikumsbetrieb eine Arbeit gefunden, zum Zeitpunkt t_2 haben dann ein Drittel dieser Teilnehmer vom Praktikumsbetrieb zu einem neuen Arbeitgeber gewechselt²³.

Befristete Beschäftigungsverhältnisse sind in unserer Untersuchungsgruppe sehr häufig, über die Hälfte gibt bei t_2 an, einen zeitlich begrenzten Arbeitsvertrag zu haben (51,8%). Im Vergleich dazu waren laut Bundesarbeitsministerium im Jahr 2014 42% aller neuen Arbeitsverträge befristet, d.h. die von uns untersuchte Gruppe hat deutlich häufiger ein zeitlich begrenztes Arbeitsverhältnis²⁴.

Rund ein Viertel der Umschüler (24,7%) ging direkt von der Maßnahme in Arbeit. Innerhalb von 2 Monaten waren von denjenigen, die zum Zeitpunkt t_1 Arbeit hatten, 61,7% erwerbstätig, nach 4 Monaten 80,2% und nach einem halben Jahr 88,9%. Problematisch sind alle Teilnehmer die über ein halbes Jahr nach der Maßnahme erwerbslos gemeldet sind. Das entspricht den Ergebnissen der Regressions- und Prädiktorenanalyse (siehe Kapitel 5.8.).

Während in Baden-Württemberg fast alle Absolventen im Umschulungsberuf tätig sind (in der Regel gewerblich-technische Ausbildungen), sind es in Mecklenburg-Vorpommern nur etwa 50%. Aufgrund der kleinen Zahlen lassen sich hier keine eindeutigen Aussagen zu einzelnen Umschulungsberufen machen. Es zeigt sich aber insbesondere bei einzelnen Berufen, wie etwa Gesundheitskaufmann, eine negative Tendenz (statistisch aber nicht abgesichert). Zugleich sind in Mecklenburg-Vorpommern aber auch Umschüler in gewerblich-technischen Ausbildungen weniger in Tätigkeit, was – wie später noch zu sehen – für die Bedeutung des regionalen Faktors spricht.

Etwa 15% der Teilnehmer hatten zum Zeitpunkt t_1 als auch t_2 einen subventionierten Arbeitsplatz, ein Drittel von der Bundesagentur für Arbeit und zwei Drittel von der DRV finanziert. In einem laufenden EM-Rentenantragsverfahren waren zu t_1 lediglich vier Teilnehmer, zu t_2 nur ein einziger, da die anderen drei Anträge bereits abgelehnt wurden.

Nachbefragungen (mit 63%, 74% und 77%).“ (Beiderwieden 2001, S. 186) Die deutlich niedrigeren Eingliederungsquoten (53% pflichtversicherte Beschäftigte nach 2 Jahren) wie sie etwa dem aktuellen Reha-Bericht (DRV 2014b, S. 53) zu entnehmen sind, beziehen sich auf *alle* Formen von Bildungsleistungen, sind also nicht mit unseren 2jährigen Vollzeitmaßnahmen zu vergleichen.

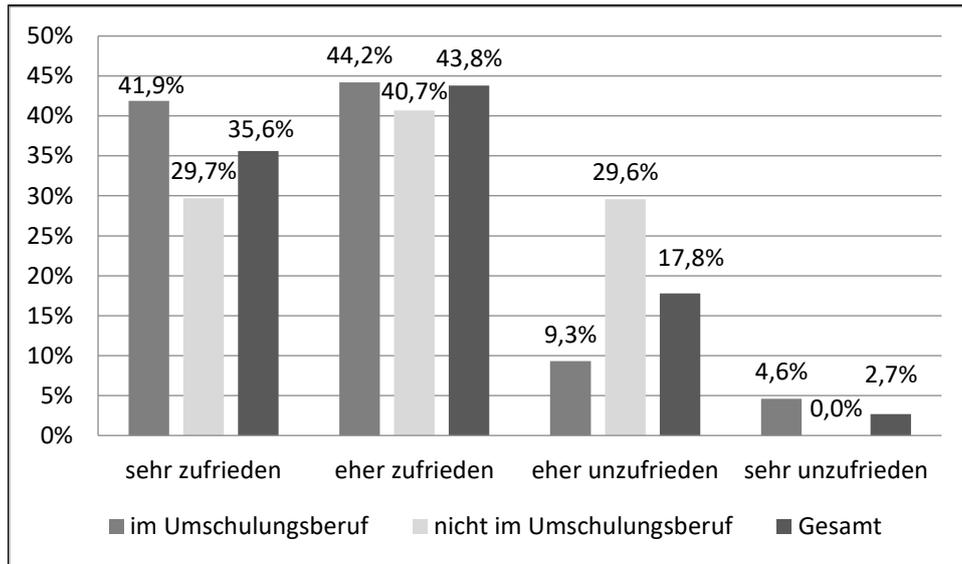
²³ Es handelt sich hier allerdings um relativ kleine Zahlen: 5 von 15 Teilnehmer.

²⁴ Quelle: <http://www.welt.de/politik/deutschland/article126625402/Mehr-befristete-Arbeitsvertraege-in-Deutschland.html>. Die hohe Quote der befristeten Arbeitsplätze mag auch daran liegen, dass es sich bei unserer Gruppe in der Regel um Berufsanfänger handelt.

Arbeitsplatzzufriedenheit (t₂)

In der Abbildung 9 wird nach der Zufriedenheit der Maßnahmenteilnehmer mit ihrem aktuellen Arbeitsplatz, differenziert nach im Umschulungsberuf tätig oder nicht, zum Zeitpunkt t₂ (18 Monate nach Ende der Umschulung) gefragt.

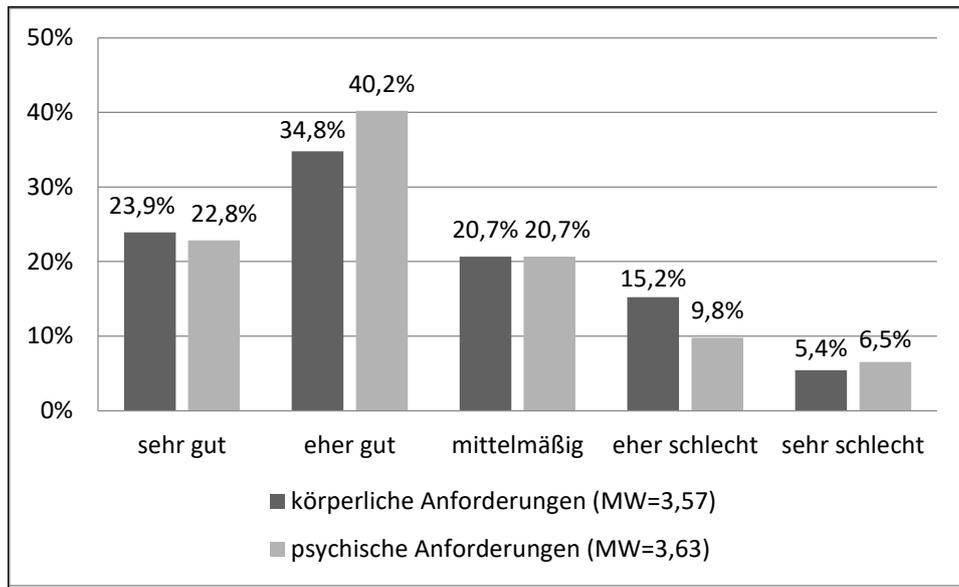
Abbildung 9: Zufriedenheit mit dem derzeitigen Arbeitsplatz (n=73)



Es zeigt sich, dass ein hoher Anteil der Teilnehmer mit Ihrem Arbeitsplatz „sehr zufrieden“ (35,6%) bzw. „eher zufrieden“ (43,8%) ist. Von allen Befragten sind 17,8% „eher unzufrieden“, bzw. „sehr unzufrieden“ (2,7%). Personen die nicht in ihrem Umschulungsberuf tätig sind (siehe auch die qualitative Analyse) geben zu überwiegendem Anteil (71,4%) an, mit ihrer beruflichen Situation zufrieden zu sein, es folglich mehr das Erwerbstätig sein, als eine spezifische Tätigkeit ist, die für die meisten Teilnehmer die größte Bedeutung hat.

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (t₂)

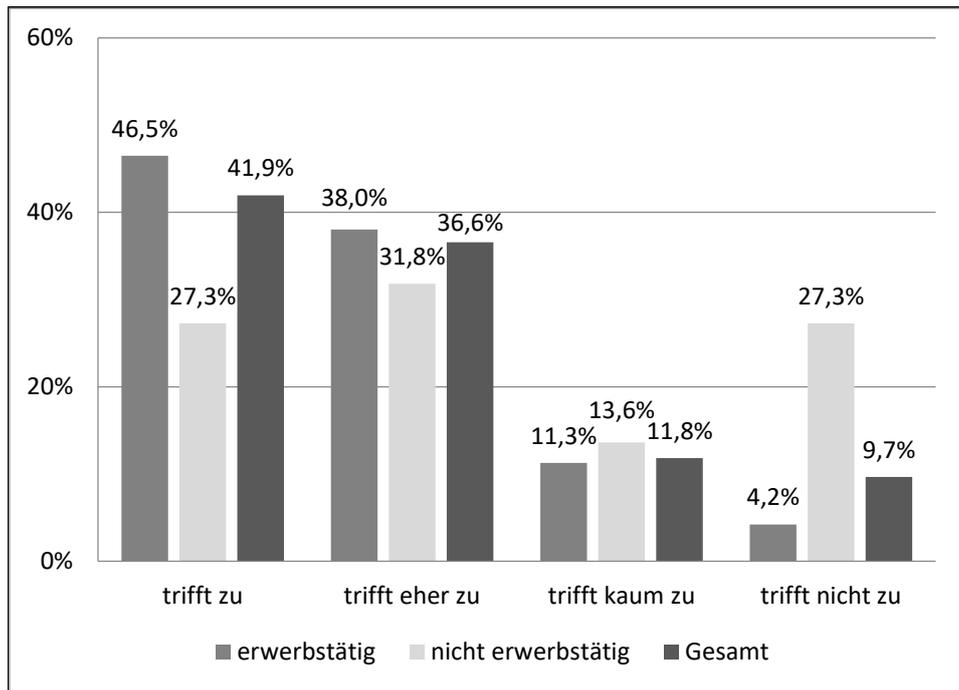
Da, wie gesehen, viele der Teilnehmer an Multimorbidität leiden, also mehrere Krankheiten angeben, wurde nach der subjektiven Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen bzw. psychischen Anforderungen des aktuellen Arbeitsplatzes gefragt. Abbildung 10 zeigt die Einschätzung differenziert nach körperlichen bzw. psychischen Anforderungen zum Zeitpunkt t₂:

Abbildung 10: Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu t₂ (n=92)

Ein großer Teil der Rehabilitanden schätzt seine Arbeitsfähigkeit als sehr gut oder eher gut ein (körperliche Anforderungen: 23,9% zu 34,8%; psychische Anforderungen: 22,8% zu 40,2%). Ein Fünftel der Befragten schätzt die Arbeitsfähigkeit hinsichtlich körperlicher und psychischer Anforderungen als mittelmäßig ein. Ein geringerer Anteil schätzt den eigenen Zustand als eher schlecht (körperliche Anforderungen: 15,2%; psychische Anforderungen: 9,8%) oder sehr schlecht (körperliche Anforderungen: 5,4%; psychische Anforderungen: 6,5%) ein. Die mittlere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit liegt bei den psychischen Anforderungen (MW=3,63) leicht über dem Wert der körperlichen Anforderungen (MW=3,57).

Berufliche Zukunftserwartungen (t₂)

Bezogen auf die Zukunftserwartungen lässt sich ebenfalls eine überwiegend positive Einschätzung der Teilnehmer konstatieren. Abbildung 11 zeigt die Berufliche Zukunftserwartung zum Zeitpunkt t₂:

Abbildung 11: Berufliche Zukunftserwartung zu t₂ (n=93)

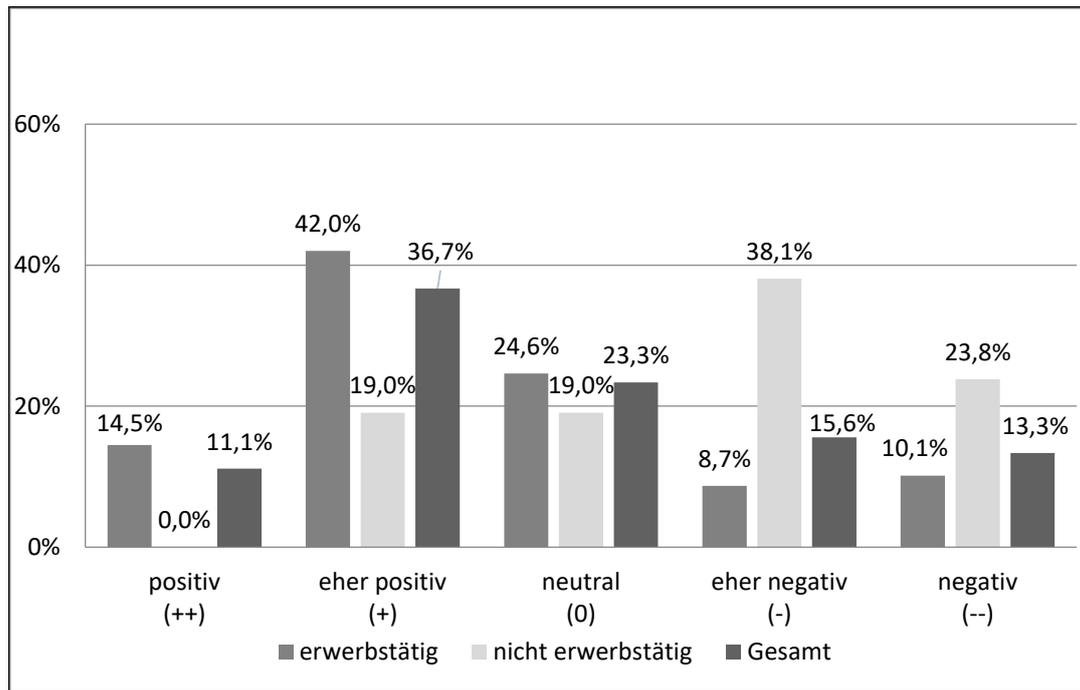
Fasst man die positiven (trifft zu/trifft eher zu) und die negativen Antworten (trifft kaum zu/trifft nicht zu) zu einer dichotomen Klassifikation zusammen, dann sind sogar 84,5% der Erwerbstätigen und 59,1% der nicht Erwerbstätigen positiv gegenüber ihrer beruflichen Zukunft eingestellt. Dementsprechend blicken 15,5% der Erwerbstätigen und 40,9% der nicht Erwerbstätigen negativ auf ihre berufliche Zukunft. Bei der Einteilung der Erwerbstätigen in „im Umschulungsberuf“ und „nicht im Umschulungsberuf“ ergeben sich keine Unterschiede.

5.7. Zufriedenheit

Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation (t₂)

Neben der beruflichen Zufriedenheit wurde auch nach der allgemeinen Lebenssituation gefragt. Abbildung 12 zeigt die Verteilung der allgemeinen Lebenszufriedenheit differenziert nach Erwerbstätig/nicht Erwerbstätig:

Abbildung 12: Lebenszufriedenheit allgemein (n=90)

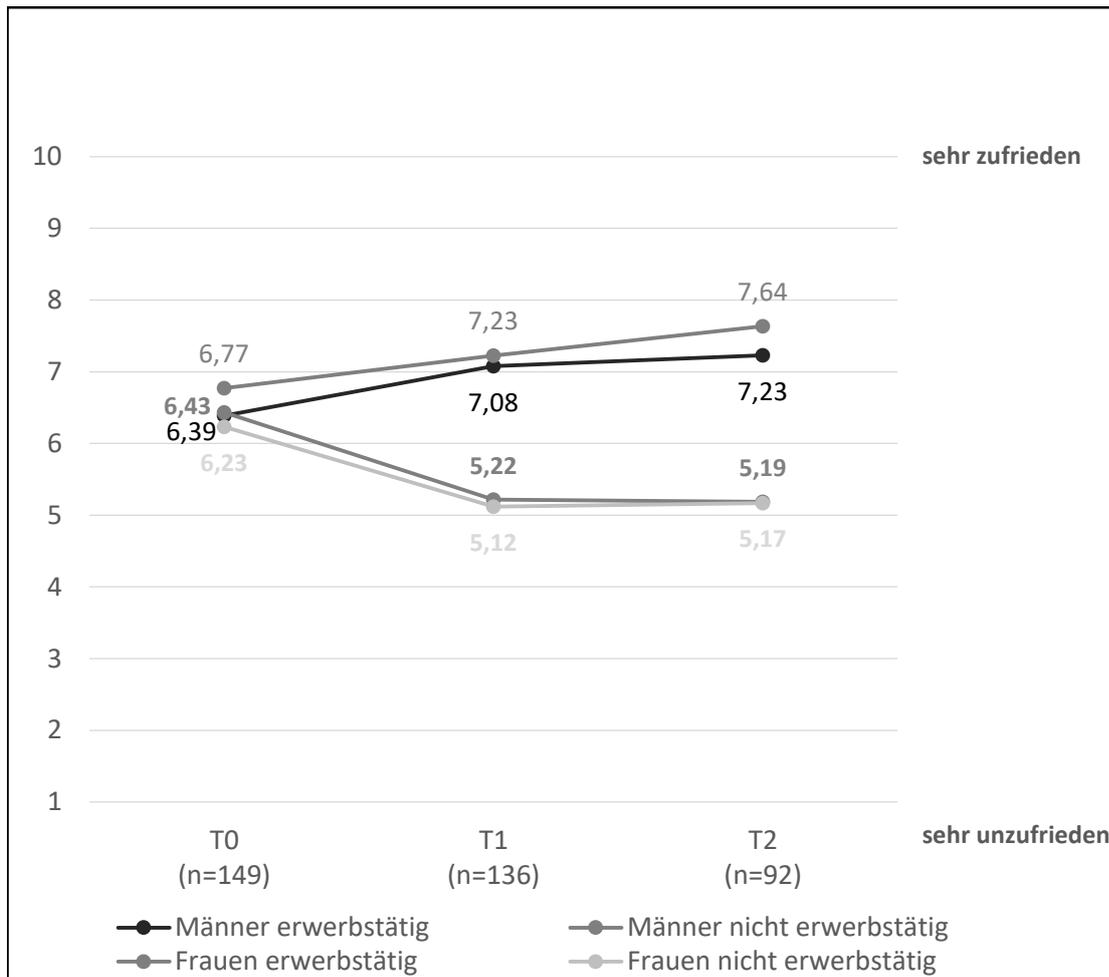


Wie in Abbildung 12 zu sehen, ist der Zufriedenheitsindex mit der aktuellen Situation bei den Nicht-Erwerbstätigen bei über der Hälfte (51,9%) negativ. Auch hier ergeben sich bei der Einteilung der Erwerbstätigen in „im Umschulungsberuf“ und „nicht im Umschulungsberuf“ keine Unterschiede.

Verlaufskurve der allgemeinen Lebenszufriedenheit

Die folgende Abbildung 13 zeigt den Mittelwert der Lebenszufriedenheit der Teilnehmenden über die drei Messzeitpunkte t_0 , t_1 und t_2 auf einer zehngliedrigen Skala, auf der 1 den schlechtesten ("sehr unzufrieden") und 10 den besten ("sehr zufrieden") Wert darstellt.

Es zeigt sich, dass die Lebenszufriedenheit am Ausgangspunkt t_0 (während der Maßnahme) für alle Teilnehmer in etwa identisch war. Alle Mittelwerte liegen zum Zeitpunkt der Maßnahme (t_0) zwischen 6 und 7.

Abbildung 13: Allgemeine Lebenszufriedenheit von t_0 über t_1 zu t_2 (n= 81)

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Zufriedenheit der Erwerbstätigen, unabhängig vom Geschlecht, über die Messzeitpunkte t_1 und t_2 ansteigt, während die Zufriedenheit der Nicht-Erwerbstätigen geringer wird. Zum Ende der Befragung besteht somit ein deutlicher Unterschied zwischen diesen Gruppen²⁵.

5.8. Return to Work - Einzelanalysen

Um zu prüfen, welchen Einfluss Unterschiede in den soziodemographischen, berufsbezogenen und krankheitsbezogenen Variablen auf den „Return to Work“ (abhängige Variable) haben,

²⁵ Differenziert nach Geschlecht und zu t_1 *nicht* im Umschulungsberuf ergeben sich folgende Werte: gesamt 6,71; männlich 6,33; weiblich 7,08. Nach Geschlecht *im* Umschulungsberuf: gesamt: 7,31; männlich 7,31; weiblich 7,32. Für den t_2 ergeben sich hierzu keine Differenzen.

wurden logistische Regressionsanalysen gerechnet. Als unabhängige Variablen dienten die folgenden Parameter: Geschlecht, Altersgruppe, Partnerschaft, Wohnregion, Schulbildung, Einteilung des Umschulungsberufs (gewerblich-technisch; Dienstleitung/kaufmännisch), Arbeitslosigkeit vor der Umschulung und der subjektive Gesundheitszustand.

In der logistischen Regressionsanalyse wird der Einfluss der ausgewählten Variablen auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz zum Zeitpunkt t_1 (6 Monate nach der Umschulung) und t_2 (18 Monate nach Umschulung) berechnet. Bei kategorialen Variablen (z.B. Arbeitslosigkeit) gibt der Koeffizient an, wie sehr sich die logarithmierte Chance auf Return to Work (RTW) im Verhältnis zu einer Referenzkategorie (z.B. Erwerbstätige) ändert. Bei kontinuierlichen Variablen (z.B. Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands) gibt der dargestellte Wert an, wie sehr sich die logarithmierte Chance in Arbeit zu kommen verändert, wenn der Wert der unabhängigen Variable um einen Punkt ansteigt. Das Signifikanzniveau wurde auf $p=0,05$ (signifikant) bzw. $0,01$ (sehr signifikant) festgelegt (vgl. Bortz 2006)²⁶.

Tabelle 6 zeigt die wichtigsten Ergebnisse der Regressionsanalyse für t_1 und t_2 mit den oben genannten unabhängigen Variablen, jeweils mit Koeffizient und p-Wert:

Tabelle 6: Regressionsanalyse: signifikante Variablen für RTW

Variable	t_1 (n=114)	t_2 (n=81)
In Partnerschaft	1,28 (p=0,011)	4,85 (p=0,000)
Schlechte subjektive Gesundheitseinschätzung	-0,74 (p=0,007)	-1,67 (p=0,011)
Mecklenburg-Vorpommern		-6,95 (p=0,002)
Berlin-Brandenburg		-6,29 (p=0,005)
Weiblich		2,89 (p=0,042)
Langzeit-ALO (über 12 Monate)	-1,24 (p=0,047)	
Altersgruppe 40-49	-1,75 (p=0,050)	

²⁶ Bei einer Heraufsetzung des Signifikanzniveaus von $p=0,05$ auf $p=0,10$ waren nur die zwei folgenden Variablen zusätzlich für t_1 , nicht aber für t_2 , von Bedeutung: einmal die „Altersklasse über 50“ sowie ein „Abiturabschluss“ (beide negativ korreliert).

Wie in Tabelle 6 zu sehen ist, gibt es lediglich zwei Variablen, die zu beiden Zeitpunkten sehr signifikant für einen erfolgreichen RTW sind: einmal die *soziale Eingebundenheit* (allein lebend/Partnerschaft) und zum anderen die *subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands*. Dieses Ergebnis bestätigt noch einmal unsere vorherige Studie zu *Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen* (Kardorff et al. 2013a), wo diese beiden Variablen (neben dem Vorhandensein einer Depression) am bedeutsamsten für einen (möglichen) Abbruch waren. Für einzelne Variablen ergeben sich folgende wichtige Erkenntnisse:

- *Altersgruppe*: Das Alter spielt in unserem Sample keine entscheidende Rolle für RTW. Leicht negativ ist es für die Gruppe der 40-49 Jährigen ($p=0,05$) zum Zeitpunkt t_1 , für t_2 fällt dieser Faktor weg.
- Der *Bildungsstand* spielt sowohl bei t_1 als auch bei t_2 überraschenderweise keine signifikante Rolle; etwas auffällig sind lediglich Absolventen der POS, die etwa besser abschneiden. Ein zwar nicht signifikanter aber auffallender Wert ($p=0,10$) für einen (negativen) RTW ist die Variable „Abitur.“ Dies liegt wahrscheinlich daran, dass nur wenige Teilnehmer mit Abitur in die untersuchten Maßnahmen kommen, die in der Regel eine diskontinuierliche Berufsbiografie aufweisen und in gewissem Sinne als „Problemfälle“ gelten können, z.B. Personen mit Psychosen.
- Das *Geschlecht* spielt lediglich zum Zeitpunkt t_2 eine signifikante Rolle. Frauen sind dabei erfolgreicher beim RTW ($p=0,042$). Dies kann damit zusammenhängen, dass Frauen nach längerer Zeit der Erwerbslosigkeit nach Ende der Maßnahme eher bereit sind, Kompromisse bei der Stellenwahl einzugehen (vgl. z.B. Fall Frau Bender und Kapitel 7 „Synopsis“).
- Rehabilitanden, die *Multimorbidität* angeben (hier definiert als drei Krankheiten oder mehr) sind langfristig nicht weniger in Arbeit als weniger belastete Teilnehmer. Auch spielt Depression als Einzelfaktor keine Rolle für den RTW (vgl. dagegen die Vorläuferstudie, in der Depression der wichtigste Faktor für einen frühzeitigen Abbruch der Maßnahme war).
- Die *Region* (strukturstark/schwach) – Baden-Württemberg wurde dabei als Referenzwert festgesetzt – spielt bei t_1 noch keine Rolle, wird aber zum Zeitpunkt t_2 mit negativem Koeffizienten deutlich signifikant (Berlin-Brandenburg -6,29; $p=0,005$; Mecklenburg-Vorpommern -6,95; $p=0,002$). Es lässt sich daraus der Schluss ziehen, dass die

Personen, die 6 Monate nach Maßnahmenende in einer strukturschwachen Region noch nicht erwerbstätig sind, in der Regel arbeitslos bleiben. Hier sehen wir einen möglichen Ansatzpunkt für weiteren gezielten Unterstützungsbedarf (vgl. Kapitel 8).

- Die unterschiedlichen *Umschulungsberufe* waren in der Regressionsanalyse ebenfalls nicht signifikant für RTW. Dienstleistungsberufe hatten zwar etwas schlechtere Werte beim RTW zu t_2 , statistisch lässt sich aber keine Signifikanz feststellen.
- Auch *Langzeitarbeitslosigkeit* (über ein Jahr vor Beginn der Maßnahme) spielt erstaunlicherweise nur zu t_1 eine Rolle, nicht aber zu t_2 .

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die wichtigsten Faktoren: *soziale Eingebundenheit* (allein lebend/Partnerschaft); *subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands* und die *Herkunftsregion* (strukturstark/schwach) von t_1 auf t_2 verstärken.

RTW bei Merkmalskombinationen

Mithilfe der Regressionsanalyse wurden sog. *Predictive Margins* erstellt, die die theoretischen Wahrscheinlichkeiten für einen RTW bei angenommenen Kombinationen bestimmter Merkmale bei den Teilnehmern berechnet. Es handelt sich dabei um einen *theoretischen Schätzwert*, der in der Empirie nicht unbedingt eine exakte Entsprechung in den Daten haben muss. Tabelle 7 zeigt die Wahrscheinlichkeit (Schätzwert), bestimmter definierter Subgruppen zum Zeitpunkt t_2 wieder in Arbeit zu sein (erfolgreicher RTW). Für die Darstellung wurde eine extrem „erfolgreiche“ wie eine auffallende „Risikogruppe“ ausgewählt. Die erste Stelle unter der Rubrik Gruppe in Tabelle 5 ist die subjektive Gesundheit (1 = ausgezeichnet – 5 = schlecht); die zweite Stelle meint die Region (1 = Baden-Württemberg, 2 = Berlin-Brandenburg, 3 = Mecklenburg-Vorpommern); die dritte Stelle steht für das Geschlecht (1 = männlich, 2 = weiblich) und die vierte Stelle für Partnerschaft (1 = mit Partner, 0 = allein lebend). Tabelle 7 fasst die Ergebnisse der *Predictiv Margins* für t_1 und t_2 zusammen:

Tabelle 7: Predictive Margins für Merkmalskombinationen

Gruppe	Prädizierter Wert zu t_1	Prädizierter Wert zu t_2
1121	0,962	0,999
5310	0,146	0,005

Die erste Gruppe (1121) hat also zum Zeitpunkt t_1 eine 96%ige Wahrscheinlichkeit wieder in Arbeit zu sein, zum Zeitpunkt t_2 beträgt diese praktisch 100%. Umgekehrt die Gruppe mit den Merkmalen 5310: sie ist zu t_1 mit 14%iger und zu t_2 mit 0,5%iger Wahrscheinlichkeit in Arbeit. Die in Tabelle 7 sichtbare theoretische Risikogruppe mit den Merkmalen: *Männlich, über 40 Jahre, alleinlebend, Region Mecklenburg-Vorpommern* (5310), spiegelt sich, wie unten in der Analyse und Darstellung der qualitativen Daten zu sehen sein wird, in unserem Fall exakt in den empirischen Merkmalskombinationen der interviewten Personen wider (vgl. Kapitel 6.3.). Insofern bestätigt das theoretische Schätzmodell der statistischen Analyse hier die Ergebnisse der qualitativen Analyse. Mit Blick auf eine Verallgemeinerung der Ergebnisse muss die relativ geringe Stichprobengröße aber in Rechnung gestellt werden.

5.9. Zusammenfassung

Die unten angeführte Tabelle 8 fasst nochmals alle wichtigen Ergebnisse für RTW zu den Messzeitpunkten t_1 und t_2 zusammen. Zu sehen ist, dass lediglich die beiden Variablen *In Partnerschaft lebend* und die *subjektiv positive Gesundheitseinschätzung* zu allen Zeitpunkten in unserer Studie signifikant für einen RTW sind. In der letzten Spalte werden diejenigen Variablen angeführt die auf Grundlage unserer Daten, zum Teil entgegen unseren Annahmen, *keine* Rolle für den RTW spielen. Es sei hier aber nochmals explizit darauf hingewiesen, dass aufgrund der begrenzten Teilnehmeranzahl die erhobenen Daten mit einer gewissen Vorsicht betrachtet werden müssen, insbesondere Gruppenvergleiche sind wegen der geringen Zahl nur begrenzt aussagekräftig.

Tabelle 8: Signifikanzen für RTW (Signifikanzniveau $p=0,05$)

Signifikant zu t_1	Signifikant zu t_2	Keine Rolle zu t_1 und t_2
In Partnerschaft (positiv)	In Partnerschaft (positiv)	Angegebene Depression
Subjektiv positive Gesundheitseinschätzung	Subjektiv positive Gesundheitseinschätzung	Multimorbidität (Nennung mehrerer Krankheitsdiagnosen)
ALO über 12 Monate (negativ)	Region (Meck.-Vorpom. und Berlin-Brandenburg: negativ)	Schulabschluss und erlernter Beruf
Altersgruppe 40-49 Jahre (negativ)	Geschlecht (Frauen positiv)	„Berufswechsler“ (von gewerb.-techn. auf dienstl.-kaufm. und umgekehrt)

6. Qualitative Ergebnisse

Abbildung 14: Übersicht der wichtigsten qualitativen Ergebnisse

Es zeigen sich insgesamt acht verschiedene Personen-Konstellationen in Clustern (6.4.2.), die für ähnliche Verlaufsmuster durch den Rehabilitationsprozess hin zu RTW stehen. Als Eckfälle²⁷ (6.4.3.) illustrieren sechs²⁸ exemplarische Fallrekonstruktionen (6.5.) die vorgefundene biografischen Erfahrungsaufschichtungen, Entscheidungs- und Wendepunkte, Möglichkeiten und Hemmnisse etc. von Rehabilitanden und stehen für verschiedene, aber *nicht rein individuelle* Perspektiven auf und Umgangsmuster mit Einflussfaktoren beim RTW. Die wichtigsten Einflussfaktoren, als zentrales Ergebnis des Fallvergleichs (6.6.), sind:

Umschulungsberufswahl: Die Wahl des Umschulungsberufs ist stark durch die medizinisch-psychologischen Eignungstests beeinflusst. Von Vorteil wäre eine stärkere Beachtung der Vorstellungen, Interessen und auch der berufsbiografischen Vorgeschichte der Rehabilitanden, da das erfolgreiche Absolvieren der Umschulung besonders aussichtsreich ist, wenn die Rehabilitanden den Beruf als biografisch passend empfinden. Ohne biografische Passung entwickeln sie kein Interesse am Beruf und arbeiten nach der Reha (wenn überhaupt) anderweitig.

Umgang mit der Krankheit: Ein positives und aktives Gesundheitsverhalten wirkt sich förderlich auf den RTW-Erfolg aus. Dazu zählen neben dem freizeitlichen Ausgleich (z.B. Sport) oder einer gelungenen Work-Life-Balance vor allem ein offener Umgang mit der Krankheit und das Gefühl, die Krankheit unter Kontrolle zu haben. Weiterhin ist die Akzeptanz der Krankheit als Teil des Selbst und des Alltags sowie die Akzeptanz der eingeschränkten Leistungsfähigkeit wichtig. All diese Faktoren helfen dabei, ein Kreisen um die und Angst vor der Krankheit abzubauen.

Motivationale Aspekte: Drei wichtige Aspekte der Motivation der Teilnehmer beeinflussen den Erfolg beim RTW positiv:

1. Die Aufrechterhaltung und Überführung der *Zielorientierung* aus der Maßnahme in die Suche nach Arbeit;
2. Die *Lebenslauforientierung* und die damit verbundene Orientierung an der „Normalbiografie“ mit starkem Identitätsbezug über die Arbeitswelt;
3. Die *Akzeptanz einer (zunächst) geringeren Entlohnung* mit dem Willen nach einem innerbetrieblichen und finanziellen Aufstieg.

Schonraum: Kennzeichnend für den Schonraum sind eine vorgegebene Alltagsstruktur und eine (institutionengebundene) soziale Teilhabe. Viele Rehabilitanden empfinden die berufliche Rehabilitationsmaßnahme als einen solchen Schonraum, in dem sie den neuen Beruf erlernen, sich an einen Arbeitsalltag mit gesundheitlichen Einschränkungen gewöhnen und neue (berufs-)biografische Perspektiven entwickeln können. Riskant wird es aber, wenn die Rehabilitanden den Schonraum als Leitplanke der Lebensführung nutzen und sich dadurch passiv verhalten.

Arbeitsmarkt: Qualitativ zeigt sich, dass nicht der allgemeine Arbeitsmarkt für den RTW-Erfolg entscheidend ist, sondern der berufsspezifische. Weiterhin stehen die Aufrechterhaltung der Zielorientierung und der vorherige berufliche Lebensweg in Abhängigkeit zur Wirkung des Arbeitsmarkts auf den RTW-Erfolg. Dies ist kein Kontrast zu den statistischen Ergebnissen, sondern gibt zusätzliche Erklärungen, z.B. in der Form, dass die Lebenssituation der Rehabilitanden in direkter Abhängigkeit mit der Aufrechterhaltung der Zielorientierung nach der Maßnahme steht.

Soziale Einbindung: Eine gute soziale Einbindung in unterschiedlichen Lebensbereichen (Arbeit, Familie, soziales Netz) wirkt sich positiv auf die Work-Life-Balance aus und stabilisiert die Lebensführung nach der Umschulung. Entscheidend für den RTW-Erfolg ist insbesondere die partnerschaftliche Bindung. Während die Rehabilitanden in der Maßnahme von Unterstützung berichten, kippt dies nach dem Ende in eine Forderung der Rückkehr auf partnerschaftliche Augenhöhe. Die daran gebundene (finanzielle) Verantwortung für den Partner und die Kinder wirkt motivierend.

²⁷ Die Eckfälle sind die aussagekräftigsten Vertreter der sechs verschiedenen Konstellationen und Verläufe.

²⁸ Warum der singuläre Einzelfall und das siebente Cluster nicht in eine Fallrekonstruktion überführt werden, wird unter 6.4.4. erklärt.

6.1. Auswahl der Interviewpartner/Sample

Die Teilnahme an einem Interview basiert auf Freiwilligkeit der Rehabilitanden. Dementsprechend wurden nur Personen interviewt, die ihre Einwilligungserklärung unterschrieben und an das Forschungsteam zusammen mit dem t_1 und/oder t_2 zurückgeschickt hatten. Insgesamt haben 61 Studienteilnehmer ihre Einwilligung zu einem Interview gegeben. In der Regel stimmten die Personen, die bereits zum Zeitpunkt t_1 ihre Einwilligung gaben, auch zum Zeitpunkt t_2 einem Interview zu.

Diese 61 Personen bilden das Sample für die qualitative Untersuchung. Von ihnen wurde wiederum die Hälfte interviewt. Die Region Baden-Württemberg ist in der qualitativen Untersuchung mit fünf interviewten Rehabilitanden unterrepräsentiert. Dafür gibt es mehrere Ursachen:

1. Die ehemaligen Rehabilitanden in Baden-Württemberg wohnen weit verstreut (mitunter mehrere 100 Kilometer voneinander entfernt) und sind einerseits darüber und andererseits durch ihre ländliche Wohnsituation schwer erreichbar.
2. Aufgrund der Fragebögen ist bekannt, dass die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmer einen erfolgreichen RTW vorzuweisen hat. Anhand der komparativen Analyse zeigte sich recht früh, dass ein erfolgreicher RTW nur sehr geringe Variationen aufweist und damit eine Vielzahl von Interviews mit Personen mit erfolgreichem RTW keinen weiteren Erkenntnisgewinn verspricht. Viel aufschlussreicher ist es, unterschiedliche Konstellationen von Personen ohne erfolgreichen RTW in die Untersuchung einzubinden.
3. In Baden-Württemberg ist im Laufe der Untersuchung ein überdurchschnittlich hoher Teilnehmerverlust zu verbuchen, wodurch die Anzahl der möglichen Interviewpartner drastisch sank. Bereits beim Fragebogen t_1 antworteten aus Baden-Württemberg 38 angeschriebene Personen (knapp die Hälfte) nicht; in Berlin-Brandenburg waren es lediglich 18 Personen und in Mecklenburg-Vorpommern 20 (je etwa 28%).

Die Auswahl der auskunftsbereiten Interviewpartner folgte der Logik des minimalen und maximalen Kontrastes (Glaser & Strauss 1998). Sie wurden anhand der Informationen, die wir aus den t_0 und t_1 Fragebögen über sie hatten, ausgewählt. Im Vordergrund standen zunächst

theoretische Vorannahmen und aus der Literatur bekannte Faktoren für den RTW (wie psychische vs. somatische Beschwerden, regionaler Arbeitsmarkt, soziale Unterstützung oder beruflicher Werdegang vor der Qualifizierungsmaßnahme) aber auch generische Daten (wie Alter, Geschlecht etc.).

Im Verlauf der Untersuchung erweiterten sich einerseits die Auswahlmöglichkeiten für die Interviews; fortwährend trafen neue Einwilligungserklärungen von Studienteilnehmern ein. Andererseits verschoben und präzisierten sich die Auswahlkriterien für ein Interview, da im gesamten Forschungsprozess die erhobenen Daten als Einzelfälle und auch vergleichend analysiert wurden. Zunehmend leiteten die jeweils generierten Erkenntnisse die Suche nach neuen Interviewpartnern; in diesem Prozess wurden neue Dimensionen (z.B. die Zufriedenheit mit dem Umschulungsberuf, Wahrnehmung und Umgang mit der Krankheit, partnerschaftliche Einbindung [Lebenslage] oder Zielorientierung) für die Auswahl der weiteren Interviewpartner gewonnen. Weiterhin offenbarte die vergleichende Analyse noch wenig gesättigte Einzelfallergebnisse und/oder Erkenntnislücken in der Spannbreite der bis dato in die Auswertung eingebundenen Einzelfälle. Angelehnt an das Prinzip des „Theoretical Sampling“ (vgl. Kelle 1994, S. 296; Strauss & Corbin 1996, S. 165; Glaser & Strauss 1998, S. 53ff.; Krotz 2005, S. 191) und mit dem Ziel der „theoretischen Sättigung“ (vgl. Krotz 2005, S. 193; Glaser & Strauss 1998, S. 229) wurde in der vorhandenen Stichprobe nach Interviewpartnern gesucht, die das Potential für eine Schließung der Erkenntnislücken und der Sättigung bis dato singulärer Konstellationen und Verläufe erkennen ließen. Da die Bestimmung der Interviewpartner auf ihren Angaben in den Fragebögen beruhte (auch wenn der t_2 inzwischen eingebunden werden konnte), blieb unklar, ob die neuen Interviews einen tatsächlichen Erkenntnisfortschritt mit sich bringen würden²⁹.

Beim Abschluss der qualitativen Datenerhebung und -auswertung blieben nur noch geringe Erkenntnislücken offen. Lediglich bei einem Fall, zu dem kein weiterer Fall mit minimaler Abweichung erhoben werden konnte, muss von einer nicht ausreichend theoretisch gesättigten

²⁹ So wurden z.B. Teilnehmer ausgewählt, deren Angaben in den Fragebögen auf psychische Beschwerden hindeuteten, die im Umschulungsberuf arbeiten und an ihrem Arbeitsplatz sehr zufrieden sind. Im Interview zeigte sich aber, dass die psychischen Beschwerden sich als Folge einer chronifizierten somatischen Erkrankung erwiesen; nachdem sich bei diesen Teilnehmern die guten Aussichten auf den RTW inzwischen zerschlagen hatten, wurde dies dann nachträglich auf einen unpassenden Umschulungsberuf zurückgeführt. Damit stellte sich heraus, dass die Angaben in den Fragebögen nur wenig über die konkrete Lebenssituation aussagten und dementsprechend nur bedingt für die zielgerichteten Suche nach Interviewpartnern hilfreich waren.

Konstellation gesprochen werden. Bis zum Ende des Erhebungszeitraums wurde nach minimalen Vergleichsfällen anhand der aus den Fragebögen bekannten Angaben gesucht und Personen, auf die das zuzutreffen schien, interviewt. Im Gespräch stellte sich aber schnell heraus, dass diese Teilnehmer vielmehr anderen Personen in Konstellation und Verlauf ähneln und somit zwar bereits gesättigte Teilergebnisse untermauerten, aber diesen speziellen Einzelfall nicht weiter sättigen konnten. Die Grenze für eine gelungene Sättigung ist hierbei die zur Verfügung stehende Stichprobe. Der singuläre Einzelfall steht damit für eine offensichtlich sehr selten auftretende, aber dennoch relevante Variation für einen RTW.

6.2. Datenerhebung

Die Studienteilnehmer wurden mit der Technik eines *episodisch-narrativen Interviews* (Flick 2011) befragt, das nicht auf die Erhebung der gesamten Biografie zielt, sondern auf die Rekonstruktion forschungsrelevanter Stadien der (Berufs-)Biografie, der Krankheitsgeschichte und des Wiedereinstiegs in den Arbeitsmarkt nach der Qualifizierungsmaßnahme aus der Perspektive der Teilnehmer.

Für die Interviews wurden die Teilnehmer i.d.R. telefonisch, aber auch per Mail oder postalisch kontaktiert. Dabei wurden sie um einen Termin für ein persönliches Gespräch gebeten, ihnen für die Einwilligung für die Teilnahme gedankt und die Anonymität zugesichert; sie wurden über die Rahmungen des Interviews aufgeklärt und ihnen wurde die Wahl des Intervieworts überlassen. Die Wahl des Ortes ist insofern von Bedeutung, da es von Vorteil ist, wenn der Ort eine gewisse Vertrautheit hat (vgl. Riemann 1987, S. 39). Idealerweise finden die Interviews somit in der Wohnung der Teilnehmer statt; einige haben aber auch die Räumlichkeiten des Forschungsteams gewählt oder für sie vertraute Orte vorgeschlagen, die einerseits soziale Sicherheit und andererseits den Ausschluss der Öffentlichkeit in Form unerwünschter Zuhörer garantierten; mitunter führte dies zu skurrilen Gesprächssituationen, wie etwa ein Interview in den Lagerräumen eines Dönerladens. Der selbst gewählte Zeitpunkt des Interviews ist insofern wichtig, damit die Teilnehmer selbst genügend Zeit für die Interviewdurchführung einplanen und ihrem eigenen Rhythmus folgen können, so dass genügend Zeit für eine ausführlichen Darstellung ihrer Geschichte zur Verfügung steht. Zudem muss der Zeitpunkt so gewählt werden, dass eine gewisse Distanz zum thematisch relevanten Ereignis besteht. In unserem Fall

wurden die Interviews zwischen 12 und 24 Monate nach dem in der Regel erfolgreichen Abschluss der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme geführt.

Das episodisch-narrative (berufs-)biografische Interview beginnt mit einer standardisierten erzählgenerierenden Eingangsfrage („*Ihre Umschulungsmaßnahme ist nun seit Längerem vorbei. Können Sie mir bitte ausführlich erzählen, wie es nach dem Ende der Maßnahme für Sie weiter ging?*“) und ist ergänzt um *Leitfragenkomplexe* (z.B. Berufsbiografie, Krankheitsgeschichte, Bedeutung von Arbeit, Soziale Unterstützung, familiäre Situation, biografische Schlüsselsituationen und -momente, retrospektive Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme[n] etc.). Am Ende des Gesprächs wird standardisiert eine offene Frage nach der Zukunft gestellt: „*Wo sehen Sie sich in den nächsten 5 Jahren*“.

Auf der Basis der schrittweisen, ersten inhaltlichen Auswertung der Interviews und ihrer Diskussion in der Forschergruppe wurde der Leitfaden für das jeweils nächste Interview um weitere hypothesengenerierende Fragen ergänzt, spezifiziert und modifiziert. Weitergehend wurden Akzentuierungen im Sinne einer entdeckenden Sozialforschung sowie zur vertieften Materialausschöpfung vorgenommen. Dieses Vorgehen steht für eine *prozessuale* und *iterative* Forschungsstrategie, die damit auf Ergebnisse der Erhebung sukzessive und problemsensitiv reagieren kann.

Nach einem anfänglichen Fokus auf den Leitfaden kam es im Forschungsprozess zunehmend zu einer Konzentration auf die narrativen Anteile des Interviews. Lediglich die Eingangsfrage blieb in ihrer ursprünglichen Form erhalten; alle weiteren Fragen wurden als Themenstellungen in ein Leitfadenschema (siehe Anhang, Kapitel 10) überführt, das ausschließlich dazu dient, dass alle für die Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Aspekte angesprochen werden. Mit diesem Vorgehen konnte sichergestellt werden, dass die Interviewten ihre Erzählungen weitgehend selbstgesteuert auf der Basis ihrer subjektiven Relevanzhorizonte zum Ausdruck bringen können und somit auch für die Interviewten zentrale Schlüsselsituationen und biografische Prozesse einfließen, die ein eng vorgegebener Leitfaden nicht erfasst hätte.

6.3. Datenauswertung

Für die Datenauswertung wurden die Audioaufzeichnungen der Interviews in mittlerer Genauigkeit (vgl. Dittmar 2002, S. 81) nach den Transkriptionsregeln von Rosenthal (2005, S. 95) transkribiert. Dies bedeutet, dass das Gesprochene inklusive Sprecherwechsel, Pausen, Intonationen, Dehnungen, Konstruktionsabbrüchen usw. in Partiturschreibweise transkribiert wurden; die gesprochene Sprache mit ihren dialektalen Einfärbungen wurde ohne Angleichung in Rechtschreibung und Grammatik niedergeschrieben; die fortlaufende Zeilennummerierung dient zum leichteren Auffinden zentraler Textstellen und zur Kontrolle, darüber, ob die ausgewählten Zitate in ihrem ursprünglichem Kontext korrekt interpretiert wurden.

Abbildung 15: Beispiel Transkription³⁰

115	I:	Und wie sieht so Ihr Arbeitsalltag aus? Was müssen Sie so machen?
116	B:	Also im Moment <u>is</u> mein
117		Arbeitsalltag noch ziemlich mau <u>wie!</u> ähm, also bei uns finden die Kurse nachmittags statt
118	I:	Okay
119	B:	So im von 16 bis 21 Uhr Bereich und ich arbeite aber so von, neun bis 15 Uhr oder von
120		zehn bis 16 Uhr also da fall ich noch <u>nich</u> so mit rein, es ist also so mehr Empfang
121		Telefonannahme, noch wenig verwaltungs-technisch, also weil das die Firma hat sich gesagt
122		dieses eine Jahr leisten sie sich mich und äh danach werd ich wirklich eingearbeitet für ein
123		Jahr und dann hab ich ein Jahr Bewährungszeit und entweder heißt es dann hopp oder topp
124	I:	Okay
125	B:	Deswegen <u>is</u> im Moment noch ziemlich, langweilig aber, das wird mehr muss man nur
126		Geduld haben
127	I:	Hm

³⁰ Für die exemplarische Darstellung der Transkription und Interviewauswertung wird der Einzelfall „Frau Bender“ verwendet. Frau Bender wurde zu zwei Zeitpunkten interviewt; das erste Interview (Bender 1) fand während der beruflichen Rehabilitation für das Projekt *Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation. Eine qualitative Studie zu individuellen und kontextbezogenen Ursachen* und das zweite Interview (Bender 2) für das Projekt „Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem – eine qualitative und quantitative Analyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen“ nach der Maßnahme statt. Das pseudonymisierte Transkript des ersten Interviews wurde im Sinne guter wissenschaftlicher Praxis als Sekundärdatum für die Auswertung herangezogen.

Daraufhin erfolgte die Analyse der transkribierten Einzelfälle mithilfe von drei einander ergänzenden methodologischen Ansätzen der interpretativen Sozialforschung: dem *theoretischen Kodierparadigma* nach Anselm Strauss (1994) zur Erfassung der Sinnstruktur und des Bedingungsgefüges des Falls, das sich aus den Interviewdaten ergibt; dem Verfahren der *Sequenzanalyse* (z.B. Fischer-Rosenthal & Rosenthal 1997), mit dessen Hilfe erlebte Wendepunkte und Entscheidungen in der erzählten Lebensgeschichte rekonstruiert werden können; die Analyse der *biografischen Gesamtformung* nach Fritz Schütze (1983) dient schließlich dazu, Muster in der Lebensführung der Interviewten zu identifizieren, aus denen sich Mechanismen der Reproduktion des Falls wie auch der Transformation (etwa infolge der Anpassungsstrategien nach einem kritischen Lebensereignis) erfassen lassen. Auf der Basis der Ergebnisse der Fälle (Fallkonstellationen) findet dann in einem vierten Analyseschritt die *Komparative Analyse* (systematischer Vergleich der Fallkonstellationen) statt, die darauf zielt, theoretische Generalisierungen für Gelingens- und Mißlingsbedingungen für RTW zu identifizieren.

Theoretisches Kodieren

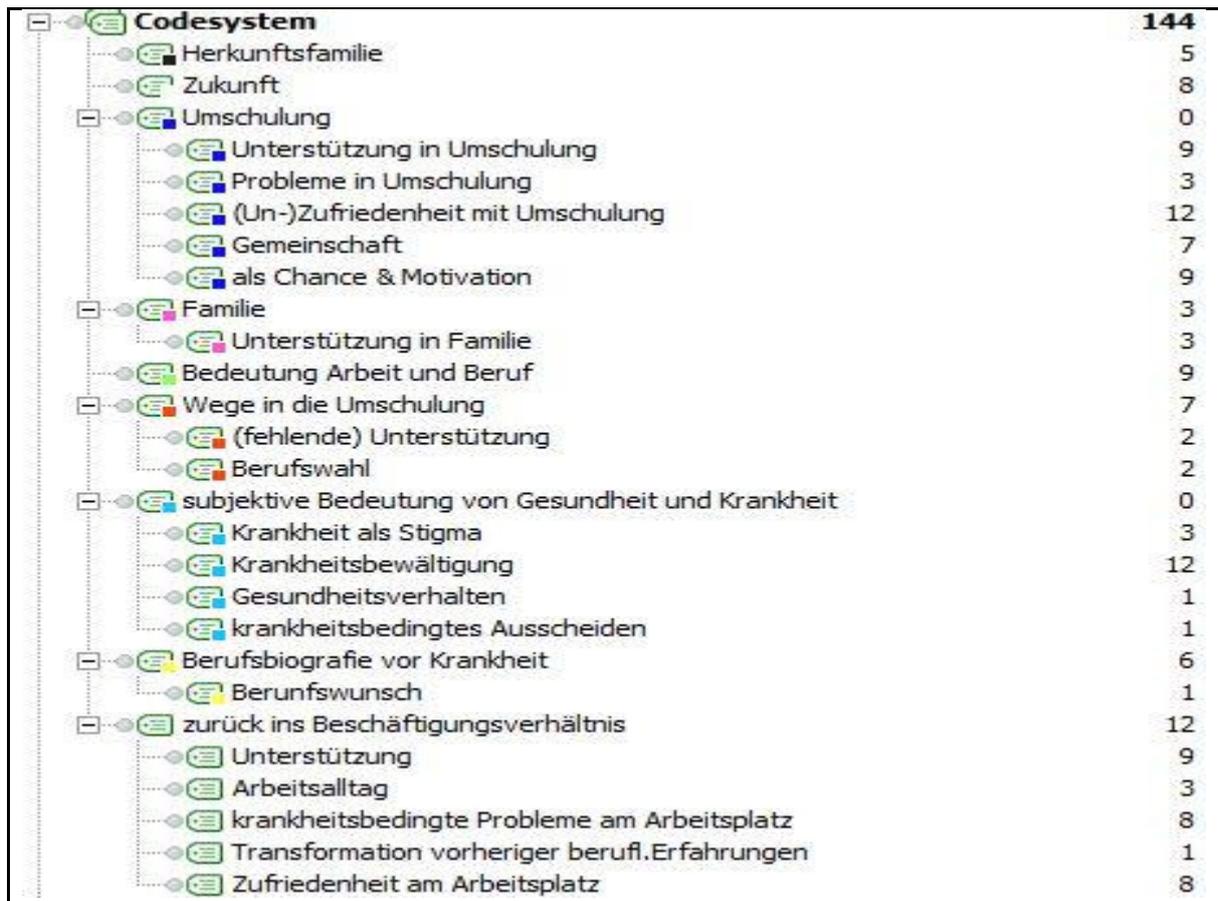
Im ersten Schritt wurden zunächst die Transkripte in die Maske des Textanalyseprogramms MaxQDA 11 (Kuckartz, Grunenberg & Lauterbach 2007) eingelesen und im Sinne der Grounded Theory „offen“ codiert (Strauss & Corbin 1996, 44); das bedeutet, dass der Text „Zeile für Zeile“ bzw. „Wort für Wort“ (Strauss 1994, 58, vgl. Strübing 2010, S. 20) in thematische Abschnitte (Beobachtungen, Aussagen etc.) aufgebrochen wird, die entdeckten Phänomene benannt und kategorisiert werden und die so codierten Sinneinheiten auf Ähnlichkeiten sowie Unterschiede hin analysiert werden (vgl. Strauss & Corbin 1996, S. 44, Strauss 1994, S. 57ff., Krotz 2005, S. 181).

Abbildung 16: Beispiel offenes Codieren

Code	Anfang	Ende	Gewicht	Segment
zurück ins Beschäftigungsverhältnis\Zufriedenheit am Arbeitsplatz	53	53	0	Bürokauffrau für mich also das leb ich auch, und lieb ich auch und das mach ich auch bis heute als
	121	121	0	B: So sind aber Chefs, also meine is auch also meine sacht mir immer wie dankbar sie mir is, also dass ich eh ich bin sehr engagiert manchmal einfach zu engagiert, ähm, sie sagt mir zwar immer wieder, dass sies sehr gut findet und dass sie mich wertschätzt und dass sie sich glücklich schätzen kann jemanden wie mich zu haben, ähm, aber ich krich auch ebend halt ganz oft einen von oben drauf, ähm, auch ohne dass nachgefracht wird zum Beispiel war ich so engagiert und wollte nen Kollegen=hab mit nem Kollegen über seine Überstunden gesprochen, äh weil wir jetzt auch grade im Unternehmen umziehen, und plötzlich hieß ich hab Leute=Mitarbeiter ausm Urlaub gezogen und, ähm, würde jetzt hier die Führung übernehmen äh aber ohne=ohne die Möglichkeit mich auch zu wehren, ich hab morgens n anruf geriecht ge- gesacht bekommen em „Du, das is meine Aufgabe nich deine du überschreitest deine Kompetenzen“ und dann wurde aufgelecht ich
	123	123	0	B: Genau, also ich hab kein=niemanden ausm Urlaub gezogen und äh, ich hab in keinsten Weise Kompetenzen überschritten, em und em das is also manchmal so und also die müssen aber auch so sein, weil meine Chefin hat mir zum Beispiel erzählt sie hatte damals im Unternehmen eine Mitarbeiterin mit der sie sehr gut befreundet war, und die hat sie dann ganz böse gelinkt, also ne so auf „Komm wir sind doch Freunde“ und so
	127	127	0	B: Als Chefin isses nun mal nich so leicht, weißt du also du hast unheimlich viel Verantwortung und jeder zeigt m mit m Finger auf dich, weil niemand sacht dann „Frau Jürgen hat äh, das falsch eingeräumt“ sondern „In Ihrem Laden läuft nich“ so weißt du? Und deswegen, s- macht sie auch bei mir ganz oft n Riegel vor weil es meine Chefin sacht dann immer, bei ihr wird dann auf n Finger gezeigt ich kann sie gut verstehn, und em (2) das findet sich aber nachher der Ausgleich das is nur am Anfang so
	129	129	0	B: Irgendwann is man ein eingespieltes g- Team und ich denke sie weiß auch was e- sie an dir hat, a aber es is nun mal nicht ähm, die Art eines Chefs immer zu sagen „Hast du fein gemacht“, das machen Chefs einfach,
	327	327	0	B: Für sechs Stunden die Woche äh quatsch für sechs Stunden am Tag, aber das is das eben mit dem noch leisten, ne, sie hat gesagt „Halt durch“, sie hat gesagt „Noch kann ich dich nur mit Lob füttern, ((lachend)) eines Tages tauschen wir“, eines Tages kann sie mich bezahlen „Dann gibts weniger Lob“ hat sie gesagt weil „Dann arbeitest du ja für dein Lob, das
	616	616	0	B: Ja, ja bei 600 noch was ausgezahlt, reicht ja nich ich hab Miete ich hab Strom ich hab, was weiß ich, na ja von=von kann ich von 650 680 nich
	719	719	0	B: Und da denk ich „Ey, echt, du brauchst trotzdem noch das Abreitsamt“, also ich werd vermutlich nie so viel verdienen wir ham uns das schon hochgerechnet, dass ich irgendwann nich mehr vom Arbeitsamt abhängig bin, weil ich arbeite in nem Verein ich kann mich glücklich schätzen dass ich

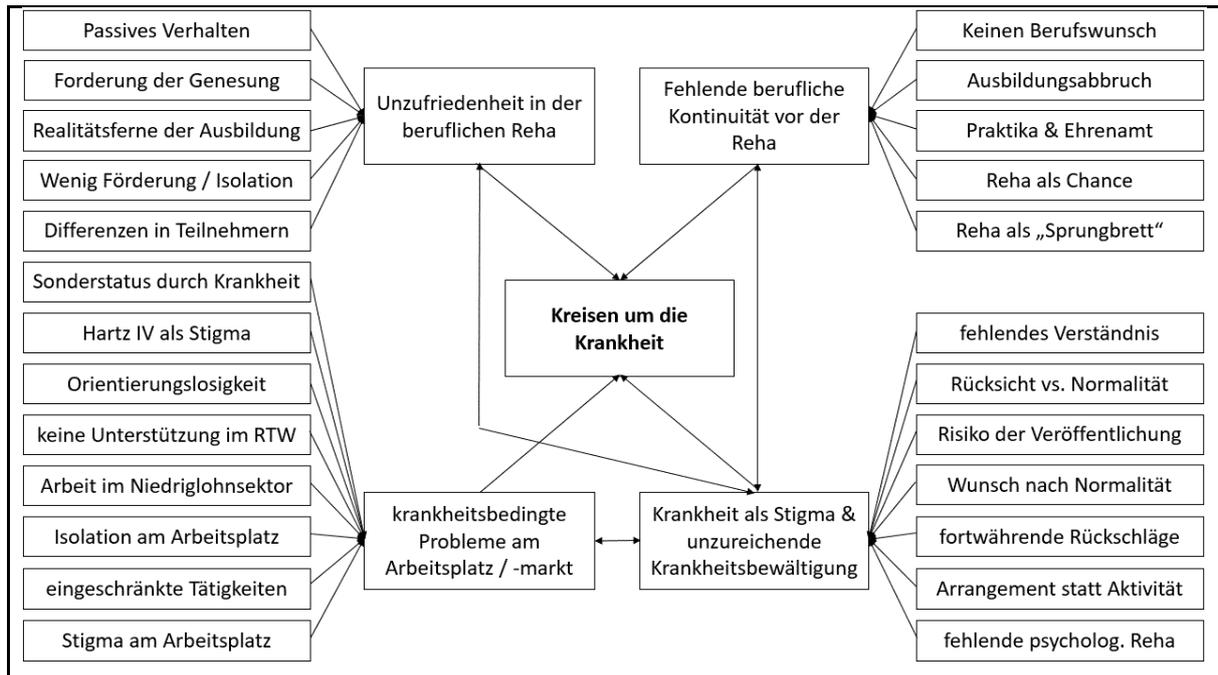
Bei zweiten Schritt des „axialen Kodierens“ kommt es zur schrittweisen Ablösung der Phänomene von den Daten (vgl. Strauss & Corbin 1996, S. 75, Strauss 1994, S. 63, Krotz 2005, S. 183) und damit einhergehend zur Verdichtung der Kategorien und der theoretischen Konzepte, indem nach wechselseitigen Verbindungen und Verweisungszusammenhängen gesucht wird (Strauss & Corbin 1996, 92). Im Verlauf der praktischen Analysearbeit gibt es keine strenge Abfolge zwischen offenem und axialem Kodieren; beide Schritte verweisen beständig aufeinander und wirken aufeinander zurück (vgl. ebd., S. 77); insofern bezieht sich der zweite Schritt auf die Hierarchie der unterschiedlichen analytischen Abstraktionsebenen für die das offene und das axiale Kodieren stehen.

Abbildung 17: Beispiel axiales Codieren



Beim abschließenden „selektiven Codieren“ werden die zentralen Erkenntnisse aus dem Datenmaterial systematisch miteinander in Beziehung gesetzt (ebd., 94; vgl. Strauss 1994, 63ff.) und zu übergreifenden Sinneinheiten abstrahiert. Des Weiteren erfolgt die Bestimmung einer Kernkategorie als zentrale theoretische Abstraktion des Einzelfalls und das „In Beziehung Setzens der Kernkategorie mit anderen Kategorien, der Validierung dieser Beziehung und des Auffüllens von Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen“ (Strauss & Corbin 1996, S. 94; vgl. Strauss 1994, S. 63ff.; Krotz 2005, S. 184).

Abbildung 18: Beispiel selektives Codieren



Sequenzanalyse

Nach Abschluss der theoretischen Kodierung wurden ausgewählte Abschnitte der Transkripte mit einer zweiten Methode, der sequenzanalytischen Auswertung analysiert. Dabei wird der Verlauf der (berufs-)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 (vgl. Fischer-Rosenthal & Rosenthal 1997, 152-155).

Abbildung 19: Beispiel sequenzanalytische Auswertung

Rekonstruktion:	Realschule → Chronifizierung der Krankheit → abgebrochene Berufsausbildung → arbeitsuchend → ehrenamtliche Praktika → arbeitsuchend → medizinisch-psychologische Tests → Vorbereitungslehrgänge → erfolgreiche Umschulung → arbeitsuchend → berufstätig im Umschulungsberuf
Hypothese:	Frau Bender spricht an keiner Stelle im Interview die Chronifizierung ihrer Krankheit an. Wir gehen davon aus, dass die Chronifizierung bereits sehr früh einsetzte, die Entscheidung zum Abbruch ihrer ersten Berufsausbildung beeinflusste und ihren gesamten beruflichen Werdegang bestimmt.

Feinanalyse der Textstelle: *„dann hab ich ne Kinderpflegerausbildung angefangen die man bezahlen musste, (.) un:d ((räuspert sich)) dann hab ich die irgendwann nachher abgebrochen“ (Bender 1, ZN 5ff.).*

Auf die Frage nach ihrem beruflichen Werdegang vor der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme als Eingangsfrage des ersten Interviews reagiert Frau Bender mit einer kurzen und für sie schlüssigen Darstellung. In Anlehnung an eine Lebenslaufwiedergabe schildert sie die Reihenfolge der Ereignisabläufe, die stets mit „und dann“ eingeleitet werden. Auffällig sind die ausgelassenen Details ihres ersten Einstiegs in das Berufsleben nach der Schulzeit. Sie bindet weder konkrete Situationen, Motivationen, beteiligte Personen, äußere Einflüsse ein, noch stellt sie die damalige Entscheidung zu dieser Berufsausbildung in den Kontext ihrer Erkrankung. Der Abbruch ihrer ersten Berufsausbildung „irgendwann nachher“ ist ihr zudem in Zeitpunkt und Entscheidungsgrundlage nicht mehr bewusst, sie möchte nicht weiter darauf eingehen oder für sie sind die (für viele Menschen oft bedrohlichen) Erlebnisse schlichtweg irrelevant geworden. Deutlich hingegen stellt sie mit „ich“ heraus, von welcher Seite die Berufsausbildung abgebrochen wurde und das Ausbleiben von bedauernden Kommentaren verstärkt den Eindruck der Irrelevanz für ihr biografisches Erleben.

Bereits dadurch stellt sich die Frage, warum sie überhaupt diese Berufsausbildung begonnen hat? Bei genauerer Betrachtung der Berufsausbildung handelt es sich offensichtlich um eine überbetriebliche Form bei einem freien Bildungsträger, da sie kostenpflichtig ist. Diese Einschätzung wird durch den ausgebildeten Beruf noch untermauert. Bei einer Kinderpflegerausbildung handelt es sich um einen Berufsabschluss mit geringer Qualifikation unterhalb der Erzieherausbildung angesiedelt. Ohne eine weiterführende Qualifikation im Anschluss führt dieser Beruf in eine prekäre Beschäftigung im Niedriglohnssektor. Ggf. könnte dies schon eine Erklärung für ihr ausbleibendes Bedauern des Abbruchs sein. Hinzu kommt, dass die Berufsausbildung gefördert wurde, da „man“ bezahlt hat. Sie selbst hat die Berufsausbildung nicht finanziert; zum einen ist aus ihrer Biografie bekannt, dass sie stets ein niedriges Einkommen hatte und zum anderen unterbricht sie im Zitat die in der Ich-Form aufgebaute Konstruktion für den Aspekt der Finanzierung und schildert diese in der Man-Form. Aus der Biografie von Frau Bender ist zudem bekannt, dass ihre Eltern sehr finanzschwach waren (eine Finanzierung durch die Eltern somit auch auszuschließen ist). Die Finanzierung muss somit von anderer Stelle geleistet worden sein; vieles deutet darauf hin, dass es sich um eine vom Arbeitsamt geförderte Berufsausbildung handelt. Einerseits wird häufig schwer vermittelbaren Jugendlichen zu einer überbetrieblichen Berufsausbildung geraten und andererseits gelten freie Träger, die überbetriebliche Berufsausbildungen anbieten, als Auffangbecken für Jugendliche, die dort nach einem Ausbildungsabbruch eine zweite Chance bekommen, oder für Jugendliche, die aufgrund ihres schlechten Schulabschlusses kaum eine Chance haben, eine duale Berufsaus-

bildung zu beginnen. Das fehlende Bedauern des Abbruchs ist somit auch darauf zurückzuführen, dass die Berufsausbildung eine Notlösung war; eine ihr angebotene Alternative, die sie in Anspruch genommen hat. Weiterhin sah sie nicht die Notwendigkeit einer Rechtfertigung bezüglich der angefallenen Kosten, da sie weder selbst noch ihre Eltern davon betroffen waren.

Vergleiche:

Der Beginn und den Abbruch ihrer ersten Berufsausbildung stellt Frau Bender in einer schlüssigen Abfolge und als evidenten Anschluss an ihre Schullaufbahn dar. Zudem bleiben in der Narration andere Faktoren und auch außerberufliche Begründungszusammenhänge außen vor, wodurch die Erzählung episodisch und eindimensional wirkt und sicherlich auch wirken soll. Anhand der Feinanalyse wird jedoch deutlich, dass die Berufsausbildung keineswegs einen evidenten Anschluss an ihre Schullaufbahn bildet. Vielmehr waren ihre Möglichkeiten sehr eingeschränkt und sie bestimmten die Entscheidungswege, die mitunter von äußeren Akteuren getragen wurden (z.B. durch die Beratung hin zur oder ggf. exakte Vorgabe der Berufsausbildung durch das Arbeitsamt). Ursache für ihre Schwierigkeiten einen guten Ausbildungsplatz zu bekommen, könnte ihre Krankheit sein, die sie schwer vermittelbar machte und vermutlich ihren schlechten Schulabschluss mit beeinflusste. Weiterhin ist auch eine lange Krankheitsepisode in Arbeitslosigkeit zwischen Schulabschluss und Beginn der Berufsausbildung denkbar. Dies bleibt zwar Spekulation, doch wäre es durchaus schlüssig, dass Frau Bender zunächst nach einer Berufsausbildung im Dualen System suchte und die angetretene Berufsausbildung ihr als Notlösung vom Arbeitsamt vorgeschlagen wurde, nachdem sie einsehen musste, dass sie keinen anderen Ausbildungsplatz bekommt.

Sicher ist hingegen, dass der Übergang von der Schulzeit in die Berufsausbildung keineswegs derart evident verlief, wie von ihr erzählt und dass der Ausbildungsabbruch von ihrer Erkrankung beeinflusst wurde.

Biografische Gesamtformung

Mit besonderem Blick auf die Prozessualität³¹ der Erlebnisse und der Erfahrungsaufschichtung wurden im dritten Analyseschritt die Einzelfälle im Sinne der biografischen Gesamtformung nach Schütze (1983) ausgewertet. Sie dient der weiteren Unterstützung des Aufbaus der Kategoriensets und deren Sättigung. Im Arbeitsschritt der biografischen Gesamtformung kommt es darauf an, die Verknüpfung der jeweils einzeln geschilderten Prozesse im Kontext der kognitiven Figuren (vgl. Kallmeyer & Schütze 1977) herauszustellen und darüber die relevanten Personen, Situationen, die Ereigniskette und die thematische Geschichte in ihrer Bedeutung für die biografische Gesamtgestalt systematisch zu ordnen. Sie können für die prozessuale Entwicklung ausschlaggebend sein oder weitere Entwicklungspotentiale, die der Interviewte

³¹ Die Analyse des Prozesscharakters sozialer Wirklichkeit und sozialen Handelns ist neben der Perspektivität von zentraler Bedeutung für die qualitative Sozialforschung (vgl. Strübing 2007, S. 52).

(nicht) ausschöpfte, verdeutlichen. Vor allem sind jedoch die dominanten Prozessstrukturen des Lebenslaufs in ihrer Reihenfolge bis hin zur aktuell dominanten in der Ausformulierung der biografischen Gesamtformung hervorzuheben (vgl. Schütze 1983, S. 286; Schütze 1984, S. 104; Jakob 1997, S. 453; Glinka 1998, S. 32; Flick 2006, S. 296; Küsters 2006, S. 82). Der Analyseschritt der biografischen Gesamtformung ist als eine analytische Abstraktion der vom Interviewten in der Erzählung dargelegten Ordnungsgestalt der Lebensgeschichte zu verstehen (vgl. Schütze 1981, S. 104). Von besonderer Bedeutung für die Einzelfallanalyse ist die biografische Gesamtformung, weil sie sich auf äußere sozialstrukturelle und innere orientierungstiftende Komponenten bezieht (vgl. ebd., S. 127) und konstitutiv für die Biographizität ist, die erst in der Kommunikationsszene „Interview“ hergestellt wird.

Abbildung 20: Beispiel biografische Gesamtformung³²

Frau Bender wächst zusammen mit ihrem sieben Jahre jüngeren Bruder in einem behüteten Elternhaus auf und absolviert die Realschule mit schlechten Noten (vgl. Bender 1, ZN 36). Orientiert am Ablaufmuster des Familienzyklus (vgl. Schütze 1981, S. 67f.) ist sie bestrebt, entsprechend eines „normalen“ Werdeganges im Anschluss ihrer Schullaufbahn, einen Beruf zu erlernen und in das Erwerbsleben einzusteigen. Dieser Übergang misslingt ihr jedoch. Auch wenn sie beteuert, ihren damaligen Wunschberuf ergriffen und sich mit ihm identifiziert zu haben (vgl. Bender 2, ZN 103f.), bricht sie die überbetriebliche geförderte Berufsausbildung ohne besondere Gründe ab.

Wann genau ihre Soziale Phobie zum Ausbruch ihrer Krankheitsverlaufskurve (vgl. Detka 2011) führt, kann nicht rekonstruiert werden. Vieles spricht aber dafür, dass ihre Erkrankung bereits in ihrer Jugend Auswirkungen auf ihre biografischen Gestaltungsmöglichkeiten entfaltete und sowohl ihren Notendurchschnitt in der Schule als auch ihren Übergang ins Arbeitsleben beeinflusste. Spätestens ab dem Zeitpunkt des Abbruchs ihrer Berufsausbildung befindet sich Frau Bender im labilen Gleichgewicht (vgl. Schütze 1981, S. 98; 1995, S. 129) ihrer Krankheitsverlaufskurve.

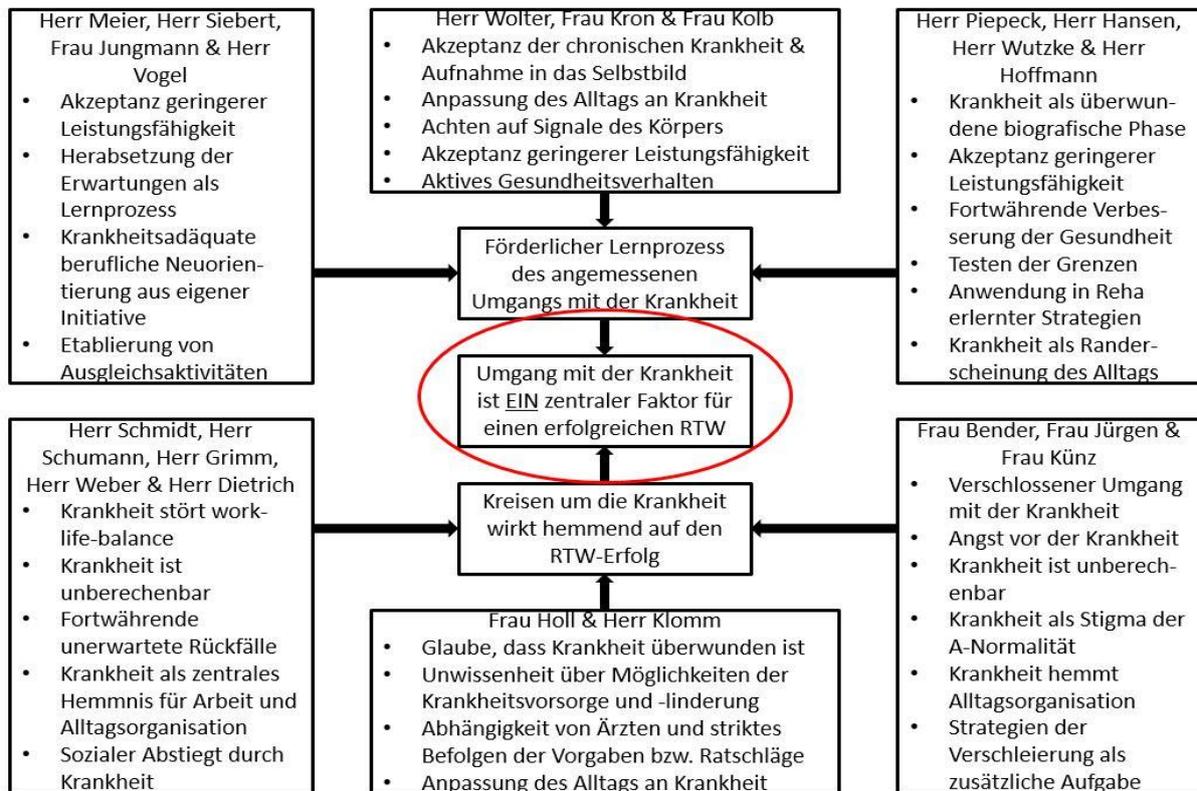
Vermutlich schon seit ihrer Jugendzeit, aber spätestens seit dem Abbruch ihrer Berufsausbildung, oszilliert Frau Bender zwischen ihrer Orientierung am Ablaufmuster des Familienzyklus und der auf sie einwirkenden Krankheitsverlaufskurve. Diesem Kontrast ist sie bis zum Zeitpunkt des zweiten Interviews trotz aller Bemühungen nicht entkommen, was sich in ihrer Äußerung „*Du möchtest einfach ein normaler Mensch sein, obwohl du nich bist, das is das Schlimme*“ (Bender 2, ZN 463f.) widerspiegelt.

³² In der Abbildung ist der erste Abschnitt der biografischen Gesamtformung als Beispiel angeführt.

Komparative Analyse

Auf Basis der drei genannten Analyseschritte wurden die fallspezifischen Konstellationen, Verläufe, Handlungs-, Bewältigungs- und Entscheidungsmuster usw. unter Beachtung der analysierten „Conditional Matrix“ und der „Conditional Paths“ im Sinne der Grounded Theory in individuellen Fallrekonstruktionen aufbereitet und in einer Gesamtschau auf Ähnlichkeiten und Unterschiede hin betrachtet. Dieser Schritt der komparativen Analyse ist insofern von eminenter Bedeutung, da hier eine Ablösung von Einzelfällen erfolgt und so theoretisch abstrahierte fallübergreifend generalisierte Aussagen über den untersuchten Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit (RTW bei Rehabilitanden einer beruflichen Vollqualifikation) getroffen werden können. Die fallübergreifende Analyse integriert die verschiedenen Ergebnisse der in den Fallrekonstruktionen festgehaltenen Einzelfallanalysen und folgt den Arbeitsschritten des „axialen Codierens“ und „selektiven Codierens“ der Grounded Theory. Auch hier werden (nur eben fallübergreifend) Kategorien und theoretische Konzepte herausgestellt und mit Eigenschaften verdichtet. Die Kategorien und theoretischen Konzepte werden systematisch in Beziehung gesetzt und daraus Kernaussagen über den untersuchten Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit abgeleitet, die sich in den Ergebnissen der qualitativen Untersuchung widerspiegeln.

Abbildung 21: Beispiel komparative Analyse



Die komparative Analyse der Daten und Einzelerkenntnisse wurde so lange fortgesetzt, bis die allgemeinen Ergebnisse theoretisch gesättigt waren und aus der Erhebung und Analyse zusätzlicher Datensätze der Gelegenheitsstichprobe keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden konnten.

„Wenn es keine weiteren Gruppen gibt, deren Vertreter man befragen oder beobachten sollte, von denen neue, präzisierende, kontrastierende oder einschränkende Einsichten zu erwarten sind, und wenn Versuche, solche Fälle zu finden, wiederholt scheitern. Man darf das jedoch nicht einfach nur annehmen, sondern muss zunächst gezielt nach solchen Fällen suchen. Wenn man dann nichts mehr findet, spricht man von der Sättigung des Forschungsprozesses“ (Krotz 2005, S. 193; vgl. Glaser & Strauss 1998, S. 229).

Des Weiteren wurde mithilfe der theoretischen Sättigung das Set an Kategorien und theoretischen Konzepten durch Reduktion begrenzt, da nur die Aussagen in Form von Ergebnissen getroffen werden können, die auch auf Basis der Datengrundlage gesättigt sind. Die Sättigung bestimmt folglich darüber, was wirklich aus den Daten erarbeitet werden kann; sie führt zu einer großen Solidität und inneren Konsistenz der Kategorien, und deren Beziehungen zueinander.

6.4. Eckfallgenerierung

6.4.1. Erkenntnisspannbreite

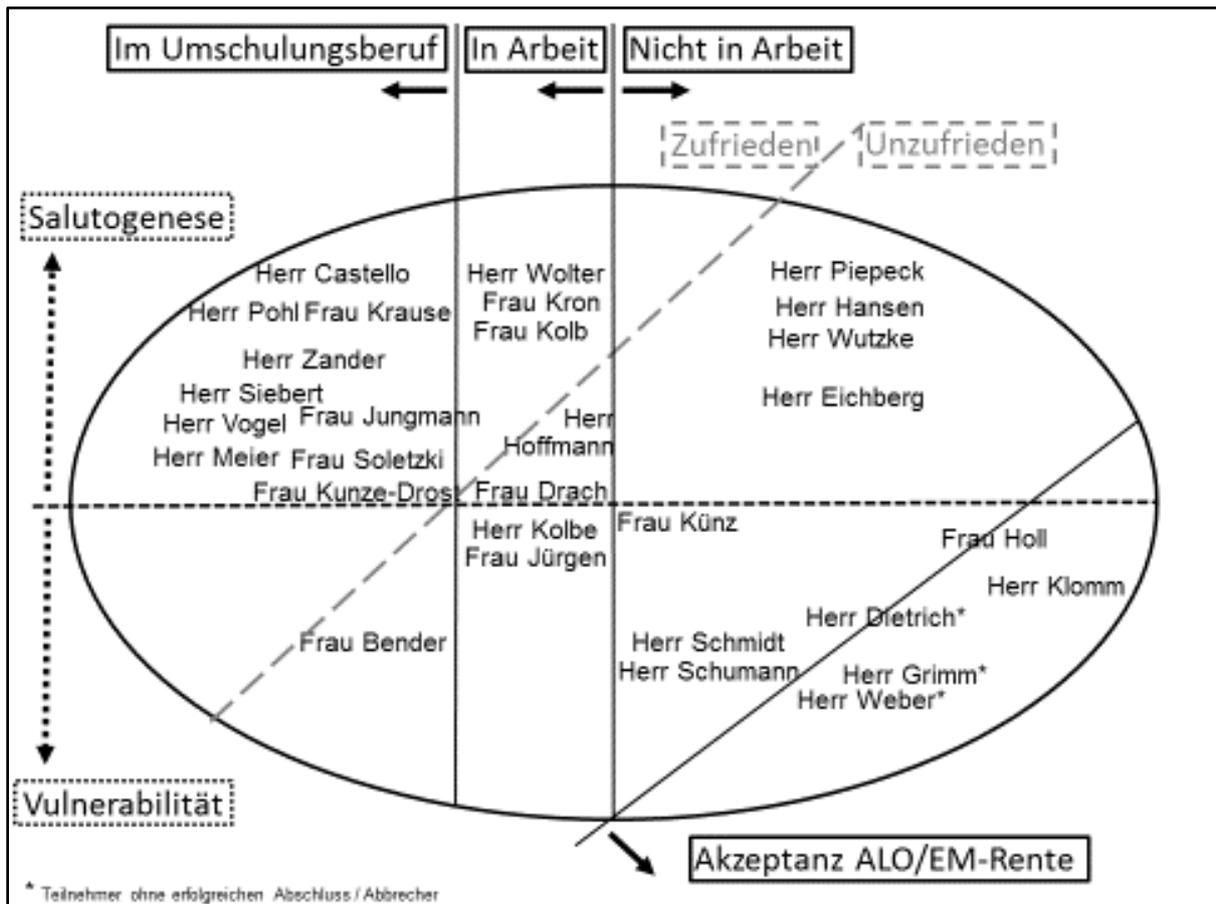
Die Erkenntnisspannbreite strukturiert sich durch forschungsrelevante Dimensionen (oder auch Kategorien [Strauss & Corbin 1996, S. 43]) die den Forschungsverlauf begleiten und in ihm entstehen. Während zu Beginn vor allem theoriegeleitete Vorannahmen (wie berufliche Kontinuität vor der Qualifizierungsmaßnahme, soziale Unterstützung oder Vereinbarkeit von Krankheit, Arbeit und Familie) und generische Daten (wie Alter, Geschlecht, psychisch vs. somatische Beschwerden oder ausbildungsadäquate vs. fremde Beschäftigung) als Grundlage der Dimensionierung des Erkenntnisraums dienen, verlagert sich der Schwerpunkt im Laufe der Forschung immer mehr auf die Ergebnisse der Analyse der Einzelfälle, auf den Vergleich der Einzelfälle untereinander sowie auf die Abgleichung mit den Ergebnissen aus der statistischen Untersuchung.

Die Grundlage für diese offene Vorgehensweise bietet die Forschungslogik der „Grounded Theory“ (Glaser & Strauss 1998). Offen bedeutet hier, dass mit Ausnahme sensibilisierender Konzepte (Alheit 1999) möglichst weitgehend die bereits bestehenden Erkenntnisse zu dem erforschenden Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit zurückgenommen und die Ergebnisse der Untersuchung nicht anhand fixer theoretischer Annahmen vorstrukturiert werden (vgl. ebd., S. 53; Krotz 2005, S. 159). Vielmehr sind die Ergebnisse und damit auch die Erkenntnispannbreite und deren Dimensionen Produkt des „spiralförmigen Prozesses“ (Krotz 2005, S. 167) bzw. der „iterativ-zyklischen Forschungslogik“ (vgl. Strübing 2010, S.13), in dem/der Datenerhebung und –analyse in fortlaufender Wechselwirkung bis zur theoretischen Sättigung stehen. Im Forschungsprozess entstehen durch die Erhebung, Analyse und Implikation immer weiterer Einzelfälle fortlaufend neue Dimensionen, die die Erkenntnispannbreite erweitern und in denen sich die Einzelfälle selbst verorten. Des Weiteren können auch einzelne Dimensionen im Verlauf an Bedeutung gewinnen, andere an Relevanz verlieren und/oder auch Dimensionen miteinander eine Wechselwirkung zeigen.

Aufgrund der Vielfalt an Erkenntnisdimensionen sind eine vollständige Darstellung der Erkenntnispannbreite und die Platzierung der Einzelfälle nicht möglich. Die Reduktion auf die wichtigsten Dimensionen bzw. Kernkategorien (vgl. Strauss & Corbin 1996, S. 94) ermöglicht eine Darstellung, die die Variationsbreite im Kontext des minimalen und maximalen Vergleichs

der Einzelfälle und deren Positionierung innerhalb eines virtuellen Erkenntnisraums verdeutlicht. In Abbildung 21 werden als entscheidende Dimensionen für einen erfolgreichen RTW sowohl eher „harte“ Kriterien (wie *in Arbeit/nicht in Arbeit*) als auch eher „weiche“ (subjektive) Kriterien (wie zufrieden und unzufrieden) zur Kontrastierung genutzt.

Abbildung 22: (reduzierte) Dimensionierung der Erkenntnisspannbreite



Entscheidend für den subjektiv bewerteten Erfolg ist es, ob es den Rehabilitanden gelingt, in Arbeit zu kommen. Weiter zeigt sich, dass es bedeutsam ist, ob sie auch in ihrem Umschulungsberuf eine Anstellung finden. Nahezu alle Personen, die in ihrem erlernten Beruf einen Arbeitsplatz finden, sind mit ihrem Leben allgemeinen als auch mit ihrer beruflichen Existenz sehr zufrieden. Als kritische Frage stellt sich, ob man von einem gelungenen RTW sprechen kann, wenn die Personen in Arbeit, aber unzufrieden und/oder nicht im Umschulungsberuf tätig sind.

Als weitere relevante Dimension für den RTW erweist sich der Umgang mit und/oder die Wahrnehmung der (chronischen) Krankheit. Kontrastive Pole bilden hierbei eine starke Sa-

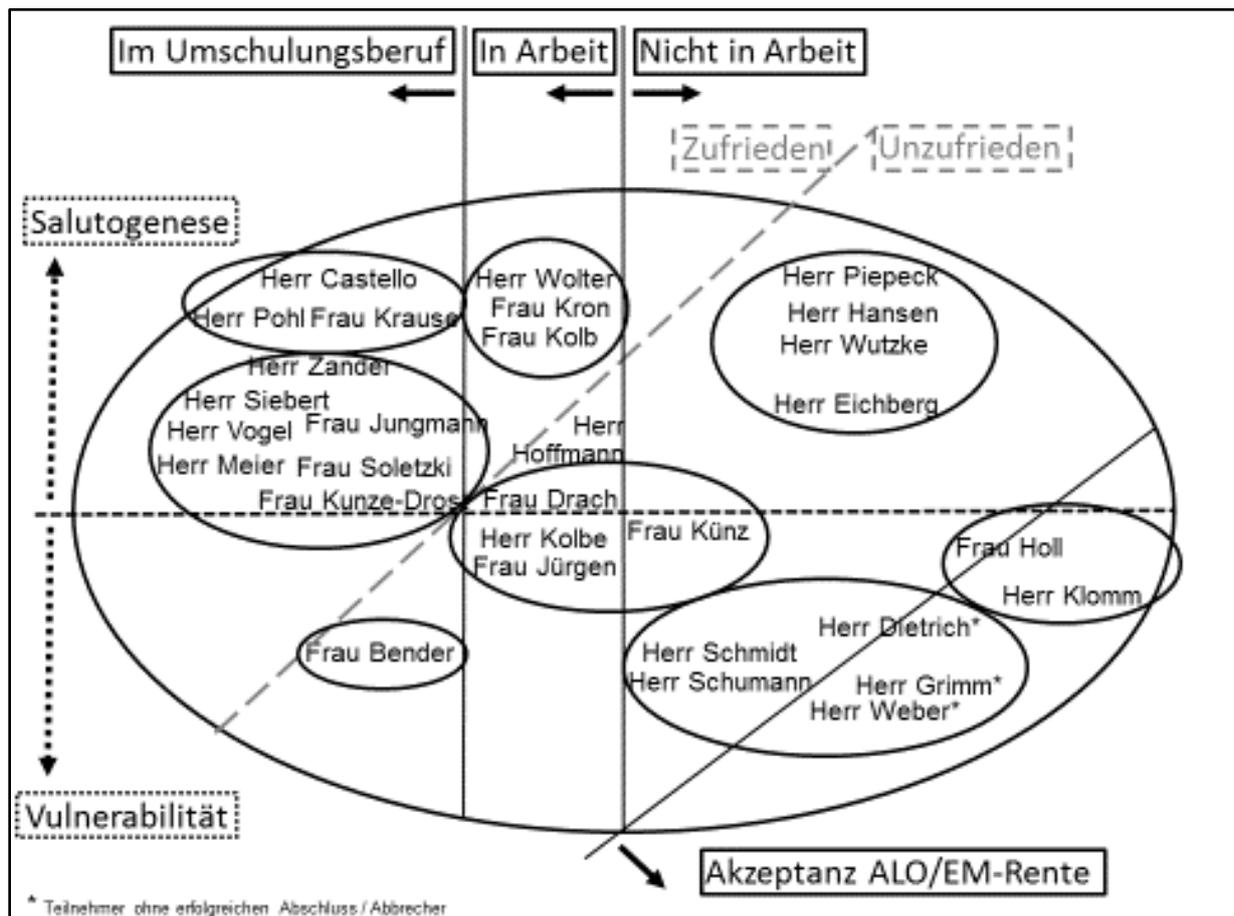
lutogeneseorientierung im Gegensatz zu einer hohen Vulnerabilität, verbunden mit einer negativen subjektiven Gesundheitseinschätzung. Personen mit ausgeprägter Vulnerabilität tendieren eher dazu, mit ihrer Lebenssituation unzufrieden zu sein; ihnen gelingt eine Reintegration in die Arbeitswelt nur schwer. Dabei handelt es sich vor allem um Personen, die die Rehabilitation als „Schonraum“ wahrnehmen und auch den Weg zurück in Arbeit noch als Teil der Rehabilitation sehen und eine Nachbegleitung erwarten (aber nicht einfordern). Zudem zeigt sich bei den Rehabilitanden, denen der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben auch nach 18 Monaten nicht gelungen ist, eine Tendenz sich in der Situation der Arbeitslosigkeit einzurichten.

Allein auf dem Umgang mit und die Wahrnehmung der Krankheit ist eine Rückkehr in Erwerbsarbeit aber nicht zurückzuführen, wie an der Gruppe um Herrn Hansen deutlich wird. Bei diesen Personen wirkt sich allein der berufsspezifische Arbeitsmarkt negativ aus und führt zu einer Unzufriedenheit mit der Lebenssituation; sie benötigen keinen Schonraum, finden ihren Umschulungsberuf interessant, wähen ihre Krankheit unter Kontrolle usw. Sie haben im Kontrast zu Personen mit hoher Vulnerabilität aber gute Aussichten auf einen RTW-Erfolg, selbst wenn sich dieser erst nach einer längeren Zeit der Erwerbslosigkeit realisiert.

6.4.2. Bildung von Clustern

Cluster repräsentieren Häufungen von Einzelfällen innerhalb des vieldimensionalen Erkenntnisraums, segmentieren die Erkenntnisspannbreite, stehen für vorgefundene Konstellationen, Verläufe, Hemmnisse etc. und decken auch Einzelfälle zwischen den Clustern ab. Sie sind ein „natürliches“ Produkt der komparativen Analyse und entstehen im Forschungsprozess. Die in den Clustern vorzufindende Ansammlung von Einzelfällen offenbart, wie minimal mitunter die Variation zwischen den Personen sein können, während die Distanz zwischen den Clustern zeigt, dass sich Strategien, Verläufe und Konstellationen usw. deutlich voneinander unterscheiden. Die Einzelfälle innerhalb der Cluster ähneln sich insbesondere bezüglich der Verläufe und den auftretenden Hemmnissen beim RTW, zeigen aber immer leicht veränderte Variationen und minimale Abweichungen auf und verweisen damit sowohl auf biografische Faktoren als auch auf strukturelle und verfahrensbedingte Einflussgrößen beim RTW.

Abbildung 23: Verteilung der Cluster



Wie in allen qualitativen Studien lässt im Vorhinein keine exakte Zahl der zu erwartenden Cluster angeben, obwohl für theoretische bekannte und aus der Praxis bewährte Parameter eine klassische „geschichtete“ Stichprobe gebildet werden könnte. Erstens geht es in der qualitativen Forschung (QF) aber *nicht* um Repräsentativität, zweitens ist eine vollständige Abbildung aller möglichen Kombinationen von Merkmalsfaktoren weder möglich noch sinnvoll, weil erfahrungsgemäß nur eine begrenzte Anzahl von Konstellationen empirisch relevant und sie erst das Produkt der Forschung selbst ist. Um dieses Dilemma zu lösen verfolgt die QF zwei Strategien a) theoretical sampling (vgl. Strauss 1994, S. 63) und b) das Konzept der theoretischen Sättigung (vgl. Krotz 2005, S. 193). Sie ist erreicht, wenn im empirischen Material beim Vergleich der Fälle in den einzelnen Kategorien keine für die Fragestellung bedeutsamen neuen Erkenntnisse mehr hinzukommen; diese Grenze kann nicht im Vorhinein festgelegt werden, da sich im Prozess der Auswertung des Materials (offene Kodierung, axiales Kodieren, Feinkodieren etc.) die Relevanz von zu Beginn noch nicht gesehenen Aspekten herauskristallisiert und damit neue Vergleichsperspektiven eröffnet werden. Die Sättigung tritt dann ein, wenn

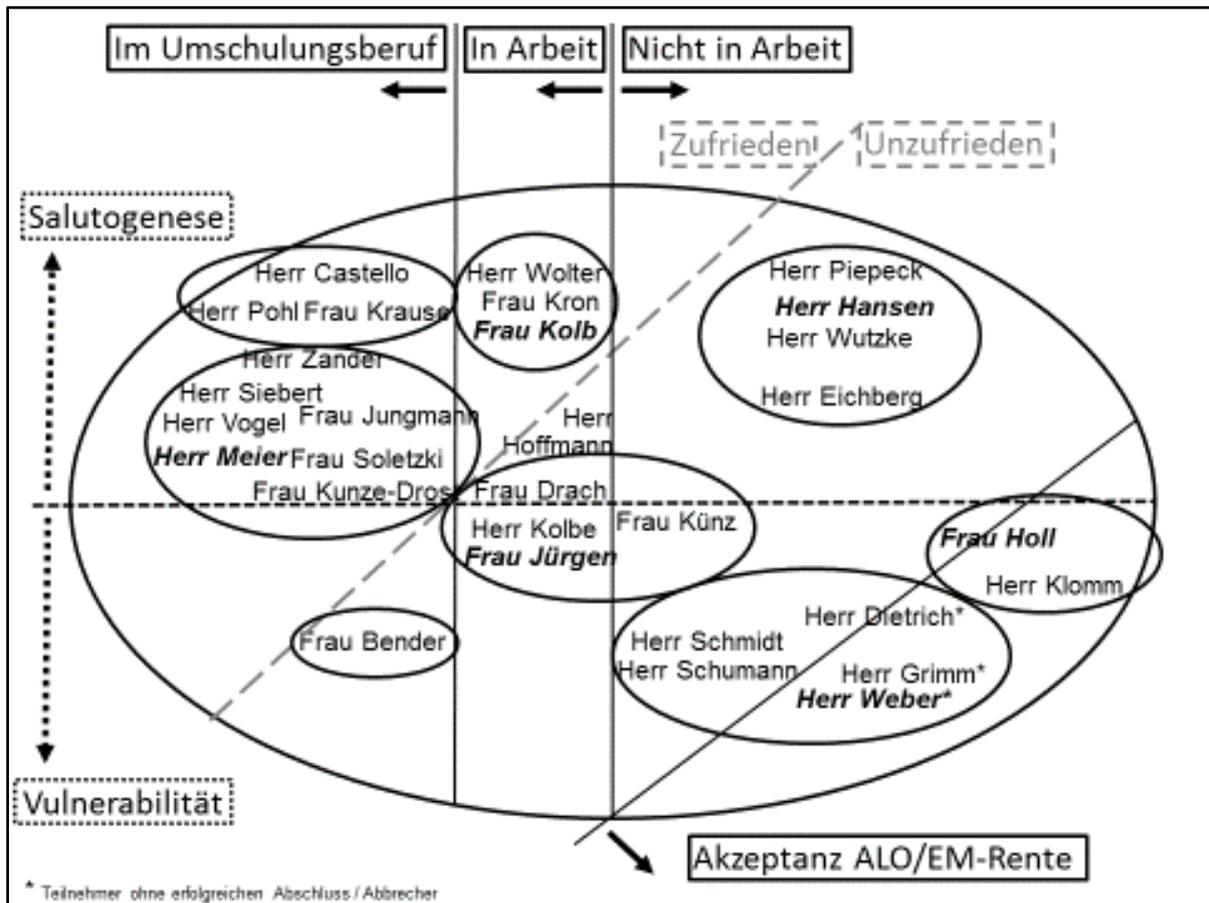
keine analyserelevanten neuen Aspekte mehr generiert werden; diese Entscheidung wird im Forscherteam auf der Basis des Materials, des domänenspezifischen Forschungsstandes aber auch erfahrungsbezogen getroffen.

6.4.3. Bestimmung der Eckfälle für die Fallrekonstruktionen

Eckfälle sind „dichte Beschreibungen“ von natürlichen Personen, die im Forschungsprozess interviewt und deren Aussagen analysiert werden. Im Unterschied zu dem Weberschen Idealtypus repräsentiert der Eckfall jedoch keine theoretische Abstraktion eines bestimmten Teilmertypus und auch keinen Prototyp für einen erfolgreichen RTW. Die Eckfälle stehen vielmehr für das Zusammenspiel einer bestimmten Konstellation aus begrenzten Elementen (z.B. als psychisch Erkrankter im Umschulungsberuf durch Vermittlung eines Freundes mit unbefristeter Beschäftigung und hoher Arbeitszufriedenheit) mit bestimmten berufsbiografischen Entscheidungswegen, Haltungen und Strategien. In ihrer Summe repräsentieren sie die gesamte Spannbreite der erhobenen Einzelfälle und decken damit alle vorgefundenen Variationen bezüglich des Forschungsinteresses ab (gelungener RTW, krankheitsbedingt misslungener RTW, arbeitsmarktbedingt misslungener RTW etc.).

Bestimmt werden Eckfälle aus den entstandenen Clustern. Sie sind besonders inhaltsreiche und repräsentative Vertreter der Cluster, an denen die Eigenschaften des Clusters in ihren Parallelen aber auch Unterschieden zu anderen Clustern besonders gut dokumentiert werden können. Die weiteren Einzelfälle des jeweiligen Clusters ähneln den verdichteten Konstellationen der Eckfälle, zeigen aber immer leicht veränderte Variationen und minimale Kontraste auf.

Abbildung 24: Bestimmung der Eckfälle



Die Entscheidung über die „Dichte“ eines auszuwählenden Eckfalls ergibt sich aus dem Materialvergleich (z.B. Detaillierung der erzählten Ereignisse durch die Interviewten; besonders deutlich sichtbare [nicht notwendigerweise faktische] Entwicklungsverläufe oder Brüche, Entscheidungsmuster, Verbindungslinien zwischen Krankheit, Beruf und Biografie sowie zur vorhergehenden und aktuellen beruflichen Situation, zur Beurteilung der Maßnahme, der Passung, der Zuweisungsprozesse etc.). Eckfälle stellen damit eine besondere Verdichtung auch aus der Literatur und aus Expertengesprächen bekannter Problemkonstellationen dar.

Im Forschungsverlauf ist eine Verschiebung der Eckfälle durchaus möglich. Da das Material schrittweise erhoben und ausgewertet wird und immer wieder neue Fälle hinzukommen, kann es sich herausstellen, dass ursprünglich als Eckfälle bestimmte durch andere ersetzt werden müssen, die mit Blick auf die Fragestellungen der Studie ergiebiger sind.

Aufgrund ihrer Bedeutung werden folgend nur die Eckfälle ausführlich dokumentiert, die gesamten Fälle in einer tabellarischen Übersicht dargestellt (siehe Anhang Kapitel 10). Die Eck-

fälle dienen somit der Dokumentation der gesamten Spannbreite bzw. der identifizierten Cluster und stehen exemplarisch für unterschiedlichste Problemkonstellationen und den aus den Interviews herausgearbeiteten Bearbeitungsformen durch die Interviews.

6.4.4. Cluster von geringerer Forschungsrelevanz

Im Forschungsverlauf verorten sich innerhalb des vieldimensionalen Erkenntnisraums Einzelfälle, die entweder als singuläre Einzelfälle zu betrachten sind, da keine vergleichbaren weiteren Fälle mit minimaler Variation auftauchen, oder die anderen Clustern sehr nahe stehen und den Erkenntnisgewinn bezüglich des Forschungsinteresses wenig oder kaum vorantreiben und aus diesem Grund in den Fallrekonstruktionen nicht berücksichtigt werden.

Ein Cluster mit nur geringem Erkenntnisgewinn gruppiert sich um den Fall „Herr Castello“. Diese Personen stammen alle aus Baden-Württemberg, sind nach der Umschulung in ihrem dort erlernten Beruf untergekommen, weisen am Arbeitsplatz aber auch in anderen Lebensbereichen eine gute soziale Integration auf und sind mit ihrer Arbeits- und Lebenssituation sehr zufrieden. Das auffälligste Merkmal dieser Personen ist aber, dass sie keinerlei chronische Krankheit vorzuweisen haben. Ihr erwerbsbiografischer Bruch hat *qualifikations- und arbeitsmarktbedingte* Ursachen und die Umschulung findet unter der Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit statt. Die Motivation für die Umschulung beruht sowohl von Träger- als auch von Teilnehmerseite ausschließlich auf dem Erwerb der formalen Qualifikation zur Verbesserung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt und zum Entkommen aus einer prekären Beschäftigungssituation. Das Erlangen einer besser bezahlten und anerkannteren beruflichen Position ist somit einziges Ziel. Dennoch weisen diese Personen sehr starke Parallelen zum Cluster um „Herrn Meier“ auf. In ähnlicher Weise sind sie bestrebt, mit dem Erwerb der formalen Qualifikation ihrer festgefahrenen Situation zu entkommen und auch der Umschulungsverlauf und der RTW-Prozess gleichen sich stark. Das Fehlen einer chronischen Krankheit verringert jedoch die Relevanz des Clusters für das Forschungsinteresse bezüglich der Wege aus der beruflichen Rehabilitation ins Beschäftigungssystem und die starken Ähnlichkeiten zu einem anderen Cluster untermauern den geringen Erkenntnisgewinn.

Ein singulärer Einzelfall zeigt sich in „Frau Bender“. Auf Basis der vergleichenden Analyse verortet sie sich innerhalb der vielschichtigen Dimensionen weit ab von allen anderen Fällen und offenbart damit das potentiell zusätzliche Cluster „Umschulung als Voraussetzung für Arbeit“.

Aufgrund der dort fehlenden theoretischen Sättigung bildet es jedoch kein tragfähiges Cluster. Dennoch ist es für das Forschungsinteresse durchaus interessant, da es sich bei „Frau Bender“ um einen Einzelfall handelt, der sehr aufschlussreiche Erkenntnisse liefert und davon ausgegangen werden kann, dass diese Erkenntnisse auch auf weitere (wenn auch nicht viele) Teilnehmer einer beruflichen Rehabilitation zutreffen könnten. Aus diesem Grund wurde der Fall „Frau Bender“ zur Demonstration der Fallanalyse im Kapitel zur Datenauswertung (6.3.) genutzt. An dieser Stelle eine kurze Darstellung des Falls:

Frau Bender ist zum Zeitpunkt des Interviews 26 Jahre alt, hat eine soziale Phobie und lebt mit ihrem Partner in einer Großstadt in einer ansonsten strukturschwachen Region. Im Kontrast zu ihrem sieben Jahre jüngeren Bruder sowie zu ihren Eltern erreicht sie keine höhere schulische Qualifikation, sondern absolviert die Realschule mit schlechten Noten. Die anschließende Kinderpflegerinnenausbildung bricht sie ohne einen besonderen Grund ab und bewirbt sich ziellos auf andere Ausbildungsplätze. Auf die zahlreichen Bewerbungen bekommt sie stets Absagen, wofür sie ihren schlechten Schulabschluss verantwortlich macht. Da es ihr nicht gelingt, über eine Berufsausbildung auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, absolviert sie zahlreiche Praktika in vielen unterschiedlichen Branchen, die sie zu großen Teilen ehrenamtlich ausübt. Unterstützung und Förderung holt sich Frau Bender regelmäßig beim Jobcenter. Dort wird sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung auch zum medizinisch-psychologischen Dienst geschickt, wo nach einigen Tests festgestellt wird, dass sie für eine „normale“ Berufsausbildung nicht geeignet ist. Ihr wird vorgeschlagen, eine Umschulung in einem BFW zu absolvieren, um darüber einen Berufsabschluss zu erwerben. Bis zur Umschulung durchläuft Frau Bender in einer Zeitspanne von anderthalb Jahren einen RVL, eine zweiwöchige Berufsfindung und eine BOTH-Maßnahme, in der Menschen, die über lange Zeit arbeitslos sind, langsam wieder an das Arbeitsleben gewöhnt werden.

In der Umschulung zur Bürokauffrau sieht Frau Bender eine große Chance, später einen Arbeitsplatz zu bekommen. Ihr fällt es anfangs jedoch schwer, die Umschulung durchzuhalten. In den Fächern, wo sie kein Interesse entwickelt, hat sie Probleme beim Lernen und das Klassenklima empfindet sie als schlecht. Grund dafür ist die Heterogenität der Teilnehmer. Da sie aber gewillt ist, die Umschulung erfolgreich zu absolvieren und ihr auch finanzielle Kürzungen bei einem Abbruch drohen würden, übt sie sich in Geduld und nimmt Stützunterricht. In einigen Situationen bereitet ihre Soziophobie aber Probleme. Sie hat Angst, vor großen Gruppen zu sprechen und sucht daher psychologische Betreuung.

Retrospektiv beurteilt sie die Umschulung eher negativ. Ihr wird zwar geholfen, die Prüfungen besser zu meistern, aber die Vorbereitung auf das Arbeitsleben ist aufgrund der zu großen Realitätsferne unzureichend. Sie bekommt im BFW kein relevantes Wissen vermittelt und kann zu wenig Praxiserfahrung sammeln. Im Kontrast dazu fühlt sie sich in ihren Praktika sehr gut aufgehoben. Diese absolviert sie in einem Verein, in dem sie vor der Umschulung bereits ehrenamtlich arbeitete. Dort wird Frau Bender auch eine Perspektive auf ein späteres Beschäftigungsverhältnis nach erfolgreichem Abschluss in Aussicht gestellt.

Nach der Umschulung ist Frau Bender zunächst arbeitslos. Dies missfällt ihr sehr und sie versucht alles, um einen passenden Arbeitsplatz im Umschulungsberuf zu finden. Eine adäquate Unterstützung bekommt sie auf der Suche nach Arbeit aber nicht. Sie fühlt sich allein gelassen, gibt nach wenigen Wochen die Suche auf und findet sich mit ihrer Situation ab. Ihre finanzielle Lage nötigt sie jedoch, irgendeine Arbeit zu finden und sie bewirbt sich schweren Herzens bei einem Callcenter. Am Tag des Vorstellungsgesprächs bekommt sie unerwartet ein Jobangebot aus dem Kulturverein, in dem sie ihr Praktikum absolvierte. Frau Bender ist darüber sehr glücklich und fokussiert ausschließlich das Angebot, auch wenn es sich dabei lediglich um eine befristete Stelle handelt.

Sechs Monate nach dem Ende der Umschulung tritt Frau Bender die subventionierte Arbeit im Verein an. In der Einarbeitungszeit ist sie etwas unterfordert und isoliert, da sie kaum Kontakt mit Kunden hat. Problematisch ist für sie insbesondere, dass sie trotz des Arbeitsplatzes noch nicht unabhängig vom Jobcenter ist. Die Arbeit im Niedriglohnsektor verdeutlicht ihr fortwährend, dass sie ihr Ziel, ein „normales“ Leben zu führen, noch nicht erreicht hat. Sie ist mit ihrer allgemeinen Lebenssituation sehr unzufrieden und führt dies auch auf ihre Krankheit zurück. Die Krankheit wirkt ihrer Meinung nach als Stigma (Goffman 2014). Sie verhindert einerseits das Erreichen des gesetzten Ziels und andererseits eine soziale Teilhabe, da Frau Bender auch in anderen Lebensbereichen schlecht integriert ist. Die Krankheit ist aus der Perspektive von Frau Bender unberechenbar und das zentrale Hindernis der Herstellung von Normalität: *„Du möchtest einfach ein normaler Mensch sein, obwohl Du nich bist, das is das Schlimme“ (Bender 2, ZN 463f.)*. Dementsprechend zeigt sie auch noch in der Zeit des Interviews eine hohe Vulnerabilität und hat eher negative Zukunftsaussichten, was auf eine fehlende vorhergegangene medizinische Rehabilitation zurückzuführen sein könnte.

6.5. Falldarstellungen

6.5.1. Umschulung als gelungene Transformation

6.5.1.1. Allgemeine Clusterbeschreibung

Dieses Cluster steht für einen gelungenen Prozess vom krankheitsbedingten Abschied von der bisherigen Erwerbsbiografie bis hin zur erfolgreichen Wiedereingliederung in Arbeit. Gemeinsam ist den Personen in diesem Cluster, dass sie nach der Umschulung in dem dort erlernten Beruf arbeiten bzw. der neue Arbeitsplatz dem erlernten Beruf sehr nahe kommt. Die Personen sind dort, wie auch in anderen Lebensbereichen, sehr zufrieden und gut sozial integriert. Vor allem aber hat die Familie/Partnerschaft einen überdurchschnittlichen Stellenwert. Sie ist das Zentrum des Lebenskonzepts und bestimmend für die gelungene Work-Life-Balance.

Ihre chronische Krankheit haben die ehemaligen Rehabilitanden mithilfe von Medikamenten und einem aktiven Gesundheitsverhalten weitestgehend unter Kontrolle und sie haben die krankheitsbedingt eingeschränkte Leistungsfähigkeit akzeptiert. Die Krankheit tritt nur noch sehr selten in akuten Zuständen auf und die ehemaligen Teilnehmer sind in der Lage offen mit den Problemen umzugehen. Zur aktiven Krankheitsbewältigung zählt weiterhin eine aktive Anpassung des Arbeitsplatzes zur Vermeidung von aufkommenden Beschwerden. Sie sind nicht auf Initiativen der Arbeitgeber oder der Träger angewiesen, sondern suchen selbst nach Lösungsansätzen.

Die Motivation für die Umschulung basiert neben dem Bestreben der Rückkehr in eine Arbeit, die mit der chronischen Krankheit vereinbar ist, vor allem auf der familiären Verantwortung. Um die innerfamiliäre Rolle des Versorgers wieder aufzunehmen, sind sie bereit, eine Arbeit mit einem geringeren Anspruchsniveau zur Vereinbarkeit mit ihrer Krankheit aufzunehmen und ihre beruflichen Ziele herabzusetzen. Diesbezüglich weisen sie auch innerhalb der Umschulung ein sehr zweckgerichtetes Verhalten auf. Sie konzentrieren sich vornehmlich auf den Erwerb des Facharbeitertitels und pflegen eine distanzierte und rationale Teilhabe an der Gemeinschaft der Teilnehmer.

Innerhalb dieses Clusters befindet sich ein Großteil der interviewten Personen. Dies mag auch daran begründet liegen, dass ein gelungener RTW-Prozess nicht sehr variationsreich ist. Zumindest anhand der in diesem Projekt erhobenen Daten weist alles darauf hin. Lediglich in

an einem Punkt unterscheiden sich die darin vorzufindenden Personen: das Vorhandensein einer Krankheit. Ausschlaggebend ist auch bei den Personen ohne chronische Krankheit eine erwerbsbiografische Diskontinuität, die den Prozess mit ähnlichen Charakteristika und Konstellationen ausweist.

6.5.1.2. Herr Meier

„Bevor ich jetzt hier nicht ne Umschulungsmaßnahme bekomme, geh ich hier nicht mehr weg“ (Meier, ZN 65f.)

Geschlecht:	Männlich
Alter:	51
Familienstatus:	Verheiratet, zwei Kinder im Haushalt
Wohn- /Arbeitsort:	Strukturstarke Großstadt
Berufsstatus:	Erwerbstätig (Vollzeit, unbefristet, nicht im Umschulungsberuf)
Berufliche Kurzvita:	Polytechnische Oberschule → Berufsausbildung zum Koch → Berufstätigkeit → Abendschule zum Eventmanager → Berufstätigkeit → krankheitsbedingtes Ausscheiden → erfolgreiche Umschulung → berufstätig im Umschulungsberuf
Berufsabschlüsse der Eltern:	Vater: POS → Berufsausbildung Mutter: POS → Berufsausbildung
Art der Krankheit:	Colitis Ulcerosa → verursacht Rheuma und Rückenschmerzen
Umschulungsberuf:	Sport- und Fitnesskaufmann
zugewiesen durch:	Bundesagentur für Arbeit
Träger:	Freier Bildungsträger

Zur Interviewsituation

Das Interview mit Herrn Meier findet, auf seinen Wunsch hin, während seiner Mittagspause in seinem Büro statt. Herrn Meier macht einen sehr offenen, freundlichen und dynamischen Eindruck. Nach der Begrüßung und ein paar auflockernden Worten wird er darüber aufgeklärt,

dass seine Daten streng vertraulich und nur zu Studienzwecken verwendet werden. Anschließend wird er um seine Einwilligung zur Aufnahme des Interviews gebeten, die er ohne zu zögern erteilt.

Während des Interviews antwortet Herr Meier sehr knapp, sodass oft nachgefragt werden muss und ein etwas künstlich wirkendes Gespräch entsteht. Auf die gestellten Fragen antwortet er aber offen und spontan und er wirkt entspannt. Besonders auf Fragen nach den Schwierigkeiten mit dem Jobcenter reagiert er sehr emotional und seine Wut und Enttäuschung ist ihm durch seine Mimik deutlich anzumerken. Mit seinem jetzigen Leben ist er dagegen zufrieden: Er hat eine Arbeit, die ihm Spaß macht und finanzielle Sicherheit schafft; eine Familie, die ihn unterstützt und die er liebt und seine rheumatischen Beschwerden sind, dank der Medikamente, unter Kontrolle und er ist nahezu schmerzfrei.

In einer abschließenden Unterhaltung, welche nicht mehr aufgezeichnet wird, spricht Herr Meier noch einmal über die Situation vor der Umschulung und gibt zu verstehen, dass er sehr froh ist, einen Arbeitsplatz gefunden zu haben und er nie wieder mit dem Jobcenter etwas zu tun haben will.

(Berufs-)Biografischer Verlauf

Vor der Umschulung

Nach erfolgreichem Abschluss der Polytechnischen Oberschule erlernt Herr Meier den Beruf des Kochs, den er 16 Jahre lang ausübt. Der Beruf ist ein wichtiger Teil seines Lebens und macht ihm Spaß. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands erweitern sich seine Aufgaben und er findet Gefallen daran Caterings bei großen Veranstaltungen auszurichten. In der Folge entwickelt er das Bedürfnis seine Handlungsspielräume auszubauen und mehr Verantwortung zu übernehmen. Seine Firma und sein eng umschriebener Beruf als Koch verhindern das. Daher beschließt er seinen traditionellen Beruf aufzugeben und eine Abendschule zum Eventmanager zu besuchen. Nach erfolgreichem Abschluss übernimmt die Bezeichnung „Eventmanager“ die Funktion der tief verankerten Berufssemantik und ihm gelingt ein Aufstieg in seinem neuen Tätigkeitsfeld, das ihn auch wegen der Vielseitigkeit der Arbeitsaufgaben zufriedenstellt. Herr Meier betont im Interview: *„der beste Job war dieses Eventmanagement“* (Meier, ZN 565), in dem er sieben Jahre tätig ist. Er erfährt von vielen Seiten Anerkennung und fühlt sich als Vertrauter von Prominenten. Insbesondere die Bedeutung seiner Person und seiner Kontakte repräsentieren für ihn den erreichten beruflichen und gesellschaftlichen Aufstieg.

„Weil ich einfa:ch [...] alles mit organisiert habe also und man äh viele, och Prominente dann eben och kennen lernt. Das das ist schon o-o-oder für die Arbeit das das ist schon c-c-cool“ (Meier, ZN 565-568).

In dieser Zeit trifft Herr Meier auch seine große Liebe und gründet mit ihr eine Familie. Sein Leben verläuft so, wie er es sich wünscht, und er ist sehr zufrieden. In diesen sieben Jahren erfährt Herr Meier aber auch Negatives. Er leidet unter Rheuma, das in Schüben verläuft und ihn zeitweise bewegungsunfähig macht. Bei einem Test der Rheumawerte, dem er sich im Anschluss an einen starken Schub unterzieht, erfährt er erstmals, dass das Rheuma lediglich ein typisches Symptom einer schon viele Jahre vorhandenen Darmerkrankung ist.

Die zunehmende Arbeitsintensität verschlechtert seinen Gesundheitszustand kontinuierlich. Herr Meier findet kaum noch Freiräume sich zu erholen und kann nur selten Zeit mit seiner Familie verbringen. Das Fortschreiten der Krankheit sowie die Einschränkungen im Familienleben zeigen ihm, dass der Beruf sich nicht mehr mit seiner Familie und den gesundheitlichen Beschwerden vereinbaren lässt. Die Verschlechterung seiner gesundheitlichen Situation zwingt Herrn Meier schließlich dazu, den geliebten und erkämpften Beruf und den daran geknüpften Lebensstil aufzugeben und damit auch sein Identitätskonzept zu verändern.

Herr Meier wird arbeitslos und damit abhängig vom Arbeitsamt bzw. Jobcenter. Dort fühlt er sich schlecht behandelt und er erfährt keine individuell zugeschnittene Förderung. Lediglich Standardmaßnahmen, wie ein Bewerbungstraining oder ein Ein-Euro-Job, werden ihm verordnet, aus seiner Sicht: *„nur um aus der Statistik zu kommen“ (Meier, ZN 88)*. Rückhalt erfährt er allein in der Familie. Sie dient ihm als Rückzugspunkt, ist ein Ort der Geborgenheit und gibt ihm neue Kraft: *„Die Familie war immer da und hat (1) mich immer wenn ichs brauchte gestreichelt“ (Meier, ZN 90f.)*.

Weg in die Umschulung

Trotz der familiären Unterstützung fühlt sich Herr Meier unwohl. Er hat große Probleme, sich beruflich neu zu orientieren und seine rheumatische Erkrankung schränkt ihn im Alltag stark ein: *„Als=ich=mich=dazu=entschied, überhaupt nen neuen Beruf zu machen, ging es mir zu der Zeit nicht=besonders=gut“ (Meier, ZN 60f.)*. Nach anfänglicher Ziellosigkeit kann er sich für einen neuen Beruf begeistern, der die Vereinbarkeit von Familie und Krankheit mit dem Arbeitsleben verspricht. Er hat damit ein neues Ziel vor Augen, das er gegen alle Widerstände, insbesondere beim Jobcenter stößt er auf Zurückweisung, durchsetzt. Unbeirrt hält er an seinem

Vorhaben fest und fordert sein Recht nachdrücklich ein; er wendet sich an die Vorgesetzten seiner Sachbearbeiterin und holt sich juristischen Rat.

„Irgendwann hats dann aber wie gesagt geklappt. Auch wieder, weil ich dann den höheren Stellen dann beziehungsweise geschrieben habe und mich dann beschwert habe und dann auch mit Anwalt gedroht hab“ (Meier, ZN 70ff.).

In der Umschulung

Nach einem Jahr Wartezeit, die durch Unstimmigkeiten in der Zuständigkeit der Finanzierung zustande kommt, beginnt Herr Meier seine Umschulung zum Sport und Fitnesskaufmann. Er ist hoch motiviert sein Bestes zu geben und die Umschulung erfolgreich zu beenden. Anspornend wirken insbesondere seine Familie und sein verhältnismäßig hohes Alter. Für Herrn Meier liegt die Herausforderung darin, seiner Familie und den jüngeren Rehabilitanden zu beweisen, dass ihm die Reaktivierung des theoretischen Wissenserwerbs besser als dem Durchschnitt gelingt. Dieses und weitere Ziele in der Umschulung übertrifft er stets. Er ist sehr zufrieden mit seinen Leistungen und erhält dafür Bestätigung von den weiteren Teilnehmern, von den Dozenten und in seiner Familie.

Auch die Suche nach einem Praxisbetrieb fällt ihm sehr leicht. Er engagiert sich seit Jahren ehrenamtlich in einer Schule und hat dort Bekanntschaften geknüpft, die ihm weiterhelfen. Zudem sind auch seine beruflichen Vorerfahrungen als Eventmanager hilfreich, sofort eine Zusage zu bekommen.

„Durch nen: (1) ja: jetzt schon Freund, damals noch nen Bekannter. [...] Und dann hab ich ihm erzählt, [ich] will ne Umschulung machen: und suche noch nen Verein. Und da sagte er: [...] „also ich weiß=ja=wie=du=bist von daher würd ich dich dahin empfehlen.“ Und [ich] bin dann hier zum Gespräch gekommen und dann ham se mich auch gleich genommen“ (Meier, ZN 21-27).

Während der Umschulung ist Herr Meier einem starken Rheumaschub ausgesetzt. Ihm wird angeboten, an einer experimentellen Testreihe eines neuen Medikaments teilzunehmen; ein Angebot, das er sofort annimmt. Die neuen Medikamente schlagen bei ihm gut an und verringern seine Einschränkungen deutlich. Das Ergebnis hebt fühlbar seine Lebensqualität, gibt ihm neuen Mut und verbessert seine Perspektive, die Umschulung erfolgreich zu beenden und daraufhin wieder voll erwerbsfähig zu sein.

Nach der Umschulung

Im Anschluss an die Umschulung gelingt Herrn Meier ein reibungsloser Übergang in das Arbeitsleben. Er wird von seinem Praktikumsbetrieb übernommen und bekommt dort eine Vollzeitstelle. Finanziell ist er abgesichert, kann dadurch wieder mehr familiäre Verantwortung übernehmen und befindet sich in einem stabilen Betriebsklima. Herr Meier bringt sich durch seine beruflichen Vorerfahrungen gut in den Verein ein und erhält für sein Können Bestätigung, was sein Selbstbewusstsein stärkt und ihm Sicherheit verleiht.

„Das kommt mir wirklich so äh zugute, dass ich den Job schon mal gemacht habe, weil ebend äh (3) ich gloob des deswegen ham se mich och genommen, ((stockend)) weil ich nen anderen Blickwinkel auf Veranstaltungen habe“ (Meier, ZN 355ff.).

Herr Meier identifiziert sich sehr stark mit dem neuen Arbeitgeber, dem Kollegenkreis und den Idealen des Vereins. Das positive Feedback der Kundschaft fördert seine Zufriedenheit mit der neuen Tätigkeit. Er ist motiviert, empfindet Spaß und übernimmt (notgedrungen) immer mehr Arbeitsaufgaben: *„Dadurch das er nun krank ist, Cheffe krank ist, ist zur Zeit doch schon ne hohe Arbeitsbelastung“ (Meier, ZN 431f.).* Herr Meier findet dadurch kaum noch Zeit für freizeitliche Ausgleichsbeschäftigungen. Das Medikament verhindert aber bis dato, dass sich der arbeitsbedingte Stress negativ auf seine Gesundheit auswirkt. Es gibt ihm damit einerseits Stabilität, verhindert aber andererseits, dass er körperliche Warnsignale erkennen kann: *„Durch dieses Medikament bin ich einfach gut eingestellt, also von da:her. (2) Also ich möchtes jetzt nicht absetzen, um auszuprobieren ob der Stress hier was bewirken würde“ (Meier, ZN 474f.).* Da ihm durchaus bewusst ist, dass dieser Stress seinen Gesundheitszustand gefährden könnte versucht er eine ausgedehnte Erholungszeit einzuräumen, wenn der Arbeitsalltag es wieder zulässt.

„Und ja das ist dann och immer noch so nen Faktor wo du sagst: „ja achtete dann och nicht so auf die Stunden.“ [...] Aber ok es ist dieser Monat und danach wirds wieder nen bisschen ruhiger“ (Meier, ZN 446-453).

Für die Zukunft wünscht sich Herr Meier eine kontinuierliche Erwerbstätigkeit. Er möchte mindestens bis zum Rentenalter im Verein weiter arbeiten, da er sich dort gut aufgehoben fühlt. Eine Rückkehr zum Eventmanager schließt er aus familiären Gründen kategorisch aus. Abhängig ist die gewünschte Berufstätigkeit jedoch vom Beibehalten des aktuellen Gesundheitszustands. Bis dato ist noch nicht gewiss, wie lange die Medikamente für den Erhalt der erreichten Lebensqualität sorgen können.

Soziale Einbindung und Unterstützung

Für Herrn Meier ist seine Familie das Zentrum seiner Welt: „*Naja also ohne Familie gloob=ich (1) geht jeder son bisschen den Bach=runter*“ (Meier, ZN 84). Sie bietet ihm Rückhalt, Geborgenheit und Unterstützung; steht aber auch für Motivation und Verantwortung.

„Ich glaube wenn man ne gewisse Verantwortung trägt, nimmt man zumindest also in dem (1) in dem Alter [...] diese Verantwortung wesentlich mehr wahr wie, als wenn ich jung war. [...] Aber jetzt wo ebend da nen bisschen mehr dran hängt Haus Hof Familie, dann machst du auch schon nen bisschen mehr“ (Meier, ZN 129-134).

Seit der Gründung seiner Familie hat sich im Leben von Herrn Meier viel verändert. Um mehr Zeit für seine Familie zu haben und dieser mehr Aufmerksamkeit schenken zu können, hat er den geliebten Beruf des Eventmanagers aufgegeben, sich motiviert über die Verantwortung für seine Familie beruflich neu orientiert und letztendlich über die Umschulung zum Sport- und Fitnesskaufmann zurück in ein Arbeitsleben gefunden, das auch mit seiner chronischen Krankheit vereinbar ist.

Rückhalt erfährt Herr Meier vor allem in der Zeit der beruflichen Neuorientierung. Die Familie kennt seine Bedürfnisse, geht darauf ein und stellt damit einen Gegenpol zu den Forderungen und Verwehrungen des Jobcenters dar. Sie bietet ihm dadurch einen Rückzugspunkt, in dem er sein Leben ordnen und neue berufliche Pläne schmieden kann. Während der Umschulung zeigt sich die familiäre Unterstützung insbesondere im Verständnis für seine Situation: „*Gerade in der Umschulungsphase, [...] da war ich wirklich wenig für die Familie da, aber ich hatte=eben=dat=Verständnis dafür*“ (Meier, ZN 92f.). Für das Gelingen der Umschulung schätzt er die Familie aber nicht als relevant ein. Sie ist ihm jedoch ein großer Motivator seine Aufgaben besonders gut zu machen. Die Vorbildfunktion gegenüber seinen Kindern stützt das erfolgreiche Absolvieren der Maßnahme.

„Also von daher hab ich diese Schule wirklich auch extrem ernst jenommen, [...] weil ich wollte och nicht als Idiot dastehen oder mit Vieren und Fünfen nach Hause kommen. [...] Da=musste=man=ebend=selber=Vorbild=sein“ (Meier 138-144).

Außerhalb der Familie erfährt Herr Meier Unterstützung vor allem bezüglich der Arbeitswelt. Sein soziales Engagement verhilft ihm zu einem großen Netzwerk, zu dem Personen mit vielerlei Kontakten gehören. Dort bekommt er sowohl Verweise auf potentielle Arbeitgeber als auch direkte Empfehlungen ausgesprochen: „*Da sagte er, meld dich dochmal da also ich weiß=ja=wie=du=bist von daher würd ich dich dahin empfehlen*“ (Meier, ZN 25f.).

Als soziale Unterstützung empfindet Herr Meier auch die Anerkennung durch und Zugehörigkeit zu Gemeinschaften am Arbeitsplatz. Dies zeigt sich nicht nur bei der Ausübung des Eventmanagers oder des Sport- und Fitnesskaufmanns, sondern auch in der Umschulung. Das harmonische Klassenkollektiv ist für ihn ein positiver Faktor und fördert den Spaß im Lernprozess. Bestätigung bekommt er von anderen Teilnehmern hauptsächlich für seine guten Leistungen trotz seines hohen Alters: *„Die wussten sehr lange nicht, dass ich schon über vierzig war. Von daher war der Erstaunen dann groß, als sies erfahren haben“* (Meier, ZN 151f.)

Subjektive Bedeutung von Erwerbsarbeit

Die Erwerbsarbeit ist der zweitwichtigste Aspekt in Herrn Meiers Leben: *„Zuerst kommt die Familie. Dann kommt ne Weile nix dann kommt Arbeit und dann kommt ne Weile wieder nix ((lachend)) und dann kommt der Rest der Familie“* (Meier, ZN 36-42). Diese Einstellung zur Arbeit ist erst in den letzten Jahren gewachsen. Als Eventmanager war der Beruf weitestgehend das Zentrum seines Lebens. Der Beruf verschafft seiner Person Bedeutung sowie Bestätigung. Ausschlaggebend für die Veränderungen ist neben der Gründung seiner Familie auch das Fortschreiten seiner Krankheit. Er merkt, dass dieser Beruf weder mit seinem Familienleben noch mit seiner Erkrankung vereinbar ist und muss dadurch seine Ansprüche an die Berufstätigkeit herunterschrauben. Die Erwerbstätigkeit dient nunmehr zur Existenzsicherung und Finanzierung der weiteren Wünsche und Bedürfnisse der Familienmitglieder.

„Wenn ich keine Familie hätte und nicht diese Krankheit, würde ich diesen Job wahrscheinlich heute noch machen. Aber da mir die Familie dann doch schon wichtig war, [...] äh ist das wichtiger geworden als der Job. Von daher ist es jetzt so wie es ist gut“ (Meier, ZN 561-565).

Wichtig ist Herrn Meier neben der finanziellen Absicherung, dass er Spaß an der Arbeit hat und gut in den Kollegenkreis integriert ist. Ein stabiles Betriebsklima sorgt für Wohlbefinden am Arbeitsplatz und hilft beim Umgang mit seiner Krankheit. Er kann seine gesundheitlichen Probleme offen artikulieren und erfährt Verständnis für seine Situation: *„Im Sportverein zu arbeiten, ist schon ne tolle Sache. Das das ist ja sozial, is äh freundschaftlich so untereinander“* (Meier, ZN 490f.). Weiters sind ihm die Arbeitsbedingungen in Bezug zur Vereinbarkeit von Krankheit und Arbeit wichtig. Einerseits erleichtern technische Veränderungen am Arbeits-

platz den Umgang mit akuten Beschwerden. Andererseits begünstigen gute Arbeitsbedingungen einen abwechslungsreichen Arbeitsalltag und das Schaffen von Ausgleichsmöglichkeiten. Ebenso verleiht das selbständige Arbeiten Kontrolle über den Krankheitsfortschritt.

„Aber is ok dadurch das man jetzt sich die Zeit och ein bisschen selber einteilen kann, da kann ich eben och ma nur fünf Stunden arbeiten kommen. Äh ist das schon recht angenehm“ (Meier, ZN 440f.).

Die Bedeutung der Erwerbsarbeit beruht auch auf seinen Erfahrungen mit der Arbeitslosigkeit. Es war die schlimmste Zeit seines Lebens, bestimmt von verwehrten Förderungen, Fremdbestimmungen, Sanktionen und Kontrolle. Vor allem durch den notwendigen Kontakt zum Jobcenter, wo er sich ungerecht behandelt fühlt, wird die Arbeitslosigkeit zu einer negativen Abgleichsfolie der Lebensführung: *„Ich wünsche niemanden, in diese Situation zu kommen, Harzt IV zu bekommen, weil man sich echt nackig machen muss und das echt deprimierend is“ (Meier, ZN 649f.).*

Krankheit und Gesundheit

Mit 18 Jahren erkrankt Herr Meier an Colitis Ulcerosa. Diese Krankheit wird von Ärzten aber erst viele Jahre später über seine rheumatischen Beschwerden entdeckt. In den ersten Jahren der aufkommenden Einschränkungen durch sein Rheuma unternimmt er nur wenig die Symptome zu kontrollieren, verschwendet kaum Gedanken an die gesundheitliche Zukunft und begnügt sich mit hausärztlicher Betreuung: *„Ja als ich das mit dem Rheuma damals so mitgekriegt habe dann, da ist man noch relativ ju:ng. Da [...] will man nur, dass einen geholfen wird“ (Meier, ZN 596f.).* Im Alter von 27 nehmen seine Beschwerden deutlich zu und er unterzieht sich einem Test, in dem seine Grunderkrankung festgestellt wird. Der Krankheitsfortschritt verläuft in den darauf folgenden Jahren zunehmend dramatischer, sodass Herr Meier immer stärkere Beeinträchtigungen im Leben verspürt, seine Arbeit als Eventmanager aufgibt und sich beruflich neuorientiert. Gesundheitliche Verbesserungen treten aber erst durch seine Teilnahme an einer experimentellen Testreihe eines neuen Medikaments auf, zu der ihm infolge eines starken Rheumaschubs während der Umschulung geraten wird.

„Bevor ich dieses an diesen: äh: damals noch experimentellen Sachen teilnehmen konnte, [...] da konnt ich, musst ich jede Nacht aufstehen, weil ich so ne Rückenschmerzen hatte [...] und das war einfach äh: (1) tödlich. Und=da=konnte=ich=gar=kenen Sport machen, weil es einfach [...] viel zu sehr weh getan hat. Aber durch dieses neue Medikament [...] äh funktioniert das ganz gut“ (Meier, ZN 207-214).

Das neue Medikament schlägt bei ihm sofort gut an und verbessert seine Lebensqualität deutlich. Es behandelt jedoch nicht seine Grunderkrankung sondern mildert lediglich die rheumatischen Symptome. Dennoch ist es ein neues Fundament der Lebensgestaltung und gibt ihm neuen Mut: *„Ja und das hat so schnell gewirkt das war echt äh: (1) toll gewesen“ (Meier, ZN 229).*

Herr Meier ist aktuell sehr zufrieden mit der medizinischen Versorgung und verspürt bis dato keine Nebenwirkungen. Die Langzeitwirkung des Medikaments bleibt aber ungewiss. Jederzeit kann die Wirkung nachlassen und sein Leben wieder aus dem Gleichgewicht bringen. Er versucht daher sein Leben, solange es ihm möglich ist, in vollen Zügen zu genießen:

„Da:nn genießt man bestimmte Dinge och intensiver, wie eben dass ich jetzt wieder richtig normal arbeiten kann. [...] Also diese Lebensqualität die man jetzt hat, im Moment, ich gloobe die genießt man bisschen mehr“ (Meier, ZN 603-607).

Die Gedanken an eine mögliche zukünftige Verschlechterung des Gesundheitszustands verdrängt er weitestgehend: *„Grade bei starken nassen Tagen, da merkt mans dann doch schon. Hab=ich=früher=nicht=gehabt. [...] Aber es läuft gut und ich hoffe das es so weiter geht“ (Meier, ZN 292ff.).*

Die Medikamente helfen Herrn Meier auch dabei aktiv etwas gegen den Fortschritt der Krankheit zu unternehmen. Sport ist dabei ein zentraler Faktor der Krankheitsbewältigung:

„Sonst würde, äh:, dieses Rheuma mich versteifen (1) und so werden die Knochen ebend immer wieder auch stärker bewegt, Muskeln kräftigen. [...] Das brauch ich sonst, wi-w:irklich wirklich bei, total krumm und das will ich ja nicht“ (Meier, ZN 192-195).

Begleitet von ärztlicher Beratung beschränkt er sich auf gemäßigte sportliche Aktivitäten, um den Krankheitsverlauf unter Kontrolle zu halten: *„Ick=würd gern nochmal nen Marathon laufen, (1) darf es nicht, das=is::äh sagt der Arzt. Das=ist, bei dem Rheuma ist das kontraproduktiv“ (Meier, ZN 184ff.).*

Ein weiterer Aspekt der Krankheitsbewältigung ist die Anpassung des Alltags. Herr Meier achtet stets auf einen Wechsel zwischen Bewegung und Ruhepausen. Dies versucht er sowohl in der Freizeitgestaltung durchzusetzen als auch am Arbeitsplatz. Die im Berufsleben vorhandene Abwechslung verringert bereits seine Krankheitsbeschwerden, gern würde er noch weniger gleichförmige Arbeiten verrichten und dies durch technische Veränderungen des Arbeitsplatzes fördern:

„Das gute hier dran ist an dem Job, dass ich nicht nur da sitze. Obwohl ich sehr viel da sitze äh, was dann schon nen bisschen belastend für meine Krankheit so ist. Aber dass ich ebend

auch Trainingsgruppen selber habe, ebend viel draußen bin [...] also immer so:n gewissen Wechsel habe. (1) Wünschen würd ich mir noch, dass mein Arbeitsplatz nen bisschen besser wird“ (Meier, ZN 170-174).

Der Erhalt der Gesundheit ist im Leben von Herrn Meier sowohl im Beruf als auch in der Freizeit ein zentraler Bestandteil der Lebensgestaltung. Er hat gelernt mit der Krankheit umzugehen, sie in sein Leben zu integrieren und als Teil des Lebens zu akzeptieren. Auf dieser Basis fühlt er sich durch sein Rheuma auch nicht wirklich krank. Krankheit beschränkt sich ausschließlich auf akute Beschwerden:

„Wirklich krank (3) f:ühl ich mich nur, wenn ich ne andere Krankheit habe. [...] Weil man mit der Krankheit ja lernt umzugehen und [...] ich das jetzt nicht unbedingt s- als Krankheit mehr sehe, sondern als Teil meines Lebens, mit dem man halt lernt umzugehen“ (Meier, ZN 273-276).

Zusammenfassung

Herr Meier ist eine Person mit starkem Durchsetzungsvermögen. An ihm zeigt sich symbolhaft, wie ein erfolgreicher RTW mit guten Aussichten auf einen dauerhaften „Stay at Work“ (SAW) aussehen kann.

Ausschlaggebend für seinen Erfolg sind mehrere Faktoren: 1. Herr Meier hat seinen Umschulungsberuf selbst gewählt und sich mit diesem identifiziert. 2. Seine berufliche Neuorientierung stammt aus eigener Motivation und wurde nicht von Dritten initiiert. 3. Herr Meier hat ein realistisches Bild entwickelt, was er mit dem Umschulungsberuf erreichen kann. 4. Herr Meier nutzt die Umschulung zweckgerichtet. 5. Er erfährt soziale Unterstützung in der Familie und im sozialen Netzwerk. 6. Seine Familie ist seine zentrale Gemeinschaft und wirkt motivierend. 7. Herr Meier hat sich in Gemeinschaften am Arbeitsplatz und in der Umschulung gut integriert, fühlt sich dort wohl und kann sich dort entfalten. 8. Herr Meier kann seine Zielorientierung in den RTW transformieren. 9. Er kann sein berufliches Vorwissen sowohl in der Umschulung als auch am späteren Arbeitsplatz einbringen. 10. Herr Meier verfolgt eine aktive Krankheitsbewältigung, akzeptiert die Krankheit als Teil seines Selbst und pflegt einen offenen Umgang mit ihr.

Die Liste könnte auch detailreicher fortgeführt werden. Doch auch die verkürzte Aufzählung verweist darauf, welche Erfolgsfaktoren von zentraler Bedeutung sind und anhand seiner biografischen Konstellation wird deutlich, wie sie sich in Herrn Meier vereinen. Eines muss

aber auch er noch lernen: Herr Meier sollte noch stärker auf seine chronisch Krankheit achten, auch wenn sie aktuell kaum Einschränkungen bewirkt. Der aufkommende Stress am Arbeitsplatz birgt das Risiko von Rückfällen, die ihn wieder in Rehabilitationsmaßnahmen oder gar zur Aufgabe des Berufs zwingen bzw. den Verlust seiner Erwerbsfähigkeit mit sich bringen könnten.

6.5.2. Umschulung als Bereicherung

6.5.2.1. Allgemeine Clusterbeschreibung

Personen dieses Clusters sind wieder in Arbeit zurückgekehrt, arbeiten jedoch *nicht* in ihrem Umschulungsberuf. Für sie hat die Arbeit aufgrund ihrer starken Orientierung an der „Normalbiografie“ einen sehr hohen Stellenwert, insbesondere sehen sie die finanziellen Einkünfte, eine damit hergestellte unabhängige Lebensführung und die biografische Kontinuität über Arbeit als relevant an. In welchem Beruf sie tätig sind und an welchem Arbeitsplatz sie eine Anstellung finden, ist weniger wichtig. Dementsprechend weisen sie auch außerhalb ihres erlernten Berufs ebenso wie in anderen Lebensbereichen eine hohe Zufriedenheit auf.

Ein wichtiger Aspekt für die Rückkehr in Arbeit ist auch bei ihnen die Akzeptanz der eingeschränkten Leistungsfähigkeit. Obschon sie ihre Krankheit unter Kontrolle haben, ist bei ihnen aber auffällig, dass ihre Krankheit nicht zum Teil ihres Selbstbildes geworden ist. Sie pflegen einen weit weniger offenen Umgang und bagatellisieren sie.

Die Verbesserung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt durch einen zusätzlichen Facharbeitertitel ist die grundlegende Motivation zur Umschulung. Zu einer Identifikation mit dem Umschulungsberuf kommt es aber in der Regel nicht. Er bleibt durchweg ein statischer und externer Faktor zur Verbesserung der Arbeitsmarktchancen. Innerhalb der Umschulung verhalten sie sich sehr unauffällig. Sie weisen sehr gute Leistungen auf, sind eher zurückhaltend und sehen die Gemeinschaft der Umschüler als sozialen Selbsterfahrungsraum, in dem sie ihre Leistungsfähigkeit mit chronischer Krankheit testen können.

Prinzipiell hat die Umschulung für den RTW nicht den zweckgerichteten Erfolg gebracht, da diese ehemaligen Teilnehmer ihren Arbeitsplatz mutmaßlich auch ohne den neuen Facharbeiterabschluss bekommen hätten. Dennoch war sie sehr hilfreich. Die Personen empfinden die

berufliche Reha-Maßnahme als Bereicherung und positive Selbsterfahrung, die für die Erweiterung des Wissens und ihrer Kompetenzen sorgt. Die Ursache für den fehlenden zweckgebundenen Erfolg der Umschulung liegt in der ausbleibenden Identifikation mit dem Umschulungsberuf, deren Ursprung in der fehlerhaften Berufswahl zu finden ist. Die Personen dieses Clusters haben ihren Umschulungsberuf nicht aus eigener Initiative und anhand ihrer Interessen ergriffen, sondern unterlagen einer durch Professionelle gesteuerten Vorgabe des Umschulungsberufs auf Basis ihrer Einschätzung der Vereinbarkeit von Arbeit und Krankheit.

6.5.2.2. Frau Kolb

„Hätte ich da unbedingt diese Umschulung machen müssen für? Ich glaube nicht.“ (Kolb, ZN 767f.)

Geschlecht:	weiblich
Alter:	42
Familienstatus:	allein lebend, eine (erwachsene) Tochter
Wohn- /Arbeitsort:	Kleinstadt in einer strukturschwachen ländlichen Region
Akt. Berufsstatus:	Erwerbstätig (Vollzeit, unbefristet, nicht im Umschulungsberuf)
Berufliche Kurzvita:	Polytechnische Oberschule → Ausbildung zur Restaurantfachfrau → Arbeit in einer Klinik → nach der Wende arbeitslos → bekommt eine Tochter, Hausfrau → Verkäuferin, verschiedene Jobs → Umschulung als Fachkraft für Lagerwirtschaft → Arbeit als Restaurantfachfrau → Burnout, Depression → Umschulung zur Bürokauffrau → Arbeit als Rezeptionistin in einem großen Hotel
Berufsabschlüsse der Eltern:	Vater: öffentlicher Dienst, nach der Wende selbstständig Mutter: Kriminalpolizei, nach der Wende selbstständig
Art der Krankheit:	Depression & Burnout
Umschulungsberuf:	Bürokauffrau
zugewiesen durch:	DRV
Träger:	BFW

Zur Interviewsituation

Frau Kolb arbeitet im Schichtdienst in einem großen Hotel, ca. 15 km von ihrem Wohnort entfernt. Für das Interview steht sie an einem ihrer freien Tage zu Verfügung und holt mich an dem vereinbarten Termin mit dem Auto am Bahnhof ab. Da sie etwas außerhalb der Stadt wohnt, findet das Gespräch in einem italienischen Lokal am Wasser statt. Sie hat sich vor dem Interview auf der Website der Universität über unser Projekt informiert und geprüft, ob alles seine Richtigkeit hat, denn, „sie sei vorsichtig bei solchen Dingen“. Im Gespräch ist sie dann aber sehr aufgeschlossen und erzählt auch vieles über ihre psychischen Befindlichkeiten vor, während und nach der Maßnahme. Da es im Lokal sehr laut ist (Mittagszeit), bitte ich den Kellner, die Musik herunterzudrehen. Durch hereinkommende Gäste herrscht eine gewisse Unruhe, was sich auf das Interview aber kaum auswirkt. Nur das Signalhorn eines Dampfers, der in den Hafen einläuft, irritiert ab und zu.

(Berufs-)Biografischer Verlauf

Vor der Umschulung

Frau Kolb wächst in der ehemaligen DDR auf, wo sie ihren Abschluss an der polytechnischen Oberschule (POS) macht. Schon früh war ihr Wunschberuf Erzieherin. Aufgrund des rigiden Berufssystems in der DDR hat sie aber keine Möglichkeit, diesen Beruf zu erlernen, sondern wird vor die Alternative: Rinderzüchterin oder Kellnerin gestellt. Da sie nicht in einem landwirtschaftlichen Betrieb arbeiten möchte, entscheidet sie sich für eine Ausbildung zur Restaurantfachfrau, die sie erfolgreich abschließt. Bis zur Wende arbeitet sie in diesem Beruf in einer medizinischen Klinik. Nach der Auflösung der DDR wird ihre Firma von Investoren übernommen. Zeitgleich wird Frau Kolb schwanger und erhält die Kündigung, gegen die sie vor dem Arbeitsgericht klagt. Vor Gericht ergibt sich, dass sie in einer Art „Scheinfirma“ angestellt war, eine Klage also gar nicht möglich ist, da kein Beklagter vorhanden. Es wird im Gespräch nicht eindeutig verständlich, was denn nun die genaue Konstruktion der von ihr beklagten Firma bildete, ihre Klage scheidet aber vor Gericht und Frau Kolb wird erwerbslos. Vielleicht auch aus diesem Grund fokussiert sie ihr Leben danach auf die Familie: *„Bin ich denn mehr so in diese private Schiene rein gerutscht, geheiratet, Haus, Kind, Hof, so denn nachher äh war die Scheidung und dann musst ich=mich=ja=wieder=entscheiden zu arbeiten.“* (Kolb, ZN 36ff.)

Auf die Trennung vom Vater ihres Kindes und der Notwendigkeit wieder in Erwerbsarbeit zu kommen, folgt eine Phase prekärer und unsicherer Arbeitsverhältnisse. Da die Tochter noch

nicht schulpflichtig ist, kann Frau Kolb nur einige Stunden am Tag arbeiten, unter anderem bei einer Fastfood-Kette als Teilzeitverkäuferin. Als die Tochter schließlich in die Schule kommt, fährt Frau Kolb einige Zeit lang Essen auf Rädern aus. Zunehmend unzufrieden mit ihrer Situation, - „also ich dreh mich im Kreis ich komm ja gar nicht weiter“ – (Kolb, ZN 48) beginnt sie ohne innere Überzeugung mit dem Beruf eine Umschulung als Fachkraft für Lagerwirtschaft. Obwohl sie den Abschluss schafft, hat sie in diesem Beruf nie gearbeitet, sondern kehrt in die Gastronomie als Restaurantfachfrau zurück, was ihr anfangs sehr viel Spaß macht. Negativ ist aber, dass das Gehalt kaum die Kosten für das tägliche Leben abdeckt. Im zweiten Jahr fällt der Fahrkostenzuschuss weg, was es ihr unmöglich macht, weiter zu bleiben. Sie erhält aber praktisch unmittelbar auf ihren Weggang die Chance, an ihrem Heimatort in einer neu errichteten gastronomischen Einrichtung zu arbeiten. Die Arbeitssituation vor Ort führt in Folge aber nach 2 Monaten zu einem ersten psychischen Zusammenbruch:

„Also ich hab da acht Wochen lang durchgearbeitet ohne einen Tag frei von morgens bis abends und wurde nachher och beschimpft und und und. Jedenfalls war das einfach so der Causus Knacksus, wo ich gesacht hab das kann ich nich mehr und das war der erste Zusammenbruch sozusagen, wo das=alles=n=bisschen=zu=viel war für mich“ (Kolb, ZN 58-62).

Im Nachhinein klassifiziert Frau Kolb ihren Zusammenbruch als eine „Art Depression“, lässt aber durchblicken, dass sie damals davon ausging, dass das nur eine kurze Phase der Erschöpfung ist. Auch ihre Hausärztin rät ihr ein wenig zu Ruhe, dann würde ihr Zustand wieder besser werden. Diese Prognose bestätigt sich zunächst, denn nach einigen Wochen beginnt Frau Kolb in einem Lokal zu arbeiten, wo sie sich sehr wohl fühlt und alles für sie, laut eigener Aussage, hervorragend passt. Privat hat sie ebenfalls eine glückliche Phase mit einem neuen Lebenspartner, ihr Leben scheint sich insgesamt, in eine positive Richtung zu entwickeln. In diese (vermeintliche) Idylle bricht aber für sie plötzlich und unerwartet eine Reihe von persönlichen Katastrophen ein:

„Denn war eine Woche: ja die werde ich nie vergessen. Meine Tochter eröffnet mir, dass sie kein Abitur machen möchte, ein halbes Jahr vor Abschluss, mein Freund macht per SMS mit mir Schluss, die Chefin sacht zu mir das geht nicht mehr weiter und ein Gast fing dann auch noch an mich äh ja anzutatschen und da war bei mir denn- also das war zu viel in der Woche und da war dann der große, der große Zusammenbruch“ (Kolb, ZN 76-82).

Diesmal kann sie ihren Zustand nicht mehr als nur vorübergehend einordnen, vor allem der Suizid des bekannten Fußballers Enke, der in diese Zeit fällt, beschäftigt sie. Sie sieht Parallelen

zu sich und erhofft sich Hilfe von ihrer Hausärztin. Zwar wird sie zunächst krankgeschrieben, fühlt sich aber von ihrer Ärztin nicht ernst genommen, die ihren Zustand bagatellisiert. Nach einem Arztwechsel trifft sie auf eine Ärztin die ihre Symptome als manifeste psychische Krise wahrnimmt und ihr einen Kuraufenthalt empfiehlt, der auch relativ rasch bewilligt wird. In der medizinischen Reha und in psychologischer Betreuung erkennt Frau Kolb für sich, das vor allem „*die Scheidung nicht richtig verarbeitet worden ist und halt=eben so diese ganzen Sachen*“ (Kolb, ZN 100f.). Während des Aufenthaltes in der Reha-Klinik wird ihr schließlich von einem Vertreter des BFW nahegelegt, über eine berufliche Rehabilitation nachzudenken.

Weg in die Umschulung

Da ihr Berufswunsch, wie bereits erwähnt, von früher Jugend an Erzieherin war, sieht Frau Kolb nach dem Kuraufenthalt die Chance für sich gekommen, den lange ersehnten Traum nach ihrem Wunschberuf zu erfüllen. Als sie ihrem Reha-Berater davon erzählt, ist dieser zunächst aufgeschlossen, verweist aber darauf, dass sie das Berufsfindungsgespräch abwarten soll. Das folgende Gespräch erlebt sie dann als große Ernüchterung und Desillusionierung:

Also ich hätte gerne was mit - mit Kindern hätte ich gerne was gemacht, ich hab mir auch zwischendurch hab ich auch mal: ähm, hier oben haben wir auch ne Klinik und die haben auch n Kindergarten, direkt für die Patientinnen und Patienten und da hab ich mal gearbeitet, so als Aushilfe, und da muss ich sagen bin ich aufgegangen und da hab ich gesacht, och Mensch so Erzieher, das wär so meins, da wurde mir aber gleich im BWF bei der Berufsfindung gleich gesagt, ähm, dass ich mit meiner Vorgeschichte, oder mit meiner Erkrankung das nicht machen könne, ja und naiv wie ich war hab ich gesagt, ja, is okay. (Kolb, ZN 143-150).

Im Nachhinein bereut Frau Kolb ihre Passivität in der Beratungssituation, verweist aber darauf, dass ihr zu dieser Zeit einfach die Kraft gefehlt hat, sich für ihren Berufswunsch stärker einzusetzen und darum zu kämpfen. Kurz nach dem Kuraufenthalt fühlt sie sich noch nicht in der Lage, ihre eigenen Bedürfnisse vehementer zu vertreten, die Krankheit und die Beschäftigung damit dominiert noch. Nach dem ersten, für sie enttäuschenden Gespräch, reift in ihr der Gedanke, als Alternative eine Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte zu beginnen. Als sie das ihrem zuständigen Reha-Berater mitteilt, schlägt er ihr aber umgehend eine Umschulung als Bürokauffrau vor, ein Vorschlag den Frau Kolb einzig in der Auffüllung der Klasse begründet wahrnimmt: „*Weil die Klasse (.) für Bürokaufleute war noch nicht voll*“ (Kolb, ZN 157f.). Obwohl sie die Umschulung zur Bürokauffrau eigentlich nicht will, gibt sie schließlich

nach und lässt sich von dem Argument überzeugen, dass sie den Lehrgang zur Sozialversicherungsfachangestellten wahrscheinlich aus inhaltlichen Gründen nicht schaffen würde. Tief enttäuscht fügt sie sich in ihre Situation, fühlt sich erpresst und kurzfristig vor die Wahl gestellt, entweder die vorgeschlagene Umschulung zu beginnen oder den Antrag zurückzustellen. Allen Beteiligten ist dabei klar, dass sie den Beruf nicht wirklich angestrebt hat. Für sie selbst ist evident, dass mehr betriebsorganisatorische als individuelle Wünsche ausschlaggebend für ihre Maßnahme sind: *„Die haben wirklich gezielt drauf äh die Rehabilitanden darauf hingedrückt, dass sie wirklich in diesen: Ausbildungsberufen wirklich reinrutschen, die da auch ausgebildet werden“ (Kolb, ZN 853ff.).*

In der Umschulung

Mit dieser negativen Vorgeschichte und ihrer Enttäuschung über den Beratungsverlauf geht Frau Kolb schließlich in die Umschulung. Den Reha-Vorbereitungslehrgang (RVL) bewertet sie im Nachhinein durchaus positiv, da *„man wieder ran geführt ans Lernen, was ja auch Sinn und Zweck dieser ganzen äh Vorbereitungslehrgänge ja auch is“ (Kolb, ZN 265f.).* Auch die Zusatzangebote wie Sport oder Rückengymnastik sieht sie als notwendigen und wichtigen Teil, der aber in der späteren Umschulung ihrer Meinung nach zu kurz kommt.

Wird der RVL von ihr tendenziell positiv bewertet, so äußert sie dagegen massive Kritik an der Betreuung in der Maßnahme, die für sie viel zu wenig individuell zugeschnitten ist. Die Inhalte gehen durcheinander und haben zum Teil mit der Realität des Berufes nichts zu tun. Einzig im Fach Kommunikation, in dem ihr der Dozent und seine pädagogische Art gefallen, nimmt sie Vieles für sich mit. Trotz ihrer überwiegend negativen Einschätzungen, vor allem auch aufgrund einer persönlichen Abneigung gegen die Psychologin vor Ort und des Gefühls einer unterschiedlichen Behandlung der Teilnehmer je nach beruflicher Herkunft, betont sie dennoch eine allgemeine Verbesserung ihrer Psyche im Lauf der Maßnahme. Ihr Selbstbewusstsein nimmt während der Umschulung merklich zu und nach dem ersten Praktikum ändert sich auch der Blick auf den von ihr eigentlich abgelehnten Beruf: *„Ich hab meine Praktika (...) hier in der Stadtverwaltung ähm Sachgebiet Steuern und Liegenschaften, hab ich absolviert. Und da muss ich aber sagen, da wurd mir erst mal überhaupt bewusst, was das eigentlich doch für n schöner Beruf is und da hab ich gesagt „okay jetzt machste weiter“. Ja und da hab ich dann dran festgehalten“ (Kolb, ZN 181-185).*

Die Abschlussprüfung absolviert Frau Kolb schließlich mit einer guten Note und sie ist voller Hoffnung, nun in dem erlernten, wenn auch zunächst nicht wirklich gewünschten, Beruf einzusteigen. Allerdings ist ihr klar, dass in der strukturschwachen Region, aus der sie stammt, ein Übergang ins Erwerbsleben schwierig werden wird.

Nach der Umschulung

Entgegen diesen Befürchtungen gestaltet sich die Rückkehr in Arbeit (RTW) dann relativ problemlos, wenngleich nicht im erlernten Beruf. Nach kurzer Zeit und einigen erfolglosen Bewerbungen erhält Frau Kolb vom Arbeitsamt einen Anruf, dass sie sich bei der KFZ-Zulassungsstelle vorstellen soll, wo eine Stelle für ein halbes Jahr ausgeschrieben ist. Obwohl Frau Kolb den Job nicht bekommt, gibt ihr die Tatsache, dass sie „die Zweite“ war psychisch Auftrieb: *„Ich bin aber nicht genommen worden. Ich war die Zweite (.) und da hab ich gedacht „Mensch wenn ich die Zweite bin, war ich ja nicht ganz so schlecht““* (Kolb, ZN 467f.).

Direkt danach und motiviert vom Vorstellungsgespräch lässt sie sich vom Arbeitsamt alle Angebote zusenden die mit Gastronomie, Empfang etc. zu tun haben. Als Bürokauffrau sieht sie in ihrer Region keine großen Möglichkeiten: *„Ja muss ich mir das dann rauspicken was da is (.) und dann: bin ich dann sozusagen an meine jetzige Arbeitsstelle gekommen, durch die gute Frau vom Arbeitsamt“* (Kolb, ZN 473ff.). Nachdem sie sich an einem Freitag an einer vom Arbeitsamt vermittelten Stelle vorgestellt und am folgenden Montag zur Probe gearbeitet hat, bekommt sie zu ihrer Überraschung bereits am folgenden Tag den Arbeitsvertrag als Rezeptionistin in einem großen Kurhotel, das ca. 12-15 km von ihrem Wohnort entfernt liegt. Neben telefonischen Anfragen und Buchungen betreut sie die Gäste, gibt – als Einheimische – Anregungen und Tipps für Ausflüge, Sehenswürdigkeiten etc. Sie fühlt sich gleich sehr wohl und hat auch zu den Kolleginnen ein gutes Verhältnis. Der Arbeitsvertrag ist unbefristet, beinhaltet eine Vollzeitstelle und verlangt von ihr die Bereitschaft zum Schichtdienst. Letzteres ist für sie keine größere Belastung, da sie im Spätdienst spätestens 23 Uhr zu Hause ist, was sie für vertretbar hält. Im Interview legt Frau Kolb noch besonderen Wert darauf, dass sie ihre aktuelle Stelle auch *„so hingekriecht“* hätte, sprich: ohne die Hilfe des Arbeitsamtes und vor allem auch *ohne* die Umschulungsmaßnahme.

Soziale Einbindung und Unterstützung

Frau Kolb wächst in der ehemaligen DDR auf, ihr Vater arbeitet im öffentlichen Dienst, ihre Mutter bei der Kriminalpolizei. Nach der Wende verlieren beide ihre Arbeit und machen sich mit einem kleinen Laden selbständig. Frau Kolb bezeichnet sich selbst als „Schlüsselkind“, das schon sehr früh auf sich alleine gestellt war, da auch ihre Großeltern beide erwerbstätig sind. Sie wächst gemeinsam mit einem Bruder auf, der aktuell als Geschäftsführer in der Metallbranche arbeitet. Der Kontakt zu ihm ist regelmäßig, in schwierigen Phasen scheint er sie auch (finanziell?) unterstützt zu haben. Ihr Stolz ist ihre inzwischen erwachsene Tochter, die, nachdem sie das Abitur doch noch erfolgreich absolviert hat, Germanistik und Romanistik studiert. Während der Pubertät der Tochter kommt es zu einigen größeren Konflikten und Frau Kolb sucht eine Beratungsstelle auf, da ihre Tochter zu ihrem Vater will. Zu dieser Zeit hat sie selbst größere psychische Probleme, die die Therapeutin in der Beratungsstelle gleich erkennt, für Frau Kolb der Beginn ihrer Einsicht: *„mit mir is irgendwas“ (Kolb, ZN 577).*

Die Bindung zu ihrer Tochter ist heute nach wie vor sehr eng, lange Zeit haben sie gemeinsam zusammengelebt, bis Frau Kolb sie schließlich dahingehend überzeugt in eine eigene Wohnung zu ziehen. Durch die Aufnahme des Studiums und den dadurch notwendigen Ortswechsel der Tochter lebt sie nun alleine. Die erste Zeit des Studiums kommt ihre Tochter noch regelmäßig am Wochenende nach Hause, durch den Schichtdienst von Frau Kolb hat sich das aber verändert und die Besuche sind seltener geworden.

Bei dem Entschluss die Maßnahme anzutreten, trifft sie auf unterschiedliche Reaktionen in ihrem engsten sozialen Umfeld: *„Die waren dreigeteilt also: äh meine Eltern ham gesacht okay das ist gut von meinen Bekannten her, die haben auch gesacht es ist gut, aber mein Bruder hat gesacht gehabt: „Na ja: ähm: so viele auf einen Haufen“ und „muss das sein?“ [...]Na ja dann, hab ich versucht, ihm das dann auch so zu erklären. Dann hat er auch gesacht gehabt: „Mensch, es ist ne Chance für dich““ (Kolb, ZN 325-329).*

Wichtig für sie ist im Nachhinein die Tatsache, dass sie sich durch die Meinung ihres Bruders nicht von ihrem Vorhaben abbringen lässt. Früher, so ihre Überzeugung, hätte sie sich so verunsichern lassen, dass sie in schwere innere Konflikte gekommen wäre. Jetzt weiß sie genauer, was gut für sie ist: *„Also für mich war das auch ein Lernprozess“ (Kolb, ZN 333f.).* Nachdem sie die Umschulung begonnen hat, bekommt sie viel Bestätigung von allen Seiten, was ihr sehr wichtig ist. Während der Maßnahme verändert sich auch ihr Verhältnis zu Freundschaften. Sie sucht sich nun bewusster die Kontakte aus und kommt für sich zum Schluss: *„Dass man nicht*

so viele um sich rum haben muss, sondern die, die einem gut tun.“ (Kolb, ZN 782f.). In der Umschulung selbst, sie wohnt im Internat des BFW, hat sie engen Kontakt zu einigen anderen Rehabilitanden, mit denen sie bis heute regelmäßig in Kontakt über Email oder Telefon ist. Obwohl Frau Kolb alleine lebt, ist ihre soziale Einbindung, insbesondere über ihre Eltern, die wieder an ihren alten Wohnort zurückgezogen sind, ein positiver Faktor für ihr Leben, auch wenn der Wunsch nach einem Partner vorhanden ist.

Subjektive Bedeutung von Erwerbsarbeit

Im Interview mit Frau Kolb wird klar, dass Arbeit ein entscheidender Faktor für ihr Leben ist. In ihrer Familie herrscht ein strenges Arbeitsethos. Arbeit ist etwas Essentielles. Eltern, Großeltern, alle Freunde und Freundinnen waren und sind berufstätig. Nach der Trennung vom Vater ihres Kindes versucht Frau Kolb, trotz widriger Bedingungen als Alleinerziehende, alles, um wieder in Arbeit zu kommen und nimmt auch viele Jobs im Niedriglohnsektor an. Als die Tochter größer ist, bemüht sie sich um einen Arbeitsplatz und hat schnell Erfolg. Trotz ihrer psychischen Zusammenbrüche denkt sie nie über eine Frühpensionierung nach, es ist vollkommen undenkbar für sie in ihrem Alter nicht mehr berufstätig zu sein. Dabei ist es für sie auch nicht so wichtig, in welchem Beruf sie arbeitet. Obwohl sie nicht im Umschulungsberuf arbeitet, *„Ja das ist der zweite Beruf jetze, den ich erlernt habe aber den ich gar nicht ausübe“ (Kolb, ZN 764f.),* ist sie mit ihrer momentanen Situation sehr zufrieden. Dennoch bleibt als Fazit für sie, dass sie zwar einige Fähigkeiten und Qualifikationen durch die Umschulung dazu gewinnen konnte: *„Aber (.) hätte ich da unbedingt diese Umschulung machen müssen für? Ich glaube nicht. (.) Ich bin ja sozusagen auch n Quereinsteiger jetzt.“ (Kolb, ZN 767ff.).*

Krankheit und Gesundheit

Bei der Frage nach ihrer Herkunftsfamilie deutet Frau Kolb an, dass ihre Mutter schon in der Zeit der DDR als Kripo-Mitarbeiterin einen „Zusammenbruch“ hatte und auch in Rente gehen hätte können, wenn die Wende nicht gekommen wäre. Psychische Probleme sind in der Familie zumindest nichts Unbekanntes, werden von Frau Kolb aber im Interview entweder nicht so genannt oder als rein medizinische Symptome behandelt. Zum ersten Mal wird ihr bewusst, dass „da etwas ist“, nachdem der Druck an ihrem Arbeitsplatz zu groß wird. Nach 2 Monaten ohne freien Tag und ständigen Vorwürfen ihrer Arbeitgeberin bricht sie mehr oder weniger zusammen, weiß aber zunächst selbst nicht genau, wie sie das Ganze einordnen soll: *„Na in so*

Art Depression verfallen, also: dass man nicht mehr aufstehn konnte oder so. Na ich wusste ja damals noch gar nicht so richtig, was das war.“ (Kolb, ZN 68ff.).

Von Seiten der behandelnden Ärztin wird der Zusammenbruch als ein singuläres Ereignis betrachtet, was sich zuerst für sie als stimmig herausstellt. Nachdem Frau Kolb schon nach kurzer Zeit wieder einen neuen Arbeitsplatz gefunden hat, mit dem sie sehr zufrieden ist, sind es äußere Ereignisse, die einen weiteren Zusammenbruch mit sich bringen: der Partner trennt sich, ihre Tochter droht mit Schulabbruch, ein Gast verhält sich übergriffig. Alles zusammen und zu annähernd demselben Zeitpunkt lässt sie in eine tiefe Depression verfallen, die sie im Interview auch so benennt, vor allem weil in den Zeitungen der Fall des Fußballers Enke thematisiert wird. Sie identifiziert sich mit seinem Krankheitsbild und setzt sich zum ersten Mal ernsthaft mit ihrer Scheidung und der Trennung vom Vater ihrer Tochter auseinander. Mehr durch Zufall gerät sie an eine Ärztin, die ihre Symptome ernst nimmt und eine medizinische Reha vorschlägt: *„Da muss ich sagen, die hat mir auch geholfen und da hab ich dann auch erst mal wieder, ja mich ordnen können“ (Kolb, ZN 98ff.).*

Die ärztliche Diagnose „Depression“ ist für sie nur „das große Wort“, die tatsächliche Bedeutung kann sie für sich nicht einordnen. Durch regelmäßige Einnahme von Medikamenten stabilisiert sich ihr Zustand. Eine psychologische Behandlung lehnt sie innerlich ab und entscheidet sich nicht zuletzt deshalb für die Umschulung:

„Ich hatte n Platz, hab aber dann die Umschulung bekommen, und dann hab ich überlegt: „Was ist jetzt wichtiger? Die Therapie oder die Umschulung?“ (.) Und da war ich auch wieder so zwiegespalten, was ist jetzt für dich wichtiger. (.) Ne Zeitlang hab ich gedacht: „Mensch das wär vielleicht doch wichtiger gewesen.“ Aber jetzt im Nachhinein sag ich mir: „Ne es war schon so gut wie’s gekommen ist““ (Kolb, ZN 558-563).

Diese Bewertung wird in der Retrospektive dadurch erklärbar, da Frau Kolb während der Umschulung für sich sehr negative Erfahrungen mit der Psychologin vor Ort macht. Laut ihren Aussagen hat letztere weder die Schweigepflicht eingehalten noch sie in ihrer Situation unterstützt: *„Ich werd das nie vergessen, den ersten Satz den die zu mir gesagt hat, war: „Sie haben gekämpft wie ne Löwin, aber sie halten das (die Umschulung) nicht durch““ (Kolb, ZN 350ff.).* Vielleicht aufgrund dieses Erlebnisses hat sie bis heute keine Psychotherapie besucht, nimmt aber regelmäßig Psychopharmaka, die sie zum Zeitpunkt des Gesprächs langsam ausschleichen lässt. Frau Kolb sieht ihre gesundheitliche Situation im Moment als sehr stabil an, weiß

aber, dass bei stärkerer Belastung durchaus wieder die Gefahr psychischer Beeinträchtigungen lauert. Dennoch hat man den Eindruck, dass sie mit ihrer Krankheit „versöhnt“ ist und sie akzeptiert, wenn auch in einem mehr instrumentellen Sinne, als etwas, das mit entsprechender Medikation in den Griff zu kriegen ist.

Zusammenfassung

Frau Kolb wirkt aktuell gefestigt, hat eine Arbeit in der Nähe ihres Wohnortes gefunden, die ihr gefällt und blickt positiv in die Zukunft. Sie ist wegen ihrer diagnostizierten Depression noch in medikamentöser Behandlung, aber zuversichtlich, dass sie die Tabletten bald absetzen kann.

An der Umschulung, speziell am BFW und insbesondere an der Zuweisung, äußert sie massive Kritik. Frau Kolb ist eine der von uns interviewten Personen, die in der persönlichen Rekonstruktion die Zuweisung zum Umschulungsberuf als einen fremdbestimmten Prozess wahrgenommen haben. Sie würde die Umschulung auch nicht nochmals machen, obwohl sie die Zeit im Rückblick für sich selbst als sinnvoll sieht und Vieles für sich gelernt hat. Die Tatsache, dass sie nicht in ihrem Umschulungsberuf arbeitet (mit dem sie sich auch nie wirklich identifiziert hat) und ihre aktuelle Arbeitsstelle (wahrscheinlich) auch ohne die Umschulung bekommen hätte, lässt die Maßnahme in einem ambivalenten Licht erscheinen. Dass sie eine Arbeit gefunden hat, ist für sie mehr ihrer eigenen Initiative zu verdanken, als dass sie einen Zusammenhang mit der Maßnahme und der Hilfestellung der Professionellen vor Ort sieht. Insgesamt befindet sie sich aber aktuell in einer (psychisch) stabilen Situation, die einen Verbleib in Arbeit sehr wahrscheinlich macht.

6.5.3. Umschulung als Fehlplatzierung

6.5.3.1. Allgemeine Clusterbeschreibung

Für diese ehemaligen Teilnehmer hat die Umschulung bezüglich des RTW kaum Bedeutung. Sie sind zwar wieder in Arbeit, doch sind sie nicht im Umschulungsberuf tätig, ihre Arbeit ist nur schwer mit dem Krankheitsbild vereinbar und sie können bis zum Zeitpunkt des Interviews keine erwerbsbiografische Kontinuität herstellen. Dabei hat die Erwerbstätigkeit für diese Personen eine bedeutsame Funktion in der Identitätskonstruktion; Erwerbsarbeit ist der zentrale

Schlüssel, ein wertvolles Mitglied inmitten der Gesellschaft zu sein. Vor der Umschulung war sie zentraler Bestandteil der Lebensführung. Den ursprünglich erlernten Beruf aufzugeben, kommt einem beruflichen Abstieg und einem damit verbundenen Identitätsverlust gleich. Trotz ihrer fortlaufenden Bemühungen um Arbeit, bei denen sie auch auf Unterstützungen aus dem sozialen Netzwerk und Angebote der Träger zurückgreifen, und ihren geringen Ansprüchen an den Arbeitsplatz kommen sie sehr schwer in eine dauerhafte Anstellung, müssen sich dementsprechend fortlaufend auf neue Arbeitsrealitäten einstellen, die zumeist im Niedriglohnsektor verankert sind und weder ein Gefühl von finanzieller Sicherheit noch allgemeiner Zufriedenheit erbringen.

Die chronische Krankheit besitzt bei diesen Personen noch sehr starke Auswirkungen im Alltag. Sie ist fortlaufend präsent, es wird versucht sie unter Kontrolle zu bringen oder sie zu bagatellisieren und sie sorgt für eine geringe Zufriedenheit in der Lebensführung und ein Misslingen der Work-Life-Balance. Weiterhin ist auffällig, dass diese Personen bis dato noch nicht akzeptieren können, dass ihre Krankheit ihre Leistungsfähigkeit einschränkt, was mitunter daran liegt, dass sie ihre chronische Krankheit als störend empfinden, da sie ihnen ein „normales“ Leben verwehrt.

Der Weg in die Umschulung ist bei ihnen durchgehend fremdbestimmt. Die Notwendigkeit des Erwerbs eines neuen Facharbeitertitels sehen sie nicht und die biografische Neuorientierung hat noch nicht eingesetzt. In der Umschulung selbst sind sie eher Außenseiter, wirken demotiviert und die Maßnahme durchzuhalten, fällt ihnen sehr schwer. Dennoch sehen sie in dem neuen Facharbeitertitel eine latente Chance für die Verbesserung ihrer Chancen auf dem Arbeitsmarkt, erkennen aber keinen Zusammenhang mit ihrer chronischen Krankheit.

Die Ursache für den fehlenden RTW-Erfolg mithilfe der Umschulung liegt vor allem in der Zuweisung. Da die Personen selbst noch keine krankheitsbedingte Notwendigkeit erkennen sich beruflich neu zu orientieren, haben sie das Gefühl, in die Maßnahme gedrängt zu werden. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sie die berufliche Reha-Maßnahme nicht als Chance für einen Neuanfang sehen, sich mit ihrem Umschulungsberuf nicht identifizieren und auch nicht bestrebt sind, einen besseren Umgang mit ihrer Krankheit zu erlernen.

6.5.3.2. Frau Jürgen

„[Ich] hab das zu Ende gemacht, wie sich das gehört, aber zufrieden war ich damit eigentlich nicht“ (Jürgen 2, ZN 71f.)

Geschlecht:	weiblich
Alter:	31
Familienstatus:	Lebenspartnerschaft, kinderlos
Wohn- /Arbeitsort:	ländliche strukturschwache Region
Berufsstatus:	Teilzeitbeschäftigung, nicht im Umschulungsberuf
Berufliche Kurzvita:	Realschule → abgeschlossene Berufsausbildung → Berufstätigkeit (u.a. in Skandinavien) → arbeitsuchend → erfolgreiche Umschulung → befristete Teilzeitbeschäftigung → arbeitsuchend → unbefristete Teilzeitbeschäftigung
Abschlüsse der Eltern:	Vater: Realschule → Berufsausbildung Mutter: Realschule → Berufsausbildung
Art der Krankheit:	bipolare Störung
Umschulungsberuf:	Bürokauffrau
zugewiesen durch:	Bundesagentur für Arbeit
Träger:	BFW

Zur Interviewsituation

Frau Jürgen wird in einem ersten Einzelgespräch während der Umschulung für das Projekt „Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation. Eine qualitative Studie zu individuellen und kontextbezogenen Ursachen“ interviewt. Ein zweites Gespräch findet für die hier vorliegende Studie „Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem“ zusammen mit Frau Bender in einem ruhigen Café statt. Beide Interviews werden als Datenbasis für die Auswertung herangezogen.

Das zweite Interview verläuft im Kontrast zu den ersten Einzelgesprächen sehr entspannt. Im BFW wirkten Frau Jürgen und Frau Bender kurz angebunden, gestresst und verschlossen. Zum zweiten Gespräch scheinen sie aufgetaut und Vertrauen zur Interviewerin zu haben und es entsteht eine natürliche Gesprächssituation, d.h. Frau Jürgen und Frau Bender kommunizieren auch miteinander. Zwei zentrale Themen dominieren das Gespräch: Erstens die Diskussion um „Normalität“; beide sind sich einig, dass während der Umschulung zu wenig auf die gesundheitlichen Einschränkungen eingegangen wird. Zweitens der Nutzen der Umschulung; für Frau

Bender war es die einzige und letzte Chance auf eine abgeschlossene Ausbildung und einen Arbeitsplatz. Frau Jürgen hingegen fühlt sich vom Arbeitsamt in die Umschulung gedrängt und hätte ihrer Meinung nach den aktuellen Arbeitsplatz auch durch einen Quereinstieg bekommen.

Im Nachgang zum Gespräch erklären beide, dass sie nicht wissen, was die anderen Umschüler machen. Es interessiert sie auch nicht, insbesondere Frau Bender äußert sich nachträglich negativ über das Gruppenklima.

(Berufs-)Biografischer Verlauf

Vor der Umschulung

Frau Jürgens Berufsbiografie verläuft anfangs kontinuierlich. Sie erwirbt im Jahr 2000 ihren erweiterten Realschulabschluss und absolviert anschließend eine Berufsausbildung zur Hotelfachfrau. Darüber gelingt ihr der Einstieg in die Tourismusbranche, zu der sie eine hohe Affinität aufweist. Worauf ihr Interesse basiert, schildert sie nicht. Nach dem erfolgreichen Abschluss ihrer Berufsausbildung arbeitet sie viele Jahre in unterschiedlichen Hotels, unter anderem in Skandinavien. Die Tätigkeit macht ihr Spaß, sie hat gern Kundenkontakt und sie kann ihre Sprachkenntnisse einbringen. Nach einigen Jahren kehrt sie wieder in ihre Heimat zurück und ist dort weiter in ihrem Ausbildungsberuf tätig, bis sich ihre bipolare Störung zeigt und Frau Jürgen krankgeschrieben wird: *„Und dann bin ich irgendwann erkrankt“ (Jürgen 1, ZN 13f.)*. Von einer Rückkehr in die Hotelbranche wird ihr abgeraten, da der Kundenkontakt nicht förderlich für ihre Gesundheit sei, und ihr wird die Arbeitsunfähigkeit in ihrem Beruf attestiert: *„Ich war dann erst arbeitsunfähig und dann äh bin ich nachher in die Arbeitslosigkeit gegangen, als ich wieder gesundgeschrieben wurde“ (Jürgen 1, ZN 31f.)*. Frau Jürgen versucht in dieser Zeit, über verschiedene Wege als Quereinsteigerin wieder in der Tourismusbranche Fuß zu fassen, doch diese Versuche scheitern fortlaufend.

Weg in die Umschulung

In der Rehabilitationsabteilung der Bundesagentur für Arbeit wird Frau Jürgen ein Vorschlag der Umschulung zur Bürokauffrau unterbreitet. Begründet wird er mit dem Vorteil der zusätzlichen formalen Qualifikation, wodurch sich ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern könnten. Zum Teil akzeptiert Frau Jürgen dieses Argument, da ein weiterer Berufsabschluss

ihrem Lebenslauf zugutekommt. Von einer nachhaltigen Verbesserung ihrer Arbeitsmarktchancen geht sie aber nicht aus, da sie den zu erlernenden Beruf der Bürokauffrau, der ihr in den medizinisch-psychologischen Tests der Bundesagentur für Arbeit (BA) vorgeschlagen wird, ablehnt. Frau Jürgen möchte lieber einen anderen Beruf im Tourismusbereich erlernen, doch dies wird ihr im Zuge der Einstufung verwehrt.

„Also ich hab bei der Berufsfindung [...] festgestellt, dass ich gerne in die Tourismusbranche gegangen wäre. [...] Also so im Reisebüro arbeiten in Touristikinformation oder so. [...] Das [hat] ja dann halt nicht ausgereicht für Kauffrau für Tourismus und Freizeit“ (Jürgen 1, ZN 52-62).

Das Problem liegt in der Zuweisung zu Berufsgruppen nach Kategorien, die ausschließlich medizinisch bestimmt werden und nicht interessen- oder personenbezogen sind. Dadurch empfindet Frau Jürgen die Zeit der medizinischen Tests als sehr unangenehme Erfahrung: *„Die warn da so schroff und so grob und also mit Worten so grob. Also kann man gar nicht so wiedergeben. [...] Bin ich auch in Tränen zusammengebrochen“ (Jürgen 2, ZN 1171ff.)*. Retrospektiv glaubt sie, dass die Tests manipuliert waren. Handlungsleitend war nicht die Verbesserung ihrer Arbeitsmarktchancen, sondern eine strategische Zuweisung in einen Umschulungsberuf, entsprechend der noch freien Plätze in den Kursen des BFW.

„Also ich wollt ja damals das so und so eigentlich nich machen, wurd da ja so rein- gedrängt. [...] Hinterher hab ich halt auch vom Arbeitsamt erfahren, dass die oft gar keine Stellen mehr haben für Bürokaufleute und äh trotzdem die die Klassen immer vollkriegen wollen in den äh Schulungszentren. [...] Da war ich halt auch son bisschen wütend, weil die ham immer gesagt: „Die Tests hätten ergeben, dass ich für die Bürokauffrau geeignet bin.“ [...] Also das war alles so ausgedacht und herbeigezogen“ (Jürgen 2, ZN 70-78).

Schlussendlich willigt Frau Jürgen in die Teilnahme an der Umschulung zur Bürokauffrau ein. Einerseits ist der vom Personal der Bundesagentur für Arbeit aufgebaute Druck *„Sie wollen doch nicht arbeitslos bleiben“ (Jürgen 1, ZN 44f.)* entscheidend und andererseits ihre Alternativlosigkeit vor Ort. Um sich wohlfühlen, braucht Frau Jürgen ihr gewohntes soziales Netzwerk an Ärzten, Therapeuten, Freunden und Familie, weshalb sie auf heimatnah ausgebildete Umschulungsberufe beschränkt ist.

In der Umschulung

Während der Umschulung lebt Frau Jürgen allein in ihrer Heimatstadt als ALG II-Aufstockerin. Um ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen und ein Mindestmaß an Lebensstandard aufrechtzuerhalten, greift sie auf Ersparnisse zurück oder bekommt eine finanzielle Unterstützung von ihren Eltern. Die Umschulung durchzuhalten, fällt ihr aber nicht nur wegen ihrer finanziellen Lage schwer. Sie fühlt sich deplatziert, hat Probleme sich an das Lernen zu gewöhnen und ist wenig motiviert, da sie keinerlei Interesse für den Umschulungsberuf entwickelt. Die fehlende Passung des Berufsbilds wird ihr ebenso bei der Suche nach einem Praktikumsplatz verdeutlicht, bei der sie konträr zu ihrer vorherigen Berufstätigkeit als Hotelfachfrau auf viele Bewerbungen Absagen bekommt.

„Hat man natürlich auch Absagen bekommen. Also das kenn ich auch so nicht von mir. Früher habe ich eine Bewerbung geschrieben und hab dann gleich ein Vorstellungsgespräch gehabt. [...] Das war natürlich n totaler (.) äh Schlag ins Gesicht irgendwie so, also oh Gott jetzt ne Absage und was machst du jetzt?“ (Jürgen 1, ZN 365-369)

Ihre gefühlte Fehlplatzierung spiegelt sich auch in ihrer Kritik an der Ausbildungspraxis, der Realitätsferne der Ausbildung und am Umschulungspersonal wider. Sie erfährt keine individuelle Betreuung und bekommt nur wenig Verständnis entgegengebracht. Ebenso sieht sie ein Fehlverständnis des Personals bezüglich des Ausbildungsauftrags. Das Erlernen eines Berufs kann ihrer Meinung nach keineswegs mit einer Heilung der Krankheit gleichgesetzt werden, was ihr vom Personal stetig vermittelt wird.

„Deswegen denken sie auch, dass man denn danach wieder gesund wird, aber das is ja nich der Fall. Also wie gesagt, man hat das ja immer in sich, also grad die psychischen Erkrankungen“ (Jürgen 2, ZN 359ff.).

Durch ihr Gefühl der Fehlplatzierung fällt es Frau Jürgen sehr schwer, die Umschulung zu absolvieren. Das Durchhalten ist eine große Herausforderung, die Tag für Tag Anstrengung bedarf. Daher sind auch *„Geduld und Motivation“* (Jürgen 2, ZN 1137) gefordert, um schlussendlich den Facharbeitertitel zu erwerben. Einen kleinen Ansporn findet sie in der Konkurrenz zu anderen Teilnehmern. Darüber bezieht sie ihren Selbstwert und positioniert sich innerhalb der Gruppe. Im Allgemeinen empfindet sie das Klima unter den Teilnehmern aber nicht sonderlich gut. Es dominieren Konflikte, in die auch sie involviert ist. Ursächlich empfindet Frau Jürgen dafür die Heterogenität der Teilnehmer im Alter, Milieu und der beruflichen bzw. allgemeinen

Vorbildung. Lediglich mit einer Person kann sie sich in der Umschulung anfreunden. Frau Bender wird zu ihrer wichtigsten außerfamiliären Bezugsperson und die Freundschaft zu ihr eine der größten Motivationen, die Umschulung nicht abubrechen, worüber sie des Öfteren nachdenkt.

Nach der Umschulung

Im Anschluss der Umschulung arbeitet Frau Jürgen bis zum Interview nicht im Umschulungsberuf. An allen drei Arbeitsplätzen hat sie stattdessen viel Kundenkontakt, der ihr eigentlich untersagt wurde und weshalb sie ihre vorherige Berufskarriere aufgeben musste.

Nach erfolgreichem Abschluss muss sich Frau Jürgen nicht bewerben; ihr Praktikumsbetrieb bietet ihr nach der Umschulung einen ersten befristeten Berufseinstieg: *„Aber die Wasserskianlage das war schon n ganz toller Bereich. Also das war der beste Job, den ich je hatte, auch wenn das nur n halbes Jahr war“ (Jürgen 2, ZN 588ff.)*. Sie verschlechtert sich damit zwar finanziell, ist aber dennoch sehr zufrieden. Frau Jürgen ist in ihrer geliebten Tourismusbranche beschäftigt, stößt auf ein sehr gutes Betriebsklima und muss keine Bürotätigkeiten ausüben. Zum Abschluss der Saison endet jedoch das Beschäftigungsverhältnis und Frau Jürgen muss sich etwas Neues suchen. Sie findet schnell eine befristete Anstellung im Einzelhandel, wo ihre Sprachkenntnisse gefragt sind. Zwar gefallen ihr die Tätigkeit und der Kundenkontakt, doch fühlt sie sich stigmatisiert und dadurch nicht sehr wohl. Gesundheitlich angeschlagen wird sie für drei Monate arbeitslos und erleidet einen krankheitsbedingten Rückfall. Die Arbeitslosigkeit treibt sie in eine depressive Phase, die eine Erhöhung der Medikation zur Folge hat, um die Krankheit unter Kontrolle zu bringen: *„Weil einfach diese Arbeitslosigkeit das zieht einen ja schon runter und da hab ich auch wieder [...] n Rückfall hab. Aber wir hams dann mit den Tabletten wieder hinbekomm“ (Jürgen 2, ZN 215ff.)*.

Völlig unterwartet wird Frau Jürgen ein neuer Arbeitsplatz offeriert. Die Nachbarin ihrer Mutter plant, sich mit einer unabhängigen Drogerie selbständig zu machen und sucht nach geeignetem Personal. Frau Jürgen sagt sofort zu und engagiert sich bereits in der Zeit vor der Eröffnung. Die anfängliche Euphorie verfliegt aber schnell. Frau Jürgen wünscht sich mehr Anerkennung für ihr Engagement und es kommt zu ersten krankheitsassoziierten Konflikten.

„Meine Chefin hat sich sehr verändert. [...] Da hat sie halt auch gesagt, dass sie sie=sich das alles ganz anders vorgestellt hat, dass ich sie im Stich gelassen hätte, obwohl ich

schon, von meinen sechshundert Euro Arbeitslosengeld bin ich da hingefahrn, hab da immer geholfn“ (Jürgen 2, ZN 141-147).

Die Kritik am Arbeitsplatz birgt die Gefahr, dass sich ihre Gesundheit wieder verschlechtert. Einen Ausgleich zu dem psychischen Stress verschaffen ihr freizeitleiche Aktivitäten und die Bestätigung, die Frau Jürgen vom Kundenstamm, der zum großen Teil aus vertrauten Personen besteht, bekommt: *„Mir gefällt der Job eigentlich an sich ganz gut, weil ich viele [...] kenne; viele alte Lehrer oder Bekannte oder äh Freunde oder äh davon die Eltern oder so von der Schule halt ganz verschiedene Personen“ (Jürgen 2, ZN 139ff.).* Die dadurch erzeugte Stabilität in der Freizeit und auch am Arbeitsplatz lässt sie am Beschäftigungsverhältnis weiter festhalten.

Soziale Einbindung und Unterstützung

Frau Jürgens Mutter ist Frührentnerin und ihr Vater Minijobber bei der Deutschen Bahn. Trotz des geringen Einkommens ihrer Eltern erfährt Frau Jürgen von ihnen während der gesamten Umschulungszeit finanzielle Unterstützung: *„Wenn da die Familie nicht wär, dann würde ich das auch gar nicht schaffen. (.) Also entweder man geht ans Gesparte ran, oder die Familie unterstützt einen dann“ (Jürgen 1, ZN 633ff.).* Frau Jürgen plagen durch die Förderung weniger Alltagsorgen und ihr Risiko, in Depressionen zu verfallen, sinkt. Eine besondere familiäre Unterstützung erfährt sie von ihrem vier Jahre jüngerem Bruder. Er ist Diplompsychologe und somit ein professioneller Berater bei der Krankheitsbewältigung: *„Mein Bruder ist selber Diplompsychologe, also ich hab familiäre Unterstützung“ (Jürgen 1, ZN 122).*

Auf Freunde kann Frau Jürgen nur in geringem Maß zurückgreifen. Im Laufe ihrer Erkrankung hat sie immer mehr Freundschaften verloren. Ihrer Meinung nach zeigt sich erst durch ihre Erkrankung, welche Personen richtige Freunde sind und welche Personen dem Bekanntenkreis zuzuordnen sind.

„Man zählt eh das an einer Hand ab. Man differenziert da unheimlich also was Bekannte sind, was Freunde sind. [...] Also wenns einem schlecht geht dann, eine beste Freundin, die hört das an meiner Stimme. Also wir müssen uns gar nich mal gegenüber sitzen, wir telefonieren und sie hörts an der Stimme“ (Jürgen 2, ZN 522-526).

Sie hat aber nicht nur den Verlust von Freundschaften durch ihre Erkrankung zu beklagen. In der Umschulung lernt sie Frau Bender kennen, die zu einer relevanten biografischen Begleite-

rin wird. Im Kontrast zu Professionellen oder Familienmitgliedern sieht sie in ihr eine Leidensgefährtin, mit der sie sich intensiv austauschen kann. Ihrer Meinung nach können nur andere ähnlich erkrankte Personen eine derart verständnisvolle Unterstützung leisten:

„Also das finde ich total toll, [...] dass man da so (.) sich so austauschen kann. [...] Klar die Familie unterstützt einen [...] a:ber jemand der wirklich auch erkrankt ist, der kann das noch am besten nachvollziehen. [...] Das ist eigentlich auch das Schöne, dass man hier dann so zusammen gekommen ist und dass man sich dann so gefunden hat. (.) Dass man Gleichgesinnte [...] ist dann“ (Jürgen 1, ZN 717-725).

Subjektive Bedeutung von Erwerbsarbeit

Trotz des Bedürfnisses einen Beruf ausüben zu können, der zu ihren Interessen und ihrem „Charakter auch passt“ (Jürgen 1, ZN 79), arbeitet Frau Jürgen, „um zu leben“ (Jürgen 2, ZN 260). Die finanzielle Absicherung durch Arbeit bildet zwar die Grundlage der Lebensgestaltung, kann sie allein aber nicht glücklich machen: „Ja, [...] dass man glücklich is, dass alles gut is ja. Das Geld is eigentlich nich so wichtig“ (Jürgen 2, ZN 1233f.). Frau Jürgen hat gelernt, mit wenig Geld auszukommen. Sowohl in ihrem Elternhaus als auch in ihrer Berufsbiografie als Hotelfachfrau verfügte sie nie über reichhaltige finanzielle Mittel: „Das mit dem Geld war schon immer so, dass man irgendwie zu krepeln hatte“ (Jürgen 2, ZN 1301). Ebenso wenig verändert die Umschulung etwas daran. Frau Jürgen erweitert damit zwar ihre Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt, kann aber mit dem Abschluss nicht dem Niedriglohnsektor entkommen. Inzwischen fühlt sie sich finanziell immer mehr belastet, da die Steigerung der Lebenserhaltungskosten insbesondere bei einem niedrigen Gehalt deutlich zu spüren ist: „Dein Gehalt wird nich mehr, ne und was sind heutzutage schon fünfzig Euro also das is, ja. [...] Das is schon schwierig mit dem Geld“ (Jürgen 2, ZN 1267f.).

Zu arbeiten hat für Frau Jürgen ebenso den Zweck, aktiv im Leben zu bleiben. Ohne Berufstätigkeit zerfällt die Alltagsstruktur und versetzt sie in einen passiven und depressiven Gemütszustand. Arbeiten dient ihr dementsprechend zum Erhalt des Selbstwerts und zur Förderung der Gesundheit. Diesbezüglich ist Frau Jürgen in einem Widerspruch gefangen. Einerseits ist ihr die Gesundheit wichtiger als die Zufriedenheit am Arbeitsplatz: „Am liebsten würde ich natürlich in einem Hotel arbeiten, [...] aber das darf ich ja nicht mehr. Weil [...] da ist die Gefahr zu groß, dass ich dann wieder krank werden würde“ (Jürgen 1, ZN 439-444). Andererseits braucht sie auch Erfüllung und Bestätigung am Arbeitsplatz, um sich gesundheitlich wohl zu

fühlen. Sobald sie im Berufsleben unzufrieden wird, kein Interesse hat oder Mobbing ausgesetzt ist, gefährdet dies ihren Gesundheitszustand: *„Also grad wenn meine Chefin mir vorgeworfen hätte, ich würde nich oft logisch denken oder so [...] da wurd ich damit konfrontiert. Aber sonst äh gehts mir eigentlich gut“* (Jürgen 2, ZN 223-226). Eine ideale Balance zwischen Gesundheit und Zufriedenheit am Arbeitsplatz konnte Frau Jürgen seit ihrem Ausscheiden als Hotelfachfrau noch nicht finden. Bis ihr dies gelingt, ist sie darauf bedacht, das Arbeitsleben strikt vom Außerberuflichen zu trennen, damit es nicht zu Transformationen von Problemen kommt.

Ursächlich sind für das Ausbleiben der gesundheitsfördernden Zufriedenheit am Arbeitsplatz der Verlust des Traumberufs und die anschließende Fehlzweisung in die Umschulung zur Bürokauffrau. Der Umschulungsberuf entspricht nicht ihren Bedürfnissen und passt nicht zu ihrem Charakter, da sie die Eintönigkeit der Tätigkeiten ablehnt. Sie *„möchte [...] doch was Lebendiges machen, weil das mehr zu meinem Charakter auch passt“* (Jürgen 1, ZN 78f.). Das Interesse an einem Berufsfeld bzw. –bild ist für Frau Jürgen ein hohes Gut. Wenn sie sich für den Beruf begeistern kann, ist sie gewillt, sich mit all ihren Fähigkeiten einzubringen. Bei einer Identifikation mit dem Beruf hat sie zudem an der Wissensaneignung Freude. Gegensätzliches zeichnet sich aber während der Umschulung ab: *„Also das es zwei Jahre sind, die man dann auch wieder lernen muss [...] und auch der Job an sich weil es mir halt nicht so viel Spaß macht“* (Jürgen 1, ZN 276ff.).

Krankheit und Gesundheit

Frau Jürgen leidet unter einer bipolaren Störung. Wann diese zum ersten Mal aufgetreten ist, kann sie nicht mehr rekonstruieren: *„Und dann bin ich irgendwann erkrankt“* (Jürgen 1, ZN 13f.). Ihr ist bewusst, dass die Krankheit sie ihr Leben lang begleiten wird. Eine derartige psychische Erkrankung ist zwar nicht immer akut, dennoch ist stets ein Risiko des Rückfalls vorhanden: *„Das wird man auch nich mehr los. Man hat immer diese Krankheit in sich und entweder sie bricht mal wieder aus [...] oder sie tritt n Schritt zurück“* (Jürgen 2, ZN 332ff.).

Dass sie ihre psychische Erkrankung akzeptiert, ist ein großer Fortschritt in ihrer Krankheitsbewältigung. Die psychische Krankheit zu einem Teil des Selbst zu machen, fällt ihr zunächst schwer und der Prozess der Akzeptanz dauert viele Jahre. Im Verlauf erkennt Frau Jürgen aber, dass sie vorher nicht nur ein anderes, sondern auch ein zu ihrer Krankheit unpassendes Leben

führte. Erst mit Aufnahme der Krankheit in ihre Identität findet sie somit zu einem neuen – ihrer Situation angepassten – Selbst(wert)gefühl.

„Das äh hab ich auch [...] ganz lang für gebraucht, das selber zu akzeptieren. [...] Das ist meine Erkrankung und damit muss ich jetzt leben. Gut ich kann halt nicht mehr so wie früher sein, weil das war falsch, das war krank und jetzt bin ich halt anders“ (Jürgen 1, ZN 669-672).

Bei der Krankheitsbewältigung hilft ihr sich ihren Ängsten zu stellen. Sie findet es zwar nützlich auf soziale Unterstützung zurückgreifen zu können, doch ist ihr bewusst, dass nur sie allein ihre Ängste überwinden kann. Ein weiterer wichtiger Faktor der Überwindung krankheitsbedingter Probleme liegt für Frau Jürgen in der Strategie sich einen Ausgleich zu stressigen Alltagssituationen zu verschaffen. Dabei konzentriert sie sich auf Sport und andere Freizeitaktivitäten. Weiterhin schafft sie sich den nötigen Ausgleich über das Kreieren einer Wohlfühlatmosphäre in ihrer Wohnung: *„Ich wohn halt bisschen auswärts, [...] weil das halt auch für die Psyche besser ist. Ich muss mich also äh auch mit meinem Zuhause für die Erkrankung muss ich mich wohl fühlen“ (Jürgen 1, ZN 611ff.).*

Zur Krankheitsbewältigung greift Frau Jürgen während der Umschulung auch auf Unterstützungsangebote des Psychologen im BFW zurück. Krankheitsbedingt schafft sie es viele Jahre nicht, einen durchgängigen Nachtschlaf herzustellen. Da sie aufgrund dessen im Umschulungsalltag häufig übermüdet ist, versucht der Schulpsychologe, ihr mit zusätzlichen Medikamenten zu helfen. Die Veränderung der Medikation ist für Frau Jürgen aber problematisch und führt zu einer Gewichtszunahme, die sie äußerlich angreifbar macht: *„Obwohl das ne geringe Dosis is, trotzdem dreißig Kilo. Und das is, das deprimiert einen, wenn dann alle, jeder dritte einen fragt, ob man schwanger is“ (Jürgen 2, ZN 545f.).*

Ihre Krankheit empfindet Frau Jürgen als Stigma. In der Umschulung ist Frau Jürgen ersten stigmatisierenden Erlebnissen ausgesetzt. Sie sieht es als persönliche und krankheitsbezogene Abwertung, dass sie im Kontrast zu ihrem früheren Berufsleben Ablehnungen auf Bewerbungen um einen Praktikumsplatz bekommt.

„Und ja ne psychische Erkrankung oh Gott [...] und ich denke, dass einige Firmen dann auch lieber diesen Ausgleich dann zahlen, anstatt sich äh jemanden ins (.) Haus zu holen, der äh (1) erkrankt war und eventuell wieder erkranken könnte“ (Jürgen 1, ZN 404-408).

Im späteren Erwerbsleben erfährt Frau Jürgen dann direkte Denunziationen. Sie schildert diesbezüglich Ereignisse an zwei Arbeitsplätzen nach der Umschulung. Die Erkrankung macht sie

nicht nur sensibel und angreifbar, sie kann zur Chiffre für Stigmatisierungen werden, die nicht zwangsläufig auf ihrer Erkrankung basieren, sondern nur einen Ausdruck darin finden.

„Und ja bei bei Kalle, bei dem dänischen Geschäft, [...] da war auch Mobbing angesagt. Weil man ja son Typ is, der gemobbt wird, der das zulässt, so ne Schwachstelle da hat dann. Is natürlich auch schwierig“ (Jürgen 2, ZN 593ff.).

Stigmatisierungen ist sie nicht nur am Arbeitsplatz, sondern auch in ihrer Freizeit ausgesetzt. Nach dem Umzug zu ihrem Lebenspartner erfährt die Nachbarschaft von ihrer psychischen Erkrankung.

„Mit den Nachbarn das is natürlich dann halt schwierig für mich, weil äh ich hab halt nun mal die Krankheit. Ich habs den gesagt, und die ham daraus ne riesen Sache gemacht, und das is halt total fies. [...] Ich hatte mich der einen anvertraut [...] und äh die hat das halt der andern weitererzählt. [...] Ja hat Rund-SMS geschickt und alle Leute gewarnt „Haltet eure Kinder von Frau Jürgen fern““ (Jürgen 2, ZN 466-474).

Es sind nicht die Auswirkungen oder Erscheinungsformen der Krankheit, die zu Denunziationen führen, sondern das Anderssein an sich. Hinzu kommt, dass die Ausgrenzung von Frau Jürgen in der Dorfgemeinschaft in kollektiver Einigkeit erfolgt. Allein die Unterstützung ihres Partners hilft ihr die Krankheit unter Kontrolle zu halten. Gemeinsam versuchen sie, mittels Verdrängung statt Bearbeitung, die Probleme im Alltag nicht dominant werden zu lassen.

„Wir versuchen s Beste draus zu machen und nicht mehr zu drüber zu sprechen. [...] Is halt schwierig, aber das hat mich auch sehr fertig gemacht. Also das hat mir auch nochmal son Schub zurückgegeben“ (Jürgen 2, ZN 495-499).

Zusammenfassung

Frau Jürgen ist mit ihrer aktuellen Situation wenig zufrieden. Sie verfügt über ein geringes Haushaltseinkommen, hat nur ein sehr kleines soziales Netzwerk, ist im Arbeitsleben und auch am Wohnort Stigmatisierungen ausgesetzt und kann nicht wie gewünscht in der Tourismusbranche arbeiten.

Die aktuelle Lebenssituation von Frau Jürgen ist der Effekt einer fehlgesteuerten Zuweisungspraxis. Frau Jürgen fühlt sich in die Umschulung gedrängt, empfindet zu keiner Zeit den Beruf als biografisch passend und arbeitet nach der Umschulung nicht in dem erlernten Beruf. Auf welche Weise er ihre Arbeitsmarktchancen erweitern soll, ist Frau Jürgen völlig unklar zumal sie ihren aktuellen Arbeitsplatz auch ohne die Umschulung gefunden hätte.

Weiterhin ist die Verweigerung der Umschulung zur Kauffrau für Tourismus und Freizeit in der Sinnhaftigkeit fragwürdig. Als Argument wird angeführt, dass Frau Jürgen krankheitsbedingt keinen Kundenkontakt am Arbeitsplatz haben darf. Im Anschluss der Umschulung arbeitet sie jedoch im Kundenverkehr und hebt diesen Aspekt als besonders erfreulich hervor. In ihrer Krankheitsbewältigung ist Frau Jürgen trotz der geringen Zufriedenheit weit vorgeschritten. Sie akzeptiert ihre Krankheit als Teil des Selbst, achtet auf die Signale der Krankheit, verschafft sich Ausgleiche, um die Krankheit besser kontrollieren zu können, und pflegt einen offenen Umgang mit ihr. Dadurch kommt es zwar zu Akten der Stigmatisierung, doch scheint Frau Jürgen damit umgehen zu können und die Konfrontationen zum Teil der Krankheitsbewältigung zu machen.

6.5.4. Umschulung als Neuanfang

6.5.4.1. Allgemeine Clusterbeschreibung

Personen, die sich in diesem Cluster wiederfinden, erleben im Zusammenhang mit der eingetretenen krankheitsbedingten Diskontinuität einen schmerzhaften sozialen Abstieg. Ihre Motivation zur Teilnahme an einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme liegt in der Renormalisierung des Lebens über die Rückkehr in Arbeit mithilfe des neu erlernten Berufs. Bis zum Zeitpunkt des Interviews (ca. 1-1,5 Jahre nach dem erfolgreichen Abschluss der Umschulung) können sie ihr Vorhaben nicht umsetzen und sind nach wie vor arbeitslos. Mit beeinflusst wird diese Situation auch durch ihre nahezu ausschließliche Suche nach einem Arbeitsplatz im Umschulungsberuf, nur in Notfällen, wie z.B. durch Vorgaben des Jobcenters, akzeptieren sie eine Arbeit außerhalb des Umschulungsberufs als temporäre Übergangsphase.

Mit der Arbeitslosigkeit sind sie ebenso unzufrieden wie mit ihrer allgemeinen Lebenssituation. Ihnen gelingt es zwar, eine stabile Alltagsstruktur ohne Arbeit aufzubauen, doch fehlt ihnen eine Leitlinie der Lebensorganisation. Alternativ fokussieren sie ihre Familie und versuchen, darüber Stabilität im Leben zu erzeugen und Bestätigung für ihre Leistungen zu erhalten; häufig suchen sie übergangsweise ehrenamtliche Tätigkeiten oder gehen innerfamiliären Aufgaben nach. Ihre chronische Krankheit sehen sie nicht mehr als Hindernis bei der Suche nach Arbeit und in ihrer Alltagsorganisation an. Sie gilt als überwunden und kleinere Rückfälle werden nicht als ernste Bedrohung wahrgenommen. Bereits während der Umschulung vertreten

sie diese Einschätzung und nehmen daher keine medizinische und psychologische Unterstützung in Anspruch.

Ihren Umschulungsberuf wählen sie selbst. Häufig beruht er auf einem lange gehegten Traum oder wird über Freizeitinteressen hergeleitet. Dementsprechend zeigen sie sich in der beruflichen Reha-Maßnahme sehr zielstrebig und motiviert. Sie nutzen die Umschulung zweckorientiert und richten ihren Fokus auf den erfolgreichen Abschluss und Erwerb des Facharbeitertitels. Zu den weiteren Teilnehmern pflegen sie einen distanzierten Umgang. Soziale Kontakte werden ausschließlich zweckgerichtet eingegangen; mitunter dienen sie dem Abgleich in den Leistungen, wodurch die Umschulung auch zu einer positiven Selbsterfahrung wird.

Die Ursache für den misslingenden RTW liegt für diese ehemaligen Teilnehmer in der schlechten berufsspezifischen regionalen Arbeitsmarktlage. Trotz ihrer sehr hoch einzuschätzenden Eigeninitiative gelingt es ihnen nicht, einen Arbeitsplatz im Umschulungsberuf zu finden, der für eine finanzielle Unabhängigkeit sorgt. Damit einhergehend beklagen sie das Nichtvorhandensein einer förderlichen und wenn möglich direkt vermittelnden Nachbetreuung durch das BFW und den Träger. Sie fühlen sich in diesem Zusammenhang ad hoc aus einem Schonraum freigesetzt und bei der Suche nach Arbeit isoliert. Diese ehemaligen Rehabilitanden haben dennoch relativ gute Aussichten, einen passenden Arbeitsplatz im Umschulungsberuf zu bekommen. Aufgrund der schlechten berufsspezifischen regionalen Arbeitsmarktlage dauert ihre Suche nur länger und sie hätten einer besseren Nachbetreuung beim RTW bedurft.

6.5.4.2. Herr Hansen

„Mehr oder weniger Glück im Unglück sag ik mal dazu“ (Hansen, ZN 589f.)

Geschlecht:	männlich
Alter:	37
Familienstatus:	allein lebend, zwei Kinder
Wohn- /Arbeitsort:	Kleinstadt in strukturschwacher Region
Berufsstatus:	arbeitsuchend
Berufliche Kurzvita:	Hauptschulabschluss → abgebrochene Berufsausbildung zum Fleischer → Grundwehrdienst → ABM → arbeitsuchend → Ehrenamt in der Suchtberatung → Realschulabschluss an der Abendschule → erfolgreiche Umschulung → arbeitsuchend → Krankheitsvertretung im

	Umschulungsberuf → arbeitssuchend → Ehrenamt in der Suchtberatung → Arbeitsplatzangebot im Umschulungsberuf
Abschlüsse der Eltern:	Vater: unbekannt → Berufsausbildung Mutter: POS → Berufsausbildung
Art der Krankheit:	Suchterkrankung, Rückenschmerzen
Umschulungsberuf:	Immobilienkaufmann
zugewiesen durch:	DRV
Träger:	BFW

Zur Interviewsituation

Bei der telefonischen Terminvereinbarung im Vorfeld des Interviews klingt Herr Hansen verstört, unaufmerksam und angetrunken³³. Eine konkrete Vereinbarung über Interviewzeitpunkt und -ort wird daher erst beim zweiten Telefonat, bei dem Herr Hansen deutlich kommunikativer ist, getroffen; anfangs lehnt er es noch ab, seine spärlich eingerichtete Wohnung in einem unsanierten Plattenbau dafür zur Verfügung zu stellen.

Das Interview möchte Herr Hansen ohne Vorgespräch schnellstmöglich beginnen und stimmt auch der Bitte um die Audioaufzeichnung beiläufig zu. Während des 92minütigen Interviews erzählt Herr Hansen sehr ausschweifend. Seine Ausführungen beinhalten aber wenige Rekonstruktionen. Vielmehr ist er bestrebt, als Experte seine Ansichten mit vielen Argumentationen und Kommentaren anzureichern. Den Expertenstatus bezieht er aus seiner ehrenamtlichen Tätigkeit in einer Suchtberatung. Dort hat er vielschichtige Erfahrungen mit den Lebenslagen unterschiedlicher Personengruppen sammeln können, die er als generalisierte Verlaufsmodelle für die Darstellung seines eigenen Werdegangs nutzt. Insbesondere den Fragen bezüglich seiner früheren Alkoholsucht weicht er auf diese Weise aus. Erst auf eine weitere Nachfrage zum Ende des Interviews wird er etwas ausführlicher und schildert seine Geschichte. Fragen, die seine Krankheit, die Umschulung, die Familie oder das Berufsleben betreffen, beantwortet Herr Hansen ohne großes Zögern ebenso ausschweifend. Die Expansion des Interviews ist somit nicht auf eine Verwendung von reichhaltigen Narrationen zurückzuführen, sondern auf die Beantwortung der Fragen mit oberflächlichen Allgemeinplätzen und spontan assoziierten Themenwechseln.

³³ Im Fragebogen t₀ gibt er an, dass er Alkoholiker sei. Im späteren Interview betont er aber; seit zehn Jahren trocken zu sein.

Im Anschluss an die Aufzeichnung kommt es zu einem ausgiebigen Nachgespräch mit gleichbleibendem Redeanteil. Erst als der Interviewer auf die ablaufende Parkuhr verweist, kann er sich für die Auskunftsbereitschaft bedanken und sich mit den besten Wünschen für die Zukunft verabschieden.

(Berufs-)Biografischer Verlauf

Vor der Umschulung

Herr Hansen beginnt nach dem erfolgreichen Abschluss der Hauptschule eine Berufsausbildung zum Fleischer, die er nicht beendet. Bereits in seiner Jugend beginnt er, regelmäßig Alkohol zu trinken, wird schleichend zum Alkoholiker und verfällt in eine Suchtverlaufskurve. Begleitet wird der Alkoholismus von, aus Herrn Hansens nachträglicher Beurteilung, negativem Sozialverhalten, das er als Ursache für seine Entlassung im Zuge von Rationalisierungsmaßnahmen im Ausbildungsbetrieb während seines dritten Lehrjahres sieht. Der Ausbildungsabbruch führt aber keineswegs zu einem Veränderungsimpuls.

„Ja=ja (.) bin dann im dritten Lehrjahr dann also eigentlich ohne Abschluss [raus]. Damals hat für mich dann nichts weiter mehr ne Rolle gespielt. War alles egal. (.) Hoch die Tassen hieß et dann“ (Hansen, ZN 376-379).

Ohne Berufsabschluss leistet Herr Hansen seinen Grundwehrdienst und wird danach in einer ABM-Maßnahme untergebracht, die ihn aber nicht in Arbeit vermitteln kann. Stattdessen bleibt er für etwa fünf Jahre arbeitslos und verstrickt sich immer mehr in seine Sucht: *„Neunundneunzig zweitausend hatte ik da noch eine ABM und dann hat es sich ganz verloren. Danach bin ik auch immer tiefer gerutscht“ (Hansen, ZN 387f.).*

Im Jahr 2004 hört Herr Hansen abrupt auf, Alkohol zu trinken. Wodurch dies motiviert ist, schildert er nicht. Mutmaßlich steht es im Zusammenhang mit seinem ersten Kontakt zur Suchtberatungsstelle, die ihn in ein betreutes Wohnen vermittelt, wo er die ersten zwei Jahre seiner Abstinenz in therapeutischer Begleitung verbringt und für seinen Unterhalt arbeitet. Geplant war der Aufenthalt zunächst für anderthalb Jahre, doch Herrn Hansen gefällt es dort so gut, dass er freiwillig um ein halbes Jahr verlängert.

„Und dann hab ik noch sechs Monate hinterher bekommen. Dann hab ik gesagt: „So dat nimmst du jetzt noch mit nach Haus“. (.) Es waren ja um die neuhundert Euro, die ik da gekriegt hab“ (Hansen, ZN 412ff.).

Die Rückkehr in seine Heimatstadt ist für ihn ein „*Neuanfang*“ (Hansen, ZN 416). Er plant sein Leben von Grund auf neu, wobei er stets in kleinen Schritten vorgeht und erst nach Abschluss einer Etappe den nächsten Schritt in Angriff nimmt: „*Dat hab ich ja eh nicht ehm zwingend aus diesem Grund gemacht, weil die Idee mit dem anderen kam ja eigentlich erst kurz danach*“ (Hansen, ZN 1085f.). Herr Hansen holt an der Abendschule seinen Realschulabschluss nach, erwirbt seine Fahrerlaubnis und beginnt, sich beruflich zu orientieren. Die Selbststeuerung ist ihm beim Aufbau seines neuen Lebens sehr wichtig. Er akzeptiert lediglich die wechselseitige Unterstützung in seiner Partnerschaft und holt sich Ratschläge von der Suchtberatung, in der er eine ehrenamtliche Tätigkeit aufnimmt.

Weg in die Umschulung

Beim Neuaufbau seines Lebens bekommt Herr Hansen in der Suchtberatungsstelle den Vorschlag unterbreitet, eine berufliche Reha-Maßnahme in Erwägung zu ziehen, um darüber einen Zugang zum Arbeitsmarkt zu bekommen. Schnell findet er heraus, dass ihm sein Krankheitsbild des trockenen Alkoholikers kaum Chancen bietet und er muss nach einer Alternative suchen. Seine schon lange vorhandenen, ihn aber kaum einschränkenden Rückenschmerzen werden als Legitimation für eine berufliche Rehabilitation akzeptiert und Herr Hansen kann dadurch über die Umschulung einen Berufsabschluss nachholen.

„Und wir haben uns versucht irgendwas einfallen zu lassen. [...] Es musste irgendwas mit Hand und Fuß sein, dass ik irgendwo ins Arbeitsleben einsteigen kann. [...] Dann haben wir es über die Schiene probiert. [...] Über meine alte Trinkergeschichte hätten wir dat nicht hingekriegt“ (Hansen, ZN 576-582).

Herr Hansen reicht seinen Antrag zur beruflichen Rehabilitation bei der DRV ein und wählt eigenständig das BFW und seinen Umschulungsberuf. Einzig einschränkend wirken seine diagnostizierten Rückenprobleme, die seine Wahlmöglichkeiten auf Schreibtischarbeiten beschränken. Ohnehin orientiert er sich aber im kaufmännischen Bereich und entscheidet sich für eine Ausbildung zum Immobilienkaufmann, da er sich für diesen Beruf interessiert und er sich gute Chancen auf dem regionalen Arbeitsmarkt verspricht. Seine Vorstellungen von der Arbeitsrealität bleiben aber vage, da er versäumt, sich konkrete Informationen über Beruf und Arbeitsmarkt einzuholen.

„Ich habs mir das leichter vorgestellt. Ich hab mir so überlegt: „In jedem kleinen Nest gibt irgendwo ein Wohnungsunternehmen.“ (.) Zahlen waren schon immer son Ding, also hatte

ich sowieso kaufmännische Sache und dann fand ich eigentlich die Sache so mit Wohnung Vermietung und so wat alles ganz interessant. (.) Erst mal kann ik da weiter mit Menschen arbeiten, (.) weil egal wat man in so nem Unternehmen macht, man hat immer Kontakt zu Mietern. (.) Ja und deswegen hatte ik ja auch überhaupt diese eh Immobiliengeschichte genommen“ (Hansen, ZN 8-19).

Bis zum Beginn der Umschulung vergehen noch einige Monate und Herr Hansen absolviert einen RVL, der seiner Meinung nach nicht nötig gewesen wäre, da er im Kontrast zu anderen Teilnehmern durch seinen kurz vorher erworbenen Realschulabschluss an der Abendschule nicht „an die Schule angepasst“ (Hansen, ZN 322) werden muss. Die zusätzlichen finanziellen Einnahmen durch die Teilnahme nimmt er aber gern an.

In der Umschulung

In der Umschulung ist Herr Hansen sehr zielorientiert und zufrieden. Insbesondere der Schonraum, dem ihm das BFW bietet, und das besondere Eingehen der Dozenten auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Rehabilitanden gefallen ihm: *„So intensiv wie die im BFW [...] einem diesen Stoff ranbringen können, [...] hat man in der Berufsschule höchstwahrscheinlich nicht“ (Hansen, ZN 773-777).* In dieser Rahmung fällt ihm das Lernen leicht, er fühlt sich sehr wohl und er benötigt keinerlei Unterstützung: *„Die haben Glück gehabt (.) die Immobilienleute. [...] Wir waren bloß fünf Leute in der Klasse. [...] Es war locker, es war ehm (1) ja nicht so wie klassischer Unterricht“ (Hansen, ZN 483-491).* Auch das Angebot der Internatsunterbringung nutzt er gern.

Negativ äußert sich Herr Hansen lediglich über die weiteren Rehabilitanden im BFW. Insbesondere in den Verhaltensweisen distanziert er sich von ihnen. Während ein Großteil der Rehabilitanden *„höchstwahrscheinlich ihre zweite Jugend genossen“ (Hansen, ZN 529)* haben, richtet er seine Aufmerksamkeit zweckgerichtet auf das erfolgreiche Absolvieren der Rehamabnahme. Den großen Unterschied sieht Herr Hansen vor allem dem kollektiven Alkoholkonsum geschuldet. Seine Beobachtungen im BFW früheren ihm damit auch seine früheren Verhaltensweisen vor Augen und bestärken ihn in seinem Weg der Abstinenz.

„Ich kann damit schon umgehen, aber mir gehen die Besoffenen einfach auf den Sender. (.) Die werden dann immer laut, erzählen mir alles dreimal. (.) Wenn ik mir vorstell, dat ik mal genauso war. (.) ((lacht)) Wat hab ich meiner Umwelt bloß angetan damals“ (Hansen, ZN 533-537).

Seine drei Praktika wählt Herr Hansen selbst und absolviert sie bei Wohnungsbaugenossenschaften in seiner Heimatstadt, bei denen er nach der Umschulung auf eine möglichst dauerhafte Anstellung hofft. Über die Praktika erwartet er sich neue Kontakte, er versucht, einen nachhaltigen positiven Eindruck zu hinterlassen und darüber seine Chancen auf einen Arbeitsplatz zu erhöhen.

Nach der Umschulung

Nach dem erfolgreichen Abschluss seiner Umschulung scheint sein Plan zunächst aufzugehen. Einer seiner Praktikumsbetriebe benötigt eine achtwöchige Krankheitsvertretung und fragt Herrn Hansen an. Für ihn ist es eine gute Chance, sich im Betrieb zu bewähren, sein soziales Netzwerk auszubauen und seinen Lebenslauf durch Berufserfahrung aufzuwerten.

Seine Hoffnungen auf die Übernahme in eine dauerhafte Anstellung erfüllen sich aber nicht und er wird arbeitslos. Ernüchtert von den realen Arbeitsmarktchancen am Heimatort fällt es ihm schwer, seine Zielorientierung bei der Suche nach Arbeit aufrechtzuerhalten.

„Vielleicht habens einige leichter in anderen Berufszweigen, (3) aber ik sag mal: „Es is alles möglich, wenn man am Ball bleibt“. (.) Ik hab zwar stellenweise so im Hinter- im Hinterkopf so gesagt, so „Mann ey“, so fast resigniert. (.) Aber aufgegeben hab ik nich“ (Hansen, ZN 177-183).

Herr Hansen kommt nicht umhin, sich den Gegebenheiten anzupassen und er bewirbt sich an immer weiter entfernten Orten. Die Akzeptanzgrenze ist aber da erreicht, wo es *„noch irgendwie möglich [ist], hierher zu kommen und nich, dass ich ne Woche Urlaub brauche“ (Hansen, ZN 1210f.)*. Eine Suche außerhalb des Umschulungsberufs erwägt er nicht. Vielmehr hat er konkrete Vorstellungen von den potentiellen Arbeitgebern, an die er sich mit Initiativbewerbungen wendet und dabei zunächst die Fördermöglichkeiten verschweigt, weil *„ich wollte genommen werden, weil man mich will“ (Hansen, ZN 1495f.)*. Im Kontrast zu ausgeschriebenen Stellen verspricht er sich bei Initiativbewerbungen wenig Konkurrenz.

„Ik bin dann einfach über Google Maps gegangen, (.) hab mir hier in der Gegend größere Ortschaften genommen und die haben alle ein Wohnungsbauunternehmen [...] und die hab ik mir dann rausgesucht und angeschrieben. [...] Man hat eine sehr geringe Chance bei so einer Stellenausschreibung, (.) weil dat viel zu viele wissen, sind ja öffentlich“ (Hansen, ZN 1281-1302).

Nach *„irgendwat über achtzig“ (Hansen, ZN 1607)* Bewerbungen beginnt Herr Hansen allmählich zu resignieren und sich in der Arbeitslosigkeit einzurichten. Die fortwährenden Absagen

demotivieren ihn und ihm kommen Zweifel an seiner getroffenen Umschulungsberufswahl. In eineinhalb Jahren der Arbeitslosigkeit wird Herr Hansen nur zu zwei Vorstellungsgesprächen eingeladen. Beim ersten im Umschulungsberuf bekommt er mit der Begründung „*die haben auch keine Zeit jemanden einzuarbeiten*“ (Hansen, ZN 222f.) eine Absage. Sein zweites Vorstellungsgespräch außerhalb des Umschulungsberufs führt, trotz bereits herabgesenkter Ansprüche, auch nicht zu einer Anstellung.

*„Als ich da Vorstellungsgespräch Callcenter, naja (.) ich hab mich dann drauf eingelassen, weil, weil ich halt schon ja (3) zu lange hier war. [...] Aber ich hät mich da nicht beworben, (.) jedenfalls nicht freiwillig. Ich **musste** mich ja bewerben“* (Hansen, ZN 114-120).

Ein weiteres Anzeichen seiner Resignation ist seine Rückkehr zum Ehrenamt in der Suchtberatung. Darüber findet er Beschäftigung im Alltag, er erfährt soziale Integration sowie Anerkennung für seine Leistungen und fühlt sich nicht als Aushilfe oder Neuling. Stattdessen sieht er sich selbst begründet über seine Biografie und seine dortige frühere Tätigkeit sowie gespiegelt durch das Klientel und seinen Vorgesetzten als Experte.

Nach eineinhalb Jahren Arbeitslosigkeit bekommt Herr Hansen bei seinem dritten Vorstellungsgespräch eine Zusage. In einer 150km entfernten Großstadt wird ihm die Chance geboten, sich auf einem befristeten Arbeitsplatz mit zunächst niedriger Entlohnung zu beweisen. Herr Hansen schöpft wieder neuen Mut, die Zusage bestärkt ihn in seinem Selbstvertrauen und ohne zu zögern nimmt er die sich ihm bietende Möglichkeit an. Sein Leben verändert er daraufhin kaum; einen Umzug schließt er aus, da ihm die Befristung der Anstellung zu unsicher ist und er vorübergehend bei Verwandten am Arbeitsort übernachten kann bzw. er weiter darauf hofft, eine Anstellung im Umschulungsberuf am Heimatort zu finden.

„Ich bewerb mich ja hier bei unserer Genossenschaft auch weiter. (.) Da steigt demnächst bald einer aus. [...] Sie hatte damals schon mal so wat erwähnt, dass ich eigentlich eine gute Idee wäre als Ersatz. (3) Auf alle Fälle bewerbe ich mich nächstes Jahr. Ne Kündigung is schnell geschrieben“ (Hansen ZN 1638-1656).

Soziale Einbindung und Unterstützung

Herr Hansen ist sehr familiär, konnte aber eine eigene Familie bislang nicht aufbauen. Ursächlich sieht er dafür seinen Alkoholismus. Als Alkoholiker fiel es ihm schwer einer Beziehung Stabilität zu verleihen, da „*man ja als Säufer eigentlich gar nicht beziehungstauglich*“ (Hansen,

ZN 753) ist. Selbst während seiner Abstinenz entfaltet sein Alkoholismus noch negative Auswirkungen auf seine Partnerschaft. Das fortwährende Misstrauen seiner Ex-Partnerin gegenüber seinem Durchhaltevermögen trocken zu bleiben, führt kurz vor der Umschulung zur Trennung. Der Kontakt zu ihr und zur gemeinsamen Tochter bleibt aber vorhanden und gestaltet sich ebenso fürsorglich wie zur erstgeborenen Tochter, die er bereits in seiner „Säuferzeit“ (Hansen, ZN 700) im Alter von 16 Jahren zeugte.

Seine Töchter und auch seine Ex-Partnerin versucht Herr Hansen soweit es ihm möglich ist zu unterstützen. Insbesondere eine finanzielle Förderung fällt ihm aufgrund seines Lebens als Hartz IV Empfänger schwer. Um aber dennoch einen Teil beitragen zu können, ist er sehr sparsam, übernimmt in seinem Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis handwerkliche Tätigkeiten die ihm ein kleines Zubrot bieten und er erhält von seiner Großmutter kleine finanzielle Zuschüsse, die er ausschließlich für seine Töchter nutzt: *„Ja eigentlich Durchlaufposten, (.) ich kriege es zwar, aber [...] et läuft dann wieder für ein paar Schuhe für meine Kleine weg oder weiß der Teufel wat“* (Hansen, ZN 988f.).

Die innerfamiliäre Unterstützung ist Herrn Hansen sehr wichtig. Sie fördert den Zusammenhalt, ermöglicht Spielräume und erleichtert den Alltag. So kümmert er sich beispielsweise um Alltagsprobleme seiner Großmutter im Pflegeheim, um handwerkliche Tätigkeiten im Haushalt seiner Mutter oder um die Wohnung seines Bruders, der im Ausland arbeitet: *„Mein Bruder wohnt eigentlich auch bloß fünf Minuten entfernt, aber der is in Österreich der arbeitet da“* (Hansen, ZN 945f.). Im Gegenzug bekommt er von seiner Großmutter finanzielle Zuschüsse und seine Mutter unterstützt ihn in der Zeit der Umschulung in seiner Haushaltsführung: *„Meine Mutter hat sich hier um meine Wohnung gekümmert, dat war gut. (.) Hab ik da ehm ein paar Probleme die ich da aus der Entfernung nicht lösen konnte weniger gehabt, das is natürlich schon viel wert“* (Hansen, ZN 1114-1118).

Freundschaften hat Herr Hansen nur im geringen Maße vorzuweisen: *„So Freunde sind natürlich (1) man kennt viele aber so richtig Freunde (1) sind wenige nur noch übrig geblieben“* (Hansen, ZN 990f.). Ausschlaggebend sieht er auch hierfür seinen früheren Alkoholismus und vor allem seine Veränderung des Lebensstils im Übergang zum trockenen Stadium. Die wenigen übriggebliebenen Freunde sind für ihn aber sehr wichtig geworden. Sie bieten ihm eine Fluchtmöglichkeit aus dem tristen Alltag und sind Vorbilder in der Lebensführung; sie sind eine positive Orientierungsfolie im Nachholen des biografisch bislang Versäumten während seiner Zeit als Alkoholiker. Neben dem Kontakt zu seinen Freunden pflegt er auch die Beziehung zu

Bekannten im Ort. Von ihnen erhofft er sich insbesondere positive Wirkungen bei seiner Suche nach einem Arbeitsplatz.

Subjektive Bedeutung von Erwerbsarbeit

Als Alkoholiker hatte Herr Hansen kein Interesse an Erwerbsarbeit. Seit seiner Abstinenz hat sich daran aber viel geändert. Inzwischen hat die Erwerbsarbeit sogar einen zentralen Stellenwert in seinem Leben und ist in mehrerer Hinsicht relevant: 1. Erwerbsarbeit dient der Strukturierung des Alltags: „*Ich brauch- ich muss immer irgendwas machen*“ (Hansen, ZN 1359f.). 2. Arbeit hat für Herrn Hansen eine identitäts- und sinnstiftende Funktion und dient der Selbstthematisierung im Alltag; ein wichtiger Antrieb bei der Aufnahme seiner ehrenamtlichen Tätigkeit. 3. Über Arbeit bekommt Herr Hansen Anerkennung, was ihn in seinem Selbstbild stärkt. 4. Arbeit bietet ihm die Perspektive, ein in seinen Augen „normales“ Leben zu führen. Daran gebunden ist seine Hoffnung auf ein gutes finanzielles Auskommen.

„Und dann hab ik mir eben wieder so Sachen gesucht wie Ehrenamt, weil dieset morgens aufstehen ohne Plan, [...] dat macht mich krank. (.) Und wenn ich schon alleine irgendwas zu tun habe. Man steht auf und man hat dann irgendwas vor oder so und der Tag beinhaltet irgendwas was Produktives“ (Hansen, ZN 78-88).

Bei der Bedeutung von Erwerbsarbeit orientiert sich Herr Hansen an generalisierten Normvorstellungen, die er mit eigenen Erfahrungen untermauert. Vor allem seine lange Zeit in Arbeitslosigkeit, die in ihm Gefühle der Stigmatisierung und Marginalisierung hervorrufen, verdeutlicht ihm die Bedeutung von Erwerbsarbeit im Hinblick auf soziale Teilhabe, Status und Prestige.

Um eine Möglichkeit zur Erwerbsarbeit zu bekommen, sieht Herr Hansen die formale Qualifikation als Grundvoraussetzung. Daher setzte er auch alles daran nach seiner ersten gescheiterten Berufsausbildung in der Umschulungsmaßnahme einen Facharbeitertitel zu erwerben. Außerhalb von Berufen sieht er nur die Möglichkeit an unangenehmen und gesellschaftlich wenig wertgeschätzten Arbeitsplätzen, wie z.B. im Call-Center, unterzukommen. Seine Fixierung auf die formale Qualifikation für den Zugang auf den Arbeitsmarkt geht sogar so weit, dass er auch die Benotung des Abschlusses hierarchisch einordnet.

„So schlecht hab ik nicht abgeschnitten (.) ik glaub ik im Durchschnitt zwei, von der Prüfung her (.) und dat war für mich (1) fand ich das dann schon ja, als ich da Vorstellungsgespräch Callcenter, naja. [...] Ich bin jetzt auch gar nicht so traurig da drüber, dass sich da nischt ergeben hat“ (Hansen, ZN 111-133).

Krankheit und Gesundheit

Herr Hansen ist seit seiner Jugend Alkoholiker. Bis zur beginnenden Abstinenz weist er nach eigener Beurteilung ein sehr negatives Sozialverhalten auf, ihm gelingt es nur schwer, partnerschaftliche Beziehungen zu führen und der Erwerbsarbeit einen Stellenwert in seinem Leben einzuräumen. Allein der (kollektive) Alkoholkonsum dominiert seinen Alltag.

Die Entscheidung zur Abstinenz sieht er als größten Wendepunkt in seinem Leben. Ausgehend davon versucht er, sein Leben neu aufzubauen und muss dafür vieles Versäumte nachholen. In diesem Prozess der Rejustierung des Lebens zeigt Herr Hansen viel Eigeninitiative: *„Ich sag mal, seit dem ich eigentlich mein Leben so wieder in die richtige Richtung bewegen möchte, (...) [...] bin [ich] es gewöhnt, das alleine zu machen. (...) Weil ja, ich mach mich ungern von anderen Leuten abhängig“* (Hansen, ZN 1098-1103). Dabei fokussiert er insbesondere die Veränderung seiner Verhaltensweisen. Seinen vorherigen Egozentrismus nutzt er als negative Orientierungsfolie und folgt seinem neuen gegensätzlichen Ideal des Helfens. Ohne diese Veränderung würde er kaum eine Chance haben, weiterhin trocken zu bleiben; so sieht er es einmal als Betroffener und einmal als Experte. Diese doppelte Perspektive sowie seine Erfahrungen als Trinker und mit Trinkenden bestärken ihn auch im Durchhaltevermögen und in seiner Suche nach Identität.

„Dass ich aufgehört habe zu trinken, hat mein Leben komplett verändert. (...) Ich glaub ich kann von mir behaupten, dass ich eigentlich ein Arschloch war. [...] Ich freu mich darüber wenn ik anderen helfen kann. Auch (...) das is so ne Sache, dat is- die is einfach passiert mit dieser Veränderung des Nichttrinkens. [...] Dat müsste aber jeder eigentlich jeder Alki, der aufgehört hat zu trinken, so berichten theoretisch, (...) weil wer sich vom Wesen her nicht verändert, der hat keine Chance“ (Hansen, ZN 1541-1556).

Seine chronischen Rückenschmerzen haben seinen Werdegang nicht derart beeinflusst, sie waren aber sehr zuträglich, die Umschulung genehmigt zu bekommen und darüber ein neues Leben aufzubauen. Die ersten starken Beschwerden hat Herr Hansen im Jahr 2005. Nach einer Schlüsselsituation der Überbelastung begibt er sich in ärztliche Behandlung, wo ihm eine *„Schieflage der Wirbelsäule“* (Hansen, ZN 929) attestiert wird. Für Herrn Hansen ist die Diagnose der Ursprung, sich mit seinen Beschwerden auseinanderzusetzen und in ärztlicher Betreuung zu bleiben. Nach unterschiedlichen medikamentösen und physiotherapeutischen Behandlungen verwehrt ihm seine Krankenkasse weitere kostenintensive Therapien und Herr Hansen *„musste [...] einfach damit lernen umzugehen“* (Hansen, ZN 812f.). Seine Anpassung

des Alltags an seine Beschwerden äußert sich insbesondere in der Vermeidung von Dauerbelastungen, die mehrtägige Regenerierungsphasen mit sich bringen würden.

Das Testen der Grenzen seiner Belastungsfähigkeit wird in seinem Leben zu einem Lernprozess, den er in Eigenregie auch während der beruflichen Rehabilitation fokussiert und der bis heute andauert. Sein erklärtes Ziel ist es, sich wieder ohne Einschränkungen im Alltag bewegen zu können. Vor allem ist ihm wichtig, nicht als eingeschränkte Person wahrgenommen zu werden. Eine Sonderbehandlung und den daraus resultierenden Rechtfertigungsbedarf sowie dem daran gebundenen Stigmatisierungspotential versucht er auszuweichen: *„Nur weil ik irgendwat nich anheben kann. Das würde nischt gegen die Freundschaft tun, aber ehm (.) ja, man muss natürlich auch den Spott ein bisschen über sich ergehen lassen dann“ (Hansen, ZN 901ff.).*

In Summe sieht er sich durch seine Rückenbeschwerden wenig eingeschränkt und fühlt sich nur in akuten Situationen krank. Die eigenen Beschwerden relativiert er für sich im Abgleich zu anderen Erkrankten und setzt damit seine Belastung bzw. Einschränkung herab. Vieles deutet darauf hin, dass Herr Hansen seine Krankheit als einen einschränkenden, aber nicht dominanten Teil seines Lebens akzeptiert hat und er *„einfach nur aufpassen [muss] und dann kann [er] ganz normal leben, wie jeder andere auch“ (Hansen, ZN 906f.).*

Zusammenfassung

Herr Hansen demonstriert eine häufig anzutreffende strategische Nutzung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. Nach einer biografisch sehr zeitigen Erfahrung des sozialen Abstiegs gelingt Herrn Hansen in Eigenregie der Aufbau eines neuen Lebens. Mit hoher Zielorientierung und Selbstwirksamkeitserwartung absolviert er vielfältige Etappen, die ihn immer weiter voranbringen. Eine entscheidende Phase der (Re-)Normalisierung des Lebens ist die berufliche Rehabilitation, um die er sich sehr bemüht. Während der Maßnahme ist er sehr eifrig, achtet aber ebenso auf seine krankheitsbedingten Einschränkungen und lernt mit diesen umzugehen. Trotzdem er die Reha-Maßnahme als Schonraum betrachtet, verfällt er nach erfolgreichem Abschluss nur kurzweilig in Unsicherheit.

Herr Hansen weist vielerlei positive Aspekte für den RTW auf. Seine Umschulungsberufswahl verläuft selbstbestimmt, er kann seine Zielorientierung in den RTW überführen, seine Krankheitsbewältigung und sein Umgang mit der Krankheit wirken positiv, er hat sich ein

hilfreiches soziales Netzwerk aufgebaut, er erfährt Unterstützung in seiner Familie. Dennoch hat er bis zum Zeitpunkt des Interviews noch keine sozialversicherungspflichtige Arbeit aufgenommen. Die einzig noch bleibende Erklärung ist die schlechte Lage auf dem Arbeitsmarkt in Kombination mit der Fixierung auf seine Heimatregion und den erlernten Beruf. In der Zeit des Interviews scheint Herrn Hansen aber der Einstieg zu gelingen. Aufgrund der vielen positiven Faktoren ist von einem verspäteten aber erfolgreichen RTW auszugehen.

6.5.5. Umschulung mit umfassender Begleitung

6.5.5.1. Allgemeine Clusterbeschreibung

Diese ehemaligen Rehabilitanden sind *nicht* in Arbeit und sehen für sich auch nur wenige Chancen, einen passenden Arbeitsplatz zu finden, was auch partiell auf ihren Erfahrungen mit kurzweiligen Anstellungen nach der Umschulung beruht, in denen sie sehr mit der Vereinbarkeit von Arbeit und Krankheit zu kämpfen haben. Sie suchen ausschließlich in ihrem Umschulungsberuf, zeigen wenig Eigeninitiative, bewerben sich recht ziellos und weisen einen Trend zum Einrichten in Arbeitslosigkeit auf. Sie hoffen und sind auch angewiesen, auf direkte Vermittlung an einen Arbeitsplatz; auf ein informelles soziales Netzwerk können sie nicht zurückgreifen. Dabei ist es ihnen nicht wichtig, aus welcher Richtung sie Unterstützung erfahren, ob von der DRV, dem Jobcenter oder dem BFW. Ohnehin haben sie kein Wissen über die Zuständigkeiten oder ihre Ansprechpartner. Ihnen ist lediglich bewusst, dass sie es aus eigener Kraft nicht schaffen, wieder in Arbeit zu kommen. Grund dafür ist, dass sie den RTW *als abschließenden Teil der beruflichen Reha* sehen. Sie haben das Gefühl, abrupt und unzureichend vorbereitet aus einem Schonraum zu fallen, wodurch sie in eine soziale Isolation ohne gewohnte und vorgegebene Alltagsstruktur stürzen.

Eine neue Alltagsstruktur aus eigener Kraft zu etablieren, fällt ihnen sehr schwer, was im engen Zusammenhang mit der noch sehr dominanten chronischen Krankheit steht. Diese ehemaligen Rehabilitanden sind sehr vulnerabel; ihr Leben ist von einem fortlaufenden Kreisen um die Krankheit bestimmt, indem sie ihren Alltag versuchen, darauf abzustimmen, dass eine Rückkehr akuter Zustände möglichst vermieden wird, da sie davor sehr große Angst haben. Weiterhin kennen sie ihre krankheitsbedingten Grenzen der Leistungsfähigkeit nicht. Während der Reha haben sie diese zu keiner Zeit getestet oder gar versucht zu erweitern.

Die Umschulung selbst sehen sie als fremdinitiierte Vorgabe, um (aus ihrer Perspektive in einem geordneten und durch Professionelle vorstrukturierten Weg) wieder in Arbeit zu kommen und darüber ein normales Leben führen zu können. Innerhalb der Maßnahme entwickeln sie keine Zweckorientierung; allein die Teilnahme liegt ihrer Meinung nach in ihrer Aufgabe. Stattdessen konzentrieren sie sich auf freizeitleiche Aktivitäten und identifizieren sich stark mit Subgemeinschaften; Leidensgefährten sehen sie als Grundvoraussetzung des erfolgreichen Absolvierens der Umschulung und der Identifikation mit der Maßnahme sowie dem dort zu erlernenden Beruf. Die Umschulung wird so zu einem Selbsterfahrungsraum, in dem sie das Gefühl von sozialer Integration verspüren und sich dadurch sehr wohlfühlen.

Die Ursache für einen misslingenden RTW liegt in ihrer fortwährenden Passivität. Von der Entscheidung für die Umschulung über die Berufswahl, der Inanspruchnahme von medizinisch-psychologischen Unterstützungs- und weiteren Förderangeboten im BFW bis hin zur Suche nach Arbeit vertrauen diese Personen stets auf die Vorgaben der Professionellen und sie sind auch darauf angewiesen. Zu stark ist ihre Unsicherheit im Umgang mit ihrer chronischen Krankheit, die sie in der Außenpräsentation gern als unproblematisch und überwunden darstellen.

6.5.5.2. Frau Holl

„Da wurde mir diese Maßnahmen auch nahe gelegt“ (Holl, ZN 109f.)

Geschlecht:	weiblich
Alter:	50
Familienstatus:	allein lebend, kinderlos
Wohn- /Arbeitsort:	Großstadt
Akt. Berufsstatus:	arbeitsuchend
Berufliche Kurzvita:	Polytechnische Oberschule → Fachschule zur Krippenerzieherin → Berufstätigkeit → strukturbedingter Anpassungslehrgang zur Erzieherin → Berufstätigkeit → krankheitsbedingtes Ausscheiden → erfolgreiche Umschulung → arbeitssuchend
Berufsabschlüsse der Eltern:	Vater: Hauptschule/Volksschule → Berufsausbildung Mutter: Hauptschule/Volksschule → Berufsausbildung
Art der Krankheit:	Depression & Burnout

Umschulungsberuf:	Bürokauffrau
zugewiesen durch:	DRV
Träger:	Freier Träger

Zur Interviewsituation

Frau Holl kommt noch vor der verabredeten Zeit in die Räumlichkeiten der Forschergruppe; Tee und Kaffee sind vorbereitet. Sie macht einen sehr freundlichen und offenen Eindruck, wirkt entspannt und ruhig. Nach der Begrüßung und ein paar auflockernden Sätzen wird sie darüber aufgeklärt, dass ihre Daten streng vertraulich und nur zu Studienzwecken verwendet werden, woraufhin Frau Holl ihre Einwilligung für die Aufzeichnung des Interviews erteilt. Von Beginn an antwortet Frau Holl bedächtig, überlegt und gut formuliert. Dabei lässt sie sich Zeit und teilt dann ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu den Fragen sehr präzise mit. Wenn sie eine Frage nicht direkt versteht, fragt sie nach und antwortet während des gesamten Interviews sachlich und wenig emotional, was sowohl in der Stimmlage als auch in ihrer Mimik und Gestik niederschlägt. Mitunter wirkt sie abgeklärt und kühl. Sobald sich der Themenschwerpunkt in Richtung der konkreten Erkrankung verlagert, ist eine deutliche Veränderung zu beobachten. Frau Holl wirkt dann plötzlich angespannt, sieht nervös zur Decke oder in die Zimmerecken, sie verschränkt Arme und Beine und beantwortet entsprechende Fragen nur sehr knapp. Aufgrund des unübersehbaren Unwohlseins, wurde im Gespräch darauf verzichtet, Details zu ihrer Erkrankung zu erfragen. Auffällig ist, dass Frau Holl während des gesamten Interviews keine Diagnose nennt. Bis zum Schluss wird nicht klar, um welche Krankheit es sich handelt, die sie zum Ausstieg aus dem Erzieherberuf zwingt. Am Ende des Interviews zögert Frau Holl beim Ausfüllen des Fragebogens beim Punkt „gesundheitliche Einschränkungen“. Sie fragt, ob sich die Frage auf die jetzige Situation beziehen würde, und trägt dann ein: „z.Z. keine - damals psychische Einschränkungen“. In einer abschließenden Unterhaltung, welche nicht mehr aufgezeichnet wird, spricht sie Sorgen und schwierige Situationen in der Umschulungsphase an. Dennoch betont sie, dass sie voller Hoffnung sei, bald wieder einen Arbeitsplatz zu finden.

(Berufs-)Biografischer Verlauf

Vor der Umschulung

Nach der erzählgenerierende Einstiegsfrage *„Schildern Sie mir mal bitte Ihren beruflichen Werdegang“* (Holl, ZN 1) beginnt Frau Holl sogleich, von ihrem Wunschberuf zu erzählen; bereits in ihrer Jugend ist sie, vermutlich institutionell über die DDR-Jugendorganisationen eingebunden, im Bereich der Kinderbetreuung aktiv: *„Ich habe schon gern immer mit Kindern (1) zusammengearbeitet. Als Jugendliche Kinder betreut, also als Schülerin schon ((tiefes einatmen)) und war mein Wunschberuf und das hat dann auch geklappt“* (Holl, ZN 33-36). Nach Abschluss der Polytechnischen Oberschule wechselt sie auf eine Fachschule und erlernt dort ihren gewünschten Beruf der Krippenerzieherin.

1987, mit 24 Jahren, zieht Frau Holl in eine Großstadt und bekommt dort eine Stelle als Krippenerzieherin, wofür sie sehr dankbar ist. Auch nach der wenig später erfolgenden Wiedervereinigung Deutschlands kann Frau Holl in ihrem Beruf und an ihrer Arbeitsstelle weiterarbeiten; sie muss lediglich einen *„Anpassungslehrgang [...] zur Erzieherin“* (Holl, ZN 10) absolvieren. Bis 2006 verläuft ihr berufliches und privates Leben ohne weitere von ihr berichtete Veränderungen unspektakulär. Im Jahr 2006 macht sich bei ihr eine - was nur im Fragebogen deutlich wird - *psychische* Erkrankung bemerkbar, die ihre Arbeitsfähigkeit vermutlich erheblich beeinträchtigt; über die konkrete Art der Beeinträchtigungen und über Anzeichen der Erkrankung, die sich evtl. schon früher bemerkbar gemacht haben, ist im Gespräch nichts in Erfahrung zu bringen.

Über vier Jahre hinweg begibt sich Frau Holl in verschiedene Rehabilitationsmaßnahmen, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern und weiterhin an ihrem Arbeitsplatz bleiben zu können. Für die Rückkehr nach den Reha-Maßnahmen nutzt sie auch die Möglichkeiten des Hamburger Modells. Trotz aller Bemühungen tragen diese Maßnahmen aber nicht dazu bei, dass Frau Holl dauerhaft arbeitsfähig bleibt; akute Krankheitssymptome treten immer wieder auf. Als sie *„gesundheitlich dann wirklich nicht mehr in der Lage war“* (Holl, ZN 51), ihren Wunschberuf weiter auszuüben, hätte sie sich einen anderen Tätigkeitsbereich in der gewohnten Kindertagesstätte gewünscht, doch dafür *„gab es keine Möglichkeit“* (Holl, ZN 73).

„Bin dann mit dem Hamburger Modell wieder eingestiegen. War dann zwei Jahre arbeiten und [...] wurde dann aber wieder krank und (2) das war dann länger. Und dann gabs auch diese Kur. [...] [Ich] habe [...] allerdings auch versucht, in meinem alten Beruf [...] wieder einzusteigen und zu bleiben, was leider nicht funktioniert hat“ (Holl, ZN 399-404).

Das endgültige Ausscheiden aus ihrem Beruf wird in einem medizinischen Feststellungsverfahren besiegelt, in dem ihr die Berufsunfähigkeit als Erzieherin attestiert wird. Frau Holl verliert ihren Wunschberuf, ihre Existenzgrundlage; ihr bisheriger Lebensplan wird obsolet und sie gerät in eine Orientierungslosigkeit. Auch familiär rückt durch diese Entwicklung die Krankheit immer mehr ins Zentrum und stößt einen kollektiven Lernprozess des Umgangs mit Krankheit im Allgemeinen an: *„Das war so ein Lernprozess in der Familie“ (Holl, ZN 281f.).*

Weg in die Umschulung

Frau Holl fällt es schwer, neue berufliche Perspektiven zu entwickeln und sie kann ihr Leben nicht mehr aktiv gestalten. Um dieser Situation zu entkommen, benötigt sie professionelle Unterstützung. Ein Berater der DRV eröffnet ihr eine neue Perspektive, die sie über eine Umschulung zurück auf den allgemeinen Arbeitsmarkt führen soll: *„Da wurde mir diese Maßnahmen auch nahe gelegt“ (Holl, ZN 109f.).* Frau Holl akzeptiert die ihr gebotene Chance, begibt sich in die Hände der Professionellen und bewegt sich bis zum Ende der Umschulung in vorgegebenen Bahnen. Rückblickend ist Frau Holl sehr dankbar für die ihr gewährte Unterstützung. Aus eigener Kraft wäre ihr eine berufliche Neuorientierung nicht gelungen. Nur mit der intensiven Unterstützung konnte sie aus ihrer krankheitsbedingten Berufskrise hinausgelangen und sich neue Perspektive eröffnen.

Frau Holl empfindet die Unterstützung der Professionellen auch als Erwählungsprozess. Die Hinführung zur und die Genehmigung der Umschulung wirkt auf sie bestärkend: Die Fachkräfte setzen viel Vertrauen in Frau Holl und vermitteln ihr das Gefühl, dass sie die Umschulung meistern und der Wiedereinstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt gelingen wird.

Nach dem Feststellungsverfahren nimmt Frau Holl an einer sechswöchigen Arbeitserprobungsmaßnahme teil, in der sich ihre Aktivitäten vornehmlich auf die Anwesenheit konzentrieren: *„Das hab ich 6 Wochen besucht“ (Holl, ZN 91f.).* Der anschließende RVL *„da wurde mir dann auch [...] vermittelt“ (Holl, ZN 99f.)* und auch auf die Wahl des Platzes in der beruflichen Reha hatte sie wenig Einfluss: *„Da muss einer ja einen anmelden“ (Holl, ZN 111).* Die Zitate zeigen, wie sehr Frau Holl auf die Steuerung des Prozesses durch Professionelle angewiesen ist. Gefördert wird ihr Vertrauen durch die stetige medizinische Begleitung: *„Hatten wir immer medizinische Betreuung bzw. auch Beratung (2) die einen zur Seite standen“ (Holl, ZN 113f.).*

In der Umschulung

Zu Beginn erlebt Frau Holl die Umschulung als eine große Herausforderung. Sie muss sich „fremden Arbeitsweisen“ (Holl, ZN 138) anpassen, in neue Gemeinschaften integrieren und den theoretischen Wissenserwerb reaktivieren. Sie ist „schon über 30 Jahre raus aus diesem Lernprozess“ (Holl, ZN 119) und findet es schwierig, „selbst diesen Lernprozess wieder zu begreifen“ (Holl, ZN 124). Nach einer Eingewöhnungszeit gelingt es ihr jedoch, die Aufgaben zu meistern; darüber hinaus kann sie ihre berufliche Erfahrung einbringen. Sie gewinnt dadurch an Selbstvertrauen und wird in ihrem Durchhaltevermögen bestärkt. Unterstützung findet sie bei den Fachkräften der Bildungseinrichtung, in ihrer Familie und insbesondere in der Gemeinschaft der Umschülerinnen. Sie sieht sich in einer Gruppe von „Leidensgefährtinnen“ (Holl, ZN 210), die sie neuen Mut schöpfen lassen. Die wechselseitige Unterstützung und der kollektive Rückhalt helfen ihr beim Zurechtkommen in der für sie neuen Situation und bei der Identifikation mit dem neuen Berufsfeld.

Ferner konnte sie in der Umschulung wieder an Handlungssicherheit gewinnen, wodurch sie über den „Tellerrand hinaus“ (Holl, ZN 167) blicken kann und neues Selbstbewusstsein findet. Mit dem formalen Berufsabschluss hat Frau Holl eine neue Chance zur Wiedergewinnung ihrer Erwerbsfähigkeit erhalten und eine Perspektive für ein unabhängiges Leben gewonnen.

Nach der Umschulung

Aus der Umschulung geht Frau Holl gestärkt heraus. Der erfolgreiche Abschluss zeigt ihr, dass eine Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mit ihrer Krankheit vereinbar ist. Einen Arbeitsplatz im Umschulungsberuf findet sie, trotz ihrer Offenheit gegenüber den Branchen und Tätigkeitsfeldern, bis zum Zeitpunkt des Interviews nicht. Frau Holl macht dafür ihr fortgeschrittenes Alter und die fehlende Berufserfahrung als Bürokauffrau verantwortlich. Ihren Fokus auf den erlernten Beruf sieht sie nicht als Hürde.

Der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt wird für sie zum „Sorgenkind“ (ZN 304). Ihre eigenen Bemühungen um eine neue Arbeitsstelle hatten bislang, ihrer eigenen Einschätzung nach wegen der hohen Erwartungen der Arbeitgeber, nicht zum Erfolg geführt. Daher fühlt sie sich bei der Rückkehr auf den Arbeitsmarkt isoliert und wünscht sich bzw. erwartet mehr Unterstützung bei der Stellensuche: „Da: wünschte ich mir manchmal ein bisschen mehr Unterstützung noch, (3) von wem auch immer jaha. (lacht) Vielleicht auch von dem Rententräger“ (Holl, ZN

430ff.). Allein die formale Qualifikation oder eine finanzielle Förderung der Reintegration reichen ihrer Meinung nach für einen gelingenden RTW nicht aus.

Für die Zukunft ist ihr zentraler Wunsch, gesund zu bleiben. Nur wenn sie gesund ist, fühlt sie sich nicht gehemmt und nur dann stehen ihr, so ihre Einschätzung, viele Wege offen. Nur wenn schwere und lange Erkrankungen in Zukunft ausbleiben, „*hat man alle Möglichkeiten der Welt. [...] Wie man das dann nutzt, ist eine andere Sache*“ (Holl, ZN 247ff.). Neben der Gesundheit besitzt die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit für Frau Holl einen hohen Stellenwert. Dabei formuliert Frau Holl nur geringe Ansprüche an die Berufstätigkeit selbst: „*Es muss jetzt nicht mehr rund um die Uhr sein, oder kann auch ein sechs Stunden Job sein, aber dass man doch im Berufsleben ist*“ (Holl, ZN 344f.). Wichtig ist es ihr aber auch, einen Arbeitsplatz zu finden, der mit ihrer Krankheit vereinbar ist. Wie dieser Aspekt zu gewährleisten ist, weiß sie nicht, da sie im Umgang mit ihrer Krankheit sehr unsicher wirkt und sie diese eher verdrängt als ihr aktiv entgegenzuwirken. Für sie steht fest, dass ein „*Neuanfang*“ (Holl, ZN 326) – den sie nicht ohne Unterstützung, Betreuung und Förderung bewerkstelligen werden kann – erst mit der Aufnahme der Berufstätigkeit in Vereinbarkeit mit ihrer Krankheit erreicht ist.

Soziale Einbindung und Unterstützung

Besonders unterstützt fühlt sich Frau Holl in ihrer Familie: „*Das kann ich schon sagen, meine Familie hat mich da besonders unterstützt*“ (Holl, ZN 289f.). Das in der Familie vorgefundene Verständnis und die erbrachte Unterstützungsleistung offenbaren sich in mehreren Aspekten. Frau Holl fühlt sich in der Familie durch ihre Erkrankung nicht allein gelassen, da das Thema Krankheit aufgrund „*diverser Erkrankungen in der Familie*“ (Holl, ZN 271) ohnehin in den familiären Mittelpunkt gerückt ist. Der empfundene Rückhalt in der Familie verstärkt sich zudem in den krankheitsbezogenen Diskursen: „*Das ist ein Lernprozess, der sich bei uns entwickelt hat in der Familie*“ (Holl, ZN 278ff.). Dieser Akt der kommunikativen Herstellung von Normalität über die Integration der Krankheit in den familiären Alltag verschafft einerseits Verständnis und andererseits Handlungsspielräume: „*Dass man dann natürlich aufgefangen wurde. [...] Und andere Sachen wurden dann abgenommen, [...] um die man sich dann einfach nicht kümmern brauchte*“ (Holl, ZN 290-293).

Die unterstützenden Familienmitglieder werden von ihr nicht genau benannt. Sie spricht lediglich von der Familie im Allgemeinen und konzentriert sich auf die kollektiven Phänomene. Im Fragebogen wird deutlich, dass sie alleinstehend und kinderlos ist. Im Kontrast zu anderen

Rehabilitanden kann Frau Holl nicht auf direkte und alltägliche Unterstützung im Haushalt zurückgreifen. Den aus der Familie stammenden Rückhalt bei der Krankheitsbewältigung bezieht sie somit eher über das Verständnis der weiteren Familienmitglieder für ihre Situation als über unmittelbare Unterstützung im alltäglichen Leben.

Ähnlich verhält es sich auch am Arbeitsplatz. Sowohl bei der Ausübung ihres Wunschberufs als auch in der Umschulung ist ihr die Gemeinschaft sehr wichtig. Die Kollektivität am Arbeitsplatz ist ein Zeichen von Normalität, stellt einen Schonraum für sie dar, der über das wechselseitige Verständnis symbolisiert wird: *„Na die waren auch traurig und [...] überrascht und waren aber sehr verständnisvoll und haben [...] mir eigentlich Mut zugesprochen“ (Holl, ZN 64-67)*. In der Zeit der Umschulung bestärkt sie der Rückhalt und sie entwickelt allmählich Spaß am Erlernen des neuen Berufs. *„Also Kraft gegeben hat mir unsere Gemeinschaft“ (Holl, ZN 203)*. Neben der Gruppe der *„Leidensgefährten“ (Holl, ZN 210)* fördert ebenso das Lehrpersonal ihr Durchhaltevermögen, auch wenn sich die Aktivitäten des Personals eher auf die Wissensvermittlung konzentrieren. Allein das Verständnis für ihre Situation gibt ihr Kraft und Struktur: *„Die Lehrer haben uns da bestärkt im Prinzip. [...] Da gabs eigentlich große Unterstützung und dass [hat] einen dann Rückhalt und Kraft gegeben, dass man da eigentlich immer Ansprechpartner hatte bzw. sich da auch Hilfe holen konnte“ (Holl, ZN 215-219)*.

Subjektive Bedeutung von Erwerbsarbeit

Frau Holl misst der Erwerbsarbeit sowohl einen individuellen als auch einen gesellschaftlichen Wert bei. Die Erwerbsarbeit verleiht ihr zum einen Anerkennung, stärkt darüber ihr Selbstbewusstsein, gibt ihr ein Zugehörigkeitsgefühl, sowohl zur Gesellschaft als auch zum Kollegenkreis am Arbeitsplatz, strukturiert ihren Alltag und ermöglicht eine selbständige und unabhängige Lebensführung. Zum anderen positioniert sie sich darüber in der Gesellschaft und fühlt sich als wichtiges Mitglied.

„Na das find ich schon ganz wichtig, weil man dann das Gefühl hat, gebraucht zu werden. [...] Man braucht Struktur, man braucht das erstens natürlich auch um Gehalt zu erhalten, man muss ja seinen Lebensunterhalt verdienen. Aber zweitens eben auch, um sich selber zu stärken und das eigene Selbstbewusstsein zu stärken, das finde ich wichtig. Um sich einzubringen, egal jetzt wo. Also das ist, (2) hat ne große Bedeutung für mich, dass man da einfach (2) irgendwas ableistet, was anerkannt- anerkannt wird bzw. man sich selber bestätigt fühlt. Das find ich einfach ganz wichtig, dass man die Möglichkeit hat bzw. ja dass man da aktiv mitarbeiten kann. Also ich finde, das braucht man so als Mensch.

((lacht)) Das braucht man so als Bestätigung bzw. als so ein Lebensgefühl. Das gehört mit dazu“ (Holl, ZN 185-196).

Für sie ist Erwerbsarbeit nicht nur ein stabilisierender Faktor der eigenen Biografie sondern auch ein Lebensstil, der für Normalität steht und einen Kontrast zur Arbeitslosigkeit herstellt. Die Partizipation an Gesellschaft über Erwerbsarbeit ist in ihrer Weltsicht von so zentraler Bedeutung, dass sie das Bestreben nach Arbeit als einen generellen und normativen Wert betrachtet, was sich in der Man-Form ihrer Erzählung widerspiegelt.

In der Zeit der Ausübung ihres Wunschberufs ist ihr der Stellenwert der Erwerbsarbeit im Leben nicht bewusst. Dies beruht auf der evidenten Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Wunschberuf: *„Das hatte eigentlich einen hohen Stellenwert, weil das mein Wunschberuf war, weil ich das gerne getan habe“ (Holl, ZN 41f.).* Erst die eingetretene Arbeitslosigkeit rückt die Bedeutung der Erwerbsarbeit unabhängig vom Beruf in ihr Bewusstsein. Durch den Verlust des Wunschberufs stellt sie kaum Ansprüche an das Berufsfeld der Reintegration in den Arbeitsmarkt: *„Ach da bin ich eigentlich recht aufgeschlossen. [Ich] hab ich jetzt kein Traumberuf und auch keine Richtung, auf die ich mich da festgelegt habe“ (Holl, ZN 324f.).* Lediglich einen Arbeitsplatz im Umschulungsberuf zu finden, ist für sie von Bedeutung, um darüber wieder das Gefühl zu bekommen, gebraucht zu werden und ihre Krankheit überwunden zu haben.

Krankheit und Gesundheit

Krankheit bedeutet für Frau Holl in ihrem Leben eingeschränkt zu sein. Sie assoziiert damit ein *„niedriges Lebensniveau“ (Holl, ZN 236f.),* das vor allem über den Kontrast zur Gesundheit hergeleitet wird: *„Es ist alles äh vieles eingeschränkt. Gesund ist für mich ja, (1) also das bedeutet für mich, dass ich wirklich nach allen Seiten offen bin und äh (2) nicht eingeschränkt bin“ (Holl, ZN 237ff.).* Die durch die Krankheit erzeugte Krise und die dadurch ausgelöste Orientierungs- und Handlungsunsicherheit empfindet sie als Hemmnis in ihrer Lebensführung und -planung. Die Einschränkungen offenbaren sich insbesondere im Alltag. Sie kann nicht abschätzen, welche Situationen einen erneuten Ausbruch zur Folge haben können, da sie *„Rücksicht nehmen muss äh sozusagen auf irgendwas was mich jetzt behindern würde“ (Holl, ZN 240f.).*

Frau Holl erlebt die Erkrankung als lebensveränderndes Ereignis und Bedrohung. Ihr Ausbruch durchkreuzt die vorangegangene biografische und berufliche Kontinuität und stellt die Selbstverständlichkeiten ihrer Entwicklung in Frage: *„Dann wurde ich krank und über einen längeren*

Zeitraum krank und (2) konnte dann halt als Erzieherin=nicht=mehr=arbeiten“ (Holl, ZN 12ff.).

Die Krankheit wird zu einem fremden Prozess, der in Form von äußeren Ereigniskaskaden über sie hereinbricht. Frau Holl muss sich nun der Herausforderung stellen, sich auf die neue Situation einzustellen, die Misserfolge, der Versuche über medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und das Hamburger Modell wieder an den alten Arbeitsplatz zurückzukehren, verarbeiten sowie mit der Krankheit beruflich und familiär umzugehen lernen.

Allein kann sie diese Herausforderung nicht meistern. Außerberuflich gelingt ihr die Integration der Krankheit in den Alltag über den Rückhalt in der Familie und die gemeinsamen Lernprozesse, die ihr Freiräume verschaffen: *„Dass man da jetzt sich dann nur auf sich konzentrieren konnte“ (Holl, ZN 291f.).*

Um ihren Gesundheitszustand zu stabilisieren und einen Rückfall zu verhindern, ändert Frau Holl ihre Lebensführung. Neben neuen Aktivitäten und veränderten Prioritäten, wie der Pflege von Freundschaften und der Intensivierung von Kontakten zur Familie, versucht sie insbesondere, Stresssituationen aus dem Weg zu gehen, da diese negative Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand haben könnten.

„Ich mache Sport, das ist klar, pflege meine Freundschaften und Familie. [Ich] hab meine Lebensführung ein bisschen geändert, [...] gönne mir regelmäßig meine Auszeiten versuche halt Stress zu unterbinden oder bzw. versuche so damit umzugehen, dass es einen dann nicht so aus der Bahn wirft“ (Holl, ZN 254-260).

Auffällig ist, dass Frau Holl zu keiner Stelle des Interviews die Diagnose ihrer Erkrankung nennt. Erst im Fragebogen, bei dem persönliche Daten und Einschätzungen erfragt werden, erscheint der Hinweis auf Depressionen und Burn-Out und darauf, dass sie während der Umschulung in psychotherapeutischer Behandlung ist.

Frau Holl distanziert sich von ihrer Erkrankung sprachlich, so spricht sie von „der Erkrankung“ und nicht von „ihrer Erkrankung.“ So erzählt sie auch nur kurz und knapp, begleitet von langen Pausen und weiteren parasprachlichen Auffälligkeiten, von dem krankheitsbedingten Ausscheiden aus ihrem Wunschberuf. Über die Distanz gelingt es ihr, wenn auch offensichtlich nur mit Mühe, die daran gebundenen Emotionen zu unterdrücken. Es entsteht der Eindruck, als könne sie, trotz Beteuerungen, dass sie sich mit der Krankheit ausreichend auseinandergesetzt und damit umzugehen gelernt hat, nicht zu der konkreten Krankheit stehen. Der Erkan-

kung während des gesamten Interviews keinen Namen zu geben, erscheint nicht zufällig. Unter einer psychischen Einschränkung gelitten zu haben und auch noch zu leiden, ist für Frau Holl offensichtlich unangenehm und schambesetzt.

Zusammenfassung

An Frau Holl zeigt sich, wie schwierig es selbst in einer relativ strukturstarken Regionen sein kann, nach einer Umschulung wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Sie selbst sieht dafür ihr fortgeschrittenes Alter, ihre fehlende Berufserfahrung und die hohen Ansprüche der möglichen Arbeitgeber als Ursache. Daher wünscht sie sich eine bessere und direkte Unterstützung bei der Rückkehr in Arbeit. Ohne eine weiterführende Begleitung nach der beruflichen Rehabilitation fühlt sie sich isoliert und ist unsicher, wie ihr ein erfolgreicher RTW im Einklang mit ihrer Krankheit gelingen soll.

Ohnehin ist sie im Umgang mit ihren psychischen Beschwerden auch nach den medizinischen und beruflichen Reha-Maßnahmen sehr unsicher. Im Interview versucht sie, den Eindruck zu erwecken, die Krankheit, gefördert durch einen kollektiven Lernprozess in ihrer Familie, überwunden zu haben. Auffällig ist ebenso ihre fortwährende Distanzierung von und fehlende Benennung der Krankheit. In Anbetracht ihrer Unsicherheit des Umgangs wird klar, dass sie die Krankheit noch immer nicht in ihr Selbstbild aufgenommen hat und sie diese eher verleugnet, anstatt sie offensiv zu bearbeiten. Fördernd wirkt auch ihr Befolgen der Vorgaben von Professionellen im Reha-Prozess. Sie setzt sich weder aktiv mit der beruflichen Neuorientierung noch mit der Krankheitsbewältigung auseinander. Stattdessen erfährt Frau Holl die Reha-Maßnahmen als einen Schonraum der Selbsterfahrung, in dem sie sich sehr wohl fühlt und die soziale Einbindung genießt. Darüber versäumt sie es aber die Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung und zur beruflichen Neuausrichtung zweckorientiert zu nutzen. Dadurch bleibt ein Veränderungsimpuls in den Maßnahmen und eine biografische Neuausrichtung aus und die Krankheit ist auch nach der Umschulung ein zentraler Hinderungsgrund der Wiederaufnahme einer Arbeit sowie der Renormalisierung ihres Alltags. Dementsprechend ist es auch nachvollziehbar, dass sie ihre Rückkehr in Arbeit zum „Sorgenkind“ erklärt, da sie den „Neustart“ ins Leben (und damit auch das Überwinden der durch die Krankheit bedingten negativen Lebensperiode) an die Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit bindet.

6.5.6. Umschulung als „letzte Chance“

6.5.6.1. Allgemeine Clusterbeschreibung

Diese Rehabilitanden sind ebenfalls nicht in Arbeit, haben aber ein sehr hohes Bestreben, in Arbeit zu kommen. Für sie existiert Normalität und Stabilität im Leben nur über Erwerbstätigkeit; in der Arbeitslosigkeit fühlen sie sich als marginales und nutzloses Mitglied der Gesellschaft. Durch den misslingenden RTW sind sie sehr unzufrieden mit ihrer Lebenssituation, sie beginnen, sich schambesetzt zurückzuziehen und in der Arbeitslosigkeit einzurichten bzw. stellen einen EM-Rentenanspruch. Auf dem Arbeitsmarkt ohne Unterstützung Fuß zu fassen ist für sie aussichtslos, da ihre Eigeninitiative aufgrund der starken Präsenz der Krankheit sehr eingeschränkt ist. Diese Rehabilitanden sind stark vulnerabel, kreisen fortlaufend um ihre Krankheit und kennen ihre Leistungsgrenzen nicht. Hinzu kommt, dass sie stets mit akuten Rückfällen zu kämpfen haben, die teilweise den Krankheitsverlauf zuspitzen und eine Rückkehr in Arbeit unwahrscheinlicher werden lassen. Damit ein RTW gelingen kann, bedürfen sie besonders qualifizierter Unterstützer, die auf die Rückkehr in Arbeit mit starken Krankheitsbeschwerden spezialisiert sind.

Die Motivation für die berufliche Reha-Maßnahme ist die Stabilisierung ihres Lebens nach vorherigem sozialen Abstieg bzw. einem Leben in (häufig suchtbedingt) ungeordneten Verhältnissen. Ihren Umschulungsberuf haben sie sich selbst ausgesucht, sie identifizieren sich mit diesem während der Maßnahme, sind hoch motiviert, strebsam und setzen alles daran, den Facharbeitertitel zu erwerben. Sie investieren jedoch derart viel Initiative und Engagement in ihre Ausbildung, dass sich ein Zustand der stressbedingten Überforderung einstellt, der zu einem akuten Rückfall der chronischen Erkrankung und zu langwierigen, die Maßnahme unterbrechenden, Krankheitsphasen führt. Durch ihre Zielstrebigkeit bezüglich des zu erwerbenden Abschlusses steigt der innere Druck noch weiter, was wiederum den Gesundheitszustand in einem spiralförmigen Prozess verschlechtert und die Teilnahme an der regulären Abschlussprüfung verhindert. Nur sehr selten sind diese ehemaligen Rehabilitanden nicht vollends resigniert und holen die Prüfung erfolgreich nach.

Ursächlich für den misslingenden RTW sind bei diesen Personen der starke Fokus auf den Erwerb des Facharbeitertitels und die noch nicht unter Kontrolle gebrachte chronische Krankheit. Die Umschulung ist folglich als übereilte Ausbildung zur Rückkehr in und Herstellung von

Normalität über Arbeit zu sehen. Selbst wenn Personen des Clusters im Anschluss der Umschulung in ihrer Krankheitsbewältigung große Fortschritte machen, sind sie bei der Suche nach Arbeit durch den fehlenden Abschluss recht chancenlos.

Dennoch sehen diese ehemaligen Teilnehmer die Umschulung als positive Bereicherung. Für sie ist es sowohl ein sozialer Selbsterfahrungsraum als auch ein positiver Qualifikationseffekt. Sie haben in der Umschulung wieder Kollektivität und einen strukturierten Alltag erleben können, sich mit einem neuen Berufsbild identifiziert und diesbezüglich Kompetenzen und Wissen erworben.

6.5.6.2. Herr Weber

„Wenn's nach mir ginge würde ich mein altes Leben wieder haben“ (Weber, ZN 889f.)

Geschlecht:	männlich
Alter:	51
Familienstatus:	Verheiratet, Kinder leben nicht mehr im Haushalt
Wohn- /Arbeitsort:	Kleinstadt in strukturschwacher Region
Berufsstatus:	arbeitsuchend
Berufliche Kurzvita:	Berufsausbildung zum Elektriker → ziviler Angestellter der NVA als Elektriker → Kündigung zur Wende → arbeitsuchend → Anstellung als Elektriker → ABM → Anstellung als Elektriker → LKW-Fahrer → Hausmeister → abgebrochene Umschulung → arbeitsuchend → Antrag auf EM-Rente
Berufsabschlüsse der Eltern:	Vater: Schulabschluss unbekannt → Berufsausbildung Mutter: Schulabschluss unbekannt → Berufsausbildung
Art der Krankheit:	Bluthochdruck, Knie-, Hüft- und Rückenschmerzen, Arthrose, Depression, Suchterkrankung
Umschulungsberuf:	IT-Systemelektroniker
zugewiesen durch:	DRV
Träger:	BFW

Zur Interviewsituation

Die Wahl für ein Interview fällt auf Herrn Weber, weil er eine der wenigen Personen unseres Samples ist, die im t_1 angeben, ihre Umschulung nicht erfolgreich abgeschlossen zu haben. Während des ersten Telefonats antwortet er zunächst ablehnend auf die Interviewanfrage. Erst der Verweis darauf, dass auch Werdegänge wie seiner für das Forschungsprojekt interessant sind, überzeugt ihn, für ein Interview bereit zu stehen.

Das Interview mit Herrn Weber findet in seiner engen Wohnung in einem sanierten Plattenbau am Rande einer ländlich gelegenen Kleinstadt statt. Die Wohnung befindet sich im 2. Obergeschoss und das Wohnhaus verfügt über keinen Fahrstuhl, was in Anbetracht seiner Erkrankungen starke Einschränkungen im Alltag mit sich bringen dürfte. Seine Wohnung ist sehr sauber und zweckmäßig eingerichtet. Auffällig sind die vielfältigen Pflanzen und Dekorationen sowie die zahlreichen neuwertig wirkenden Technikgegenstände.

Nach einer kurzen Erläuterung des Zwecks des Interviews, der Zusicherung der Anonymität und dem Einholen seiner Zustimmung für die Audioaufzeichnung beginnt das 66minütige Interview, in dem Herr Weber sehr auf seine Aufgabe konzentriert wirkt. Im gesamten Interview redet Herr Weber sehr langsam, benötigt viele lange Pausen und wirkt mitunter benommen. Dadurch werden Herr Webers Ausführungen anfangs vom Interviewer zu früh unterbrochen und es gehen teilweise wichtige Informationen verloren. Im Laufe des Interviews ändert sich dies und Herr Weber schöpft auch Vertrauen zum Interviewer. Ihm fällt es ohnehin schwer, fremden Personen von seinem Leben und insbesondere von den schmerzhaften Ereignissen zu berichten. Im Kontrast dazu geht er sehr offen mit umschulungsspezifischen und medizinischen Themen um und dokumentiert anhand von Unterlagen seine Aussagen.

Der Aufzeichnung des Interviews folgt ein ausführliches Nachgespräch, indem Herr Weber in interessante Bewertungen zu Umschulung und Personal wiedergibt. Seine Ausführungen sind jedoch nicht so ausführlich, dass eine weitere Aufzeichnung sinnvoll wäre.

(Berufs-)Biografischer Verlauf

Vor der Umschulung

In den 80er Jahren absolviert Herr Weber eine Ausbildung zum Elektriker und arbeitet anschließend als ziviler Angestellter bei der NVA. Seine Neugier auf den westlichen Teil Deutschlands und sein Bestreben dort zu arbeiten, veranlassen ihn noch während der Grenzöffnung, aber noch vor der Wiedervereinigung, seinen Arbeitsplatz aufzugeben: „*Die andren durften ja*

alle in Westen fahrn, (.) wir durften ja damals noch nicht“ (Weber, ZN 347f.). Sein Plan, nach Schleswig-Holstein umzuziehen, setzt er aber nicht um, da seine Ehefrau dies aufgrund seines hohen Alkoholkonsums ablehnt: *„Meine Frau die wollte das auch damals gar nicht, weil ich ebend auch n bisschen (1) oder nee ich hab eigentlich zu viel getrunken“ (Weber, ZN 351f.).*

Nach einigen Jahren der Arbeitslosigkeit, unterbrochen von ABM-Maßnahmen, findet Herr Weber wieder einen Arbeitsplatz als Elektriker in seiner Heimatregion. Zunächst fühlt er sich in der neuen Firma recht wohl, doch zunehmend verschlechtert sich die Auftragslage und es kommt zu betriebsbedingten Entlassungen. Die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes versetzt ihn in Stress, dies wird von steigendem Alkoholkonsum und dem Missachten erster Rücken- und Hüftbeschwerden begleitet: *„Das war schon immer allerhand Arbeit gewesen. (.) Also auch der Druck dazu ne. (.) Der Chef hat denn gesacht: „Na wenn ihr nicht wollt, draußn stehen genuch““ (Weber, ZN 384ff.).*

1996 ergreift Herr Weber die Initiative zur Veränderung seiner Lebenssituation. Unterstützt von seiner Ehefrau geht er in eine Suchtberatung. Der als gemeinsamer neuer Anfang geplante Wendepunkt missglückt jedoch. Es gelingt zwar Herrn Weber, abstinent zu bleiben, doch reicht seine Ehefrau die Scheidung zugunsten einer Partnerschaft mit seinem Therapeuten ein: *„Der größte Wendepunkt war damals, ((einatmen)) als meine [...] erste Frau sich hat scheiden lassen. (.) Hat ich eigentlich vorgehabt [...] mit ihr zusamm zu machen, ((einatmen)) dass wir dann da eben zum Suchtberater gegangen sind“ (Weber, ZN 848-853).* Ausgelöst durch die Trennung und seine berufliche Unzufriedenheit sucht er nach Veränderung und Distanz. Er setzt seinen früheren Plan des Umzugs nach Schleswig-Holstein um, kehrt jedoch nach kurzer Zeit wieder zurück, da er weiterhin den regelmäßigen Kontakt zu den gemeinsamen Kindern sucht.

Zurück in seiner Heimatregion lernt er seine zweite Ehefrau kennen und findet wieder eine Anstellung als Elektriker. Für ihn ist es ein Neuanfang als trockener Alkoholiker. Die erneut aufkommende Arbeitsplatzunsicherheit, der wiederkehrende Stress am Arbeitsplatz und die zunehmenden körperlichen Beschwerden treiben ihn nach acht Jahren Abstinenz aber wieder in den Alkohol, den er als Kompensation, als Auszeit, als Flucht aus den Problemen sieht: *„Dann nachher mit den Schmerzen, dann gings danach doch wieder los. [...] Das war auch so n Stress und alles und wenn dann von der Arbeit gekomm bist, da bist du am besten wieder runtergefahrn, wenn du was getrunken hattest“ (Weber, ZN 854-859).*

Nach zwei Jahren der zunehmenden körperlichen Belastungen, die er mit Schmerzmitteln in Kombination mit Alkohol bekämpft, orientiert er sich beruflich neu. Er nimmt in der Hoffnung auf Entlastung eine Anstellung als Kraftfahrer an. Das Einkommen und auch die Arbeitsplatzsicherheit sind gut, doch die erhoffte Verringerung seiner Beschwerden tritt nicht ein. Herr Weber kommt nicht umhin, sich erneut eine Tätigkeit mit geringerer Belastung zu suchen und entscheidet sich für eine Anstellung als Hausmeister. Auch hier fühlt er sich sehr wohl und er profitiert im Arbeitsalltag von seinem Vorwissen, doch seine körperlichen Beschwerden sind bereits zu stark. Von ärztlicher Seite wird ihm dringend zu einer Hüft-OP geraten, was Herrn Weber zu einer schweren Entscheidung zwingt. Insbesondere die Ungewissheit über seine Arbeitsfähigkeit nach der OP belastet ihn psychisch sehr. Auf der Suche nach ein wenig Sicherheit beantragt Herr Weber einen Schwerbehindertenausweis, um mit diesem Status nicht so einfach kündbar zu sein: *„Denn hat ich mich nachher durchgerungen, (.) dann nachher die OP zu machen und hab ich mir erst mal ein Schwerbeschädigtenausweis besorgt, dass [er mich] erst mal nicht kündigen kann so schnell“ (Weber, ZN 261ff.).*

Weg in die Umschulung

Während der medizinischen Rehabilitation im Anschluss seiner Hüft-OP bekommt er mitgeteilt, dass eine Rückkehr in seine bis dahin ausgeübten Berufe und somit in sein vorheriges Leben versperrt ist. Ihm wird von ärztlicher Seite in der Reha-Maßnahme auch zu einer OP des zweiten Hüftgelenks geraten, doch Herr Weber präferiert aufgrund der Bedeutung von Erwerbsarbeit die berufliche Reha, zu der ihm die Sozialarbeiterin der Klinik rät.

„Hab ich denn den Antrag gleich da bei der Reha alles fertig gemacht. [...] Die Sozialarbeiterin [sagte:] „Da stelln wir den Antrag, dass Sie ne [...] Umschulung kriegen.“ (.) Wie gesagt, normalerweise hätte denn die ein Jahr später die andre Hüfte gemacht werden müssen“ (Weber, ZN 271-276).

Herr Weber beantragt mit aktiver Unterstützung der Sozialarbeiterin umgehend die berufliche Rehabilitation; aufgrund seines fortgeschrittenen Alters ist es ihm nicht möglich, noch lange zu warten, da von Jahr zu Jahr die Chancen der Bewilligung sinken. Anschließend absolviert er die Eignungstests und die Berufsfindung verläuft überaus positiv, da sie sich an seinen Interessen und seinem Vorwissen orientiert: *„Ich hatte eigentlich bloß den Test gehabt und der ging eigentlich wunderbar durch so. Ja (.) weil ich das mir gleich so ausgesucht hatte“ (Weber, ZN 309ff.).* Zufrieden und voller Hoffnung wartet Herr Weber im folgenden Jahr auf den Beginn

seiner Umschulung zum Systemelektroniker und absolviert einen RVL. Medizinische oder psychologische Therapien nimmt er in dieser Zeit nicht in Anspruch.

In der Umschulung

Die ersten eineinhalb Jahre verlaufen zu seiner vollen Zufriedenheit. Er schätzt die Dozenten sehr, wohnt im Internat und ist dort im Kreise der Rehabilitanden sozial sehr gut eingebunden. Am Sport kann er im Unterschied zu anderen Freizeitaktivitäten wegen seiner Erkrankung nicht partizipieren, doch allein seine Anwesenheit vermittelt ihm Zugehörigkeit: *„Volleyball oder so da hab ich zwar nicht mitgemacht, aber eben n bisschen zugekuckt oder so, dass man immer in der Gruppe zusammen is“* (Weber, ZN 93ff.). Alles in allem ist das BFW für Herrn Weber ein Schonraum, in dem er sich auf das Erlernen seines neuen Berufes konzentrieren kann.

Trotz der günstigen Rahmenbedingungen bedeutet die Umschulungsmaßnahme für Herrn Weber Stress und führt am Ende des dritten Semesters im Praktikum zu einem Herzinfarkt. Herr Weber wird direkt ins Krankenhaus gebracht und geht anschließend in eine medizinische Reha, die sich mit den Sommerferien überschneidet, sodass er ohne etwas zu verpassen, im Anschluss ins BFW zurückkehren kann. Diesbezüglich ist er aber etwas verunsichert; er weiß nicht, ob es nun ratsam ist, direkt wieder teilzunehmen oder ob er lieber noch länger pausieren sollte. Er findet auch keine Person, die ihn dazu beraten könnte; auch das Personal des BFW klärt ihn, seiner Meinung nach, unzureichend auf. Schlussendlich entscheidet sich Herr Weber zu einem direkten Wiedereinstieg in die Ausbildung. Ausschlaggebend dafür sind mehrere Aspekte: Erstens sieht er das BFW als passende Einrichtung für seine Situation, zweitens sieht er die Umschulung als letzte Chance für die Rückkehr in Arbeit und drittens glaubt er aufgrund seines Alters, schnellstmöglich zur Aufrechterhaltung dieser Chance zurück ins BFW kommen zu müssen.

„Ich [...] wusste jetzt so nich, wie, wies weitergeht. Kann ich die Umschulung, wenn ich sie abbrech, eigentlich noch mal [...] neu machen oder so. Und (1) ja (2) hatte ich jetzt auch keine Hilfe, hab ich gedacht: „Naja, dann musst du dich einfach so entscheiden““ (Weber, ZN 61-64).

Zurück im Umschulungsalltag fühlt sich Herr Weber recht schnell überfordert. Vom Personal und von den Ärzten im BFW bekommt er auch nicht die Unterstützung, die er sich z.B. in Form einer Stufenweisen Wiedereingliederung erhofft hat. Hinzu kommt sein Gefühl, dass weder

die anderen Rehabilitanden noch die Dozenten seine Situation nachvollziehen können, da seine Einschränkungen nicht äußerlich und damit für andere nicht offensichtlich sind. Dementsprechend fühlt er sich zunehmend weniger verstanden und isoliert.

„Die haben gedacht: „Naja, ((einatmen)) (wat) was (2) jammert der hier rum, der sieht ja aus wie das blühende Leben?“ [...] Persönlich hat mich eigentlich keiner so angesprochen, aber bei einigen denk ich mal, die haben schon gedacht: ((einatmen)) „Wieso will der jetzt ne Sonderfunktion haben, warum soll der jetzt n paar Stunden weniger machen““ (Weber, ZN 635-643).

Herr Weber beendet seine Umschulungsmaßnahme nicht. Der Abbruch der Umschulung und die Einsicht in die Aussichtslosigkeit der weiteren Teilhabe sind für ihn auch eine sehr schmerzliche Erkenntnis. Noch in der Zeit der beruflichen Reha wechselt er in eine Schmerztherapie und danach in eine stationäre Psychotherapie.

Nach der Umschulung

Sein Herzinfarkt während der Umschulung markiert für Herrn Weber einen Wendepunkt, der eine Abwärtsspirale initiiert. Sein Leben und seine Planung zerfallen Stück für Stück, da eine Rückkehr in Erwerbsarbeit immer aussichtsloser wird und parallel seine zweite Ehe in die Brüche geht, wodurch ihm zusätzlich die familiäre Geborgenheit entzogen wird.

„Dann [ging] eigentlich nachher gar nix mehr. (.) Wie gesagt, [...] mit der Umschulung ging et nich mehr, mit der Ehe ging nich mehr. (2) Das Gute war dafür, dass ich denn ebend durch diese Schmerztherapie durch (1) Psychiatrie, wo ich denn n paar Wochen war, das ist dann ebend alles wieder (2) für mich so n bisschen besser geworden“ (Weber, ZN 875-879).

Gleichzeitig ist der Infarkt auch Initiator einer positiven Entwicklung, die von Herrn Weber wenig reflektiert wird. Durch den Zusammenbruch seines Lebens fokussiert er sich in geringerem Maße auf die Erwerbsarbeit und beginnt in der Schmerz- und darauf folgenden Psychotherapie, sich mit seinen Krankheitsbeschwerden auseinanderzusetzen. In der folgenden Zeit bis zum Interview wird Herr Weber psychologisch ambulant betreut und er hat sich auch seiner zweiten Hüft-OP unterzogen, die ihm weitere Erleichterung verschafft. Aktuell befindet er sich noch in der Nachbehandlung, weil seine Beschwerden trotz der OP nach wie vor sehr stark sind.

Eine Perspektive auf die Rückkehr in Erwerbsarbeit sieht Herr Weber nicht mehr und hat bereits einen Antrag auf EM-Rente gestellt. Zu schnell erreicht er den Zustand der Erschöpfung,

der ihn davon ausgehen lässt, dass neben seinem Alter seine starken Einschränkungen potentielle Arbeitgeber abgeschreckt würden: *„Ich wüsste auch gar nich, wer mich denn einstellen sollte“* (Weber, ZN 506). Seine Einschätzung für reguläre Arbeit nicht mehr tauglich zu sein, wird ihm auch von ärztlicher Seite mit dem Verweis auf ein noch mögliches ehrenamtliches Engagement bestätigt. Seine aktuelle Situation als Bittsteller, Abhängiger und Gefangener im Apparat des sozialen Sicherungssystems ist für ihn sehr belastend. Er muss fortwährend um die Bewilligung seiner Ansprüche kämpfen und braucht zunehmend juristische Unterstützung im Kampf um sein Recht: *„Der Rentenantrag läuft ja auch alles, ((einatmen)) weil liegt alles beim Sozialgericht. Muss man sich auch drum streiten“* (Weber, ZN 499f.).

Soziale Einbindung und Unterstützung

In einer Partnerschaft zu leben und eine eigene Familie zu haben, sind für Herrn Weber sehr wichtig, sie geben ihm Rückhalt und auch einen Lebenssinn. Daher ist es auch kaum verwunderlich, dass die Trennungen zum Empfinden eines schweren Schicksalsschlags und zu einer Destabilisierung seines Lebens führen.

„Danach ging dann das alles so durcheinander und na hab ich mal da gearbeitet mal da gearbeitet, weil ich (.) wusste auch nich, wo ich da hin sollte. [...] Gabs denn mehrere eh Selbstmordversuche wo ich denn, im Krankenhaus gelandet bin“ (Weber, ZN 409-419).

Bereits vor der Trennung verläuft die Partnerschaft mit seiner zweiten Ehefrau problematisch. Herr Weber sieht sich in der Versorgerrolle und kann sich selbst und auch seiner Familie gegenüber seine eingeschränkte Leistungsfähigkeit nicht eingestehen. Stattdessen nimmt er zahlreiche Schmerzmittel die er zudem verborgen vor anderen Familienmitgliedern mit Alkohol kombiniert. Erst nach seinem Herzinfarkt verändert sich sein Selbstbild. Er distanziert sich von seiner Versorgerrolle und beginnt, seine Beschwerden offen zu artikulieren.

„Jetzt hatten wir uns auch mal so n bisschen mehr da drüber unterhalten und (2) ((einatmen)) das Problem war damals, [...] es hat auch keiner die=die Probleme angesprochn. [...] Sie hat gedacht: Naja der sitzt nur faul rum hier, ((einatmen)) alles liegt hier rum, die=die=die Socken die Taschentücher alles in die Ecken geschmissn, könnt er ja mal sauber machen, wenn er schon mal hier rum liegt““ (Weber, ZN 829-834).

Das erwartete Verständnis bzw. die erhoffte Unterstützung von seiner Partnerin erhält er trotz der offenen Artikulation nicht durchgängig. Seiner Frau scheint es zu schwer zu fallen, seine Einschränkungen nachvollziehen zu können und sich auf die neue Rollenverteilung in der Fa-

milie einzulassen. Im Kontrast dazu kommen die gemeinsamen Kinder sehr gut mit der Veränderung zurecht. Sie sehen ihn insbesondere bezüglich der beruflichen Lebensplanung weiterhin als wichtigen Berater, Unterstützer und auch Förderer. Das dadurch gegebene Gefühl gebraucht zu werden, verleiht Herrn Weber im Gegenzug Sinn im Leben, der ihm durch den Verlust der Arbeitsfähigkeit genommen wurde.

Auf ein soziales Netzwerk außerhalb der Familie kann Herr Weber nicht zurückgreifen. In früheren Zeiten hatte er sehr viele Kontakte und es gab regelmäßig große Feiern. Seine zweite Ehefrau mochte diese Geselligkeit jedoch nicht und lehnte auch viele der befreundeten Personen ab: *„Meine Frau, die mag das immer nicht, die hat immer an jedem irgendwat ausgesetzt. (...) Früher bei meiner ersten Frau hatten wir ja n riesengroßen Bekanntenkreis gehabt“* (Weber, ZN 593ff.). Herr Weber bedauert dies zwar, akzeptiert es aber zugunsten eines stabilen Familienlebens.

Die Bedeutung der sozialen Einbindung spiegelt sich auch in der Zeit der beruflichen Reha vor dem erlittenen Herzinfarkt wider. Im Kontrast zur Zeit vor der Maßnahme, in der er sich sozial isoliert fühlt, ist der Aufenthalt im BFW eine sehr positive (Selbst-)Erfahrung: *„Wir ham uns ganz gut verstanden, wir haben eigentlich immer viel miteinander unternommen, [...] sodass man immer in der Gruppe zusammen is“* (Weber, ZN 91-95). Er knüpft schnell freundschaftliche Kontakte, die auch noch nach der Rehabilitation Bestand haben. Weiterhin fühlt er sich im BFW als Teil einer Gemeinschaft, die nach Aussage von Dozenten in dieser Qualität selten sei; Herrn Weber wird dadurch der sozialen Teilhabe, die ihm in seinem vorherigen Familienleben verwehrt blieb, Bedeutung verliehen: *„So wie die Lehrer das gesagt ham, [war] unsere Klasse [...] wohl eigentlich die beste Klasse, die sie seit langem hatten, weil eigentlich alle so zusammengehalten haben“* (Weber, ZN 618-622).

Subjektive Bedeutung von Erwerbsarbeit

Herr Weber bezieht über Erwerbsarbeit und seinen Beruf Identität. Elektriker zu werden, war sein Wunsch und er ist auch sehr stolz auf das, was er in seinem Leben geschaffen hat: *„Wenn ich da hingegang bin, hab gesagt: „Guck mal dat dat dat, Lampen Kühlschränk die Schaltschränke und so wat, die hab ich alles gebaut““* (Weber, ZN 549f.). Arbeit ist für ihn aber ebenso ein regulärer Bestandteil des (Alltags-)Lebens. Das Gebrauchtwerden am Arbeitsplatz und die Versorgung seiner Familie sind wichtig für seine Selbstachtung. Spaß an der Arbeit ist für Herrn Weber durchaus relevant, doch keineswegs so hoch einzuschätzen wie die Sicherheit

des Arbeitsplatzes. Seine Angst vor dem möglichen Verlust der Arbeit treibt ihn regelmäßig zur Verdrängung von möglichen Beschwerden als Folge der Arbeitsbelastung. Um Arbeit zu haben, akzeptiert er daher schlechte Arbeitsbedingungen und er hat keine Scheu vor langen Arbeitszeiten und körperlich belastender Arbeit. Gleichzeitig wirkt die Arbeitsplatzsicherheit stabilisierend auf seine Psyche.

„Auf der letzten Arbeit hab ich, ((einatmen)) alle drei Stunden hier Tilidin [genommen]. Das sind ja auch ziemlich s=starke Schmerztropfen und so. ((einatmen)) Da hab ich mir dann so dreißig bis fünfunddreißig Tropfen mir alle drei Stunden genomm, damit ich überhaupt die Arbeit erst mal (2) schaffen kann ja“ (Weber, ZN 779-783).

Durch den dramatischen Krankheitsverlauf hat sich im Leben von Herrn Weber viel verändert. Seine Einstellung zur Erwerbsarbeit den Bedingungen anzupassen, fällt ihm aber sehr schwer. Ihm fehlt die Erwerbsarbeit im Identitätsbezug und er hat keine alternativen Interessen zur Hand, mit denen er sich im Alltag beschäftigen und mit denen er seine freie Zeit füllen könnte: *„Ich [kann] auch nicht so richtig ruhig rumsitzen hier. [...] Würd ich lieber arbeiten gehen. Ich weiß auch nicht, wenn ich jetzt Rentner bin, was soll ich denn machen?“ (Weber, ZN 742-745).* Allein seine Funktion als Unterstützer, Berater und Förderer seiner Kinder kompensieren seinen erfahrenen Bedeutungsverlust geringfügig: *„dann fühl ich mich schon ganz gut, dass ich hier dem mal helfen kann“ (Weber, ZN 585f.).* Eine andere Möglichkeit die er für seine Zukunft noch sieht, ist eine ehrenamtliche Tätigkeit. Diese müsste aber seinen Einschränkungen und Bedürfnissen angepasst und sehr flexibel gestaltet werden, damit er überhaupt in der Lage ist, diese Position auszufüllen.

„Wird zwar nicht komm aber irgendwie, dass ich wenigstens ne kleine Beschäftigung find, dass sich irgendwie (.) n ein bisschen morgens mal wieder in den Spiegel gucken kann und sagt: „Man wird für irgendwas gebraucht““ (Weber, ZN 897ff.).

Krankheit und Gesundheit

Herr Weber hat eine Vielzahl unterschiedlicher Krankheitsbeschwerden, die sich gegenseitig beeinflussen. Seine psychischen Belastungen, auf die er weder im Fragebogen noch im Interview näher eingeht, stammen aus seiner Kindheit. Eine ernsthafte Auseinandersetzung unter psychologischer Betreuung nimmt er aber erst nach der beruflichen Rehabilitation in Angriff. Zuvor hatte er sich lediglich von seinem Hausarzt medikamentös behandeln lassen: *„Das hatte*

der Hausarzt alles so n bisschen [...] bisschen Medikamente gegeben. [...] Und denn (.) hat er ja eigentlich selber so n bisschen Psychologe gespielt“ (Weber, ZN 425ff.).

Bei der Verdrängung seiner psychischen Probleme hilft ihm auch der Alkoholkonsum, der seit seiner Arbeit als ziviler Angestellter der NVA zunehmend zu einem Suchtproblem wird: *„Da gabs denn aber schon Probleme so psychische, ((einatmen)) dass man eben nach der Wende dann schon ganz schön stark getrunken hatte“ (Weber, ZN 340ff.).* Herr Weber setzt viel Anstrengung in die Befreiung aus der Sucht, doch verhindern die negativen Ereignisse in seiner Partnerschaft eine nachhaltige Bearbeitung der daran gebundenen Verlaufskurve.

Seine somatischen Beschwerden bemerkt er in Form von Knie- und Rückenschmerzen erstmals im Alter von 40 Jahren. Aufgrund eines ähnlichen Beschwerdemusters seines Vaters und dessen Bruders vermutet Herr Weber, dass es sich bei ihm ebenso um einen Hüftschaden handeln müsse, der die Schmerzen hervorruft; eine Vermutung die von ärztlicher Seite bestätigt wird. Nach der ersten Diagnose unternimmt Herr Weber aber nur wenig gegen seine somatische Erkrankung. Mit dem Fokus auf Erwerbsarbeit konsumiert er Schmerzmittel zur Linderung, die er im weiteren Verlauf mit Alkohol kombiniert und/oder deren Dosis fortlaufend erhöht.

„Ich denke mal, dass das mit dieser Hüftgeschichte dann auch umso schlimmer wurde denn, (.) weil man n Schongang hatte. [...] Dann hab ich dann nachher [...] erst mit diesem Ibu(.)profen und das hat nachher alles gar nicht mehr geholfen. Ja dann hab ich nachher Tilidin genomm (1) und denn hab ich nachher sogar Alkohol und Tilidin, das hat am besten geholfen. (2) Ja, muss man so sagen.“ (Weber, ZN 908-914).

Die währenddessen unbewusst eingenommene Schonhaltung trägt ebenso wie die medikamentöse Linderung der Schmerzen im Alltag zu einer schleichenden Chronifizierung bei, in deren Verlauf immer mehr Teile des Stützapparates als Folgeschaden angegriffen und verschlissen werden: *„Dadurch hab ich dann auch noch [...] hier mit dem Spinalkanal und so was, ((einatmen)) Bandscheiben auch schon b- alle abgenutzt“ (Weber, ZN 160ff.).*

Eine nachhaltige Veränderung des Umgangs mit seinen Krankheiten und Beschwerden initiiert erst sein Herzinfarkt. Er markiert einen Orientierungszusammenbruch (vgl. Schütze 1995, S. 130), aus dem er sich über die theoretische und praktische Bearbeitung (vgl. ebd. 130f.) allmählich in therapeutischer Begleitung befreit: *„Durch diese Schmerztherapie durch (1) Psychiatrie wo ich denn n paar Wochen war, das ist dann ebend alles wieder (2) für mich so n bisschen besser geworden“ (Weber, ZN 874ff.).*

Herr Weber hat in der Zeit des Interviews trotz der Aufarbeitung seiner Krankheitsgeschichte und -beschwerden noch immer starke Einschränkungen im Alltag, die auch seine Psyche belasten und ihm das Gefühl vermitteln, Gefangener seiner Krankheiten zu sein. Nur in seiner Wohnung ist es ihm möglich, sich ohne Gehilfen zu bewegen. Er nimmt täglich eine Vielzahl unterschiedlicher und sehr starker Schmerzmittel ein, benötigt noch immer psychologische Betreuung und ist schnell körperlich und auch psychisch erschöpft. Dennoch konnte Herr Weber bereits Fortschritte in seiner Krankheitsbewältigung erreichen. Er hat inzwischen Strategien entwickelt, die ihm den Alltag erleichtern, räumt sich nötige Erholungsphasen ein, nutzt zahlreiche Hilfsmittel und er lernt allmählich, offen mit seinen Erkrankungen umzugehen. Es kostet ihn zwar noch immer Überwindung, seinen Gesundheitszustand selbst vertrauten Personen und Ärzten mitzuteilen, doch ist allein das Interview ein Beleg für seinen Fortschritt in seiner Veröffentlichungsbereitschaft.

„Ich hab gedacht: „Lass das mal liegen. Wenns dir besser geht, dann kannst du s ja immer noch mit hochnehm.“ [...] Und wie gesacht, weil man noch nicht da gerne drüber redet. Das ist wie mit m Psychologen irgendwie“ (Weber, ZN 838-841).

Zusammenfassung

Herr Weber ist ein Paradebeispiel für einen Eckfall, d.h. dass er nicht nur besonders aufschlussreich für das Cluster ist, sondern ein Extrem (sozusagen eine Ecke) im gesamten Sample abdeckt. Mit derart vielen und unterschiedlichen Krankheitsbeschwerden sowie mit derart häufigen Rückschlägen im Leben hat keine andere Person unseres Samples zu kämpfen. Trotzdem ist er eine Person, die in der Umschulung hoch motiviert ist, sich dort wohl fühlt und alles daran setzt, sie erfolgreich zu absolvieren. Grundlage dafür ist der hohe Stellenwert der Erwerbsarbeit. Folgend der Vorstellung von einer „Normalbiografie“ ist ein Leben ohne Arbeit für Menschen wie Herrn Weber nicht denkbar. Dementsprechend nutzt er den Weg der beruflichen Reha, um wieder in Arbeit zu kommen und achtet (ebenso wie bei seiner Arbeit zuvor) nicht auf seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Verdrängung seiner Beschwerden führt zu einer Situation des Zusammenbruchs und zu einem notwendigen Abbruch der Umschulung.

Der starke Fokus auf die Arbeitswelt im Einklang mit der Verdrängung seiner Krankheitsbeschwerden führt unweigerlich zu dem Zustand, sich „kaputtgearbeitet zu haben“. Herr Weber hätte schon seit vielen Jahren mehr auf den Erhalt seiner Gesundheit achten und dafür

auch Einschränkungen im Arbeitsleben akzeptieren müssen. Das Scheitern der beruflichen Reha-Maßnahme liegt im Grunde daran, dass sich seine Einstellung zu Arbeit und Krankheit bis zur Umschulung nicht geändert hat; es obliegt hier den Professionellen der Zuweisungspraxis und im Reha-System, Personen erst dann in eine berufliche Rehabilitation zu vermitteln, wenn diese im Vorfeld (durchaus in einer medizinischen oder psychologischen Reha) gelernt haben, ihre eigenen Erwartungen an die und in der Arbeitswelt entsprechend der individuell noch vorhandenen Leistungsfähigkeit herabzusetzen.

6.6. Vergleichende Analyse

6.6.1. Bedingungen für einen gelingenden RTW

In der Analyse der Biografien ehemaliger Teilnehmer zeigt sich über den fortlaufenden Vergleich der Erkenntnisse der Einzelfälle, dass die Verläufe hin zu einem erfolgreichen RTW mit guter Prognose für den SAW sehr ähnlich sind. Wie bereits oben angedeutet (siehe 6.4.1.) sind die Rehabilitationsprozesse wenig variabel und deuten auf ähnliche Bedingungskonstellationen hin, die auf einen aussichtsreichen RTW förderlich wirken. Da dieser erfolgreiche Prozess von der (krankheitsbedingten) erwerbsbiografischen Diskontinuität bis hin zu einem vielversprechenden SAW zugleich auf die Mehrzahl der ehemaligen Rehabilitanden zutrifft, wird er als positive Vergleichsfolie und zur besseren Nachvollziehbarkeit der ausschlaggebenden Faktoren ausführlich in fallübergreifender Form dargestellt.

Der Ausgangspunkt für eine Beschreibung generalisierbarer Gelingensprozesse wird durch eine erwerbsbiografische Diskontinuität markiert. In der Regel müssen die späteren Teilnehmer der Umschulung entsprechend ihrer chronischen Krankheit ihren bisherigen beruflichen Werdegang aufgeben, was die meisten Rehabilitanden als schmerzhaftes Erlebnis erleben und bei einigen von ihnen zu einem partiellen Identitätsverlust führt: *„Und dann macht man sich Gedanken wies weitergehn soll. (2) Und dann zu Hause sitzen und Gedanken machen, da (2) das war belastend“* (Wolter, ZN 304f.). Als zentral erweist sich dabei, dass die Personen die Unvereinbarkeit ihrer chronischen Krankheit mit ihrem bis dahin ausgeübten Beruf erkennen, sich diese eingestehen und auch akzeptieren können.

„Nach gut drei Jahren gemerkt, dass es einfach äh, dass ich die Aufgabengebiete, auch nicht gut in=meinem=Job war und auch die Aufgabengebiete gewachsen sind, dass ich

*einfach gemerkt habe, das packst du so nicht mehr von den Beschwerden, die du hast“
(Vogel, ZN 270-273).*

Eine Ausnahme bilden die Personen, die keine chronische Krankheit aufweisen³⁴. Doch auch sie erfahren eine erwerbsbiografische Diskontinuität, in der sie aufgrund der Aussichtslosigkeit ihrer Situation die Notwendigkeit der beruflichen Veränderung erkennen und akzeptieren: *„Da hab ich eh gesagt: „Nein, ich möchte Ausbildung, und ich möchte nicht, ich weiß nicht was nach einem Jahr (.) vielleicht wieder Kündigung““ (Krause, ZN 750-753).*

Mit Ausnahme eben jener Personen, die keine chronische Krankheit aufweisen, ist die erfolgreiche Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eine wichtige Etappe hin zum RTW. Erfolgreich meint hier, dass die Rehabilitanden Strategien und Mittel zur Hand bekommen und annehmen, um ihre chronische Krankheit unter Kontrolle zu wähen.

„Das war wirklich ein Lernprozess, den ich äh:, mir damals auch wo ich die erste, medizinische Reha hatte mit dem Psychologen halt als Hilfestellung bekommen. Der hat=mit=mir=halt=gesprochen und äh, auch wirklich mich dazu gebracht, hat halt diesen Punkt „beiß dich da durch“ einfach mal so langsam zu vergessen und mir da halt äh, helfen zu lassen. Und das war für mich wirklich äh (2) en langer Lern-, ein langes Lernziel was ich auch lange durchführen musste“ (Vogel, ZN 430-436).

Weiterhin wirkt die *Akzeptanz der Krankheit als Teil des Selbstbildes*, die *Einsicht in eine bleibend eingeschränkte Leistungsfähigkeit* und damit einhergehend das Erlernen eines offenen Umgangs mit der Krankheit förderlich. Entscheidend ist dabei nicht, dass die Personen ohne medizinische Unterstützung in Eigenregie zu ihrer Gesundheit beitragen können, sondern vielmehr, dass sie eine Salutogeneseorientierung erwerben (insofern sie nicht bereits vorhanden ist) und dadurch die Krankheit im Alltag eingegrenzt werden kann und damit weniger dominant wird; die Krankheit zu einem durchaus relevanten Teil des Selbstbildes wird, aber nicht das zentrale und alles bestimmende Moment der Identitätskonstruktion ist.

„Wirklich krank (3) f:ühl ich mich nur, wenn ich ne andere Krankheit habe. [...] Weil man mit der Krankheit ja lernt umzugehen und [...] ich das jetzt nicht unbedingt s- als Krankheit mehr sehe, sondern als Teil meines Lebens, mit dem man halt lernt, umzugehen“ (Meier, ZN 273-276).

³⁴ Die Personen ohne chronische Krankheit sind in der Studie in der Minderheit. Sie wohnen in Baden-Württemberg und absolvieren ihre Umschulung bei einem freien Träger. Zugewiesen von der BA haben sie nach eigenen Angaben (die informell von Vertretern der BA und des Jobcenters bestätigt werden) einen Anspruch auf eine berufliche Vollqualifizierungsmaßnahme, wenn sie in den vorhergehenden fünf Jahren keine Anstellung in ihrem Ausbildungsberuf finden oder keine abgeschlossene Berufsausbildung vorzuweisen haben.

Im Anschluss an die medizinische Rehabilitation ist die von den Betroffenen initiierte berufliche Neuorientierung entscheidend. Aus eigenem Willen wird eine Veränderung der Lebenssituation und damit der Weg aus der Erwerbslosigkeit heraus über eine berufliche Vollqualifikation angestrebt. Professionelle Unterstützung und Beratung können hierbei positiv wirken. Sie sollte aber nicht die Eigeninitiative der Rehabilitanden hemmen. Ebenso verhält es sich bei der Umschulungsberufswahl. Auch hier wirkt die Selbstbestimmung zuträglich, insbesondere wenn die Wahl des Umschulungsberufs von den Interessen, Vorstellungen (auch von den daran gebundenen Arbeitsmarktchancen) sowie dem allgemeinen und beruflichen Vorwissen der Rehabilitanden bestimmt und der Beruf als biografisch passend empfunden wird: *„Aber ich fand das dann relativ interessant, was die dort gemacht haben ((einatmen)) die so dieser Umgang mit Menschen und da hab ich mir gedacht: „Ja das möchtest du auch. Ja das das das passt irgendwo““* (Hoffmann, ZN 243-247). Verfestigend wirkt eine Bestätigung der getroffenen Berufswahl im Zuge der medizinisch-psychologischen Tests für das sozialmedizinische Gutachten. Wenn die Unvereinbarkeit der Krankheit mit dem gewählten Beruf das Ergebnis ist, so ist sensible und individuelle Beratung nötig. Insbesondere kommt es in dieser Situation darauf an, trotz der notwendigen Veränderung auf die Wünsche und Selbsteinschätzung der Rehabilitanden einzugehen. Nur wenn die Betroffenen das Berufsbild für sich annehmen, macht die Teilnahme an der beruflichen Reha-Maßnahme Sinn.

„Arbeitsamt die ham det vorgeschlagen gehabt. Äh wie ich mit, Computern zurechtkomme, ob ick da Kenntnisse habe. Und ick hatte ja vorher immer gesagt: „irgendwas Kaufmännisches machen“. Und da hat sie gesagt gehabt: „Na wie wärs mit IT-Systemkaufmann?“ [...] Und da habe ick gesagt: „gut, würd ick machen wollen““ (Zander, ZN 147-152).

Zwischen der Zuweisung und dem Beginn der Umschulung vergehen i.d.R. neun Monate. In dieser Zeit benötigen die Rehabilitanden zwar meist noch medizinische Betreuung, aber sie ist zum Teil des Alltags geworden und wird aus eigener Initiative in Anspruch genommen. Ein RVL ist häufig auch aus der Einschätzung der Reha-Fachberater nicht nötig: *„RVL brauchte ich nicht. Das hatte sie gleich im Vorfeld so eingeschätzt: „Sie sind zu intelligent für RVL““* (Siebert, ZN 541f.). Sollten die Rehabilitanden doch an einem RVL teilnehmen, stellt er in der Regel keine große Herausforderung dar. Der RVL dient vor allem der Auffrischung grundlegender Kenntnisse, die für die Bewältigung des Lernpensums erforderlich sind, der Einübung von Lern- und

Arbeitstechniken sowie dem Testen der eigenen Leistungsfähigkeit. Die für viele Rehabilitanden noch nicht abgeschlossene Krankheitsverarbeitung spielt hingegen nur eine marginale Rolle im Unterschied zum RVT (Rehabilitations-Vorbereitungs-Training), das speziell für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten konzipiert ist.

Die Umschulung selbst empfinden die Teilnehmer als positiven Qualifikationseffekt. Sie akkumulieren neues Wissen, das sie als Bereicherung empfinden, identifizieren sich in diesem Zusammenhang mit ihrem Umschulungsberuf, erleben einen Zuwachs an berufsspezifischen aber auch allgemeinen Kompetenzen und können Vorwissen aus ihrer vorhergehenden Erwerbsbiografie einbringen.

„Also man is nich dümmer geworden ((schmunzelt)) (.) ja. (2) Doch (1) weil ehm, ich bin nun über fünfzig und viele Sachen so wie IT Technik und so=wat alles eh, war für mich eigentlich (2) Neuland [...] ne. Und das hat mir (.) hat mir in der Umschulung sehr geholfen“ (Wolter, ZN 57-61).

Dafür erhalten sie unter den Teilnehmern und von den Dozenten Anerkennung und Bestätigung, was ihr Selbstvertrauen sowie ihre Motivation stärkt.

„Die wussten sehr lange nicht, dass ich schon über vierzig war. Von daher war der Erstaunen dann groß, als sies erfahren haben. (1) Und war dann auch jut gewesen ja, [...] und ä:h im vordere:n Mittelfeld also wirklich mal äh: (2) nicht wie son Loser oder so“ (Meier, ZN 151-157).

Ohnehin sind die Teilnehmer hoch motiviert, haben den Anspruch, die Umschulung so gut wie möglich zu absolvieren, um ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern, und sie haben in der Umschulung eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung. Neben dem Erwerb der formalen Qualifikation ist eine positive Identitätsarbeit ein entscheidendes Merkmal einer gelungenen Umschulung.

Mit den weiteren Teilnehmern identifizieren sie sich selektiv und distanziert. Sie berichten zwar von einer gelungenen Integration und einer guten sozialen Teilhabe, doch ist diese ausschließlich zweckgebunden und -orientiert: *„Ach das äh- Dozenten und Mitschüler war eigentlich sehr gut. Wir waren wirklich als Klasse zusammen, ham- weil es auch viele Aufgaben war gaben in der Schule halt, die von Gruppen erledigt werden mussten“ (Vogel, ZN 602ff.).* Fokussiert auf den Erwerb des Facharbeitertitels gibt es ein kollektives Ziel, aber die Umschulung wird nicht zum sozialen Selbsterfahrungsraum. Stattdessen dominiert unterschwellig die Konkurrenz untereinander den Umschulungsalltag.

Während der beruflichen Reha-Maßnahme zeichnen sich die Teilnehmer durch eine stetige Verbesserung des Umgangs mit ihrer Krankheit und einem aktiven Gesundheitsverhalten aus. Sie nehmen sehr selektiv und zielgerichtet die angebotene medizinisch-psychologische Betreuung in Anspruch, testen fortlaufend ihre Leistungsfähigkeit, wobei sie bestrebt sind, ihre Grenzen zu erweitern, akzeptieren nichtsdestotrotz die vorhandenen Grenzen und passen sich ihnen bereitwillig an. Das Gesundheitsverhalten ist in dieser Zeit dominiert von einem Lernprozess, in dem die Rehabilitanden ihre Erwartungen an sich selbst herabsenken und ihre Leistungsgrenzen akzeptieren.

„Durch den Weg der äh: der Reha-Maßnahme und der Umschulung habe ich auch wirklich gemerkt halt mmm, dass ich äh nen Punkt in mir selber gefunden habe, wo ich, sage: „Ich beiß mich da jetzt nicht durch, sondern ich lass mir da jetzt helfen.“ [...] Das war für mich auch n: ein sehr großer Lernerfolg während der ganzen Zeit“ (Vogel, ZN 422-427).

Die Teilnehmer, denen ein erfolgreicher RTW gelingt, beginnen sehr früh mit ihren Bewerbungsaktivitäten und haben während der beruflichen Rehabilitation eine realistische Einschätzung zu ihren Arbeitsmarktchancen entwickelt. Sie erkennen bereits in der Umschulung, dass sie sich allein und rechtzeitig um einen zu ihrem Qualifikationsniveau passenden Arbeitsplatz im Anschluss bemühen müssen und sondieren dafür den Arbeitsmarkt. Gleiches geschieht bereits bei der Wahl des Praktikumsplatzes. Diesen haben sie selbst gewählt und ihn aus eigener Initiative gefunden, sie nutzen das Praktikum als Vorbereitung für die Rückkehr auf den Arbeitsmarkt und sehen das Praktikum nicht nur als regulären Bestandteil der Reha: *„Erste Praktika war gut. Zweite Praktika du hast n Fuß in der Tür, wenn alles so läuft fängst du da- [...] das war ehm dann ein Jahr später fängst du dann ein Jahr später hier an ne“ (Hoffmann, ZN 752-756).* Ebenso knüpfen sie dort Kontakte für die Rückkehr auf den Arbeitsmarkt.

Die Rehabilitanden wissen weiterhin, dass die Umschulungsmaßnahme ein Schonraum ist, der zwar eine adäquate Rahmung für die berufliche Neuqualifizierung chronisch Kranker darstellt, aber die Zuständigkeit der Bildungsträger mit dem erfolgreichen Absolvieren der Prüfung endet. Dieses Wissen schützt sie vor einem unterwarteten Fallen in eine gefühlte Isolation beim RTW und dem damit einhergehenden kritischen Zustand im Aufrechterhalten der Zielorientierung. Dementsprechend ergreifen sie rechtzeitig Eigeninitiative und vertrauen keineswegs ausschließlich auf Hilfs- und Unterstützungsangebote bei der Suche nach Arbeit.

„Da war die Umschulung zu Ende, am sechsten Februar hatten wir die Prüfung gehabt und dann im Prinzip auch ((einatmen)) ja eh der große Cut, für diesen Lebensabschnitt. (.)

((schnieft)) Dann hab ich mir den Februar noch Zeit gegeben eh mal den Markt sondiert, was geht, Bewerbung geschrieben ohne Ende“ (Hoffmann, ZN 91-94).

Häufig werden die Rehabilitanden in ihrem Praktikumsbetrieb nach der Umschulung in ihrem erlernten Beruf angestellt. Wenn dies nicht der Fall ist, bewerben sie sich weiterhin sehr zielgerichtet und setzen ihren Fokus dabei auf den Umschulungsberuf und auf ausgeschriebene Stellen, die ihrem Qualifikationsniveau entsprechen³⁵. Sie sondieren ausgiebig den Arbeitsmarkt und holen Informationen über potentielle zukünftige Arbeitgeber in ihrer Region ein. Bei ihren Bewerbungen verschweigen sie i.d.R. die möglichen Förderungen bei einer Anstellung. Hintergrund dafür ist, dass sie auf Basis ihrer Qualifikation und Kompetenzen angestellt werden möchten, unabhängig von ihrem Status eines Rehabilitanden. Erst nachdem sie eine Stellenzusage bekommen, eröffnen sie dem neuen Arbeitgeber, welche zusätzlichen Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen.

„Und dann hab ich auch Glück gehabt, dass in dem IT-Bereich, in dem ich halt die Umschulung gemacht habe, auch der Markt eigentlich relativ groß ist. Ich hab=auch äh nich nur Jobs angeschrieben, für wo ich genau diese Umschulung gemacht habe, sondern auch äh: Jobs halt, die in dem Bereich liegen, wo man sagt äh: „Mit ner Umschulung könnte man da auch was anfangen, man ist nicht völlig fremd in dem Bereich.“ Einfach halt, um auch nen Berufseinstieg zu finden. Und hatten dann n gutes halbes Jahr, fünf Monate gedauert, dann hab ich halt n Jobangebot gekricht. Bin da jetzt auch wirklich bis jetzt äh fest angestellt. [...] Ich hab meine Benachteiligung dann auch wirklich im-, da ich ja auch n Schwerbehindertengrad habe wirklich nicht vorab erwähnt, sondern wirklich dann, wenn ich gesehen habe, wie läuft das im Gespräch äh, fühlst du dich hier wohl oder so“ (Vogel, ZN 19-44).

Wenn den Rehabilitanden kein direkter Übergang an einen adäquaten Arbeitsplatz gelingt und die Phase der Arbeitslosigkeit sich verlängert (in seltenen Fällen länger als sechs Monate), beginnen sie ihre Suche zu erweitern, ihre Ansprüche abzusenken und sich dem Arbeitsmarkt anzupassen, indem sie Arbeitsplätze in Anlehnung an das Berufsbild akzeptieren und auch die Region erweitern. Eine andere häufige Strategie sind Zwischenphasen der berufsunspezifischen Arbeit im Niedriglohnsektor. Diese Möglichkeit wird aber nur dann gewählt, wenn die

³⁵ Dieser Aspekt ist durchaus relevant, da ohne eine realistische Einschätzung der Arbeitsmarktchancen mit dem erlernten Beruf, mitunter zu sehr Ideale des Arbeitsplatzes forciert werden, die (wenn überhaupt) nur durch Zusatzqualifikationen oder innerbetrieblichen Aufstieg erreicht werden können. Trifft dies auf Rehabilitanden zu, lehnen sie Arbeitsplätze mit geringerem Anspruchsniveau ab und verweilen mit zu hohen Erwartungen länger oder teilweise dauerhaft in Arbeitslosigkeit.

Anstellung bei einem namhaften Arbeitgeber erfolgt und die Rehabilitanden dort die Möglichkeit eines internen Aufstiegs und Wechsels in den Umschulungsberuf mit entsprechender Entlohnung und der Vereinbarkeit der Arbeit mit ihrer Krankheit sehen.

„Da: hatte ick mich damals eigentlich als IT-Systemkaufmann beworben, hab mich aber da- hab nur die Stelle als Callcenter-Mitarbeiter bekommen, ähm: erst in der Vertragsbetreuung, dann später in der Technik und seit ersten September konnte ich mich intern ganz gut entwickeln in ne andere Abteilung“ (Zander, ZN 41-44).

Gekennzeichnet ist der gelungene RTW grundsätzlich von der Aufrechterhaltung der Zielorientierung, bis die Rehabilitanden an dem Arbeitsplatz angekommen sind, den sie sich vorgestellt haben. Auffällig ist zudem, dass die vorrangige Motivation für den RTW und auch für den SAW aus der familiären Verantwortung, dem daran gebundenen Rollenverständnis und der orientierungsstiftenden Funktion der „Normalbiografie“ stammt.

„Aber jetzt kann ich dem wieder=was=zurück=geben. Also dadurch, dass man dann auch wieder öfters da: ist oder eben auch mal wieder nen bisschen mehr Geld hat, um dann eben mal Wünsche zu erfüllen da- äh. Das ist dann so nen gutes Gefühl ja“ (Meier, ZN 97-100).

Das Bestreben nach Arbeit wird darüber nicht nur aus Versorgungsaspekten erklärbar, sondern rührt aus den Vorstellungen einer gelungenen Lebensführung und Work-Life-Balance her.

Für den Verbleib in Arbeit, an ihrem Arbeitsplatz bzw. einen innerbetrieblichen Aufstieg haben die Rehabilitanden gute Aussichten. Kennzeichnend dafür ist, dass sie Freude an der neuen Arbeit entwickeln, sich in das soziale Gefüge hineinfinden (sich z.B. mit ihrem Vorwissen einbringen, statt sich in Differenzen zu behaupten), ihre neuen beruflichen Chancen und auch ihre innerbetriebliche Position akzeptieren sowie aus eigener Initiative nötige krankheitsbedingte Anpassungen am Arbeitsplatz vornehmen.

„Na=ja da sind wir- sind wir mächtig am Kämpfen. A- äh ich hatte eigentlich als ich angefangen hatte gleich (.) das angesprochen, dass ich ganz gern: den gleichen Stuhl haben möchte, den ich in- in der Schule hatte. [...] Daraufhin habe ich dann: äh die Rentenversicherung als solche angeschrieben“ (Siebert, ZN 200-206).

Neben der gelungenen Identifikation mit dem ausgeübten Beruf, dem Kollegenkreis und der Firma trägt die erhaltene Anerkennung und Bestätigung für ihre Leistungen zu einer Stabilisierung des Erwerbsverhältnisses bei, was den Rehabilitanden ein Gefühl der Sicherheit verleiht,

auf dem sie eine neue erwerbliche und biografische Kontinuität aufbauen können. Dies wiederum wirkt förderlich auf die allgemeine Zufriedenheit, die Vereinbarkeit von Familie, Krankheit und Arbeit sowie die Etablierung neuer Routinen in der Alltagsstruktur und verleiht dem ausgeübten Beruf sowie dem Arbeitsplatz den Status der biografischen Passung.

„Das ist auch wirklich äh das, dass man halt wirklich auch Spaß an der Arbeit hat. Und: dadurch, dass ja ich auch in nem: meiner Meinung nach in einem sehr=schönen=Unternehmen=gelandet=bin. Wurde von allen herzlich aufgenommen und versteh mich mit allen da jetzt auch super“ (Vogel, ZN 399-403).

Ihre chronische Krankheit sehen die Rehabilitanden als einen leidvollen, der Vergangenheit zuzuordnenden und nicht mehr dominanten Teil des Selbst. Sie achten aufmerksam auf noch vorhandene krankheitsbedingte Einschränkungen, sind aber gleichzeitig bestrebt, ihren Alltag so zu gestalten und anzupassen, dass Symptome möglichst selten auftreten und unter Kontrolle sind. Damit einhergehend akzeptieren sie auch ihre Einschränkungen im freizeitleichen und erwerblichen Alltag. Durch ihren offenen Umgang mit ihrer Krankheit ist die eingeschränkte Leistungsfähigkeit auch innerbetrieblich akzeptiert und führt nicht zu einer marginalen Position am Arbeitsplatz, es ist eher Gegenteiliges zu beobachten: Bei der nötigen Anpassung des Arbeitsplatzes aus eigener Initiative bekommen sie offensive Unterstützung von Mitarbeitern und Vorgesetzten.

Abstrahiert kann dieser Gelingensprozess in den Kontext bestehender theoretischer Konstrukte insbesondere des „On Cooling the Mark Out“ (Goffman 1962) und der Prozessstrukturen des Lebenslaufs (Schütze 1981) gebracht werden. Einen passenden Umgang mit der Krankheit zu finden und dafür einen Beruf mit geringerem Anspruchsniveau zu ergreifen, um die Krankheit mit der Arbeit zu vereinbaren, gelingt nur mit einem Durchlaufen des „Cooling the Mark Out“ im Zuge der Bearbeitung der Krankheitsverlaufskurve des Erleidens (Detka 2011). Daran gebunden ist auch, dass Rehabilitanden sich selbst neue und vor allem kleinere (biografische) Ziele stecken und realistische Vorstellungen von ihren Möglichkeiten für die Zukunft entwickeln. Dies betrifft sowohl die Arbeit als auch das Privatleben und steht in direktem Zusammenhang mit der Akzeptanz der Krankheit als Teil des Selbst.

Bis auf die Personen, die keinerlei Erkrankung haben, durchlaufen alle Personen unterschiedlich intensive Krankheitsverlaufskurven. Noch vor der ersten Diagnose häuft sich ein Verlaufskurvenpotential an, es kommt meist zu einem herausgehobenen Ereignis, das die Rehabilitanden in ein „labiles Gleichgewicht“ (Schütze 1981, S. 98) versetzt. In der Regel durchlaufen die

meisten Rehabilitanden das Stadium des „Trudeln“ (ebd., S. 99) bis hin zum Orientierungszusammenbruch. Relevant für den RTW ist, dass die Verlaufskurve des Erleidens zunächst bearbeitet werden muss, bevor die Personen zurück ins Arbeitsleben können. Dies kann vor oder auch während der medizinischen und z.T. auch beruflichen Reha geschehen. Ratsam ist es jedoch, Personen erst in eine berufliche Reha zu vermitteln, wenn die „Bearbeitung“ (ebd., S. 100) der Verlaufskurve weitestgehend abgeschlossen bzw. zumindest weit vorangeschritten ist. Sollten die Personen noch in der beruflichen Reha inmitten der Krankheitsbearbeitung stecken bzw. sie noch nicht in Angriff genommen haben, fallen sie aus dem Prozess des Gelingens heraus.

Der Prozess der Bearbeitung geht einher mit dem Goffmanschen Prozess der Abkühlung. Sollte dies noch nicht geschehen sein, kann sich dies auf zweierlei Wegen äußern. Erstens, die Personen haben noch keinen adäquaten Umgang mit ihrer Krankheit gefunden und es kommt zu Rückschlägen in der Reha oder sie benötigen für sich einen Schonraum (auch noch beim RTW) bis der Prozess der Bearbeitung abgeschlossen ist. Zweitens, die Personen haben sich noch nicht so „abkühlen“ lassen, dass sie sich (noch) nicht über den neuen Beruf (mit teilweise niedrigerem Anspruch) wieder ein Leben aufbauen können und wollen. Sie akzeptieren den Beruf nicht und empfinden ihn als biographisch unpassend.

Der gelungene Prozess der Abkühlung zeigt sich am Wechsel der Prozessstrukturen. Nachdem die Verlaufskurve bearbeitet ist, sind die Personen bestrebt, sich über den neu erlernten Beruf ein neues Leben aufzubauen. Dafür nutzen sie in der Regel ein „biografisches Handlungsschema“ (ebd., S. 86), vorzugsweise der Veränderung der Lebenssituation oder einem biografischen Entwurf. Einer Reihe von Rehabilitanden gelingt auch ein „biografischer Wandlungsprozess“ (Schütze 1989, S. 31), wie z.B. Frau Drach. Hier wird deutlich, warum der neu zu erlernende Beruf als biographisch passend empfunden werden muss. Nur auf diese Weise können die Personen sinnhaft ein biografisches Handlungsschema aufbauen und an ihm festhalten.

Schlussfolgernd ist zu sagen, dass es erst dann ratsam ist, Personen in eine berufliche Reha-Maßnahme zu vermitteln, wenn die Verlaufskurve an Dominanz verliert und die Personen sich haben abkühlen lassen bzw. sich im Prozess des Abkühlens befinden. Die Perspektive des neuen Berufs erlaubt es, ein biografisches Handlungsschema aufzubauen und einen Rahmen für die Zukunft zu entwickeln.

6.6.2. Systematische Darstellung der Einflussfaktoren beim RTW

Den meisten Rehabilitanden gelingt ein erfolgreicher RTW. Sie durchlaufen den skizzierten Prozess und zeigen sich in positiven Konstellationen, die einen aussichtsreichen SAW versprechen. Es gibt aber auch unterschiedliche kritische Konstellationen, die in einer Kombination von Einflussfaktoren (als Produkt nicht passgenauer Zuweisung oder eines ungenügenden Reha-Prozesses) bestehen. Im Kontrast zum Arbeitsmarkt, der regional und konjunkturell wenig beeinflussbar ist, können diese Einflussfaktoren sowie die beruflichen Rehabilitationsmaßnahme, die Zuweisung und auch die Nachbetreuung in Bezug zu den angebotenen Berufsbildern bzw. der Anzahl der in den jeweiligen Berufen umgeschulten Personen modifiziert werden. Um dem nötigen Veränderungsbedarf nachkommen zu können, ist es nötig, die kritischen Konstellationen zu erkennen und deren Ursachen zu verstehen; also die Folgen der Einflussfaktoren auf den Reha-Verlauf beurteilen zu können. Die Notwendigkeit die Perspektive der Rehabilitanden nachvollziehbar zu machen beruht auch darauf, dass viele der Personen in kritischen Konstellationen während der Rehabilitation eher unauffällig sind, ihre Bedenken und Wünsche nicht äußern, sondern möglichst unauffällig und ohne Konfrontation die Maßnahme abschließen wollen.

6.6.2.1. Die Wahl des Umschulungsberufs

Generell zeigt sich immer wieder das Problem, dass die Umschulungsberufswahl im Spannungsfeld zwischen der Einschätzung der Arbeitsmarktchancen und der sozialmedizinischen Prognose seitens der Reha-Fachkräfte auf der einen und den individuellen Bedürfnissen der Rehabilitanden in ihrer jeweiligen Lebenslage auf der anderen Seite getroffen werden muss. Der Vorteil in der arbeitsmarktgesteuerten Wahl und Zuweisung liegt zweifelsohne im Vorhandensein eines Arbeitskräftebedarfs in den Ausbildungsberufen innerhalb der jeweiligen Region und damit auch einer Vielzahl von Arbeits- sowie Praktikumsplätzen. Dieser Ansatz vernachlässigt aber die individuellen Bedürfnisse der Rehabilitanden und birgt auch Risiken bei konjunkturellen Schwankungen. Die Zukunft des Arbeitskräftebedarfs ist nur begrenzt einschätzbar und beim Eintreten einer Veränderung während der 2-jährigen Vollzeitmaßnahme führt eine Fehlplanung ggf. zu einem Überangebot, was den Zugang auf den geschlossenen Arbeitsmarkt erschwert. Ein ausschließlicher Fokus auf die Interessen und Vorstellungen der

Rehabilitanden unterliegt ebenso den konjunkturellen Schwankungen des Arbeitsmarktes. Darüber hinaus besteht das Risiko, dass zu viele Rehabilitanden einen gerade sehr populären aber aussichtslosen Beruf wählen und die Rehabilitationsmaßnahme dadurch ihren Zweck verliert. Der Vorteil liegt jedoch darin, dass die Rehabilitanden sich mit ihrem Umschulungsberuf sehr stark identifizieren, sie Spaß an der Umschulung entwickeln und auch ihr Vorwissen einbringen können, für das sie Bestätigung erhalten. Zudem steigt die Selbstkongruenz bei der Suche nach einem Arbeitsplatz.

Die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung weisen deutlich darauf hin, dass die *interessen-gesteuerte Berufswahl* deutliche Vorteile mit sich bringt und sich positiv auf den RTW auswirkt. Dabei ist es weniger relevant, ob die Rehabilitanden bei der Berufswahl ein eher passives oder aktives Verhalten aufweisen. Auf den ersten Blick scheint es, als würde sich Passivität negativ auswirken, da eine fremdbestimmte Wahl des Umschulungsberufs häufig das Gefühl herbeiführt, in die Umschulungsmaßnahme gedrängt zu werden. Doch auch in diesem Fall kann die Rehabilitationsmaßnahme erfolgversprechend sein; ohnehin ist die Empfehlung zu einem Umschulungsberuf auch ein Ergebnis der Eignungstests und wird dadurch eingeschränkt bzw. vorbestimmt. Der entscheidende Faktor ist das Gefühl einer *biografischen Passung* des ausgesuchten Berufs für die eigene Lebenskonstellation. Dies kann auch das Ergebnis einer gelungenen „an die Hand nehmenden“ Beratung sein.

„Nach gut vierzehn Tagen hat mich im Grunde genommen die die äh äh Reha-Begleiterin dort [...] hat die mich irgendwann zur Seite genommen und hat mir dann gesagt ähm: „Herr Siebert, die Situation ist die, (.) ähm aufgrund ihres Krankheitsbildes [...] würde ich ihnen empfehlen, äh nen Gang runterzufahren.“ [...] „Okay“ sag ich „Wenn Sie das wissen. Sie haben bisschen mehr Ahnung davon.“ ich sach: „Was mach ich denn dann?“ „Jo, Kaufmann im Gesundheitswesen.“ (.) Ich sach: „Dann nehm ich den“ so und zack rüber. [...] Im Nachhinein muss ich sagen, [...] ich hab äh durch den- durch den Kaufmann im Gesundheitswesen noch bisschen mehr gelernt [...] ne. Also war die Konstellation doch schon ganz richtig“ (Siebert, ZN 547-569).

Die biografische Passung wird einerseits über Freizeitinteressen, individuelle berufliche Vorstellungen und der Vereinbarkeit mit der Krankheit hergeleitet, andererseits auch über die Aussicht auf eine gelingende Work-Life-Balance und dementsprechend der Vereinbarkeit mit dem Familienleben und der „vorgesehenen“ Etappe im Lebenslauf, da viele der Rehabilitanden noch immer der „Normalbiografie“ eine orientierungstiftende Funktion zuweisen, soll der Beruf z.B. einen Staterwerb oder -erhalt ermöglichen, eine Karriere oder lediglich eine

kontinuierliche Lebensführung mit finanzieller Sicherheit versprechen. Eine Grundvoraussetzung für das Empfinden von biografischer Passung ist der richtige Zeitpunkt der Umschulung. Die Rehabilitanden müssen dazu bereit sein, einen neuen Beruf zu erlernen. Ohne eine bereits eingesetzte Neuorientierung wird die berufliche Vollqualifikation zu einem Weg mit negativem Vorzeichen.

„Kam da mal zu mir und sagt: „Mach doch ne Umschulung wenn de Fleischer nich mehr machen willst.“ Ähm (1) da hab ick erst mal überlegt gehabt, och mit den Jobcenter gesprochen gehabt [...] und hat auch Jobcenter so eingesehn auch nach=m=ärztlichen=Attest=vom=Jobcenter aus, also Arbeitsamt“ (Zander, ZN 80-93).

Sehen die Rehabilitanden den Beruf als biografisch passend, so gelingt ihnen die Identifikation mit dem Beruf. Auf dieser Basis beginnen sie in der Reha-Maßnahme mit dem bzw. über den Beruf ihre biografische Planung, was die Selbstwirksamkeitserwartung und Zielorientierung steigert. Ihnen fällt der Wissenserwerb deutlich leichter, sie entwickeln Freude am Lernen und sie nutzen die Umschulung ihrem Zweck entsprechend, da es ihr Ziel ist, den Facharbeitertitel möglichst erfolgreich zu erwerben, um darüber zurück in Arbeit zu kommen.

„Also vom Kopf her war die Umschulung=definif=ne=Chance und n Neuanfang für mich definitiv. Äh ick bereus och nich, [...] weil die Umschulung war: in der Hinsicht wirklich doch n Segen trotz alledem gewesen einfach für den Neuanfang beruflich“ (Zander, ZN 396-400).

Ihre vorherige Berufsbiografie wirkt bei empfundener Passung förderlich. I.d.R. gelingt es den Rehabilitanden ihr Vorwissen in die Maßnahme und in ihr neues Selbstbild zu transformieren, wofür sie weiter motivierende Bestätigung unter den Teilnehmern und Dozenten erhalten. Das Empfinden von biografischer Passung hat sowohl in der Maßnahme als auch über die Maßnahme hinaus Auswirkungen. Bereits sehr früh, aktiv und zielstrebig suchen die Rehabilitanden nach einem Praktikumsplatz, an dem sie häufig eine Anstellung nach der Umschulung bekommen, als auch nach einem passenden Arbeitsplatz. Die Bewerbungsaktivitäten sind gekennzeichnet von einer hohen persönlichen Stimmigkeit, von realistischen Vorstellungen am Arbeitsmarkt und der Akzeptanz von Rahmenbedingungen, die nicht vollends den Idealen entsprechen; die Rehabilitanden akzeptieren beispielsweise eine (zunächst) niedrige Entlohnung oder längere Wege zum Arbeitsplatz und zeigen sich insgesamt aktiver und flexibler.

„Da: hatte ich mich damals eigentlich als IT-Systemkaufmann beworben, hab mich aber da-, hab nur die Stelle als Callcenter-Mitarbeiter bekommen. Ähm: erst in der Vertragsbetreuung, dann später in der Technik, und seit ersten September konnte ich mich intern ganz gut entwickeln in ne andere Abteilung“ (Zander, ZN 41-44).

Grundlage dafür ist der große Wunsch, in dem neu erlernten Beruf zu arbeiten. Konnten sie diesen Wunsch umsetzen, fällt die soziale Integration am Arbeitsplatz leicht und die (allgemeine) Zufriedenheit steigt deutlich an.

Konträr dazu zeigt sich der Verlauf bei Rehabilitanden, die den Beruf *nicht* als biografisch passend sehen. Der Beruf wird nicht angenommen und eine Identifikation findet nicht statt. Da er zu fremd wirkt, kann er nicht zum (handlungsleitenden) Bestandteil der Identitätskonstellation werden. Dementsprechend wird das Interesse am Beruf auch in der Maßnahme nicht geweckt und die Umschulung wirkt nicht sinnstiftend. Die Rehabilitanden durchlaufen die Maßnahme nur, um keine negativen Auswirkungen zu erfahren (z.B. vom Jobcenter bei einem Abbruch) oder um den Facharbeiterabschluss zu erwerben und darüber ihre allgemeinen Arbeitsmarktchancen zu verbessern. In welcher Weise der neue Berufsabschluss zuträglich sein soll und kann, ist ihnen keineswegs bewusst.

„Also am Anfang war ich nicht so dafür und dann habe ich mich da son bisschen reingefunden. [...] Mittlerweile denke ich auch so: „Naja ich zieh das jetzt noch durch, ich mach das jetzt zu Ende.“ Aber es ist natürlich sehr schwierig, dann so äh sich damit abzufinden, weil es eigentlich nicht das ist, was ich möchte“ (Jürgen 1, ZN 73-77).

Die Maßnahme selbst entfaltet dennoch positive Auswirkungen. Im Prozess wird sie allmählich zu einem Selbsterfahrungsraum, in dem ein Veränderungsimpuls einsetzt, der auf die Neuorientierung und die Identitätsarbeit positiv wirkt. Grundsätzlich stellt sich dennoch die Frage, ob dieser Veränderungsimpuls nicht auch in einer anderen Maßnahme erfolgt wäre und die Rehabilitanden in einer anderen Maßnahmenform besser aufgehoben wären, da die Umschulung kaum positive Auswirkungen auf den RTW-Erfolg hat.

Nach der Umschulung kommen viele Rehabilitanden auch ohne das Gefühl der biografischen Passung des Berufs in Arbeit³⁶. Dies geschieht jedoch nicht immer im Umschulungsberuf; selten kehren Absolventen auch an ihren alten Arbeitsplatz zurück (in unserem Sample nur in einem Fall) oder streben eine Selbständigkeit an. Trotz ihrer recht schnellen Reintegration in

³⁶ Die entsprechenden Rehabilitanden fallen in einer statistischen Erhebung nur sehr schwer auf, da sie häufig zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten in Arbeit sind und somit den Anschein eines gelungenen RTW erwecken.

Arbeit gelingt es ihnen aber nicht, eine erwerbsbiografische Kontinuität herzustellen. Häufig haben sie nur kurzzeitige Beschäftigungsverhältnisse oder arbeiten im Niedriglohnsektor und weisen brüchige Übergänge ins Beschäftigungsverhältnis auf.

„Ich hab dann noch versucht einzulenken, aber: (.) es führte kein Weg mehr rein. [...] Und dann ist für mich eben nochmal ne Welt zusammengebrochen und ((tiefes Einatmen)) dann brauchte ich glaube ich erst mal ne Woche, um mich wieder zu akklimatisieren. Also das war: Schocktherapie gewesen. Und dann: hab ich: mich halt ja angestrengt bemüht, zu bewerben und zu machen und zu tun, und habe dann: auch eine Anstellung bekommen, aber auch erst mal befristet. Das war auch so=ne=Art=Praktikum: [...] und habe dann aber durch Mitarbeiter: recht schnell raus bekommen, dass die auch immer nur auf die Förderung aus sind und dann die Leute erst mal auspowern ((lacht kurz)) und dann dürfen sie wieder gehen“ (Künz, ZN 40-56).

Die lange Suche nach einem passenden Arbeitsplatz wird somit fortlaufend begleitet von frustrierenden und demotivierenden Erlebnissen. Die Umschulung selbst hat keinen entscheidenden Einfluss für die Rückkehr und die Zufriedenheit in Arbeit. Die fehlende Identifikation mit dem erlernten Beruf unterminiert eine rechtzeitige und zielgerichtete Suche nach Arbeit. Den Rehabilitanden fehlt in diesem Kontext ein Kristallisationspunkt der biografischen Planung, Sinnzuschreibung und Herstellung von Kontinuität. Es obliegt ihnen nach der Maßnahme, diese Zusammenhänge in ihrer Erwerbsbiografie und Lebensführung herzustellen und dafür auf andere Ressourcen zurückzugreifen: *„Also ich hab jetzt äh: die Tage noch keinerlei Anstrengungen unternommen, was jetzt das Bewerben betrifft. Und ich bin jetzt ganz angestrengt ähm: dabei zu überlegen, ob ich: mein eigener Herr nochmal werde“ (Künz, ZN 519ff.).*

6.6.2.2. Der Umgang mit der Krankheit

Ein positives und aktives Gesundheitsverhalten wirkt sich förderlich auf die Teilnahme an der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme und den RTW aus. Hierzu zählen unter anderem ein freizeittlicher Ausgleich zur Arbeit bzw. zum Lernen (z.B. sportliche Aktivitäten) oder ein Gleichgewicht zwischen Familie und Arbeit bzw. Umschulung herzustellen (gelungene Work-Life-Balance). Um zu diesem positiven und aktiven Gesundheitsverhalten zu gelangen, muss die Krankheit aus der Perspektive der Rehabilitanden als *überwunden oder kontrollierbar* gelten: *„Grade bei starken nassen Tagen, da merkt mans dann doch schon. Hab=ich=früher=nicht=gehabt, [...] aber es läuft gut und ich hoffe das es so weiter geht“ (Meier, ZN 292ff.).* Welche

Hilfsmittel dafür genutzt werden, ob nun Sport, Medikamente oder regelmäßige ärztliche Kontrolluntersuchungen zur Bestätigung, spielt keine Rolle. Viel bedeutsamer sind die Akzeptanz der eingeschränkten Leistungsfähigkeit sowie der offene Umgang mit der chronischen Krankheit, denn erst darüber ist eine Vereinbarkeit von Krankheit und Arbeit möglich. Insbesondere bei einer vorhergehenden erfolgreichen Berufsbiografie ist die Akzeptanz der eingeschränkten Leistungsfähigkeit wichtig, damit die Rehabilitanden den neuen Beruf mit niedrigerem Anspruch und geringerer Bedeutung für das Identitätskonzept sowie die Lebensführung ernst nehmen und den neuen Beruf für sich annehmen können. Daran gebunden ist ebenso die Akzeptanz einer geringeren Entlohnung. Der neu erlernte Beruf mit einem niedrigeren Anspruchsniveau wird weder eine derart hohe biografische Bedeutung entwickeln noch für ein vergleichbares Einkommen sorgen.

„Es hat sich auf jeden Fall was geändert, weil: ich jetzt die Arbeit wirklich äh so sehe, dass ich jetzt äh: meine Arbeit zwar machen muss, aber sie jetzt auch so mache, dass ich jetzt ne: nicht jetzt von meiner Behinderung benachteiligt werde. Das wissen auch meine:-, das weiß auch mein Arbeitgeber, und: der fragt auch generell wenn ich mal rauf komme: [...] „Brauchst du da jetzt Hilfe von jemanden“ oder: „kriegst du das alleine hin?“ Ähm, dass ich da wirklich auch aufpasse und jetzt auch, mm offener damit umgehe“ (Vogel, ZN 411-417).

Der offene Umgang mit der Krankheit in der Familie, im sozialen Netzwerk und insbesondere in der Arbeitswelt trägt überaus wirksam zur gesundheitlichen Prävention bei. Eine Artikulation des partiellen Hilfebedarfs sowie die Akzeptanz der Artikulation vermeidet Stress, verringert die Wiederkehr akuter Zustände, unterminiert die Notwendigkeit von strategischen sozialen Interaktionen und schafft Potentiale der unmittelbaren Unterstützung, des Verständnisses, der erleichterten Anpassung des Arbeitsplatzes und der Akzeptanz notwendiger Medikamente bzw. Therapien zur Vermeidung von Schmerzen.

„Das ist jetzt Gott sei Dank auch auf Arbeit so, (.) weil vorher war es bloß so dann, musste ich- war ich immer auf die Gunst der Schwestern angewiesen, damit ich da mal schnell ans Sauerstoffgerät ran konnte, ne. Aber mittlerweile hab ich mein eigenes“ (Siebert, ZN 120-123).

Der offene Umgang mit der Krankheit insbesondere in der Arbeitswelt zeigt sich durchweg als eine sehr wirksame Strategie der Vereinbarkeit von Krankheit und Arbeit sowie der Gesundheitsprävention. Bei psychischen Beschwerden scheint es jedoch seitens der Rehabilitanden

starke, durch Vorurteile und Ängste vor Stigmatisierung sowie bereits real erlebte Diskriminierungserfahrungen bedingte Hemmschwellen zu geben (vgl. von Kardorff, Ohlbrecht & Schmidt 2013), die auch darin begründet sind, dass ihre Erkrankung weniger sichtbar ist und somit einen längeren Prozess der Wahrnehmung und Akzeptanz bedarf: *„Ähm ich weiß auch nicht, ob ich das meiner Chefin, also da hader ich bis heute mit mir. Ab aber da bin ich auch nicht so in der Pflicht. Ähm weiß ich auch nicht, ob ich ihr das jemals sagen wür=könnte“* (Bender 2, ZN 368ff.).

Es wirkt sich bei den Rehabilitanden vorteilhaft aus, wenn sie sich schon vor und/oder während der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme mit ihrer Erkrankung aktiv auseinandersetzen. In unterschiedlichen Konstellationen aus unserem Sample zeigt sich, dass sich ein Kreisen um die Krankheit auf die Umschulung und den RTW negativ auswirken. In einer Konstellation haben Personen i.d.R. eine langwierige und schwere Krankheitsvorgeschichte und weisen zu meist eine Ko- bzw. Multimorbidität auf. Die Motivation für die berufliche Reha liegt in der Stabilisierung des Lebens über die Rückkehr in Arbeit aus ungeordneten Verhältnissen nach sozialem Abstieg, häufig in Verbindung mit Sucht. Die Umschulung sehen sie als „letzte“ Chance dafür und sie versuchen ihr Ziel schnellstmöglich umzusetzen, weshalb sie häufig auf *notwendige* medizinische Rehabilitationen vor der Umschulung verzichten und auf die Zeit nach Erreichen des Ziels verschieben. Die berufliche Rehabilitationsmaßnahme wird darüber zur übereilten beruflichen Ausbildung zur Rückkehr in bzw. Herstellung von Normalität.

„Hab ich denn den Antrag gleich da bei der Reha alles fertig gemacht zur, beruflichen. (2) Ja wie gesagt, da wusste man auch gar nicht genau wies so ganz lang läuft. Der sagt-wusste der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin „Da stelln wir den Antrag, dass Sie ne andere Umschulung kriegen.“ (.) Wie gesagt, normalerweise hätte denn die ein Jahr später die andre Hüfte gemacht werden müssen“ (Weber, ZN 271-276).

Während der Ausbildungszeit sind sie hoch motiviert und sehr strebsam. Aufgrund des fehlenden Wissens über ihre Leistungsfähigkeit in Kombination mit ihrer chronischen Krankheit baut sich immer mehr Stress bis hin zur Überforderung auf. Es kommt gehäuft zu akuten Einschränkungen durch die Krankheit, langen Ausfallzeiten, einer zurückkehrenden Vulnerabilität und zumeist auch einem verfehlten Abschluss der Maßnahme.

„Leistungsdruck is hinterher hinterher aufgestiegen, und ehm. (1) Ja durch meine angeschlagene Psyche, denk ich mal hat sich das nen bisschen (.) potenziert. (.) Der Leistungsdruck der war schon nen bisschen doll. Ich wollt den ganzen Mist komplett hinschmeißen kurz vor der Prüfung“ (Schumann, ZN 549-554).

Insofern diese Personen ihre Umschulung doch erfolgreich absolvieren, z.B. auch durch ein Nachholen der Prüfungen, gelingt es ihnen dennoch nicht, ihr Ziel zu erreichen und über den Beruf Kontinuität im Leben zu gewinnen. Ihre Krankheit ist und bleibt ein dominanter Teil ihres Identitätskonstrukts und in ihrem Alltag dreht sich allem um die Krankheit. Ausschlaggebend dafür ist die externale Kontrollüberzeugung; sie haben fortlaufend das Gefühl, Opfer der Krankheit und ihr ausgeliefert zu sein. Damit einhergehend haben sie auch keine Vorstellungen von ihrer Leistungsfähigkeit mit ihrer Krankheit, kennen ihre Grenzen nicht und haben sie zu keiner Zeit getestet. Die Krankheit wird noch mehr als zuvor zum Mittelpunkt der Lebensführung und Alltagsorganisation und verhindert bzw. verringert die Möglichkeit der Teilhabe am Arbeitsleben.

„Also ich merke, wenn ich mal irgendwas vom Fußboden aufheben möchte, dass das verdammt schwer is, selbst wenns nur ne Schachtel Zigaretten is. (.) Also das nervt schon ziemlich, [...] dann wird man irgendwann bekloppt. (.) Also die Rückenschmerzen (.) is natürlich (.) na: macht keinen Spaß. Also [...] aber wat will man machen, als Diabetiker hat mans normalerweise sehr schwer“ (Schumann, ZN 392-404).

In einer anderen Konstellation sind Personen mit *psychischen Beschwerden* die einen prekären Umgang mit ihrer Krankheit im RTW-Prozess zeigen. Diese Personen deklarieren ihre Krankheit für überwunden und wähen sie unter Kontrolle. Dies basiert aber lediglich auf entwickelten Strategien der Verschleierung. Nach wie vor haben sie große Angst vor der Rückkehr der Krankheit und sehen sie als Hemmnis in der Lebensführung. Aus Angst vor der Verschlechterung achten sie auf die Vermeidung von Situationen der Konfrontation und von Stresszuständen. Das Verschleiern wirkt jedoch selbst als Stressfaktor und führt zur Ausbildung, Nutzung und Verfeinerung immer aufwendigerer Strategien, die den RTW-Erfolg zunehmend gefährden: *„Ja, aber eines Tages, eines Tages werd ich in der Situation sein [...] und ihr das erklären muss“ (Bender 2, ZN 676ff.). „Also ich bin fest davon Überzeugung dass mein, Job dann am Nagel hängt“ (ebd., ZN 383f.).* Ohnehin ist eine gelungene Rückkehr für diese Personen ein zentraler Punkt der Krankheitsbewältigung. Erst wenn sie wieder in Arbeit sind, können sie die Krankheit als überwunden deklarieren und sich als „normale“ Gesellschaftsmitglieder wahrnehmen: *„Du möchtest einfach ein normaler Mensch sein, obwohl du nich bist, das is das Schlimme“ (Bender 1, ZN 463f.).*

Doch nicht nur für Rehabilitanden mit psychischen Beschwerden scheint dieser Aspekt eine relevante Etappe zu sein. Insgesamt, aber vor allem bei den weiblichen Teilnehmerinnen zeigt

sich ein Bild des RTW-Prozesses, in dem die Arbeitswelt einen besonderen Status in der Krankheitsbewältigung einnimmt. In Arbeit zu kommen, ist ein wichtiger Teil und nach der Umschulung auch der vordringlichste Teil der Wahrnehmung einer gelungenen Krankheitsbewältigung durch die Renormalisierung und Restabilisierung des Lebens über die Teilhabe am Arbeitsleben. Dieser Aspekt bezieht sich nicht nur auf die Alltagsorganisation und die biografische Planung, sondern ebenso auf die Außenpräsentation und damit die Rückmeldung der Signifikanten Anderen, wieder im „normalen“ Leben nach der langwierigen Rehabilitation angekommen zu sein: *„Die so gesehn ham mein Gott der Hoffmann der (zieht jetzt tatsächlich das) mal wirklich richtig durch ne. (.) Der hat sein Leben wieder im Griff und, macht jetzt das“ (Hoffmann, ZN 877ff.).*

Nachdem die ehemaligen Teilnehmer in Arbeit gekommen sind, gilt es für sie, zur Krankheitsbewältigung am Arbeitsplatz überzugehen. Diese manifestiert sich insbesondere im Engagement am Arbeitsplatz, um Bestätigung zu erlangen und im Kollegenkreis anerkannt und integriert zu werden, im Testen der eigenen Handlungsspielräume und Leistungsgrenzen sowie im Abtasten der Akzeptanz und der Etablierung eines offenen Umgangs. Ist den Rehabilitanden diese Etappe der Krankheitsbewältigung gelungen, konzentrieren sie sich im Anschluss auf den freizeithen und familiären Alltag. Die Etablierung einer Work-Life-Balance schließt sich somit erst der Renormalisierung in und über Arbeit an. Bei einer befristeten Anstellung verstärken die Ängste, wieder in Arbeitslosigkeit zu rutschen, die Dringlichkeit der demonstrativen Krankheitsbewältigung am Arbeitsplatz: *„Und dadurch ist so n bisschen, Existenzangst wieder entstanden und das habe ich dem Chef aber auch gesagt. Und: ja (.) er versucht natürlich mit seinem mmm- ich sag mit seinen Engelszungen das immer irgendwie n bisschen abzuwiegen. [...] Natürlich versuch ich mit mit meiner Arbeit, so gut wie möglich zu sein“ (Siebert, ZN 153-169).* Die Rückkehr in Arbeitslosigkeit würde einem Rückschritt in der Krankheitsbewältigung gleichkommen, was in der Tat nicht nur eine Vermutung dieser Personen ist, sondern sich empirisch manifestiert: *„Weil einfach diese Arbeitslosigkeit, das zieht einen ja schon runter und da hab ich auch wieder [...] n Rückfall“ (Jürgen 2, ZN 215ff.).*

Resümierend ist festzuhalten: Die Krankheit bzw. die Akzeptanz der Krankheit respektive das Überwinden der Krankheit ist ein relevantes Kriterium im Prozess der beruflichen Rehabilitation und im RTW. Daran eng gebunden ist auch die Wahrnehmung bzw. die Veränderung der Wahrnehmung der Krankheit im Verlauf. Es macht einen deutlichen Unterschied, ob die Rehabilitanden sich krank fühlen ohne als krank zu gelten oder krank zu sein, krank zu sein und

sich krank zu fühlen ohne als krank zu gelten, krank zu sein und als krank zu gelten ohne sich dabei krank zu fühlen usw. (vgl. Schnabel 1988, S. 12). Die Akzeptanz und Veränderung der Wahrnehmung der Krankheit sowie die damit einhergehende Neuverortung sind auch ein biografischer Lernprozess (vgl. Nittel 2011, S. 82f.), der möglichst in der medizinischen Rehabilitation aber spätestens in der beruflichen Rehabilitation abgeschlossen oder weit fortgeschritten sein sollte, da dieser ausschlaggebend für das Einsetzen einer Salutogenese ist. Erst in deren Folge ist die Identitätsarbeit über den neuen Beruf in der Umschulung möglich, da ansonsten die Identifikation mit dem Beruf statisch und äußerlich bleibt und nicht prozessual-dynamisch an eine Persönlichkeitsentfaltung geknüpft wird. Dies wiederum ist Grundvoraussetzung für die Reintegration der Lebenswelt Arbeit als separater und gleichwertiger Teil in das Identitätskonstrukt, in die biografische Planung sowie die fortschreitende Renormalisierung und Restrukturierung des Lebens in, mit und über Arbeit. Dementsprechend kann auch nur von Erfolg der Rehabilitation gesprochen werden und auch nur dann ist von Erfolg auszugehen, wenn die Krankheitsbewältigung weit fortgeschritten ist und eine Identifikation mit dem Beruf und/oder Arbeitsplatz vorliegt.

Dennoch stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, warum die Krankheit und auch das Überwinden der Krankheit beim RTW von den Rehabilitanden beinahe als nebensächliche Faktoren wahrgenommen werden? Es deutet viel darauf hin, dass zum einen Krankheit und Arbeit kanonisch als Gegenpole verstanden werden und zum anderen der (vorgegebene) Reha-Prozess ursächlich dafür ist. Laut Ablaufplan muss die Krankheit spätestens nach der beruflichen Rehabilitation überwunden sein: *„Also am Ende soll man genesen sein und in den normalen Arbeitsalltag zurückzukehren“* (Bender 2, ZN 327f.). Ist das nicht der Fall, würde dies einem Scheitern gleichkommen. Diese Wahrnehmung wird auch während der Umschulung fortlaufend unterstützt und durch Handlungsmuster und Strategien der strikten Vermeidung der Thematisierung der Krankheit im Anschluss den Rehabilitanden vermittelt.

6.6.2.3. Der Schonraum

Das Empfinden eines Schonraums bezieht sich insbesondere auf stressfreies Arbeiten mit guter Integration in das soziale Gefüge. Neben dem hohen Stellenwert der Integration für das Wohlempfinden, ist für den Schonraum eine vorgegebene Alltagsstruktur charakteristisch, an der sich die Personen orientieren und ihr Leben danach ausrichten können. Die Rehabilitation

(beruflich und auch medizinisch) wird als ein solcher Schonraum verstanden, da dort alle relevanten Aspekte vorhanden sind, die Rehabilitanden dadurch in ihrer Alltagsführung entlastet werden und eine soziale Zugehörigkeit verspüren. Auch wenn es sich dabei lediglich um eine institutionelle, zweckgebundene und zeitlich begrenzte Zugehörigkeit handelt, steht sie doch im Kontrast zur geringen sozialen Einbindung außerhalb der Reha.

„Sehr viel Freude ja, weil wir ja auch viel Freizeit hatten. Dann 15 Uhr oder 15 Uhr 30, weiß ich jetzt gar nicht mehr, war Schluss und dann sind wir gleich in die Sporthalle gelaufen und ham erst ma ne Stunde Tischtennis gespielt. [...] Ich war gut anerkannt da, die ham sich immer gefreut wenn ich kam“ (Klomm 1, ZN 391-398).

Das besondere Bedürfnis nach einem solchen Schonraum ist biografisch bedingt und steht in Verbindung mit einem Erleben in der frühen Erwerbsbiografie (i.d.R. innerhalb der DDR). Die Rehabilitanden haben in der Regel danach negative Erfahrungen mit der Marktwirtschaft (z.B. in Form von Insolvenzen) bzw. auf dem Arbeitsmarkt (z.B. prekäre Arbeitsverhältnisse) gemacht.

„Und der war so eiskalt, das wussten wir vorher alles gar nicht. Wir sind hier alles, ((einatmen)) gebürtige [...] alle im Osten ((lachend)) groß geworden und diese wirtschaftlichen Zwänge das kannten wir ja gar nicht ne. ((einatmen)) Das kam dann so nach und nach durch“ (Klomm 2, ZN 421-427).

Weiter sind sie über einen längeren Zeitraum Singles und/oder haben Scheidungen bzw. unglückliche Partnerschaften hinter sich. Personen, die die Notwendigkeit eines Schonraums artikulieren, haben soziale Abstiegsenerfahrungen in Arbeitsleben und/oder in ihrem angestrebten Familienleben durchlaufen. Eine Umschulung ist für sie die Chance für einen Neuanfang, sowohl sozial als auch beruflich.

Vorteilhaft wirkt sich der Schonraum auf die Wahrnehmung dieser Chance aus. Mit dem Gefühl von allen Seiten behütet zu werden, konzentrieren sich die Rehabilitanden auf das Absolvieren der Maßnahme hin zum Erwerb des neuen Facharbeitertitels. Problematisch ist, dass der von außen konstruierte Schonraum, den die Rehabilitanden gern für sich als eine Art Leitplanke der Lebensgestaltung übernehmen, nur bis zum Ende der Umschulung bestehen bleibt, die Rehabilitanden aber annehmen, er würde auch danach weiter Halt geben, da aus ihrer Sicht ihr Neuanfang erst mit der Rückkehr an einen geeigneten Arbeitsplatz beendet ist; der RTW somit als ein Teil der Reha verstanden wird.

„Ja und dann kam das böse Erwachen dann im (2) Februar letzten Jahres. [...] Da war die Umschulung zu Ende, am sechsten Februar hatten wir die Prüfung gehabt und dann im

Prinzip auch ((einatmen)) ja eh der große Cut, für diesen Lebensabschnitt“ (Hoffmann, ZN 88-93).

Ein zweiter Aspekt des Schonraums im Zusammenhang mit dem Neuanfang besteht darin, dass die Rehabilitanden ihn als Rückkehr in (idealisierte) geregelte Verhältnisse sehen, wobei die Umschulung nur den Beginn des Rückkehrprozesses markiert. Dementsprechend sind sie auch vom abrupten Wegfall des Schonraums nach der Umschulung überrascht. Sie fühlen sich durch das Wegbrechen des Sozialgefüges bei ihren Bewerbungsaktivitäten, der Suche nach Arbeit aber auch in ihrem Alltag isoliert und durch den Verlust des vorstrukturierten Alltags in ihrer Lebensorganisation überfordert. Diese Individualisierung empfinden sie als Stress und Störung im Rückkehrprozess in ein geregeltes Leben. Retrospektiv wünschen sie sich nicht nur mehr, sondern vor allem direktere Unterstützung bei der Rückkehr in Arbeit. Woher diese Unterstützung kommt, ist nicht wichtig. Relevant ist nur, dass sie bei dem Übergang von der Umschulung in Arbeit im Alltag und bei ihren Bewerbungsaktivitäten Förderung erfahren, bis ein adäquater Arbeitsplatz gefunden ist und die neue Arbeit als neue Leitplanke der Lebensführung genutzt werden kann.

„Und dass ich da auch Unterstützung- ich hatte mir ja auch ausgemalt, sag ich mal, oder gehofft, dass das BFW auch eh so Kontaktadressen hat, mit denen sie schon mal gute Erfahrung gemacht haben, ((einatmen)) wo sie Rehabilitanden eingliedern konnten, ne. Oder (.) dass die auch mal Leute losschicken und die Betriebe ansprechen. Das is ein ganz anderes Auftreten“ (Klomm 2, ZN 1170-1177).

Einigen wenigen Rehabilitanden dieser Gruppe gelingt es, trotz der fehlenden Unterstützung, einen Arbeitsplatz im Umschulungsberuf zu bekommen. Dieser entspricht aber weniger ihren Erwartungen, da er nicht den Schonraum aufweist, den sie in der Umschulung gewohnt waren und den sie mit ihrem Neuanfang assoziieren. Daher verhalten sie sich dort sehr unsicher und zurückhaltend, sind mit Bedacht auf ihre Krankheit sehr vorsichtig und beharren auf die Rücksichtnahme der Kollegen und Vorgesetzten, wodurch Konflikte entstehen und die Rehabilitanden das Gefühl bekommen, den Anforderungen und Erwartungen nicht entsprechen zu können: *„Ich bin ja kein dummer Junge. [...] Da war der Vorarbeiter ein ganz schwieriger Fall, der war vorher ((schmunzelnd)) zehn Jahre bei der Armee als Feldwebel und der hat nur rumkommandiert“ (Klomm 2, ZN 111-114).* Schlussendlich verlieren sie nach kurzer Zeit ihren Arbeitsplatz und beginnen sich wie die Personen, die keine Arbeit gefunden haben, in der Arbeitslosigkeit einzurichten und sie auf Dauer zu akzeptieren. Ohne eine fördernde und konstruktive

Unterstützung bei der Rückkehr in Arbeit bestehen somit schlechte Aussichten auf einen erfolgreichen RTW und auch SAW.

Der Schonraum in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ist aber kein generelles Problem. Er trägt als Vorbereitung zur Vereinbarkeit von chronischer Krankheit und Arbeit bei und ist ein positiver Rahmen für die nötige Identitätsarbeit in der Restabilisierungsphase. Ein Schonraum wird von einer Vielzahl der Rehabilitanden positiv eingeschätzt und auch benötigt, nachdem sie zuvor einen destabilisierenden erwerbsbiografischen Umbruch erfahren haben. In den Reha-Maßnahmen, aber insbesondere in der beruflichen Rehabilitation, können sie sich wieder allmählich an einen geregelten Alltag mit Arbeit in Verbindung mit ihrer Krankheit herantasten, sich immer neue Ziele stecken und ihr Leistungsspektrum erkunden bzw. erweitern und dabei stets auf medizinische und psychologischen Unterstützung sowie Beratung zurückgreifen.

„Früher hab ich mich halt durch Probleme durchgefressen: „Du=hattest=die=Aufgabe also machst es.“ Und, ich seh das jetzt äh so: „Du hast die Aufgabe (1) machst es. Wenn du nicht weiterkommst oder so, fragst du auch mal nach Hilfe.“ Also das war wirklich ein Lernprozess“ (Vogel, ZN 427-430).

Gleichfalls wirkt der Schonraum positiv auf die Identitätsarbeit im Zusammenhang mit den neuen (berufs-)biografischen Plänen. Die Rehabilitanden erhalten Bestätigung für ihre Leistungen, was sie in ihrem Vorhaben bestärkt und absichert, und sie können neue Etappen und Zielsetzungen erarbeiten und ihre Fortschritte daran abgleichen: *„Diese ganze Geschichte gibt sie eh noch ein Stück mehr Selbstbewusstsein, (.) weil man hat ja was sich vorgenommen, man hat dafür gearbeitet, man hat es erreicht“ (Hansen, ZN 1578-1583).* Dazu gehört ebenfalls, die Erwartungen an sich selbst und an das zukünftige (Berufs-)Leben im Allgemeinen realistisch einzuschätzen und zumeist in dem Prozess des „On Cooling the Mark Out“ (Goffman 1962) herabzusetzen. Die daran gebundenen niederschweligen Zielsetzungen gehen im Zusammenhang mit der Akzeptanz der Krankheit als Teil des Selbst und mit der Hereinnahme der Krankheit in das Identitätskonstrukt einher. Darauf basierend können sich die Rehabilitanden besser auf ihre Möglichkeiten und die Gegebenheiten einstellen und eine Zufriedenheit mit bzw. trotz ihrer Erkrankung erreichen.

Entscheidend am Phänomen des Schonraums ist, wie die Rehabilitanden ihn nutzen. Wird er zweckgebunden gesehen, also als behütete Rahmung des Erlernens eines neuen Berufs in Ver-

bindung mit dem Testen der Leistungsfähigkeit und dem Einstellen auf die neue Situation inklusive der biografischen Neuausrichtung, oder dient er lediglich als sozialer Erfahrungsraum, in dem die Rehabilitanden insbesondere Wert auf die soziale Teilhabe legen und die vorgegebene Alltagsstruktur als selbstverständliche Hängematte sehen, ohne an sich selbst und ihren biografischen Plänen zu arbeiten. Nur im Zusammenhang mit der zweckorientierten Nutzung der Umschulung kann sich die nötige Neuausrichtung während der Maßnahme einstellen, die die Rückkehr der Eigeninitiative im Einklang mit den neuen Zielsetzungen erwirkt. Ist dies der Fall, so wird die Reha zwar dankbar als Schonraum und Rahmen des Veränderungsimpulses empfunden, doch wird er nicht weiterführend erwartet. Der RTW wird durch die Rückkehr der Eigeninitiative zur eigenverantwortlichen Aufgabe und gilt nicht als Teil der Reha selbst. Dies basiert auch darauf, dass die Rehabilitanden, denen ein Veränderungsimpuls gelingt, sich zum Ende der Umschulung klar darüber sind, was sie in der Lage sind, zu leisten und wo sie (auf dem Arbeitsmarkt und im Leben) hin wollen. Die Rehabilitanden, die keine Veränderung aus eigener Kraft anstreben, sondern sich nur auf die Steuerung und Strukturierung durch Professionelle verlassen, sind hingegen nach der Umschulung ziellos und fühlen sich verunsichert und isoliert.

6.6.2.4. Motivationale Aspekte

Aufrechterhaltung der Zielorientierung

Bei allen Befragten ist während der beruflichen Rehabilitation eine hohe Zielorientierung (vgl. Meyer, Brüggemann & Widera 2008, S. 98f.) zu beobachten, die auf unterschiedlichen Motivlagen beruht. Besonders vorteilhaft wirkt sie im Kontext eines biografischen Handlungsschemas der Veränderung der Lebenssituation. Doch auch bei Personen, die das Gefühl haben, in die Umschulung bzw. in den dort zu erlernenden Beruf gedrängt worden zu sein, ist eine hohe Zielorientierung zu erkennen. Sie fokussiert aber vielmehr auf das Durchhalten der Maßnahme bis zum erfolgreichen Abschluss.

In Bezug auf die Zielorientierung ist die Phase der beruflichen Rehabilitation von geringerer Bedeutung. Deutlich werden die Unterschiede erst beim RTW, da das Aufrechterhalten der Zielorientierung (insbesondere in einer Übergangsphase der Arbeitslosigkeit) entscheidende Auswirkungen auf den RTW-Erfolg hat. Die Dauer der Arbeitslosigkeit ist dabei nebensächlich. Eine größere Zeitspanne verlängert lediglich die Notwendigkeit und damit die individuell zu

leistende Aufgabe, die Zielorientierung trotz Rückschlägen beizubehalten. Das Aufgeben des Bestrebens, in Arbeit zu kommen, ebnet durch die Neugestaltung des Alltagslebens auf Basis der vorhandenen Rahmenbedingungen und Strukturen den Weg in das Einrichten in der Arbeitslosigkeit: *„Dann hab ich hier versucht was zu finden (.) und eh auch mit der Qualifikation, hätte ich die nich gehabt, (2) es is nichts zu machen“ (Grimm, ZN 40f.)*. Dass die Rehabilitanden, die auch nach der beruflichen Rehabilitation ihre Zielorientierung weiterhin behalten, bei weitem bessere Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt haben und lediglich eine längerfristige Übergangsphase in Arbeit und auch in den Umschulungsberuf aufweisen, bestätigt sich nicht nur in dieser Untersuchung, sondern auch in anderen Ergebnissen (z.B. von Beiderwieden 2001, S. 186f.).

Auffällig ist, dass die Überführung der Zielorientierung in den RTW nicht vom Alter oder dem lokalen und berufsspezifischen Arbeitsmarkt abhängig ist. Dies ist insofern verwunderlich, da angenommen werden könnte, dass schlechte Arbeitsmarktchancen (durch Markt und Alter) im Zusammenhang mit fortwährenden Ablehnungen schnell zu einer Resignation führen könnten. Der tatsächliche Kontrast bezüglich des Aufrechterhaltens der Zielorientierung ist aber in der Lebenssituation der Rehabilitanden verankert: *„Aber ich hab mich jetzt eingerichtet sag ich mal. Na wenn ich noch mal ne Freundin oder ne Frau finde, würde ich mich natürlich freuen, aber ((einatmen)) ich will es nich erzwingen“ (Klomm 2, ZN 1088-1091)*. Während Alleinlebende eher geneigt sind, ihre Situation der Arbeitslosigkeit zu akzeptieren und sich unter Legitimation des Arguments zu alt zu sein oder in ihrem Beruf keine Chancen zu haben in der Arbeitslosigkeit einrichten, sind Rehabilitanden mit einem Partner bzw. Familie weit weniger dafür anfällig.

„Ich glaube wenn man ne gewisse Verantwortung trägt, nimmt man zumindest also in dem (1) in dem Alter [...] diese Verantwortung wesentlich mehr wahr wie, als wenn ich jung war. [...] Aber jetzt wo ebend da nen bisschen mehr dran hängt Haus Hof Familie, dann machst du auch schon nen bisschen mehr“ (Meier, ZN 129-134).

Im Kontrast zur Phase der beruflichen Rehabilitation wirkt beim RTW aber nicht mehr die soziale Unterstützung in der Familie bzw. Partnerschaft förderlich (vgl. Meschnig, von Kardorff & Bartel 2015). Vielmehr transformiert sich die Unterstützung in eine Aufforderung der Renormalisierung des Lebens über die Rückkehr in Arbeit, die als individuelle Aufgabe von den Rehabilitanden zu leisten ist. Das Aufrechterhalten der Zielorientierung mit familiärer/part-

nerschaftlicher Einbindung über eine längere Übergangsphase der Arbeitslosigkeit hinweg erweist sich zunächst sogar als schwieriger, da die betreffenden Personen einem sozialen Druck ausgeliefert sind: *„Erst mal hat man ein Loch, (.) weil man auf der Arbeitssuche=is (.) ne. Also da (.) hab ich ganz schön zu knapsen gehabt, (3) was (1) die Psyche mächtig belastet, die Familie mächtig belastet“* (Wolter, ZN 7-11). Dieser familiäre/partnerschaftliche Druck ist aber gleichfalls ein Ansporn der familiären/partnerschaftlichen Verantwortung, der sich auf die Rückkehr in Arbeit (aber nicht zwangsläufig auf die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz) positiv auswirkt. Die Verantwortung, für die Familie/Partnerschaft handeln zu müssen, einen Beitrag zum Haushaltseinkommen zu leisten, in ein „normales“ Familienleben zurückzukehren und damit auch formal die Krankheit hinter sich zu lassen, ist ein zentrales Kriterium der Überführung der Zielorientierung in den RTW und damit auch der Erfolgsaussichten für den RTW. Weiterhin zeigt sich, dass die familiär/partnerschaftlich untermauerte Zielorientierung während der Rehabilitation und im RTW auch zur besseren Krankheitsbewältigung beiträgt. Eine starke Zielorientierung steigert die Selbstwirksamkeitserwartung sowohl im berufsbiografischen Verlauf als auch im Prozess der Veränderung der Wahrnehmung sowie des Umgangs mit der Krankheit.

Wenn Personen nicht in einer Partnerschaft bzw. Familie leben und somit keine Verantwortung für andere Personen zu tragen haben, ist das Risiko, dass sie ihre Zielorientierung nach der Umschulung bei längerer Arbeitslosigkeit verlieren, sehr groß. Anhand der Daten zeigt sich aber deutlich, dass hier eine Förderung seitens der Träger oder der Einrichtungen nötig wäre und sich förderlich auswirken kann. Eine begleitende Unterstützung beim RTW schwächt die Isolationsgefühle ab, indem die Überführung der Zielorientierung in den RTW nicht mehr als individuell zu leistende und überfordernde Aufgabe wahrgenommen wird. Dies garantiert zwar nicht das Gelingen des RTW, verbessert aber die Chancen, da bei einer Förderung der Rehabilitanden die Eigeninitiative gestärkt und vor allem fortlaufend angeregt wird, was die Akzeptanz der und das Einrichten in Arbeitslosigkeit unterminiert: *„Da waren Kontakte da bis ich dann ähm in Job gekommen bin ne. [...] Das war alles wirklich: völllich: positiv“* (Künz, ZN 811-816).

Positive Wirkung der Lebenslauforientierung

Die Lebenslauforientierung rekrutiert die „Normalbiografie“ als Abgleichs- und Orientierungsfolie der Lebensführung für sich. Daran gebunden ist die gesamtgesellschaftlich legitimierte

und individuell zu leistende Annahme, dass Erwerbsarbeit die zentrale Partizipationsmöglichkeit an Gesellschaft sowie der strukturelle Kern des Lebens ist, an dem sich alle übrigen sozialen Systeme anlagern und auf den sie zugeschnitten sind (vgl. Kohli 1989, S. 253). Sie ist im Sinne von Schütze vor allem ein institutionalisiertes Ablaufmuster der gesamtgesellschaftlichen Erwartungen, das keiner weiteren Legitimation, Argumentation und Rechtfertigung bedarf, und von Menschen als unbefragte Orientierungsfolie für die Ausrichtung des tagtäglichen Lebens genutzt wird. (vgl. Schütze 1981, S. 141).

Entscheidend für die Wirkung der Lebenslauforientierung auf den RTW ist, mit welcher Selbstevidenz sie von den Rehabilitanden wahrgenommen und verfolgt wird. Ein Verlust oder Hinterfragen der Lebenslauforientierung lässt unweigerlich die sinnstiftende Funktion von Erwerbsarbeit, die Notwendigkeit für die Partizipation an der Gesellschaft und somit auch die Relevanz der Rückkehr in Arbeit ins Wanken geraten. Auch hier zeigt sich in den Daten eine deutliche Abhängigkeit der Wirksamkeit der Lebenslauforientierung von der Lebenssituation. Insbesondere Männern, die in familiärer/partnerschaftlicher Verantwortung den RTW bestreiten, weisen eine hohe Selbstevidenz der Lebenslauforientierung auf: *„Aber ich hab für mich selber dann gesagt, ich möchte eigentlich nicht die dreißig- nächsten dreißig Jahre Zuhause hocken, weil dann würeste wirklich zum Stubenhocker, weißt nicht mehr was du mit dir anstellen sollst“* (Vogel, ZN 377-381). Alleinlebende Männer hingegen tendieren häufig dazu, Erwerbsarbeit nur unter den Gesichtspunkten der finanziellen Einkünfte, der sozialen Integrationsmöglichkeit sowie der Passung des Arbeitsplatzes zum erlernten Beruf zu beurteilen. Dementsprechend akzeptieren alleinlebende Männer auch eher längere Phasen von Arbeitslosigkeit und warten lieber auf eine passende Anstellung: *„Ja ich würd mir schon gerne irgendwie nen Elektronikerjob in der Nähe (.) wünschen, (.) oder irgendwie (1) inner Werkstatt, aber das is natürlich das ((einatmen)) Problem“* (Piepeck, ZN 240-243). Bei Frauen im Allgemeinen und Männern in Partnerschaft/Familie hingegen strukturiert die „Normalbiografie“ das Leben. Sie wirkt vor allem über ihre gesamtgesellschaftliche Akzeptanz und Legitimation handlungsleitend. Dies ist für die Personen relevant, weil sie nach einer Rehabilitation über einen gelingenden RTW wieder zurück in ein „normales“ Leben gelangen möchten. Die (Wieder-)Herstellung eines geregelten und nicht mehr rechtfertigungsbedürftigen Lebens und damit auch das Entkommen der krankheitsbedingten Sonderstellung ist gerade bei Frauen aber auch bei Männern in Partnerschaft/Familie von zentraler Bedeutung. Dieser Aspekt wird besonders inner-

halb der Phasen der Arbeitslosigkeit deutlich. Die Arbeitslosigkeit wirkt überaus stigmatisierend auf die Personen, während alleinlebende Männer vornehmlich die Notwendigkeit des permanenten Kontakts zu Repräsentanten des sozialen Sicherungssystems beklagen. Die Wirksamkeit des Stigmas basiert auf der Orientierung an der „Normalbiografie“, da die Personen sich durch das Fehlen des „strukturellen Kerns“ als randseitiges und nutzloses Mitglied der Gesellschaft sehen und das Gefühl haben, sich für ihre Situation (und warum sie dieser noch immer nicht entkommen sind) fortwährend rechtfertigen zu müssen: *„Ich war die Dritte die entlassen [...] wieder völlig eine Welt für mich zusammengebrochen und (1) wieder Schocktherapie. Ostern war natürlich gelaufen“* (Künz, ZN 99-106).

Akzeptanz einer niedrigen Entlohnung

Anhand verschiedener Konstellationen, insbesondere bei psychischen Belastungen und vor allem an Frau Bender, ist zu erkennen, wie die Rückkehr in Arbeit und sogar die Arbeit im Umschulungsberuf nicht zwangsläufig zur allgemeinen Zufriedenheit beiträgt. Die Unzufriedenheit mit der Lebenssituation und mit dem Arbeitsplatz geht bei diesen Personen mit einem niedrigen Einkommen einher: *„Ich möchte in einen Laden gehen können und nich darüber nachdenken, ob ich mir eine siebzich Euro Tasche kaufe oder nich, weißt du?“* (Bender 2, ZN 1315f.). Damit eng verknüpft ist die Herstellung von Normalität über Arbeit. Diesen Personen ist es noch nicht gelungen, in der Gesellschaft angekommen zu sein; zumindest aus ihrer Perspektive zeigt sich, dass ihr geringes Einkommen (noch) nicht das gesellschaftliche Prestige und die berufliche Position bereithält, welches bzw. welche sie mit der Teilnahme an der beruflichen Rehabilitation anstrebten.

„Also das mach ich nicht alles für mich; (.) das mach ich schon immer alles für andere. (.) Für meine Familie für meinen Partner. für Stolz; ne. Dass man sagt: „Mensch, du bist im Arbeitsleben“ „Mensch, du hast ne Ausbildung abgeschlossen.“ Ich=habe=damals=keine=ich=hab=auch=keine abgeschlossene Berufsausbildung. Ähm (.) man ist ja sonst nichts; auch in der Gesellschaft“ (Bender 1, ZN 391-395).

Damit steht die Herstellung von „Normalität“ noch immer im Zentrum ihrer Bemühungen und die Barrieren dorthin führen zur Unzufriedenheit. Dadurch dass die „Normalität“ über Arbeit noch nicht hergestellt werden konnte, wirkt die besetzte Position im hierarchischen Gefälle als Stigma und die Krankheit als Ursache dafür.

„Also weil wir sind einfach andere Schüler. Wir sind einfach nicht normale Azubis, sondern wir sind anders als die anderen. Und ich denke, zum einen wird immer gesagt „wir sind anders als die anderen“, aber zum andern wird gesagt „wir müssen (.) im realen Leben nachher klar kommen.“ (.) Deswegen (.) bereiten sie uns da irgendwie drauf vor; und deswegen mit wenig, ich finde es wird sehr wenig Verständnis dafür gezeigt, (.) dass man anders ist“ (Bender 1, ZN 278-283).

Die Akzeptanz der niedrigen Entlohnung steht insofern im Zusammenhang mit motivationalen Aspekten, als dass der individuelle Zweck und Sinn der Umschulung und damit auch die Relevanz der Arbeit in der Lebensführung davon betroffen ist. Die berufliche Rehabilitation war als Veränderungsimpuls gedacht, doch die geplante und gewollte Veränderung hin zu einer „normalen“ Position inmitten der Gesellschaft über Arbeit lässt sich nicht wie erhofft umsetzen. Die Suche nach einer Verbesserung der Lebenssituation mit der Umschulung und dem dort erlernten Beruf als Chance am Arbeitsmarkt misslingt und führt, neben der persönlichen Unzufriedenheit, zu einer retrospektiv negativen Beurteilung der Umschulung, dem Infragestellen der subjektiven Entscheidungen und Planungen und damit auch zur Unsicherheit über die Passgenauigkeit eigener Motivationen.

Im Kontrast zu anderen Rehabilitanden zeigt sich deutlich die Verbindung der fehlenden Akzeptanz eines geringen Einkommens mit der Motivation, darüber den Status eines „normalen“ Gesellschaftsmitglieds zu erhalten. Bei weitem nicht alle Teilnehmer³⁷ verleihen dem Einkommen eine symbolträchtige Funktion. Grundlage dafür ist einerseits, dass diese Personen einen anderen Bezug zur Arbeit haben. Empirisch zeigt sich, dass Personen, die ein geringes Einkommen akzeptieren, vor allem Wert auf die gesellschaftliche Teilhabe über Arbeit legen, Arbeit als einen regulären Bestandteil des (Alltags-)Lebens empfinden und das Einkommen nur in Bezug zur Lebenssicherung setzen: *„Arbeit eigentlich, für mich ist Arbeit mmm, (1) ich sag mal eigentlich so=so=son bisschen (.) einmal ein bisschen Selbstdarstellung (.) ne, zu zeigen was ich kann ne“ (Siebert, ZN 947f.).* Andererseits ist ein deutlicher Kontrast in der Relevanzsetzung der Lebensbereiche zu erkennen. Die Arbeitswelt spielt nur eine geringe Rolle. Viel wichtiger sind die soziale Einbindung in der Familie, das soziale Netzwerk und der Erhalt von Bestätigung in diesen Lebensbereichen: *„Also zuerst kommt die Familie, dann kommt ne Weile nix, dann kommt Arbeit“ (Meier, ZN 36-41).* Die gefühlte „Normalität“ muss demzufolge nicht erst über

³⁷ Auffällig ist, dass gerade Personen mit psychischen Beschwerden sich in der Relevanz des Einkommens deutlich abheben

und in Arbeit hergestellt werden, sondern ist bereits vorhanden. In diesem Zusammenhang ist die Teilnahme an der beruflichen Rehabilitation nicht an den Wunsch nach einer Veränderung mithilfe eines sozialen Aufstiegs geknüpft. Vielmehr dient sie der Restabilisierung des Lebens über die Vervollständigung der Identitätskonstellation unter Einbindung der Lebenswelt Arbeit.

6.6.2.5. Soziale Einbindung

Work-Life-Balance und soziale Einbindung

Für einen gelingenden RTW und ein aussichtsreiches SAW ist eine ausgewogene Work-Life-Balance von großer Bedeutung. Hierbei reicht es aber nicht aus, zur Arbeit einen gelungenen Ausgleich zu finden, wie etwa freizeitlichen Aktivitäten mit der Familie nachzugehen, ein Hobby zu haben oder in einem Sport- oder sonstigen Verein mitzuwirken. Eine gute Work-Life-Balance zeichnet sich vielmehr durch eine gute Vereinbarkeit der verschiedenen Lebensbereiche aus. Erst die soziale Integration in Arbeit, in der Familie und in einem sozialen Netzwerk sowie der Erhalt von Bestätigung und Anerkennung in diesen Lebensbereichen kennzeichnet eine gelungene Work-Life-Balance: *„Ich denke, wer beruflich unzufrieden ist, nimmt das mit in sein Privatleben und wirkt sich auf das ganze Privatleben und auf die Familie aus. (.) Das kenn ich wie gesagt aus eigener Erfahrung“ (Jungmann, ZN 744ff.).*

Problematisch ist somit, die fehlende soziale Integration am Arbeitsplatz nach der Umschulung. Sie führt zu Anpassungs- und Akzeptanzproblemen, zu einer allgemeinen Unzufriedenheit mit der Lebenssituation und wirkt sich nicht nur negativ am Arbeitsplatz aus, sondern transformiert ihre negativen Auswirkungen auch in die anderen Lebensbereiche: *„Problematisch ist es natürlich, wenn man nicht weiß, wie gehts weiter. Ich weiß, dass der Job mir überhaupt nicht gut tut. (1) Tut mir auch von der Psyche her weiß Gott nich gut“ (Drach, ZN 189f.).* Eine verwehrte soziale Integration in bzw. über Arbeit kann auch aus dem Misslingen der Reintegration trotz aller Bemühungen herrühren. Die Folge ist das Einrichten in der Arbeitslosigkeit und die Fokussierung anderer Lebensbereiche zum Erhalt von Anerkennung und Bestätigung. Vor allem männliche Rehabilitanden suchen nach sozialen Kontakten außerhalb von Arbeit, wenn ihnen die soziale Integration in und über Arbeit verwehrt bleibt.

„Und ich hab alte Kumpels getroffen, die haben gesagt: „Komm hin“ [...] und „Man kann da viel gemeinnützige Arbeit machen.“ (.) Das sind sechzig eh Mitglieder (.) ((einatmen))

und denn kann man auch mal n Training leiten, oder eh die Leute n bisschen was erzählen da“ (Klomm 2, ZN 1100-1108).

Häufig tendieren sie dazu, sich in einer sozialen Welt (vgl. Schütze 2002, S. 70, Strübing 2007, S. 73-97) zu engagieren und dort innerhalb der Hierarchie aufzusteigen. Die vielgepriesene Freizeitorientierung in Verbindung mit postmaterialistischen Werten (vgl. Inglehart 1998, S. 46, 48, 56) zeigt sich bei den männlichen alleinlebenden Rehabilitanden somit eher als zwangsläufige Alternative zur Arbeitswelt und dient der Kompensation fehlender arbeits- und berufsbezogener Identitätsbestandteile (vgl. Brose 1983, S. 28). Bei weiblichen Rehabilitandinnen ist diese Alternativsuche nicht zu beobachten. Sie behalten trotz aller Rückschläge den Stellenwert der sozialen Integration über und in Arbeit bei und sind in Kombination mit ihrer starken Orientierung an der „Normalbiografie“ ausschließlich auf den Erhalt von Anerkennung und Bestätigung in der Arbeitswelt fokussiert.

„Na das find ich schon ganz wichtig, weil man dann das Gefühl hat, gebraucht zu werden. [...] Man braucht Struktur, [...] um sich selber zu stärken, [...] um sich einzubringen. [...] Also ich finde, das braucht man so als Mensch. ((lacht)) Das braucht man so als Bestätigung bzw. als so ein Lebensgefühl. Das gehört mit dazu“ (Holl, ZN 185-196).

Daher sind Frauen aber auch eher gewillt, tendenziell unangenehme Arbeiten zu akzeptieren, die im Rückschluss die Herstellung einer gelungenen Work-Life-Balance erschweren. Diesbezüglich scheint die soziale Integration am Arbeitsplatz überaus wichtig, da sie ein Gleichgewicht zu weniger angenehmen Arbeiten herstellen kann und die Zufriedenheit erhöht.

Familie

Ein zentrales Ergebnis des vorherigen Projektes „Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation“ ist, dass die soziale Unterstützung in der Familie einen sehr wichtiger Prädiktor für das erfolgreiche Absolvieren der beruflichen Qualifikationsmaßnahme ist (vgl. Kardorff et al. 2013a, S. 144). Anhand der empirischen Ergebnisse der aktuellen Untersuchung zeigt sich zwar, dass die familiäre/partnerschaftliche Einbindung statistisch signifikante Auswirkungen auf einen gelungenen RTW besitzt, doch aus den qualitativen Daten ist zu erkennen, dass dies weit weniger im Kontext der sozialen Unterstützung in der Familie oder Partnerschaft zu sehen ist. Vielmehr zeigt sich eine deutliche Veränderung durch das Ende der Umschulung in den familiären/partnerschaftlichen Unterstützungen und Erwartungen. Während die Rehabilitanden in der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme innerfamiliär gefördert, entlastet und behütet werden, kippt dies nach dem Ende der Maßnahme in eine Forderung

nach der Rückkehr in Arbeit. Von den Rehabilitanden wird erwartet, dass sie individuell und aus eigener Kraft möglichst zeitnah einen passenden Arbeitsplatz finden, so ihren Anteil zum familiären/partnerschaftlichen Einkommen leisten und auch Verantwortung in der kollektiven Alltagsorganisation übernehmen. Am Ende der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme verlassen sie nicht nur den Schonraum im BFW oder bei einem freien Träger, sondern auch den innerfamiliären/partnerschaftlichen Status einer zu schonenden Person.

„Die Familie war immer da und hat (1) mich immer wenn ichs brauchte gestreichelt, und äh hat mich da auch immer unterstützt und gerade in der Umschulungsphase. [...] Aber jetzt kann ich dem wieder=was=zurück=geben. Also dadurch, dass man dann auch wieder öfters da: ist oder eben auch mal wieder nen bisschen mehr Geld hat, um dann eben mal Wünsche zu erfüllen. Da- äh:, das ist dann so nen gutes Gefühl ja“ (Meier, ZN 90-100).

Die Rückkehr der Eigeninitiative und Verantwortung für das eigene Leben und für andere wirkt sich dabei in der Regel positiv aus. Der familiäre/partnerschaftliche Druck ist gleichzeitig ein Ansporn für den RTW und fördert ein positives Selbstbild der Rehabilitanden. Im Einklang mit dieser Veränderung wird der langwierige Prozess von der eingetretenen Berufsunfähigkeit bis zur beruflichen Rehabilitation abgeschlossen, die chronische Krankheit als überwunden deklariert und der Abschluss symbolisiert gleichermaßen eine Rückkehr auf Augenhöhe in der partnerschaftlichen Beziehung. Den Höhepunkt der Rückkehr der Gleichwertigkeit in der Partnerschaft markiert die Wiederaufnahme der Erwerbsarbeit.

Sowohl quantitativ als auch qualitativ wird die Relevanz der Partnerschaft für den RTW deutlich. Während sie statistisch im Zusammenhang mit dem Alter und der Region auffällig ist, zeigt sich qualitativ, dass insbesondere die motivationalen Aspekte Verantwortung und Lebenslauforientierung entscheidend sind. Diese scheinbare Diskrepanz ist aber kein Widerspruch. Insbesondere ältere Männer in Mecklenburg-Vorpommern, aber teilweise auch in Berlin und Brandenburg, sind in unserer Stichprobe alleinlebend. Im Kontrast zu Frauen, Männern in Partnerschaft/mit Familie und alleinlebenden Männern in Baden-Württemberg haben sie die Suche nach einer Partnerschaft weitestgehend aufgegeben und/oder schmerzliche Trennungen hinter sich. Dementsprechend sehen sie kaum oder keine Motivation, aus Verantwortung für andere Personen zu handeln, akzeptieren daher längere Phasen der Arbeitslosigkeit oder beginnen, sich darin einzurichten. Ebenso wenig wirkt die Lebenslauforientierung bei ihnen. Stattdessen fokussieren sie andere Lebensbereiche, wie z.B. Freundeskreise oder Vereine, und fühlen sich dort geborgen und anerkannt.

„Na ja, ick möchte, eh ick möchte gern auch mein Geld verdienen. (.) Ick möchte gerne eh nicht um, nicht um der Arbeit willen, sondern um, um, ((schnalzt)) um meines Lebens, eh, mein Leben selber wieder organisieren zu können. Um da frei en-, frei entscheiden zu können und dazu jehört einfach wat tun. [...] Und eh wäre mir natürlich am schönsten, wenn dat irgendwie ein Job wäre, wo ick auch nette Kollegen hätte und eh mh ((pustet)), und mh, natürlich f-, optimale, wünsch ich mir da drin. (.) Aber es ist eben nich, wo jetzt mein, mein (1) Herz dran hängen wird“ (Dietrich, ZN 2099-2110).

Soziales Netzwerk

Im Kontrast zur Familie verändert sich die Unterstützung im sozialen Netzwerk kaum. Dort erfahren die Rehabilitanden während und nach der Maßnahme vor allem Zuspruch. Beim RTW wird die Unterstützung durch einen weiteren förderlichen Effekt bereichert. Er bezieht sich auf eine direkte Vermittlungsaktivität zu potentiellen Arbeitgebern durch das Insiderwissen von Personen im sozialen Netzwerk: *„Er hat mich schon aufgefordert, ne Bewerbung zu schicken. ((ausatmen)) Also er will angeblich irgendwie sechs Leute einstellen ((einatmen)) und (.) is nen uralter guter Bekannter von mir“ (Piepeck, ZN 417ff.).* Dieser Effekt ist aber recht selten zu beobachten und kann somit nur als positiv wirkender Nebeneffekt eingeschätzt werden. Zudem steht er in direkter Abhängigkeit vom berufsspezifischen Arbeitsmarkt und kann seine Wirkung auch nur direkt beim Übergang zum RTW oder bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit in Kombination mit einer schlechten Arbeitsmarktlage entfalten. Des Weiteren ist er an die kollektive Relevanzsetzung von Arbeit im sozialen Netzwerk gebunden. Wird der Arbeit ein geringer Stellenwert im Leben beigemessen, wirkt das Netzwerk eher kontraproduktiv und lässt die Rehabilitanden zum Einrichten in Arbeitslosigkeit tendieren. Insbesondere bei der Zugehörigkeit zu einer sozialen Welt wird dieses Phänomen deutlich. Die soziale Welt bietet nicht nur in puncto Arbeit eine Alternative zur Verwirklichung, sondern steht in Konkurrenz zu ihr, da sie einen kontrastiven Lebensbereich strukturiert, der zu einer aktiven Teilhabe nötigt. Die Rehabilitanden müssen sich bezüglich Identifikation und Integration zwischen sozialer Welt und Arbeit entscheiden.

„Also wir ham regelmäßig veranstaltet und dekoriert, ((einatmen)) und ja das hat mich gut aufgefang. (.) Und deshalb war es für mich wirklich am Platz eins, (1) weil ich mir ja auch. Ich bin ja im Grunde genommen in der prägenden Phase meines Lebens nie auf diese Zielstrebigkeit so richtig eh getrimmt worden, dass Beruf was Wichtiges ist“ (Schmidt, ZN 565-568).

Das oberste Ziel der Vereinbarkeit beider Lebensbereiche (z.B. Arbeiten innerhalb sozialer-Welt-Arenen) wird zwar stets angestrebt aber kaum erreicht. Insbesondere der Fokus auf die Verwirklichung dieses Ziels, wirkt hemmend auf den RTW, da die Rehabilitanden kaum perspektivoffen auf alternative Möglichkeiten der Reintegration in Arbeit reagieren.

6.6.2.6. Der Arbeitsmarkt

Mit dem Arbeitsmarkt werden grundsätzlich alle Rehabilitanden beim RTW konfrontiert. Er entfaltet seine Auswirkungen selbst dann, wenn ein Arbeitsplatz direkt im Anschluss der Umschulung gefunden wird. In diesem Fall hat der Arbeitsmarkt Einfluss auf die Entlohnung, die stark regional und konjunkturell abhängig ist. Hetzel (2015a) erkennt einen Zusammenhang zwischen der (regionalen) Konjunktur und dem Alter der Rehabilitanden. „[Es] zeigt sich, dass bei sehr geringer Arbeitslosigkeit kein Altersunterschied bezüglich RTW festzustellen ist. [...] Bei sehr hoher regionaler Arbeitslosigkeit ist der Altersunterschied signifikant“ (ebd., S. 194). Auch die statistische Auswertung in unserer Studien weist darauf hin, dass der RTW-Erfolg in der Kombination mit der Lebenssituation und dem Alter vom regionalen Arbeitsmarkt beeinflusst wird (vgl. Kapitel 5.8.). Daraus lässt sich ableiten, dass starke regionale Unterschiede auf dem Arbeitsmarkt auch zu stark differenten Aussichten für den RTW führen. Dies sollte insbesondere in Zeiten konjunktureller Flauten oder Abwärtstrends vorzufinden sein, da in Zeiten des Booms auch schwächere Regionen vom Aufschwung nicht unbeeinflusst sein dürften und starke Regionen nicht überdimensional wachsen können.

Eine Erklärung für die Auswirkung auf Rehabilitanden, die aus einer beruflichen Qualifizierungsmaßnahme kommen, könnten das bereits erreichte Alter und die fehlende Berufserfahrung bieten. Zumindest sehen die Rehabilitanden selbst diese Aspekte als zentrale Hindernisse: *„Aufgrund meines Alters, denke ich mir mal, ist es schwierig eine Stelle zu bekommen beziehungsweise äh es in der fehlt mir jetzt die Berufsjahre in diesem neuen Beruf“* (Holl, ZN 308ff.). Nur bei einer guten Arbeitsmarktlage und/oder beruflichen Beziehungen erfolgt eine schnelle Integration in den Arbeitsmarkt, da aus ihrer Sicht Rehabilitanden nur dann von Arbeitgebern in Betracht gezogen werden, wenn keine besseren Alternativen vorhanden sind: *„Die wollen Leute haben, die das drei Jahre studiert haben. Und eh mit dieser Umschulung selber is nicht (.) eh, is den zu gering“* (Grimm, ZN 43f.).

Aus der qualitativen Analyse zeigen sich aber weiteren Wirkfaktoren, die von den meisten Rehabilitanden wenig reflektiert werden. Erstens ist nicht der allgemeine Arbeitsmarkt für den RTW-Erfolg entscheidend sondern vielmehr der berufsspezifische. Bei einer Sättigung des Arbeitsmarktes dauert der Prozess in eine passende Anstellung (im Umschulungsberuf) zwangsläufig im Durchschnitt länger. Zudem trägt die berufliche Rehabilitation selbst zu einer Überproduktion an Facharbeitern bei, indem schlichtweg zu viele Rehabilitanden in aufeinanderfolgenden Kohorten im gleichen Beruf ausgebildet werden.

„Den Beruf den ich umgeschult hab, [...] der is eigentlich so wie, ja, kurz nach den ((einatmen)) Neunzigern eh Floristin und Verkäuferin so sehr inflationär umgeschult worden, (.) dass ein Überbedarf aktuell am Markt da is. (.) Demzufolge findet man dort auch keinen, keine Beschäftigung in dem Bereich“ (Hoffmann, ZN 22-29).

Zweitens hat der Arbeitsmarkt nur in der Verbindung mit der (berufs-)biografischen Vorgeschichte einen deutlichen Einfluss auf den RTW-Erfolg. Ein vorzeigbarer Lebenslauf, allgemeine Arbeitserfahrung und im Ideal eine Aufstiegskarriere vor der beruflichen Rehabilitation scheinen Arbeitgeber zu beeindrucken und machen den Facharbeitertitel der Umschulung zu einer Zugangsberechtigung für den ausgeschriebenen Arbeitsplatz.

„Das kommt mir wirklich so äh zugute, dass ich den Job schon mal gemacht habe, weil ebend äh. (3) Ich gloob des deswegen ham se mich och genommen, ((stockend)) weil ich nen anderen Blickwinkel auf Veranstaltungen habe“ (Meier, ZN 355ff.).

Drittens stehen die Auswirkungen des Arbeitsmarkts in deutlicher Verbindung mit der Überführung der Zielorientierung der Rehabilitanden von der Umschulung zum RTW. Bei Personen, denen diese Transformation gelingt, hat der Arbeitsmarkt lediglich Einfluss auf die Dauer der Arbeitslosigkeit jedoch nicht darauf, ob diese Personen in Arbeit kommen: *„Weil vom jetzigen Blick auf den Arbeitsmarkt sag ich definitiv nein, also demzufolge, ja fünfzig fünfzig“ (Hoffmann, ZN 1095f.).* Personen ohne aufrechterhaltene Zielorientierung hingegen beginnen recht früh zu resignieren und sehen einen zu Beginn scheinbar geschlossenen Arbeitsmarkt als unveränderbare Rahmenbedingung, die ihnen auf Dauer den Zugang in Arbeit versperren wird.

„Dieses Vorstellungsgespräch ist auch nur eins, da wäre ick auch nur einer von hundert oder zweihundert sein. Also eh das ist so, und eh dass die sich dann den Ältesten nehmen (ironisch) mit eh der wenigsten Berufserfahrung, (1) möchte ich nich ganz ausschließen erstmal. (.) Ich weiß es nicht, lass es auf mich zukommen“ (Dietrich, ZN 311-316).

7. Synopse der Ergebnisse

Im der folgenden Synopse führen wir die Ergebnisse der quantitativen und der qualitativen Analysen zusammen. Vor dem Hintergrund der mit dem RTW angestrebten „Normalisierung“ von Lebens- und Berufskonstruktionen und eingebettet in die im Kapitel 3.1. ausgeführte theoretische Unterscheidung zwischen „Risikogruppe“ und „Risikokonstellationen“ werden die Ergebnisse nach Hauptthemen und wichtigsten Dimensionen geordnet und dargestellt.

7.1. Zur Ausgangssituation

Die Diagnose einer chronischen Erkrankung oder einer anderen gesundheitlichen Einschränkung, die einen Verbleib im bisherigen Beruf nicht mehr möglich macht, lässt sich als Bruch bisher vertrauter Formen der Lebensführung beschreiben: soziologisch als nicht-normatives, psychologisch als kritisches Lebensereignis; subjektiv wird dieser Einschnitt als Krise, Bedrohung und Verlust erlebt, der sich auf das Selbstbild, auf den Lebensentwurf insgesamt und die vorhandenen sozialen Beziehungen auswirkt und mit Existenzängsten einhergeht; dafür müssen zunächst, jenseits der Hilfen aus dem Rehabilitationssystem und seinen speziellen Angeboten, individuelle Problemlösungen entwickelt werden. Damit stellt sich die Frage nach den Bedingungen zur Wiedergewinnung von *Normalität*, hier konzentriert auf die Rückkehr in Arbeit mit Hilfe und in Anschluss an eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme, die auf eine Normalisierung (Stabilisierung neuer Routinen) unter den neuen Bedingungen des Lebens und Arbeitens mit gesundheitlichen Beeinträchtigung zielt. Für die Gruppe der Rehabilitanden in BFWs bedeutet Normalisierung in der Regel eine Rückkehr in bereits vertraute „Normalarbeitsverhältnisse“, aus denen die Mehrzahl der Teilnehmer stammt³⁸.

Auch wenn die Rehabilitationsbedürftigkeit aufgrund der Zunahme chronischer Krankheiten (RKI-DEGS-Studie 2013; Knieps & Pfaff 2015) steigt³⁹, bleibt sie immer eine besondere Situa-

³⁸ Das Angebot der zweijährigen Umschulungsmaßnahme entspricht in seiner inhaltlichen Gestaltung der Erfahrung, die die Mehrzahl der Teilnehmer bereits bei ihrer ersten beruflichen Ausbildung gemacht haben. Das ist der sozusagen vertraute Teil der Maßnahme; der unvertraute und oft angstbesetzte Teil ist der Weg in ein neues Berufsfeld und die Frage, ob man die Ausbildung und weitergehend den Wiedereinstieg in Erwerbsarbeit schafft. Diese Normalisierungsperspektive dürfte auch ein Grund für die bei fast allen Teilnehmer zu beobachtende hohe Motivation sein.

³⁹ Auch wenn Langzeiterkrankte in Betrieben nur einen geringen (c. 4 %), mit dem Alter allerdings steigenden Anteil ausmachen, weisen sie besonders lange AU-Zeiten auf (Badura et al. 2007; Kraus, Letzel & Nowak

tion, für die der Einzelne in der Regel weder eigene Erfahrungen besitzt noch auf Bewältigungsmuster aus der eigenen Familie zurückgreifen kann. Das Ziel der Teilnehmer ist die Wiederherstellung von Normalität, zumindest die Kontinuierung der Lebensperspektiven, die unerwartet unterbrochen wurden. Vielfach kann jedoch die berufliche Kontinuität nicht mehr gewahrt bleiben, was sich auch auf andere Lebensbereiche auswirkt und zu Veränderungen der biografischen Selbstpositionierung, der Alltagsorganisation und der Krankheitsarbeit führt (vgl. www.krankheitserfahrungen.de). Das Neuarrangement und die dazu erforderlichen Aufgaben (Corbin & Strauss 2010) werden unterschiedlich bewältigt. Dies hängt einerseits von relativ stabilen Persönlichkeitseigenschaften und Personenmerkmalen ab, zum anderen von strukturellen Rahmenbedingungen (wie dem regionalen Arbeitsmarkt), vorhandenen Rehabilitationsmöglichkeiten und vor allem von biografischen Aspekten (aufgeschichtete Erfahrungen und Erwartungen, subjektive Bewertungen, Ereignisketten, Entscheidungen, etc.) sowie von Lebenssituation, kritischen Lebensereignissen (z.B. Rückfälle, andere kritische Lebensereignisse wie Trennungen, Schulden etc.) und Bewältigungsstrategien.

Der Mehrzahl der Rehabilitanden gelingt das Neuarrangement mit der Krankheit, biografische und berufliche Neuorientierung, berufliche Um- oder Weiterqualifizierung und der Wiedereinstieg in Arbeit unspektakulär und zumindest nach außen hin mehr oder weniger unauffällig; kleine Krisen, Einschränkungen, „Durchhänger“ werden meist ohne große Hilfen von außen gemeistert, besonders wenn eine gute Einbindung in soziale Beziehungsnetze vor allem in Partnerschaft und Familie vorliegt und die gesundheitlichen Einschränkungen weitgehend kontrolliert werden können. Für eine kleine Gruppe in unserem Sample trifft dies nicht oder nur begrenzt zu. Damit wird die Identifikation von Personen und Konstellationen, die ein erhöhtes Risiko besitzen, an den Herausforderungen der neuen Situation zu scheitern, zu einer versorgungspolitisch wie handlungspraktisch zentralen Herausforderung in der beruflichen Rehabilitation.

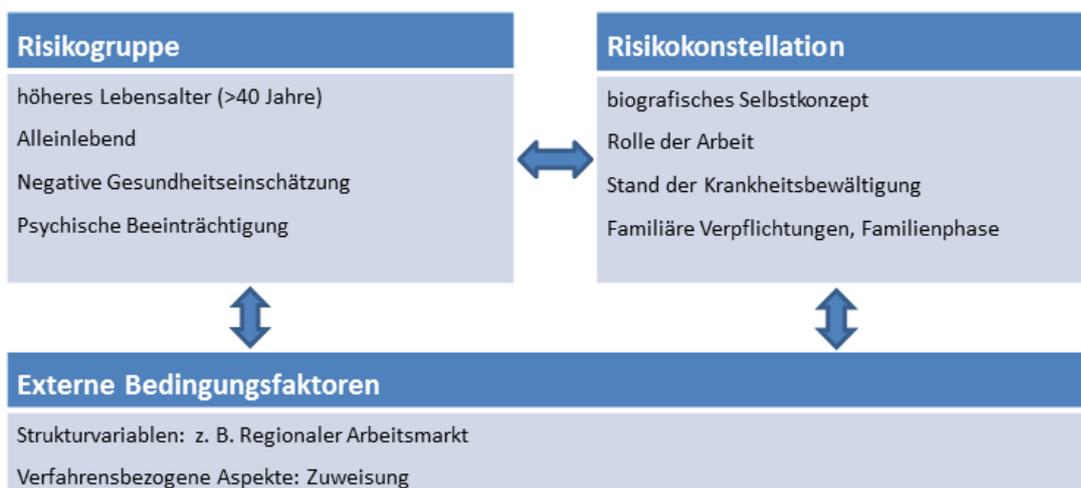
2010; Knieps & Pfaff 2015). Gemessen an AU-Zeiten ergibt sich folgendes Bild: im Durchschnitt entfallen 21,5 AU-Tage/Jahr auf Muskel- und Skeletterkrankungen, 12,8 Tage (Frauen) und 7,5 Tage (Männer) auf psychiatrische Diagnosen und 6 Tage auf Herz- und Kreislauferkrankungen (RKI 2015, Kap. 3.2). Die deutliche Zunahme der AU-Tage und der EM-Renten aufgrund psychiatrischer Diagnosen (DRV 2014a) wird in der Gesundheitsberichterstattung v.a. auf veränderte Bedingungen in der Arbeitswelt zurückgeführt (RKI 2015, S. 120). Insgesamt zeigt sich eine Zunahme der AU-Tage mit steigendem Alter der Beschäftigten (vgl. Knieps & Pfaff 2015).

Für eine wissenschaftliche Analyse dieser komplexen Ausgangslage, in der sich Rehabilitanden auf ihrem Weg in eine neue Normalität im Leben und Arbeiten mit chronischer Krankheit befinden und mit Blick auf gezielte und wirksame Formen institutionalisierter und personalisierter Unterstützung, bieten sich zwei einander zwar nicht ausschließende, aber deutlich unterschiedlich akzentuierte und methodisch differente Zugangsweisen an:

Zum einen die Identifikation von *Risikogruppen* für den RTW bei denen eine bestimmte Kombination von relativ konstanten Personenmerkmalen vorliegt⁴⁰, zum anderen das Vorhandensein von typisierbaren und verallgemeinerbaren *Risikokonstellationen*. Letztere sind durch das konkrete Zusammenspiel von biografischen, situativen und umfeldbezogenen Bedingungen bestimmt und bilden sich im *Prozessverlauf* heraus. Damit möchten wir darauf hinweisen, dass bei Personen die aus der Risikogruppe stammen, nicht direkt auf gelingenden oder misslingenden RTW geschlossen werden kann. Vielmehr kommt es bei individuellen, aber auch bei den generalisierbaren Konstellationen (vgl. Clusteranalyse 6.4.2.) auf die konkrete Verlaufskurve und die sie bestimmenden Bedingungen an.

Zur Verdeutlichung der Differenzen werden in Abbildung 25 exemplarisch einige ausgewählte Ergebnisse dargestellt.

Abbildung 25: Risikogruppe und Risikokonstellation



⁴⁰ Der methodologische Ansatz einer Risikogruppenanalyse folgt letztlich einem individualistischen, medizinisch-psychologischen Krankheitsmodell und blendet damit etwa die Kontextvariablen aus, die im Modell der ICF für die Rehabilitation als wesentliche Faktoren fungieren. Die Interaktion und damit der prozessuale Charakter zwischen Kontextfaktoren und individuellen Personenmerkmalen lassen sich im Modell der Risikofaktoren allein nicht adäquat abbilden.

Im Modell der Risikogruppe wird davon ausgegangen, dass spezifische Personenmerkmale, die mithilfe von standardisierten Erhebungsverfahren bei in der Regel großen Gruppen erhoben wurden, eine Zuweisung für bestimmte Interventionsformen für alle Mitglieder dieser Gruppe vorgeben.⁴¹ In der empirischen Analyse der konkreten Praxis zeigt sich aber, dass eine Risikogruppe weder das Gelingen noch das Misslingen eines RTW zuverlässig vorhersagen kann, noch eine individuell zugeschnittene Teilhabeplanung erlaubt. Im Gegensatz dazu ermöglichen die Ergebnisse typisierbarer Risikokonstellationen eine Sensibilisierung für verlaufsbezogene Brüche, biografische Krisen und Lebensphasen im Gesamtprozess des RTW, die mit einer reinen Risikogruppenperspektive nicht sichtbar werden. Mit Blick auf die Praxis können damit passgenaue Unterstützungsangebote gemeinsam mit den Rehabilitanden entwickelt werden.

Um dies an einem exemplarischen Beispiel aus unseren Ergebnissen zu erläutern:

Es zeigte sich, dass in der Umschulung vollkommen unauffällige Personen, die in der Regel überdurchschnittlich gut abgeschlossen und viele Zusatzangebote (Stressbewältigung, Sportaktivitäten etc.) wahrgenommen haben, beim Übergang in Beschäftigung massive Schwierigkeiten hatten. In einer genaueren Analyse der biografischen und sozialen Konstellationen stellte sich heraus, dass das „Verlassen des Schonraums“ BFW (siehe unten) und damit der Wegfall eines geschützten Rahmens mit festen Vorgaben, strukturiertem Tagesablauf, sozialer Einbindung und beständiger Präsenz bzw. Ansprechbarkeit von Fachkräften, Orientierungslosigkeit und ein Gefühl des Allein-Gelassen-Seins erzeugten. In einer biografischen Anamnese könnten sich Anhaltspunkte (etwa: das Angewiesen-Sein auf einen vorgegebenen Rahmen) ergeben, die erst im Prozessverlauf die konkreten Ausprägungen in ihrer Tragweite für eine selbstständige und selbstgesteuerte Arbeitsplatzsuche nach Ende der Maßnahme zeigen.

⁴¹ In einem Fall der von uns interviewten Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung und dem Berufswunsch der Arbeit in einem sozialen Bereich wurde, entgegen den eigenen Wünschen, die Empfehlung zu einer Tätigkeit ohne Kundenkontakt gegeben. Dahinter steht eine aus einer Risikogruppenperspektive abgeleitete Hypothese nach der psychisch Kranke generell mit sozialen Interaktionen überfordert sind, also nicht mit Kunden arbeiten sollen. In diesem speziellen Fall führte das zu einer fehlenden Identifikation mit dem als fremdbestimmt wahrgenommenen Umschulungsberuf.

7.2. Zusammengefasste Detailliergegebnisse

Im Folgenden gehen wir nur auf die für die Fragestellungen unserer Studie wichtigsten Einflussfaktoren und Dimensionen ein. Insbesondere konzentrieren wir uns auf die Ergebnisse, die aus unserer Perspektive zusätzliche und neue Erkenntnisse, gerade durch die vertiefte qualitative Verlaufsanalyse, ermöglicht haben.

7.2.1. Generische Variablen

Während Bildungsabschlüsse, erlernter Beruf, Wechsel etwa von einem technischen in einen kaufmännischen Beruf in der Umschulung, Multimorbidität und Depression entgegen unserer aus der Literatur gewonnenen Vermutung beim RTW weder zu t_1 noch zu t_2 eine Rolle spielten, stellte sich das *Alter bei den über 40jährigen insbesondere alleinlebenden Männern* als erschwerender Faktor dar (vgl. unten). Bei Frauen spielt das Alter eine geringere Rolle; selbst wenn sie alleinlebend sind, kommen sie nicht nur besser mit ihrem Leben zurecht, sondern finden auch eher in den Arbeitsmarkt zurück.

Die *Variable Geschlecht* war erst nach 18 Monaten (t_2) im Sinne eines gelingenden RTW, signifikant; Frauen gelingt es besser wieder in Arbeit zu kommen. Ein Grund dafür ist darin zu sehen, dass Frauen *nach einer längeren Phase der Erwerbslosigkeit* nach der Maßnahme eher bereit sind, einen umschulungsfremden Beruf zu ergreifen: Zum Zeitpunkt t_1 (6 Monate) arbeiteten 36,2 % der Frauen *nicht* in ihrem Umschulungsberuf (Männer: 23,5%), zum Zeitpunkt t_2 (18 Monate) sind zwar insgesamt weniger Teilnehmer im Umschulungsberuf tätig, bei Frauen sind es aber mit 43,5% deutlich mehr, die nicht in ihrem Umschulungsberuf arbeiten als bei Männern (36,2%). Häufig handelt es sich auch um Berufe, die hinsichtlich Bezahlung und Status geringer bewertet sind als der Umschulungsberuf⁴²; dies führt aber nicht zwangsläufig zu Unzufriedenheit mit der allgemeinen Situation⁴³.

Der vermutete Einfluss der Maßnahme vorausgehender Langzeitarbeitslosigkeit (länger als 12 Monate) spielt beim RTW nur für den Zeitpunkt t_1 (6 Monate) eine signifikant negative Rolle; zum Zeitpunkt t_2 lässt sich kein statistisch bedeutsamer Unterschied mehr feststellen.

⁴² Dies könnte auch ein Hinweis darauf sein, dass Frauen eher als Männer bereit sind, ihre Erwartungen nach unten hin anzupassen, also ein genderspezifisch moderiertes Ergebnis.

⁴³ In der statistischen Auswertung zeigt sich aber ein signifikanter Zusammenhang zwischen „im Umschulungsberuf tätig“ und der „allgemeinen Lebenszufriedenheit“ (vgl. Fußnote 26) zum Zeitpunkt t_1 . Bei t_2 gibt es dann keinen Unterschied mehr.

7.2.2. Wahl des Umschulungsberufs und Zuweisungsprozesse

Die Wahl des Umschulungsberufs resultiert aus dem komplexen (und auch zufälligen) Zusammenspiel zwischen den individuellen Vorstellungen/Wünschen der Teilnehmer und ihrer Hartnäckigkeit, mit der sie auf „ihrem“ Wunschberuf bestehen.

Auf der Basis unserer Fallstudien ergibt sich, dass Rehabilitanden eine große Chance für einen gelingenden RTW haben, die ihren Berufswunsch aktiv bekunden, sich dafür nachhaltig, auch gegen institutionelle Widerstände einsetzen (z.B. Eckfall Herr Meier) und sich mit dem gewählten Beruf inhaltlich identifizieren können.

Rehabilitanden, die sich eher in die Umschulung gedrängt fühlten, über keine klare Berufsvorstellung verfügen und Empfehlungen der Reha-Fachberater und der Assessments mehrheitlich passiv annehmen, auch wenn sie nicht wirklich davon überzeugt sind, haben große Schwierigkeiten in Arbeit zu kommen oder sind häufiger nicht im Umschulungsberuf tätig. Letzteres trifft auch auf Personen zu, die sich gerne und viel beraten lassen; sie nehmen die Empfehlungen eher als strikte Vorgaben wahr (z.B. Eckfall Frau Holl). Paradoxerweise sehen diese Rehabilitanden ihren Umschulungsberuf nachträglich als selbstgewählt, besitzen jedoch vorher so gut wie keine Informationen über den Beruf, sondern wählen lediglich einen von den Professionellen vorgeschlagenen Beruf aus.

Rehabilitanden die in der Beratung noch keine eigene Idee für einen Umschulungsberuf haben und die Vorschläge von Seiten der Reha-Berater akzeptieren, was auf den ersten Blick positiv als Compliance/Adhärenz erscheint, kann umgekehrt beim RTW zu Problemen führen. Besonders schwierig stellt sich die Situation für jene Teilnehmer dar, die sehr stark mit ihrem ursprünglichen Beruf identifiziert waren und noch sind (z.B. Eckfall Frau Jürgen).

Eine besondere Risikokonstellation ergibt sich, wenn die Umschulung bezogen auf den Genesungsprozess (z.B. nach der medizinischen Rehabilitation) zu früh erfolgt (z.B. Eckfall Herr Weber & Fälle Herr Schumann, Herr Grimm) oder wenn der Prozess der Krankheitsverarbeitung sich bei den Rehabilitanden noch ganz am Anfang befindet und die Krankheit die Gedanken und den Alltag dominiert. Dies richtet den Blick darauf, dass bereits im Zuweisungsprozess der Krankheitsgeschichte, dem aktuellen Gesundheitszustand und vor allem dem Stand der Krankheitsverarbeitung für den weiteren Verlauf eine wichtige Bedeutung zukommt.

Zusammengefasst ergeben sich aus dem Zusammenspiel zwischen biografischen, verfahrensbezogenen und institutionellen/strukturbezogenen Faktoren riskante Konstellationen für den RTW:

a) *riskante biografische Konstellationen:*

- Unsicherheit darüber, ob eine Umschulung überhaupt der richtige Weg ist;
- Starke Identifikation mit dem vorherigen Berufs(-feld), Schwierigkeiten sich davon innerlich zu lösen;
- geringe inhaltliche Identifikation mit oder ein rein pragmatisches Verhältnis zum Umschulungsberuf;
- passives und eher hinnehmendes Verhältnis zur Umschulungsberufswahl;
- aufgrund der Krankheitsgeschichte und –verarbeitung zu früher Beginn der Maßnahme, da die Krankheit noch zu sehr im Mittelpunkt steht;
- Tendenz, die eigene Gesundheitszustand besser darzustellen als er tatsächlich ist, um die Chance auf die Umschulung zu erhöhen und positiv gewendet die psychischen Energien auf die Zukunft zu fokussieren;
- keine oder nur geringe Veränderungsbereitschaft in Bezug auf den eigenen Lebensstil (z.B. Eckfall Frau Jürgen & Fall Herr Dietrich).

b) *verfahrensbezogene Risiken:*

- Gefühl bei der Zuweisung in einen nicht selbst gewünschten Umschulungsberuf gedrängt worden zu sein (z.B. Eckfälle Frau Jürgen, Frau Kron);
- zu frühe Zuweisung trotz noch bestehender gesundheitlicher Probleme und nicht ausreichend bearbeiteter Krankheitsgeschichte;
- erfahrungsbasierte „Daumenregeln“ in der Zuweisung, die dem Gedanken individueller Teilhabeplanungen entgegenstehen, wie zum Beispiel: „psychische Kranke sollen keine Umschulungsberuf mit Kundenkontakten haben“;
- Geschlechterspezifische Zuweisung zu bestimmten Berufen die traditionellen Geschlechterrollen entsprechen (auffällig etwa bei IT-Berufen, Werkzeugmechaniker etc.).

c) *institutionelle/strukturelle Risiken und Barrieren*

- Faktoren des jeweiligen trägerspezifischen Ausbildungsangebots: zu viele freie Plätze die „aufzufüllen“ sind; zu wenig Plätze in stark nachgefragten Berufen, obwohl BFWs in der Regel schnell auf Veränderungen der Qualifikationsnachfrage und auf die Bedingungen des regionalen Arbeitsmarktes reagieren;
- institutionelle Eigeninteressen: Realisierung der ökonomisch notwendigen Teilnehmeranzahl.

7.2.3. Die berufliche Umschulung in der Retrospektive der Teilnehmer

Insgesamt bewerten die Teilnehmer sowohl das Angebot als auch den Ablauf der Maßnahme äußerst positiv. Sie sind sich darüber bewusst, dass das kostenintensive Angebot der beruflichen Rehabilitation – obwohl es sich um einen Rechtsanspruch nach SGB IX, § 5 in Verbindung mit § 33 sowie UN-BRK § 27, handelt – keine Selbstverständlichkeit ist, sondern eine Chance für einen Neuanfang bzw. für eine Rückkehr in Arbeit nach einer gesundheitlichen Krise. Selbst Teilnehmer, die zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht in Arbeit waren, äußern sich im Rückblick zufrieden. Alle Teilnehmer interpretieren die Zeit der Maßnahme als eine Bereicherung an persönlichen Lern- und Sozialerfahrungen, nicht zuletzt für die eigene Identitätsentwicklung. Abgesehen davon stehen für alle Teilnehmer der erfolgreiche Abschluss der Maßnahme und ein erfolgreicher RTW im Zentrum. Dennoch zeigen sich Unterschiede der Teilnehmer im *Verhältnis zur Maßnahme*, die Auswirkungen auf den RTW haben.

Gruppenunterschiede im Verhältnis zur Maßnahme

Für eine größere Gruppe der in den Fallstudien befragten Teilnehmer dient die Maßnahme rein der beruflichen Weiterqualifizierung. Sie haben ein *rein pragmatisches* Verhältnis zu den anderen Teilnehmern und sind trotzdem gut in die Gruppe eingebunden. Hier handelt es sich oft um Personen, die ihren Umschulungsberuf, manchmal selbst gegen vielfache Widerstände, gewählt haben und sich durch ein hohes Maß an Eigenaktivität auszeichnen (z.B. Eckfall Herr Meier). Diese Personen sind auffällig oft erfolgreich beim RTW.

Für eine *kleinere Gruppe* gilt, dass sie in der Umschulung auch eine Art sozialen (Schon-)Raum sieht. In der Zeit der Umschulung haben die soziale Einbindung und das Gefühl des Dazugehörens subjektiv mindestens dasselbe Gewicht wie die berufliche Qualifizierung. Dazu gehört u. a. die Teilnahme an gemeinsamen Angeboten wie Sport, Gesundheits- und Freizeitaktivitäten sowie eine hohe Identifikation mit den anderen Rehabilitanden, die sich in der gleichen Lage befinden. Besonders für diese Gruppe fungiert die Umschulung als eine Art *Selbsterfahrungsraum*, und nicht allein als rein zweckgebundenes und strategisches Moment der eigenen Lebensplanung.

In dieser etwa ein Fünftel der Teilnehmer umfassenden Gruppe finden sich auffallend viele Personen, die psychisch beeinträchtigt, sozial weniger eingebunden sind und den von den Professionellen vorgeschlagenen Umschulungsberuf eher *passiv* akzeptiert haben. Die berufliche Rehabilitation dient für diese Gruppe nicht allein der Wissensaneignung, sondern ist auch eine *soziale Veranstaltung*. Darin drückt sich ein genereller Wunsch für die angestrebte Rückkehr in Arbeit nach dem „Arbeitsplatz als Lebensort“ aus. Diese Personen vertrauen in der Umschulung darauf, dass die Fachkräfte sie auf dem Weg in den RTW begleiten. Der RTW wird damit als Bestandteil der Rehabilitation gesehen. Für diese spezielle (Risiko-)Konstellation bilden ein Übergangsmanagement und eine über die Maßnahme hinausgehende Begleitung die Voraussetzung für eine erfolgreiche Rückkehr auf den Arbeitsmarkt (vgl. Kapitel 8, Empfehlungen). Auch wenn die Teilnehmer in den beiden genannten Gruppen nicht immer trennscharf voneinander unterscheidbar sind – denn für alle ist die Umschulung auch (!) eine soziale Veranstaltung und ein Ort der Persönlichkeitsentwicklung – weisen sie doch deutlich erkennbare Profile auf, was sich in den Fallstudien im Detail nachvollziehen lässt (z.B. Eckfall Frau Holl).

Nachträgliche Bewertung von einzelnen Bestandteilen der Maßnahme

Obwohl die Maßnahme insgesamt positiv bewertet wurde, gibt es doch einzelne Aspekte die immer wieder als Kritikpunkte genannt werden.

An erster Stelle steht die oft beklagte *Qualität des Praxisbezugs*. Dies drückt sich in der retrospektiv teilweise kritischen Bewertung von Praxisrelevanz und Aktualität des Unterrichtsinhalte, der Theorielastigkeit sowie der didaktischen Konzeption (zu wenig Fachspezifik für den Umschulungsberuf) aus. Hier wird die Übertragungsmöglichkeit der erlernten Inhalte und Kompetenzen in die Praxis in Frage gestellt.

An *zweiter Stelle* werden im Fragebogen die *Praktika* teils als Schwachpunkt (zu wenig Anleitung im Betrieb, Missbrauch als billige Arbeitskraft, nicht berufsrelevante Aufgaben, zu wenig Begleitung durch die Einrichtung, zu lange Dauer etc.), teils aber auch als große Chance zur (Selbst-)Erprobung des Gelernten und als Türöffner zu einer Übernahme im Praktikumsbetrieb genannt; ca. 30% der Absolventen in unserer Studie haben innerhalb der ersten vier Monate nach Abschluss eine Anstellung im Praktikumsbetrieb gefunden. In den Interviews unserer vorausgehenden Abbrecherstudie wurde auch die Länge der Praktika (bis zu 9 Monaten) vor allem bei den Freien Trägern kritisiert.

An *dritter Stelle* wird generell der Zeitdruck durch die auf zwei Jahre verkürzte Berufsausbildung als Stressfaktor erlebt; verstärkt wird dies durch eine ungünstige Taktung des Unterrichtsstoffs (Anhäufung des Stoffes gegen Ende der Fortbildung) sowie der Unterrichtsgestaltung. Im Hinblick auf den Einstieg in die Maßnahme fiel es einigen Teilnehmern, vor allem zu Beginn, schwer, sich wieder auf eine Lernsituation einzustellen; sie hätten sich eine bessere Vorbereitung auf das „Lernen lernen“ gewünscht.

Während in unserer Vorläuferstudie zu den Maßnahmeabbrechern das Thema der Gruppendynamik noch eine wichtige Rolle spielte, ist dies im größeren zeitlichen Abstand für die meisten Teilnehmer kein wichtiges Thema mehr. Gleichwohl stellt sich im Rückblick die *Heterogenität im Unterricht* (unterschiedliche Lernvoraussetzungen und berufliche Vorerfahrungen, mehrere Ausbildungsberufe in einem Kurs) als Belastung heraus.

7.2.4. Die Subjektive Bedeutung der Umschulung

Die Umschulung bedeutet für die einzelnen Teilnehmer jeweils Unterschiedliches, je nach dem in welcher Lebens-, Arbeits- und Krankheitssituation sie sich zum Zeitpunkt der Beantragung der Maßnahme befinden. Für die Mehrzahl der Teilnehmer steht der Erwerb einer neuen formalen beruflichen Qualifikation im Vordergrund.

- Für Personen, die über keine berufliche Erstausbildung verfügen, ist der Erwerb einer formal zertifizierten Berufsausbildung eine *notwendige Voraussetzung* für einen nachhaltigen Einstieg in den Arbeitsmarkt (z.B. Eckfall Herr Hansen & Fälle Herr Castello, Frau Bender, Frau Krause);

- Einige Teilnehmer sehen die Umschulung in erster Linie als Kompetenzerweiterung und erleben sie als Ausgangspunkt und Chance für einen *berufsbiografischen Neuanfang*. Kompetenzerweiterung ist dabei nicht identisch mit einer selbst gewählten und spezifischen Berufsvorstellung. Bei dieser Gruppe fällt auf, dass die meisten davon nach der Umschulung nicht in ihrem neuen Beruf tätig sind (z.B. Eckfall Frau Kron & Fälle Herr Wolter, Frau Kolb); von außen betrachtet, wäre für diese Gruppe auch eine andere Maßnahme (etwa: Anpassungsqualifizierung) denkbar gewesen;
- Für eine kleine Gruppe aus unserem Sample fungiert die Umschulung vorrangig als *Restabilisierungschance* nach längeren sozialen Abstiegs Erfahrungen. In der Regel sind die Mitglieder dieser Gruppe zum Zeitpunkt t_2 (noch) nicht in Arbeit gekommen. Der mit der Umschulung angestrebte formale Qualifikationsnachweis verweist auf die mentale Verankerung des Berufskonzepts, nicht nur im Hinblick auf den Arbeitsmarkt, sondern auch für das Selbstwertgefühl (z.B. Eckfall Herr Hansen & Fälle Herr Piepeck, Herr Wutzke, Herr Hoffmann);
- Für einige Teilnehmer erscheint die Umschulung nachträglich als „sinnfrei“; sie wären auch ohne die Maßnahme in Arbeit gekommen. Die Bewertung von Arbeit allgemein und eines speziellen Berufs und den damit zusammenhängenden formalen Qualifikation steht in ihrer Lebenskonstruktion nicht im Mittelpunkt (stattdessen eher Aspekte wie soziale Gemeinschaft, Freizeit; Arbeit erscheint in ihrer Perspektive dann eher als notwendiges Übel). Für diese kleine Gruppe (in unseren Fallanalysen: Frau Drach, Frau Jürgen, Herr Künz) wären auch andere Angebote als eine zweijährige Umschulung mit IHK sinnvoll (Anpassungsqualifizierung), zumal sich hier auch ein Festhalten an vorherigen formalen Qualifikationen feststellen lässt.
- In den Fallstudien zeigt sich, dass es unter den Teilnehmer Personen gibt, für die die Umschulung primär als *Selbsterfahrungsraum* fungiert und die besonders Zusatzangebote (z. B. Stressbewältigung, Gesundheitskompetenz, Persönlichkeitsbildung) der BFWs intensiv nutzen (z.B. Eckfall Frau Holl & Fall Herr Klomm).

7.2.5. Schonraum und „positiv unauffällige“ Teilnehmer

Wie bereits oben angesprochen ist für einen kleineren Teil der Rehabilitanden (ca. 20%) der Aufenthalt im BFW auch eine Art von Sozialraum, der zugleich auch einen Schonraum darstellt. Diese Teilnehmer erwarten „an die Hand genommen“ zu werden, verstehen die berufliche Qualifizierungsmaßnahme als „Schule“ und das Angebot und seine Infrastruktur als eine Art orientierender „Leitplanke“.

„Wer so eine berufliche Reha notwendig hat, der rettet sich auf so eine Insel, macht da irgendwas und dann eh wird er da von dieser Insel weggestoßen ne“ (Hoffmann, ZN 822ff.).

Damit erscheint das BFW als „externer Ort“, der anders als im normalen Erwerbsleben einen gewissen Schutz bietet und anders als auf dem freien Arbeitsmarkt oder in der Unsicherheit der Erwerbslosigkeit Orientierung und Handlungssicherheit vermittelt. Diese Erwartungen stehen im deutlichen Gegensatz zur Programmatik und zum Selbstbild der Reha-Träger und der Weiterbildungseinrichtungen, in deren Zentrum Begriffe wie Eigeninitiative, Eigenverantwortung, Selbständigkeit und Selbststeuerung stehen. Mit diesen erwachsenenbildnerischen Konzepten sollen die Teilnehmer zu eigenständigen Aktivitäten und selbstbestimmten Entscheidungen bei der anschließenden Arbeitssuche ermuntert und befähigt werden. Mit diesen Erwartungen sehen sich Teilnehmer aus der oben genannten Gruppe tendenziell überfordert, gleichwohl sind es gerade Personen aus dieser Gruppe, die während der Maßnahme „*positiv unauffällig*“ sind; sie nehmen überdurchschnittlich an Zusatz- und Freizeitangeboten teil, schließen häufig mit sehr guten Noten ab und zeigen ein angepasstes Lernverhalten. Auf dem Weg in den Arbeitsmarkt hingegen zeigen sie oft unerwartet große Schwierigkeiten (z.B. Eckfall Frau Holl & Fall Herr Klomm). Wenn ihnen jedoch der Einstieg in den Arbeitsmarkt nach Abschluss der Maßnahme gelingt, bleiben sie mit ihrer Arbeit und ihrer Arbeitssituation oft unzufrieden (z.B. Frau Bender). Diese Konstellation, in Kombination mit krankheitsbedingten Unsicherheiten, kann bis zum Verlust des Arbeitsplatzes führen (z.B. Herr Klomm).

Das Bedürfnis nach einem Schonraum ist häufig *biografisch* bedingt. In unseren Fallstudien sind es insbesondere Rehabilitanden, die in der ehemaligen DDR aufgewachsen sind und dort bereits berufliche Erfahrungen gemacht hatten. In Folge der „Wende“, in der Regel 5-6 Jahre danach, bricht der Schonraum eines staatlich garantierten Arbeitsplatzes schrittweise weg; in diesem Prozess haben die Betroffenen bereits vielfach verschlechternde Arbeitsbedingungen

schrittweise akzeptiert. Diese Arbeitnehmer fühlen sich von einem durch Eigenaktivität, Flexibilität und Konkurrenz definierten Arbeitsmarkt überfordert, geraten in prekäre Beschäftigungsverhältnisse, vielfach in Erwerbslosigkeit und soziale Isolation. Das starre Festhalten am alten Berufsbild und der alten Arbeitsstelle mit den vertrauten Kollegen fördert die Prekariisierung, die soziale Isolation (außerhalb der Arbeitswelt) und legt den Grundstein zur Chronifizierung (häufig psychischer) Beschwerden. Die damit einhergehenden Erfahrungen des sozialen Abstiegs werden begleitet von der Trauer über den Verlust vertrauter Bezüge und gewohnter Routinen (z.B. Herr Klomm). Dies beschränkt sich allerdings nicht auf ehemalige DDR-Bürger; es kennzeichnet vielmehr auch Beschäftigte, die vor ihrer Erkrankung sowohl eine hohe Identifikation als auch eine hohe Zufriedenheit mit ihrem Beruf aufwiesen (z.B. Frau Künz). Personen in dieser Gruppe, zu denen besonders psychisch Beeinträchtigte gehören, sind oftmals auch bei der eigenständigen Suche nach Arbeit im Anschluss an die Maßnahme überfordert.

Der Verlust von Perspektiven, sozialer Einbindung, zeit- und richtunggebender Struktur im Beruf und Alltag kann in der Folge dazu führen, dass Betroffene keinen Platz mehr für sich in der Gesellschaft finden. Bei einigen Interviewpartnern, besonders bei alleinlebenden Männern über 40 Jahre in Erwerbslosigkeit oder prekären Beschäftigungsverhältnissen, zeigt sich dies im Auftreten von Depressionen und/oder Suchterkrankungen (z.B. Eckfall Herr Weber & Fall Herr Grimm).

Gerade wegen ihrer Unauffälligkeit in der Maßnahme sind die Risiken der hier beschriebenen Teilnehmer in der Reha-Beratung wie auch in der Maßnahme selbst auf den ersten Blick oft nicht zu erkennen, weshalb auch hier eine genaue biografische Anamnese zumindest relevante Hinweise für eine besondere Unterstützung geben könnte. Für diese insgesamt kleine Gruppe von Teilnehmern wären spezielle Unterstützungs- und Nachsorgeangebote sinnvoll, die über die bereits bestehende Praxis hinausgehen, um den Übergang in RTW erfolgreich zu gestalten (vgl. Kapitel 8, Empfehlungen).

7.2.6. Verhältnis zur Arbeit

Ein weiterer wesentlicher Faktor beim RTW stellt die subjektive Sicht auf Arbeit und Beruf dar. Generell gilt für Rehabilitanden, die in eine berufliche Vollqualifizierung vermittelt wurden, dass der überwiegende Anteil (mehr als 75% unsere Stichprobe) aus einem klassischen Ausbildungsberuf stammt. Zudem weisen die meisten Teilnehmer bis zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung eine „Normalarbeitsbiografie“⁴⁴ mit langen Zeiten durchgehender Beschäftigung auf. Dies drückt sich auch in einer starken Arbeits- und Berufsorientierung aus; die Mehrzahl der Teilnehmer war darüber hinaus auch inhaltlich stark mit ihrem ersten erlernten Beruf identifiziert. Dies ändert sich allerdings bei der Wahl des Umschulungsberufs. Bei einer näheren Betrachtung in den Fallanalysen zeigen sich hier mit Blick auf den Umschulungsberuf allerdings zwei unterschiedliche Einstellungen: einmal eine starke inhaltliche Identifikation mit dem (meist selbst gewählten) Beruf, zum anderen eine mehr instrumentelle, primär auf die Existenzsicherung zielende Sicht auf den neuen Beruf. Während diese Einstellungen weder nach Alter noch Geschlecht differieren, sind hier die jeweilige lebensgeschichtliche Konstellation (Familiensituation, Krankheit) sowie die Passung des Umschulungsberufs zu den eigenen Vorstellungen entscheidende Faktoren, die individuell unterschiedlich auf den RTW wirken. Es lassen sich vier Konstellationen unterscheiden, die sich aus der durch die Krankheit erzwungenen Neuorientierung ergeben:

Tabelle 9: Berufsorientierungen beim RTW

(1) Kontinuierung der Berufsorientierung	(2) Bruch mit der Berufsorientierung
Hohe Identifikation mit erlerntem Beruf	Hohe Identifikation mit erlerntem Beruf
Hohe Identifikation mit Umschulungsberuf	geringe Identifikation mit Umschulungsberuf
(3) Umschulung als Chance für Neubeginn	(4) Arbeit primär als Existenzsicherung
Geringe Identifikation mit vorherigem Beruf	Geringe Identifikation mit vorherigem Beruf
Hohe Identifikation mit Umschulungsberuf	Geringe Identifikation mit Umschulungsberuf

⁴⁴ Laut einer soziologischen Definition bedeutet Normalarbeitsverhältnis „ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis (...), das in Vollzeit und unbefristet ausgeübt wird. Ein Normalarbeitnehmer arbeitet zudem direkt in dem Unternehmen, mit dem er einen Arbeitsvertrag hat.“ (vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/178192/normalarbeitsverhaeltnis?p=all>). Die schrittweise zunehmende Erosion dieses Modells, wie sie bereits Anfang der 90er Jahre von Bonß und Plum (1990) beschrieben wurde, gilt allerdings auch aktuell noch nicht für die Mehrzahl der Beschäftigten in Deutschland. Die allermeisten Teilnehmer unserer Untersuchungsgruppe stammen aus einem Normalarbeitsverhältnis und orientieren sich mental bei ihrer Rückkehr auf den Arbeitsmarkt weiterhin stark daran.

Die einzelnen Konstellationen lassen sich allerdings *nicht eindeutig* einem erfolgreichen oder gescheiterten RTW zuordnen. Tendenziell weist aber Konstellation (1) eine besonders günstige Prognose für einen erfolgreichen RTW auf (z.B. Eckfall Herr Meier, & Fälle Herr Siebert, Herr Vogel, Frau Jungmann). Eine ebensolche Berufsorientierung weisen aber auch Personen mit einer eher negativen Prognose für den RTW auf. Es sind einerseits Rehabilitanden, die oben als „positiv unauffällig“ charakterisiert wurden (z.B. Herr Klomm) oder andererseits Teilnehmer, die die Umschulung als „letzte Chance“ für ihre Rückkehr auf den Arbeitsmarkt sehen und die Rehamaßnahme beginnen, bevor es aus gesundheitlicher Sicht ratsam wäre (z.B. Eckfall Herr Weber). Im Kontrast zu den Teilnehmern mit besonders günstiger Prognose sind es aber Personen mit geringer sozialer Unterstützung (alleinlebend).

Bei Konstellation (2) fehlt die biographische Passung des Umschulungsberufs. Er wird *anders* als der ursprünglich erlernte Beruf nicht als Identitätskonzept genutzt, sondern als Angebot akzeptiert, aber nicht in die eigene berufsbiografische Perspektive eingebaut. Teilnehmer in dieser Konstellation arbeiten seltener im Umschulungsberuf, sind aber gerade durch die mangelnde inhaltliche Identifikation in der Regel trotzdem zufrieden (z.B. Herr Wolter).

In Konstellation (3) finden wir besonders motivierte Teilnehmer, die mit ihrem vorherigen Beruf wenig identifiziert waren und auch vorher schon öfter über einen Wechsel ihres Arbeitsplatzes nachgedacht hatten. Sie nehmen den häufig mit den Krankheitsfolgen verbundenen Zwang zu einem Wechsel als willkommene Chance wahr, nochmals einen beruflichen Neuanfang zu wagen (z.B. Herr Pohl). Die meisten dieser Teilnehmer orientieren sich bei der Arbeitsplatzsuche stark (manchmal auch zu starr) am Umschulungsberuf. In diese Gruppe fallen auch einige, von der BA zugewiesene Teilnehmer, die keine abgeschlossene Berufsausbildung besitzen, längere Zeit erwerbslos waren und in der Regel jünger sind (z.B. Eckfall Herr Hansen & Fälle Herr Castello, Frau Bender). In Abhängigkeit vom regionalen Arbeitsangebot gelingt Teilnehmer aus diesen beiden Gruppen der Einstieg in den neu erlernten Beruf aber nicht immer; in diesem Fall kann die starke Identifikation mit dem Umschulungsberuf auch zu hoher Unzufriedenheit nach der beruflichen Rehabilitation führen.

In der letzten Konstellation (4) finden wir Teilnehmer, die in ihrer Biografie kein ausgeprägtes Berufskonzept entwickelt haben und häufig in prekären Beschäftigungsverhältnissen tätig waren. Für sie dient Berufsarbeit primär der Existenzsicherung und ist Mittel der Anerkennung über Konsum. Diese Teilnehmer haben häufig große Schwierigkeiten beim Übergang von der

Maßnahme in Erwerbsarbeit. Dazu gehören Personen, die generell eine geringe Arbeitsorientierung haben und denen soziale Aktivitäten mit Freunden besonders wichtig sind. Häufig ist in ihren Biografien eine längere Suchtgeschichte vorzufinden (z.B. Fäll Herr Dietrich, Herr Schmidt).

Die hier aufgeführten vier Konstellationen bilden die maximale Variation in den Haltungen zur und der Identifikation mit der Berufsarbeit ab. Auch wenn die aus den qualitativen Fallstudien gewonnenen Ergebnisse nicht prozentual auf die Population beruflicher Rehabilitanden bezogen werden können, zeigt sich bei den von uns Befragten, dass der größte Anteil in Konstellation (1) zu finden sind, die wenigsten in (4).⁴⁵

7.2.7. Krankheit

In unserer Untersuchung bestätigt sich weitgehend die im Forschungsstand zusammengefasste Befundlage (vgl. Kap. 2.3), dass die Art und auch die Schwere der Erkrankung, mit Ausnahmen von stark ausgeprägten psychischen Beschwerdebildern für den RTW keine entscheidende Rolle spielt⁴⁶.

In den Interviews für die Fallstudien wurde das Thema „Krankheit“ – obwohl Symptome und Beeinträchtigungen auch nach der medizinischen Rehabilitation noch vorhanden waren – überraschenderweise von vielen Befragten nur auf ausdrückliche Nachfrage hin angesprochen; besonders auffällig war diese Ausblendung bzw. Verleugnung oder auch Verdrängung bei Teilnehmern mit psychischen Krankheiten⁴⁷. Letzteres lässt sich auf vielfältige Erfahrungen mit (z.B. Eckfall Frau Jürgen) und Ängsten vor (z.B. Frau Bender) Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund psychischer Krankheit durch Kollegen und Vorgesetzte zurückführen⁴⁸. All-

⁴⁵ Hier finden wir sowohl jüngere Teilnehmer, die von der BA nach längeren Zeiten der Erwerbslosigkeit aufgrund vorübergehender Arbeitsunfähigkeit zugewiesen wurden, und die soziologisch als Angehörige des „traditionslosen Arbeitermilieus“ (Vester et al. 2001) bezeichnet werden können, aber auch ältere alleinlebende Rehabilitanden.

⁴⁶ Zu erwähnen ist hier, dass bei der Mehrzahl der Untersuchungsteilnehmer Mischformen von somatischen und psychischen Beschwerdebildern vorliegen und nur wenige ausschließlich psychisch erkrankte Teilnehmer vorhanden waren.

⁴⁷ So berichtet etwa Herr Kolbe (siehe Anhang: *Vergleichende Übersicht über alle erhobenen Fälle*) zwar über seine MS-Erkrankung, ging aber nicht auf seine Depression ein.

⁴⁸ Zur Rolle der Stigmatisierung psychisch Kranker allgemein vgl. z.B. Finzen (2013), zu Auswirkungen auf die Beschäftigung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt, vgl. von Kardorff, Ohlbrecht & Schmidt (2013). Im Kontrast dazu zeigte sich bei dem an einem Herzleiden erkrankten Herrn Vogel ein offensiver Umgang mit

gemein wird in der gerade für Rehabilitanden auffällig geringen selbst vorgebrachten Thematisierung von Krankheit deutlich, dass bei der Umschulung und beim RTW das Thema *Beruf* und *Wiedereinstieg auf den Arbeitsmarkt* dominiert; zugleich scheint ein erfahrungsgestützter, aber unausgesprochener Konsens darüber zu bestehen, dass Krankheit eine Angelegenheit des Einzelnen ist und als Thema in der Arbeitswelt und im Betrieb deplatziert ist – nicht zuletzt, weil dies im Gegensatz zu den Erwartungen des Arbeitgebers steht und Kollegen den Eindruck gewinnen könnten, man wolle sich vor der Arbeit drücken.

Als bedeutsamer als die Krankheitsdiagnose und die Schwere der Beeinträchtigungen für den RTW erwiesen sich das *Ausmaß, in dem das Auftreten der Krankheit als biografischer Bruch* erlebt wurde, der *Stand der Krankheitsverarbeitung* sowohl zum Zeitpunkt des Maßnahmenbeginns als auch zum Zeitpunkt der Rückkehr in Arbeit und die *Bedeutung der Krankheit in der Lebensbewältigung* insgesamt. Prozessual ist die Zeit der Umschulung für einige Teilnehmer eine Zeit, in der sie lernen müssen, mit ihrer eingeschränkten Leistungsfähigkeit umzugehen (z.B. Eckfall Herr Meier & Fälle Herr Siebert, Herr Vogel, Frau Jungmann).

Zusammengefasst lassen sich als *günstige Voraussetzungen* für den RTW folgende Aspekte benennen:

- das Akzeptieren der verbliebenen gesundheitlichen Beeinträchtigung, z.B. ausgedrückt in der mentalen Strategie, der Krankheit einen „Platz im Leben“ zu geben;
- ein aktiver Umgang mit der Krankheit und die Stabilisierung bestimmter Routinen der Achtsamkeit (z.B. regelmäßige Einnahme von Medikamenten und Bewegungsübungen [z.B. Eckfall Herr Meier], reagieren bei bedrohlichen Symptomen [z.B. Eckfall Herr Hansen]);
- die Übernahme und Übertragung erlernter Bewältigungsstrategien aus den gesundheitsbezogenen Angeboten des BFW und von Hinweisen der dortigen Fachkräfte, z.B. Fall Herr Vogel, der im Gegensatz zu früher sich nun traut aktiv um Hilfe nachzufragen;
- Offenheit für die Veränderung und Suche nach Alternativen in der Lebensführung und experimentelles Testen der eigenen Belastungsgrenzen;
- positive Kontrollüberzeugungen und Gesundheitserwartungen.

seiner Krankheit gegenüber den Kollegen am Arbeitsplatz (siehe Anhang: *Vergleichende Übersicht über alle erhobenen Fälle*).

Die Akzeptanz und der aktive Umgang mit der eigenen Krankheit, die offene Auseinandersetzung mit den Grenzen der eigenen Belastbarkeit sowie die Integration der Krankheit in ein neues Arrangement der Lebensführung („der Krankheit einen Platz geben“) sind zusammengefasst die wichtigsten Voraussetzungen für einen RTW. Der Soziologe Hildenbrand (2009) spricht hier von einer „kreativen Transformation.“

Fast spiegelbildlich zeigen sich im Verhältnis der Rehabilitanden zu ihrer Krankheit ungünstige Bedingungen für den RTW:

- das Gefühl, Opfer der Krankheit zu sein – Ausdruck einer externalen Kontrollüberzeugung – und eine noch im Anfangsstadium befindliche Krankheitsverarbeitung⁴⁹, die noch nicht zu einem (vorläufigen!) Abschluss mit stabilisierten Routinen im Umgang mit Schwankungen des Gesundheitszustandes geführt hat (z.B. Eckfall Herr Weber); vor diesem Hintergrund zeigt sich, dass für einige Teilnehmer, vor allem für diejenigen mit stärker ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen schon die Maßnahme oder auch der RTW *zu früh* erfolgt – eine Beobachtung, die sich auch in den Einschätzungen von einigen befragten Experten/innen gezeigt hat;
- Dominanz der Krankheit in der mentalen Repräsentation und Zentrierung um die Krankheit in der Lebensführung und mit Blick auf die Arbeit (z.B. Herr Schumann). Als eine Folge stellen sich Unsicherheiten und Ängste vor dem Wiedereinstieg in Arbeit dar, sei es, weil die Befürchtung besteht, den Leistungsanforderungen nicht gerecht zu werden oder weil man die eigene Belastungsfähigkeit noch nicht erprobt hat bzw. Stresssituationen vermeidet;
- Mangel an selbst aktiv beschafftem Wissen darüber, welcher Arbeitsplatz für die eigene Belastungsfähigkeit geeignet oder mit der Beeinträchtigung vereinbar ist (z.B. Herr Grimm);
- Angst vor und Vermeidung von Stress(-situationen) bzw. zu striktes Befolgen der Vorgaben der Ärzte. D.h. die Teilnehmer testen die eigenen Grenzen nicht aus und machen

⁴⁹ Mit Hildenbrand sprechen wir hier nicht von Krankheitsbewältigung, weil es sich bei der Krankheitsverarbeitung um einen nicht abgeschlossenen Bereich handelt, sondern um einen Prozess, der im günstigsten Falle, wie oben bereits zitiert, zu einer „kreativen Transformation“ (vgl. Hildenbrand 2009) führt. Exemplarisch steht dafür in unserem Sample der Eckfall Meier, für den ungünstigen Fall der Krankheitsverdrängung (vgl. die Fälle Herr Eichberg und Herr Hoffmann), beständigem Kreisen um die Erkrankung (=Rumination), vgl. Fall Frau Bender und zur Hilflosigkeit im Umgang mit Rückfällen oder abwärts gerichteten Verlaufskurven (vgl. Fall Herr Weber).

auch keinen Versuch ihre Grenzen zu erweitern. Dahinter scheint der Wunsch nach Schutz, respektive einem geschützten Raum zu stehen (z.B. Herr Klomm).

- Rehabilitanden verschaffen sich nicht aktiv erforderliches Wissen darüber, mit welcher Arbeit und an welchem Arbeitsplatz welche Tätigkeiten mit ihrer Krankheit vereinbar wären (z.B. Eckfall Frau Holl).

Für Teilnehmer mit einer noch nicht stabilisierten Krankheitsverarbeitung (z.B. Herr Schumann, Herr Schmidt, Herr Grimm, Frau Bender) lässt sich mit Bezug auf den RTW zusammenfassend sagen: auch wenn es diesen Personen gelingt, eine Arbeit nach der Maßnahme zu finden, verhalten sie sich an ihrem Arbeitsplatz überaus zurückhaltend und gehen nicht offen mit ihrer Krankheit um, so dass es zu Konflikten am Arbeitsplatz kommen kann da sie den an sie gesetzten Anforderungen/Erwartungen nicht gerecht werden, ohne dies vorher offen kommuniziert zu haben⁵⁰. Die Prognose auf einen längeren Verbleib in Arbeit (Stay at Work) ist in der Regel negativ, da die Ängste vor Verschlechterungen des Zustandes, Ängste vor akuten Rückfällen und das Gefühl keine Kontrolle über die gesundheitliche Beeinträchtigung zu besitzen, die Lebensrealität der Betroffenen im Alltag wie auch in der Arbeit dominieren. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Aufmerksamkeit für die Bedeutung der Krankheitsbearbeitung, weitgehend unabhängig von der Art und Schwere der Erkrankung, einen auch für die Nachsorge zentralen Stellenwert.

7.2.8. Subjektive Gesundheitseinschätzung

Wie schon in der vorhergehenden Studie zu „Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen“ ist die Variable „subjektive Gesundheitseinschätzung“ auch in der hier vorliegenden Untersuchung ein starker Prädiktor für RTW (vgl. Kap. 5.8.). In der quantitativen Auswertung fällt darüber hinaus auf, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung der Teilnehmer sich überraschend als positiv darstellt (vgl. Abbildung 4). Ein Grund dafür könnte der gewählte Bezugspunkt sein, von dem aus der aktuelle gesundheitliche Zustand im Vergleich mit dem vorherigen beurteilt wird. In der subjektiven Gesundheitseinschätzung drückt sich auch eine subjektive Kontrollerwartung bzw. Hoffnung hinsichtlich der Beeinflussbarkeit bzw. eines weiteren

⁵⁰ Dass die Veröffentlichungsbereitschaft bei körperlichen Erkrankungen größer ist (vgl. Fall Herr Vogel) als bei psychischen Beeinträchtigungen (vgl. etwa Fall Frau Bender) verwundert angesichts des Stigmatisierungspotenzials nicht.

positiven Verlaufs der Erkrankung aus. Eine Art dispositioneller Optimismus hat offensichtlich starke Auswirkungen auf das eigene Vertrauen in eine längerfristige Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes. Dahinter kann aber auch eine subjektive Fehleinschätzung stehen, die psychologisch dadurch motiviert ist, dass sich der Teilnehmer nicht mehr als krank sieht („ein sich-nicht-eingestehen-wollen“), dass er also damit signalisieren möchte, dass er noch leistungs- und funktionsfähig genug ist, um auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu bestehen. Diese Einschätzung wirkt selbstwertstärkend, insbesondere auch im Vergleich zu anderen, als kränker wahrgenommen Teilnehmern („abwärts gerichteter Vergleich“).

Insgesamt lässt sich kritisch – v.a. in den Fallstudien deutlich geworden – anmerken, dass vielfach Krankheit und Arbeit als unvereinbare Größen gesehen werden und das gemeinsame Ziel der erfolgreichen Umschulung und des erfolgreichen Wiedereinstiegs in Arbeit die Krankheit in den Hintergrund drängt.

Dass dies allerdings nicht immer und bei jedem Einzelnen gelingt, wird aus den Fallstudien ersichtlich, wobei dort auch die negativen Folgen unrealistischer Gesundheitseinschätzungen für einen gelingenden RTW deutlich werden (z.B. Frau Künz).

7.2.9. Soziale Einbindung

Wie in Kapitel 5.8. (Prädiktoren für RTW) deutlich wird, spielt die soziale Einbindung, insbesondere eine bestehende Partnerschaft, eine entscheidende Rolle bei der Rückkehr auf den Arbeitsmarkt. Ein besonders hohes Risiko des Scheiterns haben vor allem alleinlebende ältere Männer (über 40jährige), die keine Unterstützung durch Partner und Familie (auch in Krisen) besitzen. In den Interviews wurde darüber hinaus deutlich, dass das Verantwortungsgefühl gegenüber Partner und Familie, v.a. gegenüber den eigenen Kindern, eine wichtige Motivation für die Zeit nach der Umschulung bildet. Zwar steigt auch der Erwartungsdruck durch die Familie, die nach dem Ende der Maßnahme – die noch als eine Art „Schonzeit“ verstanden wird – die Verantwortung beim Rehabilitanden sieht, in der Regel wirkt sich dieser Druck aber positiv auf einen Wiedereinstieg in Arbeit aus. Auch das Bild des „(männlichen) Ernährers“ spielt hier eine wichtige Rolle für die Motivation, insbesondere bei Familienvätern (z.B. Eckfall Herr Meier & Fall Herr Castello).

Die Bedeutung der Rolle des sozialen Umfelds, im Kollegenkreis, im Betrieb oder bei weiter bestehender Arbeitslosigkeit etwa in ehrenamtlicher Tätigkeit, im Sportverein, bei Selbsthilfegruppen etc. spielt eine ebenso entscheidende Rolle für die Zufriedenheit, aber auch für die Erwartungshaltung an die eigene Zukunft (z.B. Eckfälle Herr Hansen, Frau Kolb).

Der Grad der sozialen Einbindung ist, siehe auch die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung (vgl. Kapitel 5.8.) einer der wichtigsten Faktoren für den RTW. Zwar variiert die subjektive Bedeutung sozialer Einbindung wie auch die individuelle Kompetenz zur Gestaltung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen, dennoch besteht für jeden Einzelnen zumindest eine gewisse Angewiesenheit auf sozialen Rückhalt. Eine Stärkung der sozialen Kompetenzen und eine stärkere Berücksichtigung des sozialen Umfelds des Rehabilitanden sollten deshalb im Fokus professioneller Begleitung stehen; besonderes Augenmerk ist dabei auf die Teilnehmer zu legen, die das BFW als „sozialen Schonraum“ (vgl. oben) betrachten und für die die sozialen Kontakte im BFW eine Art Ersatz für ansonsten fehlende soziale Eingebundenheit zu bilden scheinen.

7.2.10. Motivationale Aspekte und innere Haltungen

Insgesamt lässt sich als übergreifendes Ergebnis die positive Bewertung der Maßnahme und in der Folge die hohe Motivation der allermeisten Teilnehmer in der Umschulung festhalten. Für einen Teil der Rehabilitanden stellt die Maßnahme eine Art letzte Chance für eine Berufsausbildung und damit für einen (Wieder-)Einstieg in Erwerbsarbeit dar (z.B. Herr Piepeck, Herr Wutzke). Das gilt insbesondere für die Gruppe der von der BA vermittelten Teilnehmer, die ohne abgeschlossene Berufsausbildung sind und auch nicht chronisch erkrankt sind. Bei ihnen ist das eindeutige Motiv die Erlangung einer *ersten* Berufsausbildung (z.B. Fälle Herr Castello, Frau Krause).

Weitere positive Bedingungen sind das Durchhaltevermögen bei 2jährigen Umschulungsmaßnahmen, auch bei akuten Krisen⁵¹, die Zielorientierung und die Einbettung der Maßnahme in die weitere Lebensperspektive.

⁵¹ Im vorhergehenden Projekt zu *Abbrüchen von Qualifizierungsmaßnahmen* gab es nur sehr wenige, „echte Abbrecher“ (keine Wiederkehr in die Maßnahme). Fast alle Teilnehmer, sowohl im Fragebogen als auch in den Gruppendiskussionen, gaben aber an mindestens einmal während der Maßnahme an einen Abbruch gedacht zu haben. Viele berichteten auch von zeitlichen „Durchhängern“. Abgesehen von krankheitsbedingten Unterbrechungen gab es aber nur ganz wenige Teilnehmer die die Maßnahme vorzeitig verließen.

In der Phase der Rückkehr auf den Arbeitsmarkt sind die Teilnehmer erfolgreicher die trotz krankheitsbedingter Rückschläge und Komplikationen die Motivation aufrechterhalten (z.B. Herr Siebert) und die auch temporär Arbeitsbedingungen akzeptieren können, die nicht mit den Erwartungen in der Umschulung übereinstimmen (z.B. Herr Hoffmann).

7.2.11. Formen des Wiedereinstiegs

Ein wichtiges Ergebnis unserer Studie lautet: es gibt nicht *den* Wiedereinstieg, sondern verschiedene Formen der Rückkehr in Erwerbsarbeit. In der Regel gelingt der Mehrzahl der von uns untersuchten Teilnehmer (nach 6 Monaten 76,6%) ein erfolgreicher RTW; davon sind 70,7% im Umschulungsberuf tätig. Zum Zeitpunkt t_2 (18 Monate nach der Maßnahme) sind dagegen nur noch 61,4% im Umschulungsberuf beschäftigt. Wir führen diese Verschiebung darauf zurück, dass die zu t_1 nicht erwerbstätigen Rehabilitanden mit zunehmender Dauer der Erwerbslosigkeit eher bereit sind, eine umschulungsfremde Tätigkeit anzunehmen (z.B. Eckfall Frau Kolb).

Ein erhöhtes Risiko zeigt sich in Konstellationen, in denen Teilnehmer, selbst bei einer schnellen Integration in Arbeit, subjektiv keine erwerbsbiographische Kontinuität herstellen können (z.B. Eckfall Frau Jürgen). Daneben gibt es Konstellationen, in denen die Rehabilitanden zwar über die Umschulung keine berufsbiografische Kontinuierung erreichen, denen es aber nachträglich gelingt, selbständig in Eigenregie (aktive Biografiearbeit) ein Kohärenzerleben im Sinne der Salutogenese herzustellen (z.B. Herr Piepeck).

7.2.12. Arbeitsmarkt

Wie im Theorieteil und in den Einzelanalysen zum RTW (Kapitel 5.8.) bereits ausgeführt, stellt der regionale Arbeitsmarkt – in unserer Studie allerdings erst nach 6 Monaten – einen entscheidenden Faktor für einen gelungenen RTW dar.

Der regionale Arbeitsmarkt wird einerseits durch konjunkturelle Schwankungen (in unserer Studie kontrastiv Baden-Württemberg vs. Mecklenburg-Vorpommern), andererseits durch das Vorhandensein von Arbeitsplätzen in den jeweils angebotene Umschulungsberufen bestimmt. Bezogen auf den letztgenannten Aspekt zeigt sich das verfahrensbezogene Zuweisungsproblem, dass dazu führt, dass in einigen Fällen Teilnehmer das Gefühl hatten, in eine

Maßnahme gedrängt zu werden, nur weil freie Plätze zur Verfügung standen und der Kurs mit der betreffenden Berufsausbildung „aufgefüllt“ werden musste (z.B. Eckfälle Frau Kolb, Frau Jürgen), ohne dass die Teilnehmer eine erkennbare Berufsperspektive in ihrer Region wahrnehmen konnten (was sich schließlich auch bestätigte). Eine Zuweisung in regional nicht gefragte Berufe ist insbesondere im Hinblick auf ältere Umschüler ein negativer Faktor für RTW. Ältere Teilnehmer, insbesondere mit Familie und Wohneigentum, sind in der Regel nicht mehr bereit den Wohnort wegen eines entfernten Arbeitsplatzes zu wechseln (z.B. Herr Piepeck). Auf einer anderen Ebene hat sich in unsere Studie gezeigt, dass es auch unabhängig von der Region Teilnehmer gibt, deren gesundheitliche Beeinträchtigungen eine Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ausschließt. Sie sind aber gleichzeitig zu „gesund“ für einen EM-Rentenantrag bzw. für einen dauerhaften SGBII Bezug (z.B. Herr Schmidt, Herr Grimm, Herr Schumann). Hier stellt sich die Frage nach möglichen alternativen Platzierungen (etwa in Integrationsprojekte nach §132, SGB IX). Im Extremfall gibt es Teilnehmer, denen zwar eine erfolgreiche Umschulung im geschützten Rahmen des BFW gelingt, für die aber krankheitsbedingt eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr in Frage kommt, sondern für die unter dem Gesichtspunkt der Platzierung auf dem Arbeitsmarkt ein EM-Rentenantrag eine sinnvollere Alternative gewesen wäre (z.B. Eckfall Herr Weber).

Bei den zuletzt genannten Fällen stellt sich im Nachhinein die Frage einer angemessenen Zuweisung, insbesondere mit Blick auf das frühzeitige Erkennen riskanter (gesundheits-)biografischer Konstellationen.

7.2.13. Erfolgskriterien

Wie bereits im Forschungsstand erwähnt, gibt es auch in der internationalen Forschung bislang keinen Konsens darüber, „wie Ergebnisse von RTW zu messen oder zu evaluieren sind“ (Weber 2015, S.28). Dies verwundert zunächst nicht, weil hier die unterschiedlichen Perspektiven und Kriterien der beteiligten kollektiven und individuellen Akteure nicht deckungsgleich sind. Aus *rehabilitationsökonomischer Sicht der Rentenversicherung* besteht der „Return on Investment“ zunächst in der Wiederaufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit (gemessen nach 6 Monate und nach 2 Jahren), in einem zweiten Schritt in der Kosten-Ertragsperspektive der geförderten Maßnahmenart (z.B. einjährige Anpassungsqualifizierung vs.

zweijährige Berufsausbildung mit IHK-Abschluss; vgl. Bethge & Streibelt 2015); mit der Messung des erzielten sozialversicherungspflichtigen Entgelts alleine bleibt etwa die Frage danach offen, ob es auch als Erfolg gelten kann, wenn der Rehabilitand nicht im Umschulungsberuf arbeitet. Damit kommen die Perspektiven der Leistungserbringer (BFWs, Freie Träger) und der Rehabilitanden ins Spiel. Für die Leistungserbringer der zweijährigen Umschulung ist die Beschäftigung im Umschulungsberuf das eigentlich relevante Zielkriterium. Für Rehabilitanden stellt sich der Erfolg subjektiv sehr unterschiedlich dar: so zeigt sich exemplarisch am Fall Frau Kolb, dass eine Absolventin, die nicht im Umschulungsberuf arbeitet, dennoch mit ihrer Lebenssituation sehr zufrieden sein kann⁵². Umgekehrt zeigt der Fall von Frau Bender, dass eine Teilnehmerin, die im Umschulungsberuf tätig ist, dennoch mit ihrer allgemeinen Lebenssituation (Einkommen, Krankheitserleben, Tätigkeit) sehr unzufrieden sein kann. Ohnehin wäre eine stärkere Akzentuierung der Zufriedenheit mit dem und am Arbeitsplatz als Erfolgskriterium insbesondere bei Personen mit psychischen Beschwerden sinnvoll. Häufig zeigen sich Rückfälle von Depressionen bei Unzufriedenheit am Arbeitsplatz (z.B. Herr Hoffmann) oder im Zusammenspiel mit Arbeitsplatzverlusten infolge von Konflikten unter den Kollegen bzw. mit Vorgesetzten (z.B. Eckfall Frau Jürgen & Fall Herr Klomm). Schließlich gibt es Fälle von Teilnehmern, die obwohl mit dem Umschulungsberuf hoch identifiziert, aber in der Region keinen Arbeitsplatz finden (z.B. Eckfall Herr Hansen & Fälle Herr Piepek, Herr Wutzke), die Umschulung aber dennoch als Erfolg für sich verbuchen.

In den Fallstudien wird deutlich, dass einige Teilnehmer der Ansicht sind, dass sie ihre aktuelle Tätigkeit auch *ohne* die Umschulung gefunden hätten, das betrifft im Speziellen Teilnehmer die nach Ende der Maßnahme *nicht* im Umschulungsberuf tätig aber dennoch sehr zufrieden mit ihrem Arbeitsplatz sowie ihrer allgemeinen Lebenssituation sind. Auf der anderen Seite gibt es auch bis zum Zeitpunkt der Befragung erwerbslose Teilnehmer, die angeben dass sie wieder dieselbe Umschulung machen würden (sie definieren Erfolg für sich als das Erlernen neuer Kompetenzen, Fähigkeiten entwickeln, soziales Lernen etc.). Schließlich differenzieren sich die Absolventen in solche, die eine hohe inhaltliche Identifikation mit dem Umschulungs-

⁵² Hier zeigt sich der Gewinn einer auf Konstellationen bezogenen Analyse: Frau Kolb fühlte sich in den Umschulungsberuf gedrängt, in der Folge kam es zu keiner Identifikation mit dem neuen Beruf; bei der Rückkehr in Arbeit spielte die Beschäftigung im Umschulungsberuf für sie keine relevante Rolle; gleichwohl betrachtet sie sich als erfolgreich rehabilitierte Teilnehmerin.

beruf aufweisen und die den Erfolg der Maßnahme in der umschulungsadäquaten Beschäftigung sehen, und in jene, für die „Arbeit haben“ das entscheidende Kriterium für den Erfolg ist (vgl. Abschnitt „Verhältnis zur Arbeit“).

Eine weitere Konstellation für die Bewertung des Erfolges besteht in der *Sicht der Arbeitgeber* und der *Rehabilitanden als potentielle Arbeitnehmer*. Mit Blick auf die gesellschaftlichen Erwartungen an die Qualifikation von Beschäftigten stellt für die Arbeitgeber der formale IHK-Abschluss eine Sicherheit für die berufliche Kompetenz dar, für die Rehabilitanden ist mit dem Abschluss eine gewisse Erfolgsgarantie im Berufssystem verbunden. Entscheidend ist aber, ob die Rehabilitanden sich durch die Maßnahme auch tatsächlich auf den neuen Beruf vorbereitet fühlen (positiv z.B.: Eckfall Herr Meier & Fälle Herr Pohl, Frau Krause, Herr Zander; negativ, z.B. Fälle Herr Piepeck, Herr Schmidt, Frau Bender).

Als Resultat aus den hier verdichtet zusammengefassten Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Analysen ergeben sich weitere *offene Forschungsfragen*, *generelle rehabilitationspolitische Überlegungen* als auch einige *konkrete Empfehlungen* sowohl für die Gestaltung von Zuweisungsprozessen, der Begleitung von Teilnehmer während der Maßnahme als auch danach beim Weg zurück auf den Arbeitsmarkt. Für den hier vorliegenden Bericht fokussieren wir uns vor allem auf praxisbezogene Empfehlungen.

8. Empfehlungen

In den nachfolgenden Empfehlungen werden zum Teil auch Ergebnisse der Studie aufgenommen, die sich nicht im vorangegangenen Kapitel 7 (Synopse) finden, aber für weitergehende Formen der Unterstützung aus unserer Sicht relevant erscheinen.

Die Empfehlungen richten sich im Wesentlichen auf eine Sensibilisierung für in der Synopse aufgeführten Risikokonstellationen beim RTW, die sich teilweise erst im Verlauf der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme als problematisch herausstellen; empfehlungsrelevant sind dabei:

- nachträglich identifizierte Probleme der Zuweisung (insbesondere ein nicht selbst gewählter Umschulungsberuf);
- Grad der Krankheitsverarbeitung und –bewältigung sowie der Umfang der noch bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei den Rehabilitanden;
- die Rolle des „Schonraums“ in der Maßnahme.

Daran schließen sich Vorschläge für eine *praxisbezogene Nachsorgebegleitung* für die Gruppe derjenigen Rehabilitanden an, die besondere Schwierigkeiten beim RTW haben; dies betrifft grob geschätzt ca. $\frac{1}{5}$ der Absolventen, die nicht mit der Gruppe der bis zu t_2 noch erwerbslosen Personen gleichgesetzt werden können.

Allgemein zeigt sich ein sehr positiver Effekt der Umschulung. Drei Viertel (76,6%) der Teilnehmer sind 18 Monate nach Ende der Maßnahme (t_2) in Arbeit. Zudem betrachten die allermeisten Rehabilitanden (ca. 75%) die Maßnahme im Nachhinein als eine notwendige Voraussetzung für ihren derzeitigen Arbeitsplatz. In den Fallstudien zeigte sich darüber hinaus eine sehr hohe subjektive Zufriedenheit mit der Maßnahme. Sie wird einmal als Chance für einen beruflichen Neuanfang gesehen, zum anderen wird die Zeit in der Umschulung als eine notwendige und hilfreiche Phase zur Reflexion und Neupositionierung der eigenen Identität, Lebensführung und Zukunftsgestaltung mit gesundheitlicher Beeinträchtigung eingeschätzt. Darüber hinaus wird die Umschulung als Kompetenzerweiterung erlebt; dies bezieht sich nicht allein auf den zentralen berufsspezifischen Wissenserwerb, sondern wird auch als wichtige Hilfe zur Reintegration und einer Festigung von Schlüsselqualifikationen betrachtet.

Auch wenn 40% der Rehabilitanden unserer Stichprobe *nicht* im Umschulungsberuf tätig sind, hat das (fast) keinen Einfluss auf die subjektive Zufriedenheit. Wichtiger als die Tätigkeit im

Umschulungsberuf scheinen für viele Rehabilitanden die Arbeitsplatzsituation und die konkreten Arbeitsaufgaben zu sein. Daraus folgt allerdings keine prinzipielle Abkehr vom Angebot der 2jährigen Vollzeitmaßnahme für diese Personengruppe. Auch aus deren Sicht ist die Maßnahme nicht nur eine wichtige berufliche Bildungserfahrung, sondern wird auch für die Persönlichkeitsentwicklung und Selbstwirksamkeit als bedeutsam erlebt. Aber besonders die zum Zeitpunkt der Befragung nach 18 Monaten noch erwerbslosen Rehabilitanden, in Zahlen 22,7%, gaben in der Rückschau an, dass sie sich nicht noch einmal für dieselbe Maßnahme entscheiden würden. Und nur für einige wenige Teilnehmer aus der Stichprobe der Fallstudien erschien die Maßnahme in der Retrospektive für die derzeitige Beschäftigung als nicht erforderlich.

Mit Blick auf das derzeitige Berufssystem, in dem die Besetzung qualifizierter Stellen sowohl seitens der Arbeitgeber wie Arbeitnehmer am Modell der dualen Ausbildung mit zertifiziertem Abschluss orientiert ist, erweist sich die 2jährige Vollqualifizierung als geeignetes und erfolgreiches Instrument bei der Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (76,6% in unserer Stichprobe zum Zeitpunkt t_2). Darüber hinaus bietet die Qualifizierung auch einen gewissen Schutz vor einer Prekarisierung.

8.1. Risikokonstellationen bei der Wahl des Umschulungsberufs

Es zeigte sich, dass insbesondere Teilnehmer, die mit einer klaren Zielvorstellung ihren Umschulungsberuf selbst wählen und sich dafür aktiv einsetzen, besonders gute Chancen auf einen erfolgreichen RTW haben. Umgekehrt ergeben sich besondere Risikokonstellationen, wenn Teilnehmer keine klare Berufsvorstellung haben, sie den Eindruck hatten, in einen Beruf gedrängt worden zu sein oder wenn ihnen der angestrebte Wunschberuf abgeschlagen wurde. In allen Fällen kommt es in der Regel zu keiner Identifikation mit dem Umschulungsberuf und nachfolgend zeigen sich oftmals Probleme auf dem Weg auf den Arbeitsmarkt.

Eine durchgehende Zielorientierung, Selbstbestimmung, Durchhaltevermögen und Eigenaktivität stellen also Gelingensbedingungen dar; ein fehlendes Durchhaltevermögen, erlebte Fremdbestimmung, Zerfall der Selbstwirksamkeit, Verlust der Zielorientierung und passives Hinnehmen von Entscheidungen stellen Mißlingensbedingungen für einen RTW dar.

In den Verfahren der Beratung, des Assessment und der anschließenden Zuweisung sehen wir die Notwendigkeit zu einer zusätzlichen *systematischen berufsbiografischen Anamnese*, in der

die *Berufswahlgeschichte* der Rehabilitanden (aktiv vs. passiv; selbstgewählt und durchgesetzt vs. gedrängt/Übernahme familiärer Tradierungen/Wunsch der Eltern) als auch die *Berufsgeschichte* (Berufswechsel, Fortbildungen etc.) und weitergehend Haltungen und Einstellungen zu Arbeit und Beruf, zur Work-Life-Balance und zum Lebensentwurf im Mittelpunkt stehen sollten.

8.2. Risikokonstellationen im Kontext der Krankheit

Mit Ausnahme schwerer, besonders psychischer Beeinträchtigungen und chronischer Schmerzen spielen bei unserer Stichprobe generell weder die Krankheitsdiagnose noch eine vorhandene Multimorbidität eine entscheidende Rolle für den RTW. Vielmehr sind die subjektive *Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes* und besonders die subjektive *Prognose der Krankheitsentwicklung* sowie die subjektive *Beurteilung der eigenen Arbeitsfähigkeit* zentral. Hinzu kommen der *Stand der Krankheitsbewältigung* und der *Umgang mit der Krankheit* als wichtige Faktoren für den RTW; als *positiv* erweist es sich hier,

- wenn die Krankheitsfolgen den Lebensalltag und das Denken nicht mehr dominieren;
- wenn die Auseinandersetzung mit der Krankheit schon weit fortgeschritten ist und Strategien im Umgang mit den gesundheitlichen Einschränkungen entwickelt wurden;
- wenn die Krankheit mit den verbliebenen gesundheitlichen (Funktions-)Beeinträchtigungen akzeptiert und in das Körper-, Selbst- und Lebenskonzept integriert werden kann.

Für die Praxis der Zuweisung bedeutet dies, dass ein zu schneller und für einige Rehabilitanden (in unseren Fällen) als zu früh erlebter Übergang von der medizinischen in die beruflichen Rehabilitation vermieden werden und ein Mindestmaß an gesundheitlicher Stabilität vorhanden sein sollte. Diese Stabilität ist auch für ein erfolgreiches Absolvieren der Maßnahme erforderlich; dieses Problem reproduziert sich beim Übergang von der Maßnahme in Beschäftigung. Bei einigen älteren Rehabilitanden aus unserer Stichprobe mit schweren chronischen Erkrankungen und bereits mehrfachen Rückfällen oder bevorstehenden Operationen, die aber selbst die Umschulung unbedingt abschließen und wieder auf den Arbeitsmarkt zurückkehren wollen, stellt sich die Frage, ob eine Maßnahme von so langer Dauer und das Ziel einer Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt überhaupt zweckmäßig ist; hier wäre auch seitens

des Rehabilitationssystems über mögliche Alternativen, etwa eine Beschäftigung in einem Integrationsbetrieb nach einer Anpassungsqualifizierung, nachzudenken.

Manche Rehabilitanden sehen in der Umschulung selbst ein Instrument zur Gesundung; dies äußert sich in zwei unterschiedlichen Formen: zum einen darin, dass das Thema Krankheit während der Umschulung und auch nach der Maßnahme (in den Interviews) meist nur auf ausdrückliche Nachfrage angesprochen wird; die Krankheit wird durch die Konzentration auf das Erlernen eines neuen Berufs in den Hintergrund gedrängt, der Fortbildungsort stellt analog zum Arbeitsplatz keinen Ort für die Thematisierung von Krankheit dar. Zum anderen wird das BFW als therapeutischer Raum verstanden, der auch der Gesundung und Erholung vor den Anforderungen der Arbeitswelt „da draußen“ dient.

Diese Ergebnisse bedeuten, dass in der Maßnahme Fragen der Krankheitsbewältigung, Strategien des Umgangs mit Funktionsbeeinträchtigungen, Schmerzen und Ängsten, der gesundheitlichen Selbstsorge und der Auseinandersetzung mit den Folgen bleibender gesundheitlicher Einschränkungen als wichtige Querschnittsaufgabe integriert werden sollte, gerade weil dies auf der Basis unserer Ergebnisse eine entscheidende Voraussetzung für einen erfolgreichen RTW und für einen nachhaltigen Verbleib in Arbeit bildet.

8.3. Umschulung als Schonraum – Begleiteter Übergang aus dem Schonraum

Ganz allgemein besteht der programmatische Anspruch der beruflichen Rehabilitation in der Förderung von Eigenaktivität, Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Teilnehmer. Diese Perspektive einer aktivierenden sozialstaatlichen Rehabilitationspolitik trifft auf eine besonders durch die Erfahrung des krankheitsbedingten Bruchs, oft langwieriger Zeiten der Behandlung und medizinischen Rehabilitation und der Erfahrung des Arbeitsplatzverlusts und von Erwerbslosigkeit belastete Gruppe. Ein Teil der Rehabilitanden, in unseren Interviews ca. jeder Fünfte, wird von diesen Ansprüchen aus unterschiedlichen Gründen überfordert: sei es weil die Krankheitsverarbeitung sich noch in einem frühen Stadium befindet und einer fachlichen Begleitung bedarf, sei es, weil biografisch gewachsene Erwartungen an vorgegebene Strukturen aus früheren Bildungserfahrungen (Schule, Berufsschule, Ausbildungsbetrieb) auf die aktuelle berufliche Reha übertragen werden, sei es weil durch den krankheitsbedingten Einschnitt ein erhöhter sozio-emotionaler Unterstützungsbedarf besteht. Für genau diese

Gruppe steht die gesamte Maßnahme im Kontext eines notwendigen Schonraums: u.a. als Vorbereitung auf eine Rückkehr in Arbeit (Testen der Leistungsfähigkeit, Erfolgserlebnisse als Bestätigung), als Anpassung von Erwartungen an sich selbst und die eigene berufliche Leistungsfähigkeit, als Auseinandersetzung mit einem Arbeiten bei bedingter Gesundheit. Der Mehrzahl der Rehabilitanden gelingen diese Aufgaben unspektakulär und ohne professionelle Hilfe. Das bedeutet, dass die Rede vom Schonraum nicht generell problematisch ist; vielmehr kann ein solcher „Schonraum“ für die Restabilisierung von Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen sowie als Basis für neue (berufs-)biografische Zielsetzungen und Identitätswürfe genutzt werden. Problematisch wird der Schonraum erst dann, wenn die dort angebotene Begleitung nicht zu einer schrittweisen Ablösung von Erwartungen führt, Problemlösungen an andere zu delegieren.

Eine Empfehlung, die sich aus diesem Ergebnis ableitet, besteht

- erstens in einer *Identifikation dieser Risikokonstellationen* – etwa wenn Rehabilitanden in ihren Gedanken beständig um die Krankheit kreisen und starke Ängste aufweisen oder ihre Probleme an die Fachkräfte „abgeben“;
- zweitens in einer zielgerichteten Unterstützung während der Maßnahme (Zuspruch geben, Mut machen, emotional stabilisieren) und
- drittens ein *begleitender Übergang nach der Umschulung aus dem Schonraum* zurück in ein selbststrukturiertes Leben in und mit Arbeit. Dieser Übergang muss nicht zwangsläufig durch das BFW oder einen anderen Bildungsträger erfolgen, sondern könnte ggf. auch durch bereits vorhandene Dienste, die Erfahrung mit der Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer und mit Arbeitgebern besitzen, gestaltet werden, wie etwa IFDs.

Abschließend weisen wir nochmal darauf hin, dass die Notwendigkeit eines derartigen Fallmanagements nach Beendigung der beruflichen Umschulung nur für einen kleineren Teil der Rehabilitanden besteht.

8.4. Übergreifende Empfehlungen

Für eine differentielle Unterstützung von beruflichen Rehabilitanden in Risikokonstellationen scheinen uns auf der Basis unserer Ergebnisse diese Hinweise und Empfehlungen sinnvoll:

- *Stärkere Sensibilisierung für kritische biografische Konstellationen während der Umschulung* (v.a. bei unauffälligen, aber beim nachfolgenden RTW gefährdeten Teilnehmern);
- *Zielgruppenspezifische Stärkung der Selbstmanagementförderung*, auch wenn es hierzu bereits ein Vielzahl von Angeboten und Programmen in der beruflichen Rehabilitation gibt⁵³; gerade weil es sich hierbei um langfristige Prozesse handelt, ist aus unserer Sicht ein kontinuierliches Angebot erforderlich; es scheint nicht sinnvoll diese Aufgabe in eine vorgelagerte „problemabstrakte“ Maßnahme wie den RVT zu schieben. Unabhängig davon ist bei Personen mit „Besonderen Beruflichen Problemlagen“ (BBPL) eine weitere Stärkung der medizinisch beruflichen Orientierung bereits in der Phase der medizinischen Rehabilitation sinnvoll, wie etwa in den gut untersuchten MBOR-Programmen⁵⁴.
- *Erstellung von Fallvignetten*; eine Voraussetzung für die oben angesprochene Sensibilisierung für besondere Problemlagen und kritische Konstellationen ist deren Identifikation; dies gelingt nur in begrenztem Maß durch den Einsatz von Screenings und Testverfahren. Viel stärker zeigen sich in biografisch verlaufsbezogene Konstellationen im Zusammenspiel mit verfahrensbezogenen Abläufen und situativen Momenten die für das Gelingen oder Scheitern eines RTW entscheidenden Einflussgrößen und Wendepunkte. Daher können auf der Basis realer Fälle entwickelte Fallvignetten exemplarisch derartige Konstellationen sichtbar machen und Ansatzpunkte für gezielte Unterstützungsangebote und –formen generieren. Daraus können Hinweise gewonnen werden zur
 - *Operativen Hilfestellung*
 - *Qualitätssicherung*
 - *Gestaltung von Angeboten zur speziellen Nachsorgebegleitung*
 - *Fort- und Weiterbildung für Reha-Fachberater und REIMAS*

⁵³ Vgl. z.B. Erfahrungen aus dem CDSMP-Programm (Lorig et al. 2001 (im deutschsprachigen Raum unter INSEA bekannt [Haslbeck 2015]), Vahrenkamp et. al. 2008, Shaw et al. 2012.

⁵⁴ Vgl. Bethge et al. 2012.

9. Literaturliste

- ADS, BA & BDA (2015): Erfolg kennt kein Alter. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS).
 Unter: [http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/Leitfaden-Erfolg-kennt-kein-Alter.pdf/\\$file/Leitfaden-Erfolg-kennt-kein-Alter.pdf](http://www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/res/Leitfaden-Erfolg-kennt-kein-Alter.pdf/$file/Leitfaden-Erfolg-kennt-kein-Alter.pdf). Zuletzt geprüft: 24.02.2016.
- Alheit, P. (1999): Grounded Theory. Ein alternativer methodologischer Rahmen für qualitative Forschungsprozesse. Unter: www.fallarchiv.uni-kassel.de/wp-content/uploads/2010/07/alheit_grounding_theory_ofas.pdf. Zuletzt geprüft: 30.03.2016.
- Andersen, M. F., Nielsen, K. M. & Brinkmann, S. (2012): Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. In: *Scand J Work Environ Health*, 38 (2), S. 93-104.
- Angerer, P., Glaser, J., Gündel, H., Henningsen, P., Lahmann, C., Letzel, S. & Nowak, D. (Hg.) (2014): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus der Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und psychosomatische Medizin. Heidelberg: Ecomed.
- Arling, V., Lüdtkke, J. & Spijkers, W. (2007): Faktoren zur Wiedereingliederung von Rehabilitanden auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Gesund älter werden – mit Prävention und Rehabilitation vom 26. März bis 28. März 2007 in Berlin. DRV-Schriften, 72, Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG., Sonderausgabe der DRV, S. 302-304.
- Arling, V. & Spijkers, W. (2008): Wiedereingliederung von Bürokaufleuten nach der beruflichen Rehabilitation – Eine Analyse personenbezogener Faktoren. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung vom 3. bis 5. März 2008 in Bremen. DRV-Schriften, 77, Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG., S. 261-263.
- Arling, V. & Spijkers, W. (2009): Effect of Personality Factors on Performance in Rehabilitation Assessment and Vocational Reintegrationprognosis. In: *International Journal of Rehabilitation Research*, 32, Sonderheft, S. 82-83.
- Arling, V., Kleon, S., Schellmann, Ch., Frost, M. & Spijkers, W. (2012): Der Einfluss von Selbstwirksamkeit und Motivation auf den Reintegrationserfolg. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg. DRV-Schriften, 98, Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG., S. 293-295.
- Arling, V., Hagemeyer, A., Frost, M., Kleon, S., Schellmann, Ch. & Spijkers, W. (2013): Der Zusammenhang von Persönlichkeit und nachhaltiger Integration im Kontext von beruflicher Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Teilhabe 2.0 – Reha neu denken? vom 4. bis 6. März 2013 in Mainz. DRV-Schriften, 101, Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG., S. 295-297.
- Arling & Spijkers (2015): Welche Relevanz hat die freiwillige Teilnahme von Rehabilitanden an einer wissenschaftlichen Studie im Umschulungskontext? In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Psychische Störungen – Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation vom 16. bis 18. März 2015 in Augsburg. DRV-Schriften, 107, Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG., S. 80-82.
- Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, Ch. (Hg.) (2007): Chronische Krankheiten. Fehlzeiten-Report 2006. Heidelberg: Springer.
- Bauer, J. (2013): Arbeit. Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht. München: Blessing.
- Beck, D., Bonn, V. & Westermayer, G. (2010): Salutogenese am Arbeitsplatz. Die betriebliche Organisation von Gesundheit. In: *Gesundheit, Gesellschaft und Wissenschaft (GGW)*, 10 (2), S. 7-14.
- Beiderwieden, K. (2001): Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation. Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke.

- In: : Sonderdrucke Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 34 (2), S. 182-206.
 Unter: http://doku.iab.de/mittab/2001/2001_2_MittAB_Beiderwieden.pdf. Zuletzt geprüft: 17.12.2014.
- Beiderwieden, K. (2005): Trotz schwieriger Rahmenbedingungen: 62 % der Absolventinnen und Absolventen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke bundesweit wieder eingegliedert – Ergebnisse der Zwei-Jahres-Nachbefragung 2003. Bad Homburg: WDV-Ges. für Medien und Kommunikation.
- Bellmann, L., Kistler, E. & Wahse, J. (2007): Demographischer Wandel: Betriebe müssen sich auf alternde Belegschaften einstellen. In: IAB-Kurzbericht, 21, Nürnberg. Unter: <http://doku.iab.de/kurzber/2007/kb2107.pdf>. Zuletzt geprüft: 12.12.2015.
- Bengel, J. & Mittag, O. (Hg.) (2016): Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Heidelberg: Springer.
- Bestmann, A., Erbstößer, S. & Grothe, G. (2006): Rehabilitationsträgerübergreifende Messung der Ergebnisqualität von beruflichen Bildungsmaßnahmen. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation und Arbeitswelt – Herausforderungen und Strategien – vom 13. bis 15. März 2006 in Bayreuth. DRV-Schriften, 64, Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG., S. 90-92.
- Bethge, M. (2010): Patientenorientierung und Wirksamkeit einer multimodalen medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation. Lengerich: Pabst.
- Bethge, M., Brandes, I., Kleine-Budde, K., Löffler, K., Neuderth, S., Schwarz, B., Schwarze, M. & Vogel, H. (2012): MBOR-Management – Formative Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). Abschlussbericht. Unter: www.forschung.deutsche-Rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=MBOR_Management_Abschlussbericht.pdf. Zuletzt geprüft: 01.08.2015.
- Bethge, M. & Borngreber, Y. (2015): Work-family conflicts and self-reported work ability: Cross-sectional findings in women with chronic musculoskeletal disorders. In: BMC Musculoskeletal Disorders. Unter: <http://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-015-0515-4>. Zuletzt geprüft: 14.02.2016.
- Bethge, M. & Streibelt, M. (2015): Sind Vollqualifizierungen wirklich besser als Teilqualifizierungen? Ergebnisse einer Propensity Score gematchten Analyse. In: Die Rehabilitation, 54 (6), S. 389-395.
- Bethge, M. & Neuderth, S. (2016): Medizinisch-berufliche Maßnahmen. In: Bengel, J. & Mittag, O. (Hg.): Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Ein Lehr- und Praxishandbuch. Heidelberg: Springer, S. 149-160.
- Blumer, H. (1973): Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bd. 1, Reinbeck: Rowohlt.
- BMAS (Hg.) (2016): Psychische Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmedizinische Empfehlung. Bonn: bmas. Unter: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a450-psychische-gesundheit-im-betrieb.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt geprüft: 30.05.2016.
- BMBF (2015): Berufsbildungsbericht 2015. Bonn: bmbf. Unter: https://www.bmbf.de/pub/Berufsbildungsbericht_2015.pdf. Zuletzt geprüft: 13.05.2016.
- Böhle, F., Voß, G. G. & Wachtler, G. (Hg.) (2010): Handbuch Arbeitswissenschaft. Heidelberg: Springer.
- Bonß, W. & Plum, W. (1990): Gesellschaftliche Differenzierung und sozialpolitische Normalitätsfiktion. Zum theoretischen und empirischen Gehalt von Normalitätsunterstellungen in der Sozialpolitikdiskussion. In: Zeitschrift für Sozialreform 36: S. 692 - 715.
- Borgetto, B. & Kälble, K. (2007): Medizinsoziologie: Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. München: Juventa.
- Bortz, D. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Brinkmann, C. (1978): Strukturen und Determinanten der beruflichen Wiedereingliederung von Langfristarbeitslosen aus der Untersuchung des IAB über Ursachen und Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In: : Sonderdrucke Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 11 (2), S.

- 178-197. Unter: http://doku.iab.de/mittab/1978/1978_2_MittAB_Brinkmann.pdf. Zuletzt geprüft: 14.05.2016.
- Brose, H.-G. (1983): Die Erfahrung der Arbeit. Zum berufsbiographischen Erwerb von Handlungsmustern bei Industriearbeitern. Opladen: Leske+Budrich.
- Frey, C., Bührlen, B., Gerdes, N. & Jäckel, W. (2007): Handbuch zum IRES-3. Indikatoren des Reha-Status. Regensburg: Roederer.
- Bürger, W. (2004): Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation – Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. In: Die Rehabilitation, 43 (3), S. 152-161.
- Bürger, W. & Deck, R. (2009): SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. In: Die Rehabilitation, 48 (4), S. 211-221.
- Bürger, W. & Streibelt, M. (2011): Wer profitiert von Stufenweiser Wiedereingliederung in Trägerschaften der gesetzlichen Rentenversicherung? In: Die Rehabilitation, 50 (3), S. 178-185.
- Corbin, J. M., Hildenbrand, B. & Schaeffer, D. (2009): Das Trajektkonzept. In: Schaefer, D. (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, S. 55-74.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (2010): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber.
- Costa-Black, K. M., Feurstein, M. & Loisel, P. (2014): Work-Disability Models: Past and Present. In: Loisel, P. & Anema, J. R. (Hg.): Handbook of Work Disability – Prevention and Management. New York: Springer, S. 71-93.
- Coutu, M.-F., Côte, D. & Baril, R. (2014): The work-disabled patient. In: Loisel, P. & Anema, J. R. (Hg.): Handbook of Work Disability – Prevention and Management. New York: Springer, S. 15-29.
- Creswell, J. W. (2009): Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. London: Sage.
- DAK (2015): DAK-Gesundheitsreport 2015. Hamburg: Deutsche Angestellten Krankenkasse.
- Danner, H.-W., Kison, A. & Morfeld, M. (2012): Ergebnisse des gezielten Einsatzes zweier Modelle der stufenweisen Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg. DRV-Schriften, 98, Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG., S. 54-55.
- Detka, C. (2011): Dimensionen des Erleidens: Handeln und Erleiden in Krankheitsprozessen. Opladen: Budrich.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (Hg.) (2015): DGB-Index: Gute Arbeit. Der Report 2015. Berlin: DGB-Institut Gute Arbeit.
- Diehl, R., Gronauer, A. & Gebauer, E. (2011): Kursbuch Sozialmedizin. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Dill, H. & Keupp, H. (Hg.) (2015): Der Alterskraftunternehmer. Bielefeld: transcript.
- Dittmar, N. (2002): Transkription. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien. Opladen: Leske+Budrich.
- Deutsche Rentenversicherung (2014a): Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitablauf (Stand Mai 2014).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014b): DRV-update. Die medizinische und berufliche Rehabilitation im Lichte der Statistik. Berlin: DRV.
- Erbstößer, S., Bestmann, A., Grünbeck, P. & Zollmann, P. (2006): Einflussfaktoren auf die Wiedereingliederung nach einer beruflichen Bildungsmaßnahme. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitation und Arbeitswelt – Herausforderungen und Strategien – vom 13. bis 15. März 2006 in Bayreuth. DRV-Schriften, 64, Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG., S. 92-94.
- Eggerer, R. (2009): Strukturen und Prozesse in der beruflichen Rehabilitation. In: Blumenthal, W. & Schliehe, F. (Hg.): Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. DVfR. Bd. 1. Heidelberg: DVfR, S. 265-272.

- Eierdanz, A. (2011): Betriebliche Eingliederung von an Depression erkrankten Beschäftigten. Unveröffentlichte Masterarbeit.
- Finzen, A. (2013): Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. Köln: Psychatrie-Verlag.
- Fischer-Rosenthal, W. & Rosenthal, G. (1997): Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation. In: Hitzler, R. & Honer, A. (Hg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Opladen: Leske+Budrich, S. 133-164.
- Flick, U. (2006): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U. (2011): Das episodische Interview. In: Oelerich, G. & Otto, H.-U. (Hrsg.) Empirische Forschung und soziale Arbeit. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 273-280.
- Frost, M., Arling, V. & Spijkers, W. (2014): Anpassungsleistungen (Adaptive Performance) und subjektive Lebensqualität als Prädiktoren des beruflichen Wiedereinstiegs nach Krankheit. In: Güntürkün, O. (Hg.): Beitrag zum 49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Bochum, 21. – 25. September 2014. Lengerich: Pabst, S.288.
- Gerhardt, U. (1994): Herz und Handlungsrationale. Biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung. Eine idealtypenanalytische Studie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.
- Glinka, H.-J. (1998): Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen. Weinheim: Juventa.
- Goffman, E. (1962): On cooling the mark out: Some aspects of adaption to failure, In: Rose, A. M. (Hg.): Human Behavior and Social Processes. Boston: Mifflin, S. 482-505.
- Goffman, E. (2014): Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Greve, W. & Wentura, D. (1997): Wissenschaftliche Beobachtung. Eine Einführung. Weinheim: Juventa.
- Hasselhorn, H. M. & Freude, G. (2007): Der Work-Ability Index – ein Leitfaden. Sonderschrift S 87, Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA.
- Habermann-Horstmeier, L. (2015): Gender und Return to Work. In: Weber, A., Peschkes, L. & Boer, W. E. L. de (Hg.): Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration. Stuttgart: Genter Verlag, S. 246-254.
- Haslbeck, J. (2015): Chronische Krankheiten und Multimorbidität. In: SAMW (Hg.): Gesundheitskompetenz in der Schweiz – Stand und Perspektiven. Bern: Akademien der Wissenschaften Schweiz, 10, S. 55-58.
- Hansmeier, T., Radoschewski, M. (2005): Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Entwicklung eines Rehabilitandenfragebogens. In: DAngVers, 52 (8), S. 371-379.
- Heinz, W. R. (1995): Arbeit, Beruf und Lebenslauf. Eine Einführung in die berufliche Sozialisation. Weinheim, München: Beltz.
- Heinz, W. R. (2003) From work trajectories to negotiated careers: The contingent work life course. In: Mortimer, J. T. & Shanahan, M. J. (Hg.): Handbook of the Life Course. New York: Kluwer/Plenum, S. 185-204.
- Heinz, W. R. (2005) Berufliche Sozialisation. In: Rauner, F. (Hg.): Handbuch der Berufsbildungsforschung. Bielefeld: Bertelsmann, S. 321-329.
- Hetzel, Ch. (2015a): Der Arbeitsmarkt. In: Weber, A., Peschkes, L. & Boer, W. E. L. de (Hg.): Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration. Stuttgart: Genter Verlag, S. 193-201.
- Hetzel, Ch. (2015b): Mehrebenenanalysen zu Arbeitsmarkt und Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. In: Die Rehabilitation 54 (1), S. 16-21.
- Hieke, H. & Spallek, C. (2005): Verbleib aus berufspädagogischer Sicht. Evaluation einer Weiterbildungsmaßnahme für Frauen im kaufmännischen Bereich. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik (ZBW), 101, S. 396-412.
- Hien, W. (2007): Arbeitsbedingte Risiken der Frühberentung. Eine arbeitswissenschaftliche-medizinsoziologische Interpretation des Forschungsstandes. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

- Hien, W. (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Hien, W. & Bödeker, W. (2008): Frühberentungen als Folge gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen. Beiträge zum Stand der wissenschaftlichen Diskussion. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Hildenbrand, B. (2009): Die „Bewältigung“ chronischer Krankheit in der Familie – Resilienz und professionelles Handeln. In: Schaeffer, D. (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber.
- Hoffmann, R. & Bogedan, C. (2015): Arbeit der Zukunft – Möglichkeiten nutzen, Grenzen setzen. Frankfurt am Main: Campus.
- Hoß, K., Pomorin, N., Reifferscheid, A. & Wasem, J. (2013): Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. Version 1.0. IBES-Diskussionsbeitrag. Unter: https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/200__Arbeits-faehigkeit_vor_dem_-Hintergrund_des_demografischen_Wandels.pdf. Zuletzt geprüft: 12.05.2016.
- Ilmarinen, J. & Lehtinen, S. (Hg.) (2004): Past, Present and Future of Work Ability – People and Work Research Report 65. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002): Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben. Hamburg: VSA-Verlag.
- Ilmarinen, J. (2009): Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. In: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 35, S. 1-5.
- Inglehart, R. (1998): Modernisierung und Postmodernisierung. Kultureller, wirtschaftlicher und politischer Wandel in 43 Gesellschaften. Frankfurt am Main: Campus.
- Jakob, G. (1997): Biographieforschung mit dem Verfahren des narrativen Interviews. In: Friebertshäuser, B. & Prengel, A. (Hg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa.
- Kallmeyer, W. & Schütze, F. (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In: Wegner, D. (Hg.): Gesprächsanalysen: Vorträge gehalten anlässlich des 5. Kolloquiums des Instituts für Kommunikationsforschung und Phonetik, 14.–16. Oktober 1976. Bonn: Buske.
- Kardorff, E. v. (2010): Soziale Netzwerke in der Rehabilitation und im Gesundheitswesen. In: Stegbauer, C. & Häußling, R. (Hg.): Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden: Springer VS Verlag, S. 715-724.
- Kardorff, E. v., Ohlbrecht, H., Bartel, S., Kasten, Y. & Meschnig, A. (2013a): Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation. Eine qualitative Studie zu individuellen und kontextbezogenen Ursachen. Abschlussbericht. Berlin.
- Kardorff, E. v., Ohlbrecht, H. & Schmidt, S. (2013b): Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen. Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Unter: http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise_Zugang_zum_Arbeitsmarkt.pdf?__blob=publicationFile. Zuletzt geprüft: 2.1.2015.
- Kelle, U. (1994): Empirisch begründete Theoriebildung. Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag.
- Kelle, U. (2007): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Knieps, F. & Pfaff, K. (2015): Langzeiterkrankungen. BKK-Gesundheitsreport 2015. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kohli, M. (1989): Institutionalisierung und Individualisierung der Erwerbsbiographie. Aktuelle Veränderungstendenzen und ihre Folgen. In: Brock, D., Leu, H. R., Preiß, Ch. & Vetter, H.-R. (Hg.): Subjektivität im gesellschaftlichen Wandel. Umbrüche im beruflichen Sozialisationsprozess. München: DJI, S. 249-278.

- Köster, T.; Fehr, M. & Slesina, W. (2007): Zur Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken – ein Prognosemodell. In: *Die Rehabilitation*, 46 (5), S. 258-265.
- Kraus, T., Letzel, S. & Novak., D. (Hg.) (2010): *Der chronisch Kranke im Erwerbsleben*. Heidelberg: Eco-med.
- Krauth, C. & Petermann, F. (Hg.) (2011): *Gesundheitsökonomie und Reha-Ökonomie*. Regensburg: Roderer.
- Krotz, F. (2005): *Neue Theorien entwickeln. Eine Einführung in die Grounded Theory, die Heuristische Sozialforschung und die Ethnographie anhand von Beispielen aus der Kommunikationsforschung*. Köln: Halem.
- Kuckartz, U., Grunenberg, H. & Lauterbach, A. (2007): *Qualitative Datenanalyse: computergestützt. Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Küsters, I. (2006): *Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen*. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Letzel, S., Storck, J. & Tautz, A. (2007): 13 Thesen zu Stand und Entwicklungsbedarf von betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. In: *Gesundheitswesen*, 69, S. 319-322.
- Liebers, F. & Caffier, G. (2009): *Berufsspezifische Arbeitsunfähigkeit durch Muskel-Skelett-Erkrankungen in Deutschland*. Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA.
- Lohmann-Haislah, A. (2012): *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA.
- Löffler, S., Wolf, H.-D., Gerlich, C. & Vogel, H. (2008): *Entwicklung und Validierung eines generischen Screening-Instruments zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen*. Unveröffentlichter Projektabschlussbericht. Universität Würzburg.
- Loisel, P. & Anema, J. R. (Hg.) (2014): *Handbook of Work Disability. Prevention and Management*. New York: Springer.
- Loisel, P. & Coté, P. (2014): The work disability paradigm and its public health implications. In: Loisel, P. & Anema, J. R. (Hg.): *Handbook of Work Disability – Prevention and Management*. New York: Springer, S. 59-67.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D. & Hobbs, M. (2001): Effect of a self-management program on patients with chronic disease. In: *Eff Clin Pract*, 4 (6), S. 256-262.
- Luczak, H. & Volpert, W. (1997): *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel-Verlag.
- Lukasczik, M. & Vogel, H. (2016): *Diagnostik beruflicher Belastungen*. In: Bengel, J. & Mittag, O. (Hg.): *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Ein Lehr- und Praxishandbuch*. Berlin: Springer, S. 51-60.
- Meschnig, A.; Bartel, S. & Kardorff, E. v. (2015): Individuelle und kontextbezogene Ursachen von Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen. In: *Die Rehabilitation*, 54 (3), 184-189.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2005): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hg.): *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung*. Opladen: Leske+Budrich, S. 71-94.
- Meyer, T., Brüggemann, S. & Widera, T. (2008): Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. In: *RV aktuell*, 55 (3), S. 94-99.
- Mittag, O. & Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zur Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. In: *Die Rehabilitation*, 42 (3), S. 169-174.
- Müller, R. & Koppelin, F. (2010): *Lebenslauf, Arbeit und Gesundheit*. In: Gerlinger, Th., Kümpers, S., Lehnhardt, U. & Wright, M. (Hg.): *Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschrift zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock*. Bern: Huber, S. 65-74.

- Müller, C., Curth, S. & Nerdinger, F. W. (2012): Demografischer Wandel, alternde Belegschaften und betriebliche Innovation. Rostocker Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie. Nr. 8. Rostock: Universität Rostock.
- Müller-Fahrnow, W., Greitemann, B., Radoschewski, F. M., Gerwin, H. & Hansmeier, T. (2005):). Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *Die Rehabilitation*, 44 (5), e32-e45.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2011): Die Arbeitsplatzphobieskala – Ein Screeninginstrument in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Nachhaltigkeit durch Vernetzung vom 14. bis 16. März 2011 in Bochum. DRV-Schriften, 93, Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG., S. 80-81.
- Neckel, S. & Wagner G. (Hg.) (2013): Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Nittel, D. (2011): Die Aneignung von Krankheit: Bearbeitung lebensgeschichtlicher Krisen im Modus des Lernens. In: *Der pädagogische Blick*, 4 (2), S. 80-89.
- Plath, H.-E.; König, P. & Jungkunst, M. (1996): Verbleib sowie berufliche und soziale Integration jugendlicher Rehabilitanden nach der beruflichen Erstausbildung. In: Sonderdrucke Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 29, S. 245-278. Unter: http://doku.iab.de/mittab/1996/1996_2_MittAB_Plath_Koenig_Jungkunst.pdf. Zuletzt geprüft: 17.12.2014.
- Plath, H.-E & Blaschke, D. (1999): Probleme der Erfolgsfeststellung in der beruflichen Rehabilitation. In: Niehaus, M. (Hg.): Erfolg von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation. Freiburg: Lambertus (Lambertus Forschung), S. 9-28.
- Raspe, H. (2012): Rückenschmerzen. In: Robert Koch-Institut (Hg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 53, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Reithmayr, K. (2008): Soziale Unterstützung – ein Erfolgsfaktor für den beruflichen Wiedereinstieg nach einer beruflichen Rehabilitation? Dissertation, Köln: Universität zu Köln.
- Riemann, G. (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Fink.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2013): DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Unter: <http://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/degs1/degs1-basispublikation.html>. Zuletzt geprüft: 17.03.2016.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2015): Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- Rosenblatt, B. v. & Büchtemann, Ch. F. (1980): Arbeitslosigkeit und berufliche Wiedereingliederung. Erster Teilbericht über Ergebnisse einer repräsentativen Längsschnittuntersuchung bei Arbeitslosen und Abgängern aus Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland 1977/1978. In: Sonderdrucke Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 13, S. 550-572. Unter: http://doku.iab.de/mittab/1980/1980_4_MittAB_Rosenblatt_Buechtemann.pdf. Zuletzt geprüft: 29.02.2016.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hg.) (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber.
- Rosenthal, G. (2005): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (2006): Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM). Manual 3. Aufl. Frankfurt am Main: Pearson Assessment.
- Schaeffer, D. (Hg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber.
- Schlick, C. M., Bruder, R. & Luczak, H. (2010): Arbeitswissenschaft. Heidelberg: Springer.
- Schmid, K. (2015): Arbeitsfähigkeit nach Arbeitsunfähigkeit. In: Weber, A., Peschkes, L. & Boer, W. E. L. de (Hg.): Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration. Stuttgart: Genter Verlag, S. 165-170.
- Schmidt, Ch. (2007): Wirkungsorientierte Evaluation in der beruflichen Rehabilitation. *iqpr Forschungsbericht*, 5/2007. Unter: http://www.iqpr.de/iqpr/download/publikationen/FB_5_2007.pdf. Zuletzt geprüft: 24.03.2016.
- Schmidt, C. (2016): Zur ökonomischen Rationalisierung der medizinischen Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz – theoretische wie empirische Ableitung von Effizienzspielräumen einer bedarfsorientierten Versorgung. Unveröffentlichte Dissertation, Berlin: Humboldt-Universität.

- Schnabel, P.-E. (1988): Krankheit und Sozialisation: Vergesellschaftung als pathogener Prozess. Wiesbaden: Springer VS-Verlag.
- Schönberger, C. & Kardorff, E. v. (2004): Mit dem kranken Partner leben – soziologische Fallstudien. Opladen: Leske+Budrich.
- Schreiber, R. & Söll, M. (2014): Berufsorientierung als kontinuierliche Entwicklungsaufgabe – Eine empirische Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen, Berufsbiographien und Berufsorientierung. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik online, 27, S. 1-20. Unter: www.bwpat.de/ausgabe27/schreiber_soell_bwpat27.pdf. Zuletzt geprüft: 01.06.2016.
- Schröder, L. & Urban, H.-J. (Hg.): (2012): Jahrbuch Gute Arbeit 2012. Zeitbombe Arbeitsstress – Befunde, Strategien, Regelungsbedarf. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.
- Schütze, F. (1981): Prozessstrukturen des Lebenslaufs. In: Matthes, J., Pfeifenberger, A. & Stosberg, M. (Hg.): Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Nürnberg: Verl. d. Nürnberger Forschungsvereinigung.
- Schütze, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview, In: Neue Praxis, 13 (3), S. 283-293.
- Schütze, F. (1984): Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In: Kohli, M. & Robert, G. (Hg.): Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart: Metzler, S. 78-117.
- Schütze, F. (1989): Kollektive Verlaufskurve oder kollektiver Wandlungsprozess. Dimensionen des Vergleichs von Kriegserfahrungen amerikanischer und deutscher Soldaten im zweiten Weltkrieg, In: Bios. Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History, 2 (1), S. 31-111.
- Schütze, F. (1995): Verlaufskurve des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Krüger, H.-H. (Hg.): Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Opladen: Leske+Budrich, S. 116-157.
- Schütze, F. (2002): Das Konzept der sozialen Welten im symbolischen Interaktionismus und die Wissensorganisation in modernen Komplexgesellschaften. In: Keim, I. & Schütze, W. (Hg.): Soziale Welten und kommunikative Stile. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag. Tübingen: Narr, S. 57-83.
- Shaw, W. S., Tveito, T. H., Geehern-Lavoie, M., Huang, Y. H., Nicholas, M. K., Reme, S. E., Wagner, G. & Pransky, G. (2012): Adapting principles of chronic pain self-management to the workplace. Disabil Rehabil, 34 (8), 694-703.
- Siegrist, J. (2005). Medizinische Soziologie. München: Urban & Fischer.
- Siegrist, J. (2015): Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen. München: Urban & Fischer.
- Siegrist, J., Wege, N., Pühlhofer, F. & Wahrendorf, M. (2009): A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. In: International Archives of Occupational and Environmental Health, 82 (8), S. 1005-1013.
- Siegrist, K. & Siegrist, J. (2010): Berufliche Wiedereingliederung von an Depression erkrankten Beschäftigten. Literaturüberblick und Expertengestützte Empfehlungen. Expertise im Auftrag des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, Köln. Düsseldorf.
- Storck, J. & Plösel, I. (2015): Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Strauss, A. L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink.
- Streibelt, M. (2009): Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). In: Die Rehabilitation, 48 (3), S.135-144.
- Streibelt, M. (2015): Welche Relevanz spielt der Arbeitsplatzbezug in der Rehabilitation? Eine Zusammenfassung der Evidenz am Beispiel von Rückenschmerzen. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 31 (6), S. 245-249.
- Strübing, J. (2007): Anselm Strauss. Konstanz: UVK.

- Strübing, J. (2010): Grounded Theory – ein pragmatischer Forschungsansatz für die Sozialwissenschaft. In: Maschke, S. & Stecher, L. (Hg.): Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online, Fachgebiet: Methoden der empirischen erziehungswissenschaftlichen Forschung, Wissenschaftstheoretische Grundlagen, Methodologie. Weinheim: Beltz.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2014): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. 6. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Varekamp, I., Verbeek, J. H., Boer, A. de, Dijk, F. J. van (2011): Effect of job maintenance training program for employees with chronic disease – a randomized controlled trial on self-efficacy, job satisfaction, and fatigue. In: Scand J Work Environ Health, 37, S. 288-297.
- Vester, M., Oertzen, P. v., Geiling, H., Hermann, Th. & Müller, D. (2001): Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Walch, M. (2014): Das Resilienz-Modell in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Saarbrücken: Akademiker-Verlag.
- Wasilewski, R., Oertel, M. & Faßmann, H. (1995): Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Forschungsbericht 249. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn.
- Weber, A. (2015): Krankheit – soziale Sicherung und Arbeitswelt. In: Weber, A., Peschkes, L. & Boer, W. E. L. de (Hg.): Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration. Stuttgart: Genter Verlag., S. 141-158.
- Weber, A., Peschkes, L. & Boer, W. E. L. de (Hg.) (2015): Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration. Stuttgart: Genter Verlag.
- Weichel, J. (2012): Ressourcen und Belastungen in der Berufsbiografie. Kassel: Kassel Universitätsverlag.
- Wiese, B. & Arling, V. (2015): Erwerbstätigkeit und Familie. In: Hill, P. & Kopp, J. (Hg.): Handbuch Familiensoziologie. Wiesbaden: Springer VS-Verlag, S. 641-673.
- Wuppinger, J. & Rauch, A. (2010): Rückkehr ins Erwerbsleben nach beruflicher Rehabilitation. Erste Befunde zu einem wenig beachteten Forschungsfeld. In: IAB-Forum, (1), S. 40-45. Unter: http://doku.iab.de/forum/2010/Forum1-2010_Rauch_Wuppinger.pdf. Zuletzt geprüft: 08.01.2015.
- Zwerenz, R. & Beutel, M. E. (2006): Entwicklung und Validierung des Fragebogens zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM). In: Nübling, R., Muthny, F. A. & Bengel, J. (Hg.): Reha-Motivation und Behandlungserwartungen. Bern: Huber, S. 231-251.

10. Anhang

10.1. Fragebogen t₁

Humboldt-Universität zu Berlin
Seite 1/4

Verläufe beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen: Nachbefragung

Studien-ID: _____

1. Haben Sie Ihre Umschulungsmaßnahme erfolgreich beendet?

- ja
 nein, weil

2. Wie beurteilen Sie Ihre beruflichen Aussichten heute im Vergleich zur Situation unmittelbar vor der beruflichen Reha-Maßnahme?

- viel schlechter
 etwas schlechter
 etwa wie vorher
 etwas besser
 viel besser

**3. Ich bin derzeit:
(Mehrere Antworten möglich!)**

- Erwerbstätig
 Arbeitslos gemeldet (ALG I _____ oder ALG II _____) in
 einer weiteren beruflichen Qualifizierungsmaßnahme
 Krankgeschrieben seit _____ Wochen
 Erwerbminderungs-Rentner
 in einem laufendem EM-Rentenantragsverfahren
 Sonstiges _____

4. Wenn Sie bis heute nach Abschluss der Maßnahme arbeitslos waren/sind, woran liegt das Ihrer Meinung nach:

Die Fragen 5 bis 19 nur beantworten, wenn Sie derzeit erwerbstätig sind, ansonsten bitte mit der Frage 20 fortfahren!

**5. In welchem Arbeitsverhältnis stehen Sie derzeit?
(Mehrere Antworten möglich!)**

- Ich bin angestellt Ich
- bin selbstständig Ich
- arbeite Vollzeit Ich
- arbeite Teilzeit
- Ich arbeite auf "Minijob-Basis (450 Euro)
- Meine Arbeitsstelle ist befristet
- Meine Arbeitsstelle ist unbefristet

6. Wird Ihr Arbeitsplatz gefördert?

- Nein
- Ja, durch:.....

**7. Wie lange war der Zeitraum zwischen dem Abschluss Ihrer Umschulung und Ihrer ersten
Arbeitsaufnahme?**

.....Wochen

**8. Waren Sie im Zeitraum zwischen dem Abschluss Ihrer Umschulung und Ihrer ersten
Arbeitsaufnahme:**

- arbeitslos
- krankgeschrieben
- Sonstiges

9. Bei welchem Arbeitgeber haben Sie Ihre aktuelle Arbeitsstelle gefunden?

- bei einem früheren Arbeitgeber
- im Praktikum- oder Ausbildungsbetrieb
- bei einem neuen Arbeitgeber

**10. Welche Berufstätigkeit üben Sie derzeit aus?
Bitte um genaue Angabe:**

11. Haben Sie eine Arbeitsstelle in Ihrem Umschulungsberuf gefunden?

- ja
- nein

12. Wenn Sie eine Arbeitsstelle außerhalb Ihres Umschulungsberuf gefunden haben, in welchem Bereich?

Bitte geben Sie die genaue Berufsbezeichnung an!

in meinem alten Beruf:

nicht im Umschulungsberuf:

**13. Haben Sie bei der Arbeitsplatzsuche Unterstützung erhalten?
(Mehrere Antworten möglich!)**

- von meinem Bildungsträger (Berufsförderungswerk etc.)
 - von meinem Reha-Fachberater der Deutschen Rentenversicherung
 - von meiner Arbeitsagentur/Jobcenter
 - von meinem früheren Arbeitgeber
 - von Kollegen
 - von Familie, Freunden, Bekannten
 - Sonstiges _____
-

**14. Wie haben Sie Ihren derzeitigen Arbeitsplatz gefunden?
(Mehrere Antworten möglich!)**

- durch Eigeninitiative (z.B. über Stellenanzeigen)
 - mit Hilfe des Bildungsträgers (z.B. Berufsförderungswerk etc.)
 - mit Hilfe des Reha-Fachberaters der Deutschen Rentenversicherung
 - mit Hilfe der Arbeitsagentur/Jobcenter
 - mit Hilfe meines früheren Arbeitgebers
 - durch die Vermittlung von Kollegen
 - über Familie, Freunde, Bekannte
 - Sonstiges _____
-

15. Entspricht die derzeitige Tätigkeit Ihren Erwartungen, die Sie mit der Umschulung verbunden haben?

ja, weil

nein, weil

16. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Arbeit?

- sehr unzufrieden
- eher unzufrieden
- eher zufrieden
- sehr zufrieden

17. Haben Sie sich im Vergleich zu Ihrer vorherigen Tätigkeit finanziell verbessert?

- ja
 nein

18. Sind Sie wegen Ihres derzeitigen Arbeitsplatzes umgezogen?

- ja
 nein

19. Möchten Sie gerne in Ihrer jetzigen Tätigkeit bleiben?

- ja, weil
-
- nein, weil
-

**20. Wenn Sie jetzt einmal auf Ihre Umschulung zurückblicken, würden Sie sagen, dass die berufliche Reha-Maßnahme für Ihre berufliche Zukunft:
(Bitte nur eine Antwort!)**

- eine notwendige Voraussetzung war
 eine wichtige Hilfe war
 von geringer Bedeutung ist
 keine Bedeutung hat
 kann ich nicht beurteilen

**21. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand aktuell beschreiben?
(Bitte nur eine Antwort!)**

- ausgezeichnet
 sehr gut
 gut
 weniger gut
 schlecht

22. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben allgemein?

- sehr unzufrieden 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr zufrieden
-

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

10.2. Fragebogen t₂

Humbolt-Universität zu Berlin

Verläufe beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen: 2. Nachbefragung



ID-Nummer: _____

Zunächst bitten wir Sie, einige Fragen zu Ihrer beruflichen und familiären Situation zu beantworten.

1. Wann haben Sie Ihre Umschulungsmaßnahme abgeschlossen (Monat und Jahr)?

2. Bitte nennen Sie Ihren Umschulungsberuf (genaue Bezeichnung, z.B. Bauzeichner).

3. Ich lebe derzeit:

- allein im Haushalt
 allein mit Kind/ern im Haushalt
 mit Partner im Haushalt
 mit Partner und Kind/ern im Haushalt
 bei meiner Herkunftsfamilie

4. Hat sich Ihre familiäre Situation seit dem Ende der Umschulung verändert?

- es hat sich nichts verändert
 getrennt lebend/geschieden
 in einer neuen Partnerschaft
 Lebenspartner verstorben
 Nachwuchs erwartet/bekommen
 Pflege eines Angehörigen
 Sonstiges _____

5. Ich bin derzeit:

- Erwerbstätig
 Arbeitslos gemeldet (ALG I _____ oder ALG II _____)
 in einer weiteren beruflichen Qualifizierungsmaßnahme
 Krankgeschrieben seit ____ Wochen
 in einer medizinischen Reha-Maßnahme
 Erwerbsminderungsrentner seit _____ (Datum)
 in einem laufenden EM-Antragsverfahren
 Sonstiges _____

Humbolt-Universität zu Berlin

Verläufe beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen: 2. Nachbefragung

6. In welchem Beschäftigungsverhältnis stehen Sie derzeit? (Mehrfachantworten möglich)

- Ich bin angestellt
- Ich bin selbstständig
- Ich arbeite Vollzeit
- Ich arbeite Teilzeit
- Ich arbeite auf "Minijob-Basis" (bis 450 Euro)
- Meine Arbeitsstelle ist befristet
- Meine Arbeitsstelle ist unbefristet

7. Falls Sie derzeit krankgeschrieben sind:

- aufgrund der Erkrankung wegen der Sie die Umschulung bewilligt bekommen haben
- aufgrund einer anderen Erkrankung _____

8. Haben Sie nach dem Abschluss der Maßnahme einen Schwerbehindertenausweis beantragt?

- Ja
- Nein

Bitte beantworten Sie die Fragen 9 - 25 nur, wenn Sie derzeit erwerbstätig sind, sonst bitte weiter mit Frage 26!

9. Bei welchem Arbeitgeber sind Sie aktuell beschäftigt?

- bei meinem früheren Arbeitgeber
- im Praktikum- oder Ausbildungsbetrieb
- bei einem neuen Arbeitgeber

10. Mein Betrieb ist:

- Privatwirtschaftlich
- Öffentlich (Bund/Land/Kommune)
- Sonstiges (z.B. Wohlfahrtsverband) _____

11. Die Betriebsgröße beträgt:

- unter 10 Beschäftigte
- bis 50 Mitarbeiter
- bis 250 Mitarbeiter
- über 250 Mitarbeiter

Humbolt-Universität zu Berlin

Verläufe beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen: 2. Nachbefragung

12. Haben Sie noch die erste Arbeitsstelle nach der Umschulung?

- Ja
- Nein, ich wurde nach der Probezeit nicht übernommen
- Nein, ich habe selbst gekündigt, weil _____
- Nein, ich bin gekündigt worden
- Nein, es gab einen Auflösungsvertrag
- Nein, weil _____

13. Wie haben Sie Ihren derzeitigen Arbeitsplatz gefunden? (Mehrfachantworten möglich)

- durch Eigeninitiative (z.B. über Stellenanzeigen)
- mit Hilfe des Bildungsträgers (z.B. Berufsförderungswerk etc.)
- mit Hilfe des Reha-Fachberaters der Rentenversicherung
- mit Hilfe meines früheren Arbeitgebers
- mit Hilfe von Kollegen
- mit Hilfe von Familie, Freunden, Bekannten
- Sonstiges _____

14. Haben Sie Ihre derzeitige Arbeitsstelle in Ihrem Umschulungsberuf gefunden?

- Ja
- Nein

15. Wird Ihr derzeitiger Arbeitsplatz gefördert? (z.B. durch Zuschüsse der Arbeitsagentur, Integrationsamt etc.)

- Nein
- Ja, durch _____

16. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer derzeitigen Tätigkeit?

17. Wie gut haben Sie sich für Ihre derzeitige Tätigkeit durch die Umschulung vorbereitet gefühlt?

- Sehr gut
- Gut
- Weniger gut
- Schlecht

Humbolt-Universität zu Berlin

Verläufe beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen: 2. Nachbefragung

18. Entspricht die derzeitige Tätigkeit Ihren Erwartungen, die Sie mit der Umschulung verbunden haben?

- Ja
 Eher ja
 Eher nein
 Nein

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Arbeitsstelle?

sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

19. mit dem Arbeitsklima

20. mit der Entfernung zum Arbeitsplatz

21. mit der Bezahlung

22. Ist Ihr Verdienst im Vergleich zu Ihrer Beschäftigung vor der Reha-Maßnahme:

- besser
 gleich
 schlechter

23. Fühlen Sie sich durch Ihre aktuelle Tätigkeit gesundheitlich belastet?

- Sehr stark
 Stark
 Gering
 Sehr gering

24. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Arbeitsplatz?

- Sehr zufrieden
 eher zufrieden
 eher unzufrieden
 sehr unzufrieden

25. Möchten Sie gerne an Ihrem derzeitigen Arbeitsplatz bleiben?

- Ja, auf jeden Fall
 Ja, bis ich etwas Geeigneteres finde
 Nein, weil _____

Ab hier wieder von allen auszufüllen: Im Folgenden geht es um Ihre Beziehung zu wichtigen Menschen (z.B. Partner, Familie, Freunde). Bitte schätzen Sie ein, in welchem Umfang diese Aussagen auf Sie zutreffen.

- | | Trifft nicht zu | Trifft eher nicht zu | Trifft teilweise zu | Trifft eher zu | Trifft zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen. | <input type="checkbox"/> |
| 27. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen. | <input type="checkbox"/> |
| 28. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann. | <input type="checkbox"/> |
| 29. Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß. | <input type="checkbox"/> |
| 30. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe. | <input type="checkbox"/> |
| 31. Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis/Clique), zuder ich mich zugehörig fühle. | <input type="checkbox"/> |
| 32. Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird. | <input type="checkbox"/> |

Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie zurzeit folgenden Aussagen zustimmen.

- | | Trifft nicht zu | Trifft eher nicht zu | Trifft teilweise zu | Trifft eher zu | Trifft zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 33. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. | <input type="checkbox"/> |

Humbolt-Universität zu Berlin

Verläufe beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen: 2. Nachbefragung

- | | Trifft nicht zu | Trifft eher nicht zu | Trifft teilweise zu | Trifft eher zu | Trifft zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 34. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. | <input type="checkbox"/> |
| 35. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie an die letzten 4 Wochen denken: Wie schätzen Sie sich selbst ein?

- | | Trifft nicht zu | Trifft eher nicht zu | Trifft teilweise zu | Trifft eher zu | Trifft zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36. Ich habe bei manchen Aufgaben versagt und hätte vieles besser machen können. | <input type="checkbox"/> |
| 37. Ich hätte mir mehr Selbstvertrauen gewünscht. | <input type="checkbox"/> |
| 38. Ich habe mich zu leicht von anderen einschüchtern lassen. | <input type="checkbox"/> |

**Welche der unten angegebenen Krankheiten/Verletzungen/Leiden treffen auf Sie zu?
(Mehrfachantworten möglich)**

- | | Eigene Diagnose | Diagnose vom Arzt | Trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 39. Unfallverletzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Neurologische und sensorische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Geschlechts- und Harnwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Humbolt-Universität zu Berlin

Verläufe beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen: 2. Nachbefragung

	Eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	Trifft nicht zu
46. Tumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Hormon- und Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Geburtsfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. andere Leiden oder Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit ein.

- | | sehr gut | eher gut | mittelmäßig | eher schlecht | sehr schlecht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 51. In Bezug auf die <u>körperlichen</u> Arbeitsanforderungen | <input type="checkbox"/> |
| 52. In Bezug auf die <u>psychischen</u> Arbeitsanforderungen | <input type="checkbox"/> |
53. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?
- ausgezeichnet
 - sehr gut
 - gut
 - weniger gut
 - schlecht
54. Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten im Beruf behindert?
- überhaupt nicht
 - ein bisschen
 - mäßig
 - ziemlich
 - sehr
55. Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause behindert?
- überhaupt nicht
 - ein bisschen
 - mäßig
 - ziemlich
 - sehr

Humbolt-Universität zu Berlin

Verläufe beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen: 2. Nachbefragung

56. Wie häufig haben körperliche Beschwerden in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

- Immer
 Meistens
 Manchmal
 Selten
 Gar nicht

57. Wie häufig haben seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

- Immer
 Meistens
 Manchmal
 Selten
 Gar nicht

58. Waren Sie in der letzten Zeit niedergeschlagen oder mutlos?

- Immer
 Meistens
 Manchmal
 Selten
 Gar nicht

59. Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

- Häufig
 Eher häufig
 Manchmal
 Eher selten
 Niemals

60. Haben Sie infolge Ihrer Krankheit und der anschließenden Umschulung andere Prioritäten in Ihrem Leben gesetzt?

- Nein
 Ja _____

Hat Ihre Umschulung zu Veränderungen in den folgenden Bereichen beigetragen?

verbessert gleich geblieben verschlechtert trifft nicht zu

61. Veränderung der körperlichen Gesundheit

verbessert gleich geblieben verschlechtert trifft nicht zu

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 62. Veränderung der seelischen Gesundheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63. Mein Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64. Meine beruflichen Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65. Meine sozialen Fähigkeiten im Umgang mit anderen Menschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Abschließend noch ein paar allgemeine Fragen:

66. Wenn Sie jetzt einmal auf Ihre Umschulung zurückblicken, würden Sie sagen, dass die berufliche Reha-Maßnahme für Ihren Arbeitsplatz (bitte nur eine Antwort)

- eine notwendige Voraussetzung war
- eine wichtige Hilfe war
- von geringer Bedeutung ist
- keine Bedeutung hat
- kann ich nicht beurteilen

67. Würden Sie sich heute noch einmal für Ihre Umschulung entscheiden?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

68. Im Nachhinein betrachtet: Was hat Ihnen in der Umschulung gefehlt?

69. Ich blicke meiner beruflichen Zukunft insgesamt positiventgegen.

- Trifft nicht zu
- Trifft kaum zu
- Trifft eher zu
- Trifft zu

70. Wenn Sie auf Ihre derzeitige Lebenssituation insgesamt blicken, wie würden Sie diese spontan mit einem Wort beschreiben?

Humbolt-Universität zu Berlin

Verläufe beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen: 2. Nachbefragung

71. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben allgemein?

Sehr unzufrieden **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Sehr zufrieden

VIELEN DANK für die Beantwortung der Fragen!

10.3. Erster Interviewleitfaden

Situationsbeschreibung vor Ort (Gedächtnisprotokoll unmittelbar nach Interview erstellen)

Kurze Erläuterung über den Zweck des Interviews

Einverständniserklärung für Aufnahme des Gesprächs erforderlich, Anonymität gewährleistet etc.

Erzählgenerierende Eingangsfrage (standardisiert für alle Teilnehmer) für den narrativen Teil des Interviews:

Ihre Umschulungsmaßnahme ist nun seit längerem vorbei. Wie ist es nach dem Ende der Maßnahme für Sie weitergegangen?

Bei Teilnehmern die das erste Mal interviewt werden ist die Bildungs- und Berufsbiografie wichtig:

Bitte beschreiben sie uns kurz Ihren schulischen und beruflichen Werdegang (auch Beruf der Eltern, Herkunft, soziale Schicht etc.)

Wie erfolgte die Berufswahlentscheidung? (Aufstiegsorientiert, Statuserhalt etc.)

Wie sehen Sie selbst im Rückblick Ihre berufliche Biografie/Berufswahlentscheidung?

Reha-Maßnahme:

Bitte erzählen Sie uns, wie Sie zu Ihrer Qualifizierungsmaßnahme gekommen sind.

Warum gerade diese Maßnahme? Wie war der Zuweisungsweg? Wie wurde die Passgenauigkeit geprüft? Wie waren die Vorkenntnisse? Welchen Aufwand hat sich der Berater gemacht? Passte die Maßnahme zu Ihrem beruflichen Werdegang? War es Ihr Wunschberuf?

Mit welchen Erwartungen sind Sie in die Maßnahme gegangen?

Wenn Sie auf den Kurs zurückblicken, was geht Ihnen dabei als erstes durch den Kopf?

Wie würden Sie im Rückblick ihre Qualifizierungsmaßnahme bewerten? Würden Sie sich nochmals für Ihre Qualifizierungsmaßnahme entscheiden?

Was würden Sie anderen in einer ähnlichen Situation wie Ihrer vor der Umschulung mitgeben? Was ist wichtig?

Berufliche Situation

Bei Arbeitslosigkeit:

Sie haben ja einige Versuche sich zu bewerben gemacht. Wie erklären Sie sich, dass Sie bis dato keinen adäquaten Arbeitsplatz gefunden haben? Woran liegt es?

Wichtig: Wenn und wie lange vor der Maßnahme waren Sie bereits arbeitslos?

Haltung zu ALO? (sich abgefunden damit, persönliche Kränkung etc.)

Wie schätzen sie Ihre berufliche Perspektive aktuell ein?

Aktueller Arbeitsplatz:

Wie haben Sie Ihre derzeitige Arbeitsstelle gefunden?

Wie lange hat es gedauert vom Ende der Maßnahme weg, einen Arbeitsplatz zu finden?

Sind Sie aktuell im Umschulungsberuf tätig? Befristet/Unbefristet? Teilzeit/Vollzeit? Etc.

Bitte beschreiben Sie genau, was Sie tun? (Belastungsfaktoren)

Welche Rolle spielt die Umschulung für die jetzige Tätigkeit/den aktuellen Arbeitsplatz?

Entspricht die Stelle Ihren Erwartungen? Können Sie das in der Umschulung Erlernte an ihrem neuen Arbeitsplatz anwenden? Haben Sie das Gefühl gut auf Ihre jetzige Tätigkeit vorbereitet worden zu sein? (*Ausbildungsadäquat*)

Wie groß ist der Betrieb? Was haben Sie für Arbeitszeiten? Wie kommen Sie mit den Kollegen klar? Sind Sie sozial eingebunden? Sind Sie zufrieden mit Ihrer Arbeit? Was gefällt/missfällt Ihnen?

Rolle des Berufs für das eigene Leben, Interesse, Grad der gewünschten Kontrolle, „Geführt werden“ vs. möglichst selbstständig arbeiten

Wenn Sie im alten Beruf tätig sind:

Warum sind Sie wieder an Ihren alten Arbeitsplatz zurückgegangen? (Motivlage: Notwendigkeit, soziales Netz...)

Haben Sie eine neue Tätigkeit im alten Unternehmen?

Körperliche/psychische Beschwerden vor der Maßnahme: wie sieht das jetzt am Arbeitsplatz aus?

Einfluss gesundheitlicher Einschränkungen/Gesundheitskonzepte

Krankengeschichte, Art der Erkrankung, Dauer der Erkrankung, momentane Situation (Schmerzen, Medikamente etc.)

Welchen Einfluss hat Ihre Erkrankung (evtl. mehrere) auf Ihre aktuelle Erwerbstätigkeit?

Hat sich rückblickend Ihr Verhältnis geändert zum Thema Arbeit und Gesundheit?

Wie beeinflusst Ihre Erkrankung Ihr Leben insgesamt? Wie äußert sich Ihre Erkrankung?

Wann fühlen Sie sich gesund? Wann fühlen Sie sich krank? Schmerztoleranz/Körperbilder

Hat sich Ihre Sicht im Laufe der Zeit auf Ihre Gesundheit geändert?

Was tun Sie für Ihre Gesundheit? Hat sich seit der Maßnahme etwas gesundheitlich bei Ihnen geändert? (zielt auf Gesundheitskompetenzen die ja in Maßnahme vermittelt werden sollen)

Wie wird in Ihrer Familie mit dem Themen Gesundheit/Krankheit umgegangen? Können Sie dafür ein Beispiel nennen?

Allgemein

Wie ist Ihre Wohnsituation? Leben Kinder im Haushalt? Hobbies? Freizeitgestaltung

Stellenwert Beruf/Familie?

Soziale Unterstützung: Wie sieht ihre Frau/Mann, Kinder ihre Berufstätigkeit? Fühlen Sie sich bei Problemen durch andere unterstützt? Soziale Einbindung vor Ort (Nachbarschaft, Freunde etc.)

Gibt es aktuell belastende Faktoren (Sorgen, Schulden, besondere Lebensereignisse etc.)?

Ausblick/Zukunft

Wie schätzen Sie heute Ihre berufliche Veränderung ein, eher als Chance oder negativen Wendepunkt?

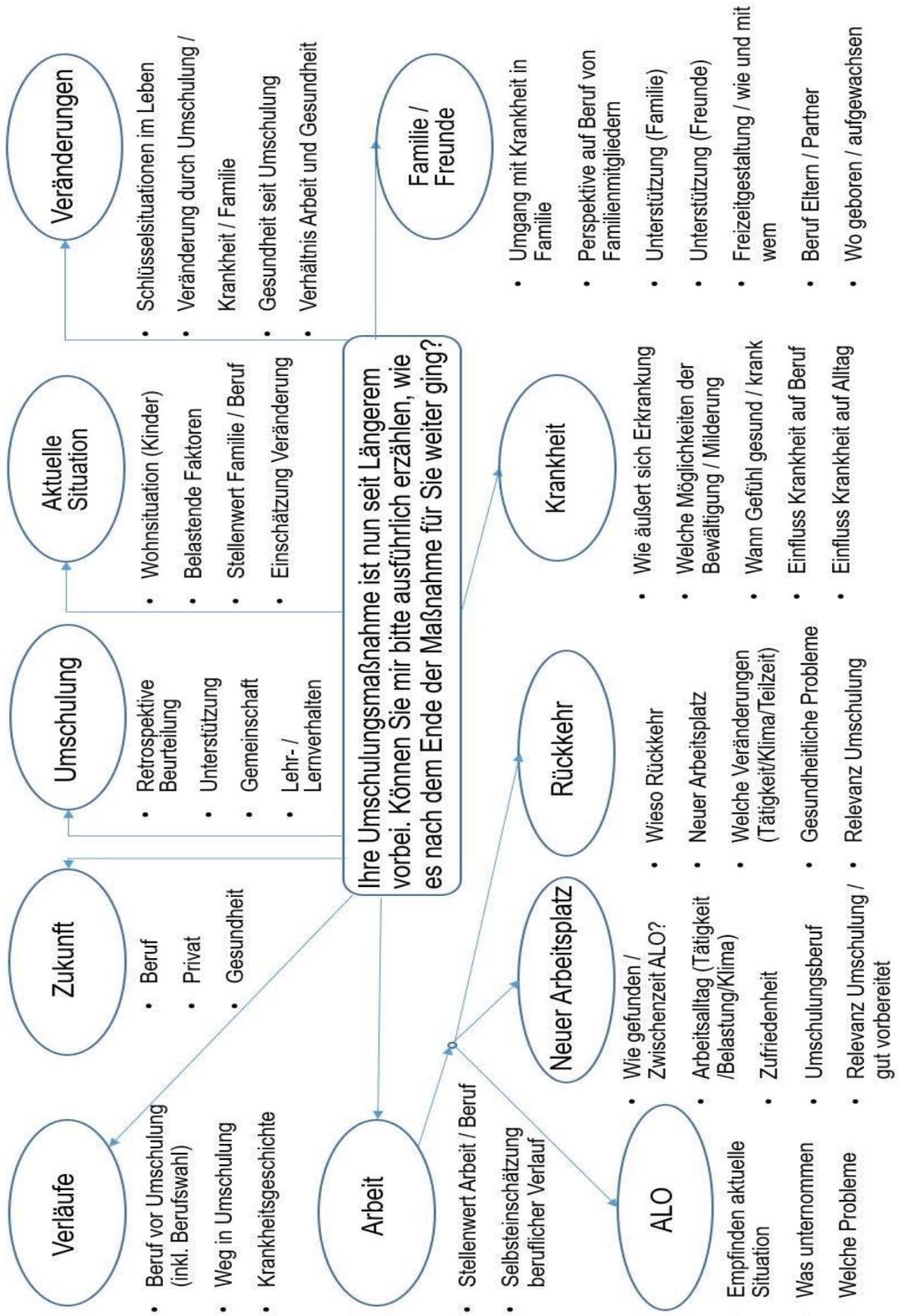
Was ist Ihnen seit dem Ende der Maßnahmen wichtig geworden im Gegensatz zu früher? Gibt es da etwas? (etwa: andere soziale Beziehungen...)

Wenn Sie auf Ihre berufliche Zukunft blicken? Wie sieht sie aus?

Was wünschen Sie sich für Ihre Zukunft? Wo sehen Sie sich in 5 Jahren?

Gibt es etwas, was wir jetzt vielleicht noch nicht besprochen haben und das für Sie noch besonders wichtig ist? *Ich danke Ihnen für das Gespräch.*

10.4. Weiterentwickeltes Leitfadenschema



10.5. Vergleichende inhaltliche Übersicht der Fallstudien

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
Herr Meier	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Wende beruflicher Aufstieg – Aufbau berufliche Identität – Lebensbestimmend & Selbstverwirklichung • Zerstörung berufliche Identität und Kontinuität durch Krankheit • Kampf um Umschulung zur Rückkehr ins Berufsleben – hohe Selbstwirksamkeit • Reibungsloser Übergang von Umschulung in Arbeit – in Praktikumsbetrieb – Aufbau neue Kontinuität und Stabilität • Arbeit zur finanziellen Absicherung – familiäre Verantwortung • Latent Rückkehr in alte Muster – mehr Engagement am Arbeitsplatz • Arbeit im Umschulungsberuf 	<ul style="list-style-type: none"> • Zunehmende Rheumabeschwerden bis zur Aufgabe beruflicher Identität durch Überforderung • Verbesserung der Lebensqualität durch Medikamente – neue Lebensperspektive • Neue Lebensqualität führt zu mehr Aktivität – Auskosten der guten Zeit – Verdrängen der möglichen Verschlechterung in Zukunft • Offener Umgang mit Krankheit • Sport und Vermeidung Stress als zentrale Faktoren der Krankheitsbewältigung • Erhalt der Gesundheit allgegenwärtiger Bestandteil des Alltags – Zukunft ungewiss 	<ul style="list-style-type: none"> • Seit Familiengründung ist Familie Zentrum • Familie als Grund für Aufgabe berufliche Identität – Veränderung Gewichtung • Familie gibt Geborgenheit und Stabilität • Traditionalistisches Rollenverständnis • Soziales Netzwerk vorhanden • Kann soziales Netzwerk nutzen • Soziale Einbindung am Arbeitsplatz stets vorhanden und wichtig – Bestätigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Neukonstruktion über Familie – Veränderung der Identitätskonstellation durch Krankheit • Krankheit als Störfaktor, der unter Kontrolle gebracht wird und werden muss • Auskosten der aktuellen Lebensqualität – durch Gefahr der Verschlechterung des Gesundheitszustands – vage Zukunft • Lebensqualität in Abhängigkeit von Medikation • Durchweg hohe Selbstwirksamkeit im Beruf • Geringe Vulnerabilität • Potential der Wiederholung der Überforderung – Zunahme der Arbeitsbelastung durch Selbstverwirklichung und Identifikation
Frau Holl	<ul style="list-style-type: none"> • Beruf über Interessen in Jugend – Wunschberuf – keine Alternativorientierung • Durch Wende Anpassungslehrgang – keine Störung berufliche Kontinuität • Krankheit stört Beruflichkeit • viele Versuche Krankheit mit Beruf zu vereinbaren – scheitern • Fremditiierte Umschulung – Passivität durch Verlust Wunschberuf • Allmählicher Rückgewinn Selbstvertrauen in Umschulung • ALO nach Umschulung – Beruf wird zum Sorgenkind • Steig hoher Stellenwert Erwerbstätigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheit als Hindernis der Lebensführung und –planung • Krankheit als Bedrohung – zerstört Selbstvidenz der Lebensführung – zwingt zum Auseinandersetzen mit Biografie • Krankheit zwingt zu Veränderung Alltag • Zentral ist Krankheit zu mildern – Unsicherheit über Möglichkeiten schränken Alltag ein • Krankheit ist etwas Fremdes – Distanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung in Familie – Familie lebt nicht im gleichen Haushalt – Unterstützung vor allem im Verständnis • Kollektiver Lernprozess des Umgangs mit der Erkrankung – kommunikative Herstellung von Normalität • Hohe Relevanz der sozialen Integration am Arbeitsplatz / in der Umschulung • Suche nach Unterstützung ausschließlich bei Professionellen • Kein weiteres soziales Netzwerk vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Noch keine Neukonstruktion erfolgt – erst ab neuer Arbeit scheinbar möglich • Dankbarkeit für Umschulung als neue Chance der Erwerbstätigkeit • Hohe Vulnerabilität – verfällt in Passivität • Kaum Selbstwirksamkeit – vertrauen auf und folgen der Vorgaben der Professionellen • Soziale Einbindung über Arbeit – kein soziales Netzwerk außerhalb von Arbeit und Familie • Berufstätigkeit als (kanonisch anzustrebender) Lebensstil • Noch keine Akzeptanz der Krankheit

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
Frau Bender	<ul style="list-style-type: none"> • Abgebrochene überbetriebliche Berufsausbildung • Praktika und ehrenamtliche Arbeit – keine Integration in Arbeitsmarkt • Umschulung als Chance der formalen Qualifikation zur Integration in 1. Arbeitsmarkt • Interesse am Beruf in Umschulung geweckt • Kein reibungsloser Übergang nach Umschulung – zunächst ALO • Nach 6 Monaten Arbeit beim Praktikumsbetrieb – zeigt Engagement • Niedriglohnssektor – Aufstockerin Jobcenter • Arbeit im Umschulungsberuf • Arbeit für Einkünfte – Versuche des Einkommens des Niedriglohnssektors 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Phobie als lebenslange (unheilbare) Krankheit • Stetig fortschreitende Krankheitsbewältigung – fortwährende Linderung der Symptome • Fortschritte im Kontext Herstellung von Normalität • Wunsch nach mehr Verständnis für Erkrankung – mehr Rücksicht • Krankheit als Stigma des A-Normalen • Krankheit gefährdet potentiell Arbeitsplatz 	<ul style="list-style-type: none"> • außer Familie und Partner kein soziales Netzwerk und keine Unterstützung • nur zusätzlich Frau Jürgen – Vertraute mit ähnlichem Schicksal • Familie, Frau Jürgen und Partner Unterstützer bei Krankheitsbewältigung • Krankheit versperrt Knüpfen neuer sozialen Kontakte • Verlust soziale Netzwerke durch Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Konstruktion über Krankheit – gleichzeitig Verschleierung der Krankheit aus Angst • Umschulung als Herausforderung – Notwendigkeit des Abschlusses für Titel – Titel als Chance • Berufstätigkeit als (kanonisch anzustrebender) Lebensstil • Lebensziel ist entkommen des niedrigen Finanzstatus • Tiefes Bedürfnis nach Normalität und Zugehörigkeit • Krankheit als Stigma des A-Normalen und Ausgrenzung
Frau Jürgen	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Kontinuität (Ausbildung-Arbeit) in idealisierter Branche • Krankheit verhindert Fortführung Beruf • ALO und Versuche Quereinstieg – scheitern • Zwang zur ungeliebten Umschulung • Kurzzeitige Anstellung im Praktikumsbetrieb und danach anderer Firma begleitet von ALO • Perspektivisch dauerhafte Anstellung mit krankheitsbedingten Stigmaerlebnissen • Niedriglohnssektor – nicht im Umschulungsberuf – unsicheres Beschäftigungsverhältnis 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeit als Krankheitsbewältigung – Struktur im Alltag, Aktivität im Leben • Krankheit als lebenslanger Begleiter • Krankheitsbewältigung weit fortgeschritten – Akzeptanz der Krankheit als Teil des Selbst • Veränderte Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und der anderer Personen • Alltag an Krankheit angepasst (integriert) • Krankheit als Stigma des A-Normalen 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivationale und finanzielle Unterstützung durch Eltern • Jüngerer Bruder ist professioneller Unterstützer – Hilfe bei Krankheitsbewältigung • Verlust soziale Netzwerke durch Krankheit • Frau Bender – Vertraute mit ähnlichem Schicksal 	<ul style="list-style-type: none"> • Noch keine Neukonstruktion – eher Modifikation und Anpassung • Selbstwirksamkeit besteht in Anpassung an Vorgaben • Kategorische Ablehnung Umschulung(-sberuf) • Keine Flexibilität in beruflicher Orientierung • Hohe Relevanz berufliche Zufriedenheit, aber dennoch Arbeit zur finanziellen Sicherung • Zur Verbesserung Gesundheit, keine Arbeit in idealisierter Branche – durch Zufriedenheit im Beruf aber Verbesserung Gesundheit • Krankheit als Stigma des A-Normalen
Herr Vogel	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsfindung über Interessen • Mehrfachausbildung in IT-Branche – Multi-Qualifikation + hohe Qualität der 	<ul style="list-style-type: none"> • Erste Diagnose mit 6 Jahren – erste OP • Steigende Folge-OP's – wird zum Alltag • Problematische OP 2005 - Schlüsselisi- 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiäre Unterstützung von Eltern – keine weitere Familie in Umgebung • Traditionalistisches Rollenverständnis 	<ul style="list-style-type: none"> • Modifikation der Identität nach problematischer OP durch Wesensänderung – mehr Fokus auf Familie – Beruf bleibt

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
	<p>Ausbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dennoch brüchiger Verlauf und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz • Umschulung fremdinitiiert – Verbleib in Branche – zusätzliche Qualifikation • Kein reibungsloser Übergang nach Umschulung – zunächst ALO • Findet über Bewerbungen idealen Arbeitsplatz – sehr hohe Zufriedenheit • Innerbetrieblicher Aufstieg • Gleichwertigkeit und Wechselseitigkeit – keine Sonderstellung • Arbeit = Aktivität im Leben 	<p>tuation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wesensveränderung durch problematische OP • Auch Verschlechterung Kurzzeitgedächtnis – Status Schwerbehinderter • Medikamente zur Linderung – auch der Wesensveränderung – zur Rettung des Familienlebens • Offener Umgang mit Krankheit • Krankheit definiert über Betreuungsbedarf • Krankheit als Teil des Selbst – zerstört nicht Normalität – nur höherer Alltagsaufwand 	<ul style="list-style-type: none"> • Zentrierung Familie seit Geburt Kind • Schwierige Umstellung der Familienmitglieder an Wesensveränderung • Eltern raten zunächst zu Rente statt Arbeiten – Herr Vogel muss sich erst beweisen • Sehr gute Integration in Gemeinschaft am Arbeitsplatz nach Umschulung – findet viel Verständnis und Unterstützung • Kein soziales Netzwerk – außerhalb von Arbeit und Familie nur Unterstützung durch Professionelle 	<p>erhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hohe Selbstwirksamkeit • Sehr hohe Passung Arbeitsplatz zu Krankheit • Veränderung der Einstellung zu Arbeit durch Folgeschäden der OP – Rückstufung der Erwartungen an sich selbst • Hat es gelernt, mit eigener Unzulänglichkeit umzugehen – um Hilfe zu bitten • Umschulung und Krankheit als Stigma - Stigma der A-Normalität über Förderbedürftigkeit • Negativverfahren mit finanzieller Förderung zur Integration in Arbeitsmarkt
Frau Jungmann	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Kontinuität – (Ausbildung-Arbeit) • Krankheit verhindert Fortführung Beruf • Reibungsloser Übergang von Umschulung in Arbeit – in Praktikumsbetrieb • Erneutes krankheitsbedingtes Ausscheiden • ALO • Anstellung in Anlehnung an Umschulungsberuf – Schreibkraft statt Kauffrau • Kontinuierliche Arbeit im Gesundheitswesen • Hohe Zufriedenheit in aktueller Tätigkeit • Viel Eigeninitiative bei Arbeitsplatzsuche 	<ul style="list-style-type: none"> • Rückenprobleme • Offener Umgang mit Krankheit • Vermeidung von Stress und Strukturierung des Alltags als aktive Krankheitsbewältigung • Achten auf Anzeichen des Körpers – Wahrnehmung der Krankheit und aktive Bewältigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschließliche Relevanz im Lebenspartner – Unterstützer in allen Belangen • Kein soziales Netzwerk • Zu Familie räumliche Distanz – dadurch wenig Kontakt – familiäre Isolation – „normales“ Verhältnis nur zu Mutter und Bruder • Probleme neue soziale Kontakte zu knüpfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Noch keine Neukonstruktion – eher Modifikation und Anpassung • Hohe Selbstwirksamkeit • Strikte Trennung von Beruf und Freizeit – Verhinderung von Wechselwirkungen • Umschulung als Herausforderung – Überbringen privater und beruflicher Welt – Schicksalsschläge gefahrlos durchhalten
Herr Zander	<ul style="list-style-type: none"> • Verwehrgung Wunschberuf – alternative Ausbildung zur Vermeidung ALO • Diskontinuierlicher Erwerbsverlauf – ALO + Nebenjobs - Unzufriedenheit • Umschulung als Chance – Korrektur falsche Berufswahl • Hohe Motivation in Umschulung • Kurzzeitige ALO nach Umschulung • Berufseinstieg über Call-Center in Großunternehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Angeborener Hirnschaden + Rückenprobleme + Asthma • Verringerung der krankheitsbedingten Einschränkungen im Laufe der Jahre • Aktives Gesundheitsverhalten – Medikamente + Sport • Keine gesundheitlichen Einschränkungen in Arbeit und Alltag 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit führt Anfänglich zu innerfamiliären Konkurrenzen um Aufmerksamkeit • Schwierige innerfamiliäre Verhältnisse (Vater unbekannt, schlechtes Geschwisterverhältnis) • Mutter erkrankt psychisch – belastend für ihn • Unterstützung ausschließlich durch Mutter 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Drang zu beruflichem Aufstieg • Neukonstruktion über Beruf – über soziale Einbindung und Aufstieg in Firma • Relevanz Beruf und Familie – nicht soziales Netzwerk • Umschulung als Chance und Neuanfang – Neustart im Leben ohne Kontinuität • Durch Arbeit nach Umschulung Beginn des Lebens – kann sich Wünsche erfüllen – nicht mehr Herabsetzen der Erwartungen

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
Frau Kron	<ul style="list-style-type: none"> • Interner beruflicher Aufstieg • Umschulungsnaher Beschäftigung mit hoher Zufriedenheit – gute Zukunftsperspektive • Aussicht auf hohe Kontinuität • Arbeit zum Aufbau des Lebens (Ziel Familiengründung) • Arbeitet 15 Jahre als Köchin • Berufsunfähigkeit wegen Rückenerkrankung • Umschulung in den fachfremden Beruf der Gesundheitskauffrau • Erfolgreiche Suche nach Arbeitsplatz im Umschulungsberuf • Mehrmonatige Phase der Arbeitslosigkeit • Findet schließlich Arbeit als Rezeptionistin • Identifikation und hohe Zufriedenheit mit derzeitiger Position 	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsbedingte Erkrankung (Muskelskelett) bis hin zur Berufsunfähigkeit • Adipositas • Akzeptanz der Erkrankung und Vermeidung von Stress • Aktives Gesundheitsverhalten, insbesondere während der Maßnahme • Nimmt nach Ende der Umschulung auf eigene Initiative 50kg ab • Zur Zeit keine wesentlichen körperlichen Einschränkungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr kleines soziales Netzwerk – Bekanntschaften über Aktivitäten und nicht gemeinsame Aktivitäten mit Bekannten • Nutzung soziales Netzwerk für Arbeit und Aufstieg • Hohe Relevanz soziale Einbindung über Arbeit • Alleinlebend, ohne Kinder • sozial in ihrem „Kiez“ gut vernetzt, stabile Freundschaftsstruktur • Enger Kontakt zu Eltern • Soziale Einbindung über Kolleginnen und ehemalige Mitenschülerinnen zu denen noch Kontakt besteht 	<ul style="list-style-type: none"> • tungen • Selbstwirksamkeit über Motivation – nicht Planung – viel Beratung • Sehr geringe Vulnerabilität – Stehaufmännchen • Hoher Stellenwert von Arbeit, auch nach der Erkrankung • Arbeit als wichtigste Voraussetzung gesellschaftlich teilzuhaben, Leben ohne Arbeit nicht vorstellbar • Persönliche Autonomie wichtig, fällt alle wichtigen Entscheidungen für sich, lässt sich durch Rückschläge nicht beirren • Umschulung, trotz vergeblicher Suche nach einer Arbeit im Ausbildungsberuf, wichtig für Selbstbewusstsein • Hohe Zufriedenheit mit derzeitiger Situation
Frau Drach ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung als Einzelhandelskauffrau, Berufswahl durch „Zwänge“ bestimmt, kein Wunschberuf • Aufstieg innerhalb des Unternehmens zur Filialleiterin • Rückenprobleme, Erschöpfungssyndrom, Burnout – Aufgabe der Leitungsfunktion, aber Verbleib im Unternehmen • Neuerliche Rückenerkrankung mit anschließender OP • Umschulung zur Gesundheitskauffrau • Hat nach Umschulung Arbeitsangebot, kann die Stelle aber wegen neuerlicher Rückenprobleme nicht antreten 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiple Erkrankungen, psychosomatischer Formenkreis, Burnout und Muskelskelett • Krankheit wird bagatellisiert, Einschränkungen nicht wirklich wahrgenommen • Überlastung im Beruf verstärkt Erkrankung, Bandscheiben-OP erfolgreich • Die OP und die anschließende Rehabilitation verändert Einstellung zur Arbeit, vermehrte Rücksichtnahme und Schonung • Nimmt Gesundheitsangebote während der Umschulung wahr, Krankheit rückt durch Ausbildung in den Hintergrund • Diagnose MS nach der Umschulung 	<ul style="list-style-type: none"> • Verheiratet, 2 Töchter • Unterstützung durch Ehemann, der zeitweise seine berufliche Aktivitäten einschränkt, damit sie entlastet wird, insbesondere nach der Diagnose MS • Psychische Erkrankung der jüngeren Tochter, in regelmäßiger therapeutischer Behandlung, was belastend für die ganze Familie ist • Stabiler Freundeskreis 	<ul style="list-style-type: none"> • In der eigenen Sozialisation Leistung und Disziplin im Vordergrund, Eltern als Vorbild • Maxime: „Man muss alles zu Ende bringen was man anfängt“ • Erkrankungsbedingt Reflexion über eigene Haltungen und Werte • Im Rückblick heute negative Bewertung ihres bisherigen Berufslebens, dass sie als Stagnation wahrnimmt; eigene Persönlichkeit, eigene Wünsche wurden nicht berücksichtigt • Entwickelt neue Perspektiven in der Umschulung und fasst neues Selbstver-

¹ Ab Frau Drach werden die inhaltlichen Angaben ausführlicher. Dies liegt einerseits daran, dass einige Einzelfälle inhaltsreicher sind, aber vor allem liegt es daran, dass durch das stetige „In-Beziehung-Setzen“ der Ergebnisse der vorhandenen und hinzukommenden Einzelfallanalysen, die Erkenntnisdimensionen inhaltlich tiefer und auch breiter werden und somit mehr Aspekte je Einzelfall für den Forschungsverlauf relevant werden und festgehalten werden müssen.

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
	<ul style="list-style-type: none"> • Findet danach keine Arbeit im Umschulungsberuf, Rückkehr in alten Beruf • Massive Probleme mit Unternehmensleitung und Mitarbeitern (Mobbing), da sie nicht mehr erwünscht ist, längere Krankheitsepisoden, MS-Diagnose • Schwangerschaft, Aufnahme eines Fernstudiums 	<ul style="list-style-type: none"> • Nach einer ersten Phase des Schocks, Versuch ein realistisches Bild der Krankheit zu bekommen • Nach Auseinandersetzung mit Krankheit, verändert sich ihre Sichtweise: MS kein Schicksal, da Verlauf ganz unterschiedlich; berufliche Zukunft sieht sie nicht durch Krankheit gefährdet 		<p>trauen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nimmt Fernstudium Handel auf und sieht sich selbst in Zukunft, trotz ihrer MS-Diagnose, als voll erwerbstätig
Frau Kolb	<ul style="list-style-type: none"> • Kellnerlehre und Übernahme in Klinik • Kündigung während einer Schwangerschaft, danach einige Jahre Hausfrau und Mutter • Nach der Scheidung wieder ins Erwerbsleben, Aushilfsjobs bei verschiedenen Dienstleistern • Rückkehr in Gastronomie, Zusammenbruch wegen Überlastung und Mobbing am Arbeitsplatz, Diagnose Depression • Umschulung zur Bürokauffrau, ein Beruf den sie eigentlich nicht wollte; Wunschberuf wird im BFW abgelehnt • Findet danach keine Arbeit in ihrem Beruf, Arbeitsmarktlage in MV lässt kaum Möglichkeiten zu • Bekommt schließlich über BA eine Stelle als Rezeptionistin in Kurhotel vermittelt, ist mit derzeitigem unbefristetem Arbeitsplatz sehr zufrieden 	<ul style="list-style-type: none"> • Erster Zusammenbruch nach Häufung negativen Erfahrungen am Arbeitsplatz, Überforderung, Mobbing, Arbeitszeiten • In medikamentöser Behandlung wegen Depression • Fühlt sich momentan gut eingestellt und leistungsfähig • psychische Krankheit wird als Persönlichkeitsmerkmal anerkannt, aber weitgehend bagatellisiert • Krankheitsbewältigung findet vor allem über Arbeit statt; wieder hergestellte Leistungsfähigkeit drängt Krankheit in den Hintergrund • Instrumentelle Einstellung zum Körper („nehme halt Tabletten“) 	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern nach der Wende selbstständig, kaum Zeit für Kinderbetreuung • „Schlüsselkind“ mit viel Verantwortung, arbeitet früh bei Eltern im Laden mit Bruder Geschäftsführer, unterstützt sie • Enger Kontakt mit Eltern • Tochter studiert, wichtigste Bezugsperson, hat nach Scheidung lange alleine mit ihr zusammengelebt • Kernfamilie intakt und enger Zusammenhalt • Mit Kolleginnen zwar nettes Arbeitsklima, aber privat keine Kontakte • Ortsverbunden, hat, trotz schwieriger Bedingungen, Stelle in regionaler Nähe gesucht 	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Kindererziehung mehrere Jahre unterbrochene Erwerbsbiografie • Mit in DDR gelerntem Beruf wenig Chancen, Aushilfsarbeiten, Zunahme depressiver Phasen • Umschulung als Chance auch wenn ihr Wunschberuf nicht möglich ist • Trotz erster frustrierender Erlebnisse nach Ausbildung gibt sie nicht auf, regelmäßig Kontakte zu BA führen schließlich zum Erfolg • Berufstätigkeit ermöglicht wieder ein unabhängiges Leben, weg von prekärem Status • Krankheit kommt praktisch im Diskurs nicht vor, läuft sozusagen „nebenbei“ mit • Hohe Zufriedenheit mit aktuellem Arbeitsplatz, Betriebsklima und Bezahlung stimmen
Herr Siebert	<ul style="list-style-type: none"> • Früher Berufswunsch – in Kauf nehmen von nötigen Schritten zur Umsetzung • Wiedervereinigung zerstört weitere Ausübung Wunschberuf und Kontinuität • Suche nach sinnstiftenden Alternativen – Versuche Wiederherstellung berufl. Kontinuität • Mehrere Branchen und Berufsbilder – immer wieder Zerstörung nach wenigen Monaten 	<ul style="list-style-type: none"> • 1987 OP eines Lipofibroms – Wundverheilung – Entstehung chronische Osteomyelitis / Knochenkrebs – unklare Diagnose • durch Unklarheit Testsubjekt • Zunahme der Beschwerden – Abstände zwischen OP's werden geringer • Folgeschaden aus OP's – Clusterkopfschmerzen, Beschädigung Trigeminus, Sepsis durch Entzündung 	<ul style="list-style-type: none"> • Räumliche Distanz zu Herkunftsfamilie • Gute Einbindung in Familie seiner Frau • Kernfamilie als Lebenssinn und größte Stütze bei Krankheitsbewältigung • Wunsch nach mehr und besserem Kontakt zum Sohn • Nutzung familiäres und soziales Netzwerk bei Arbeitsplatzsuche • Keine Veränderung des sozialen Netzwerks durch Krankheit – kein Stigma / 	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedervereinigung als Störung der beruflichen und biografischen Kontinuität und Lebensplanung • Selbstverortung in Vergangenheit – in DDR-Zeit • Parteilugehörigkeit stört auch nach Wende berufliche und biografische Kontinuität • Politische Resignation – Kapitalismuskritik und Orientierung an sozialen Berufen

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
	<ul style="list-style-type: none"> Als Versicherungsvertreter gelingt Aufbau Kontinuität – Zerstörung durch Krankheit Kampf um Umschulung zur Rückkehr ins Berufsleben – hohe Selbstwirksamkeit Reibungsloser Übergang von Umschulung in Arbeit – in Praktikumsbetrieb – Aufbau neue Kontinuität und Stabilität Hoher Arbeitsethos Latent Rückkehr in alte Muster – mehr Engagement am Arbeitsplatz Arbeit im Umschulungsberuf 	<ul style="list-style-type: none"> Cluster-Kopfschmerz ausschlaggebend für Aufgabe Versicherungsvertreter Stetiger Kampf um Anerkennung (Folge-)Krankheiten und finanzielle Förderung der Medikamente, Utensilien und Anpassung Arbeitsplatz Krankheit Teil des Alltags und Selbst Krankheitsbewältigung: Kampf Krankheit nicht dominant im Leben werden zu lassen, Selbstmotivation, Positivabgleich zu anderen (schlimmeren) Krankheiten, Kampf um Anerkennung und Anpassungen Alltag/Arbeit Psychologische Betreuung – Absenken der Erwartungen an Leistungsfähigkeit Symptome der Überforderung im Laufe des Berufslebens immer deutlicher Zunächst nur einige kürzere Krankheitsepisoden (körperliche Zusammenbrüche die sie nicht ernst nimmt), kurzzeitig schon in der DDR in Psychiatrie Herz-Kreislauf-Probleme häufen sich im Laufe des Berufslebens und dem zeitintensiven Beruf der Vertreterin Psychischer Zusammenbruch, stationärer Aufenthalt in Psychiatrie Krankheit heißt nicht mehr leistungsfähig zu sein, Erwartungen an sich hoch Therapeutische Hilfe über Jahre, zur Zeit aber nicht in Therapie, da Kasse Zahlung nicht mehr fortsetzt Zusammenhang von Krankheit und familiärer Situation in Kindheit Schwere körperliche Arbeit führt zu Verschleißerscheinungen in jungen Jahren (bereits mit etwa 30) Zu Beginn werden Krankheitssymptome ignoriert, harte Arbeit gilt als Ausweis für 	<p>Marginalität – eher Zunahme Intensität und soziale Bindung durch Krankheit – vielseitige Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> Soziale Unterstützung in Umschulungsgemeinschaft – Kontaktherhaltung über Zeit der Umschulung hinaus Kontaktherhaltung auch zum Abgleich der Entwicklung untereinander und wechselseitigen Beratung zu potentiellen Arbeitgebern Individualkontakte statt Kollektiv am Arbeitsplatz – partielle Wir-Kategorie Sehr heimatgebunden durch gute soziale Einbindung Anerkennung im sozialen Netzwerk Kommt aus schwierigen familiären Verhältnissen; Vater lernt sie nie kennen, die Mutter gibt sie noch als Baby an ihre Großeltern ab Situation bei den Großeltern äußerst prekär, frühkindliche Traumata Großvater begeht Selbstmord Sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung (?) Vom Vater ihres einzigen Kindes getrennt lebend Lebt alleine, erwachsener Sohn in einer weiter entfernten Großstadt Soziale Kontakte oder soziales Netz kaum vorhanden ist zunehmend enttäuscht über andere Menschen, negative Erfahrungen kumulieren 	<ul style="list-style-type: none"> Existenzängste bei fehlender Sicherheit über berufliche Zukunft Krankheit als Störfaktor, der unter Kontrolle gebracht wird und werden muss Lebensqualität in Abhängigkeit von Medikation Durchweg hohe Selbstwirksamkeit im Beruf und bei Krankheitsbewältigung Sehr geringe Vulnerabilität – Stehaufmännchen Potential der Wiederholung der Überforderung – Zunahme der Arbeitsbelastung durch Selbstverwirklichung und Identifikation Leistungsgedanke schon als Kind stark ausgeprägt, erklärt sich das selbst über Kompensation mangelnder Zuneigung in der Familie im Beruf lange Zeit erfolgreich, hält hohe Arbeitsintensität über längeren Zeitraum Umschulung für sie ein „Spaziergang“, kritisiert die mangelnde Einstellung vieler Teilnehmer Viele frustrierende Erlebnisse nach der Umschulung, immer kurz vor einer positiven Wende; oft spielt ihr Alter (54) dabei eine negative Rolle Arbeit bleibt für sie das Wichtigste im Leben, dafür tut sie alles, Versuch beruflicher Selbstständigkeit als Lösung Generell das Gefühl immer wieder enttäuscht zu werden, „zu gut für die Welt“ Nach mehreren Jahren harter Arbeit, Entschluss zur Selbstständigkeit; ist im Beruf lange Zeit erfolgreich und hat einen anspruchsvollen Lebensstil Nach Erkrankung und Aufgabe der
Frau Künz	<ul style="list-style-type: none"> Ausbildung zur Krankenschwester in der DDR, wäre gerne Architektin geworden Umschulung zur Gaststättenleiterin noch vor 89 nach der Wende Vertreterin im medizinischen Bereich, 13 Jahre Generalvertreterin (Brustimplantate) für das ehemalige Gebiet der DDR Selbständigkeit als Ladenbesitzerin (Dessous) in Westdeutschland – nach Insolvenz wieder Vertreterin körperlicher Zusammenbruch, Depression, Burnout Umschulung zur Gesundheitskauffrau Einige vielversprechende Angebote zerschlagen sich, Frustration wächst Zur Zeit arbeitslos und krankgeschrieben, will sich selbstständig machen 	<ul style="list-style-type: none"> Schwere körperliche Arbeit führt zu Verschleißerscheinungen in jungen Jahren (bereits mit etwa 30) Zu Beginn werden Krankheitssymptome ignoriert, harte Arbeit gilt als Ausweis für 	<ul style="list-style-type: none"> Stammt aus einer klassischen Handwerkerfamilie, Vater als Patriarch, der über die Berufswahl der Kinder bestimmt Hat insgesamt wenig Unterstützung während der Umschulung 	<ul style="list-style-type: none"> Nach mehreren Jahren harter Arbeit, Entschluss zur Selbstständigkeit; ist im Beruf lange Zeit erfolgreich und hat einen anspruchsvollen Lebensstil Nach Erkrankung und Aufgabe der
Herr Wutzke	<ul style="list-style-type: none"> Ausbildung zum Schreiner, Entscheidung des Vaters; Wunschberuf wäre technischer Zeichner gewesen arbeitet aber danach wegen höherem Verdienst in Stahlindustrie in Schichten 			

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
	<ul style="list-style-type: none"> • Wechsel zum Trockenausbau, Umzug nach BW (wegen seiner Frau) • Kurze Zeit, Jobs als Streetworker und in Polizeidirektion • Selbständigkeit (Kunsthandwerk/Altbausanierung), florierendes Geschäft in BW • Arthrose in Schulter zwingt ihn zur Aufgabe seines Unternehmens • Umschulung in Wunscherberuf • Viele Bewerbungen deutschlandweit, Hindernis hohes Alter (eigene Angabe) • Weiter arbeitssuchend 	<p>Vitalität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitte 40: Bandscheibenprobleme im Lendenwirbelbereich; gutartiger Tumor im Brustwirbelbereich der weiter wächst und auf Nerven drückt; Überkopfarbeit wird unmöglich, rechte Hand kann nicht mehr richtig zugreifen • Tumor kann laut ärztlicher Diagnose nicht entfernt werden, da Risiko eines Eingriffes zu hoch • Regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten 	<ul style="list-style-type: none"> • Viele seiner Freunde hatten es für Unsinn und verschwendete Zeit in seinem Alter eine Umschulung zu machen • War verheiratet, ging wegen seiner ersten Frau (Lehrerin) nach BW • Zur Zeit mit einer Brasilianerin liiert, die Ausbildung zur Krankenschwester in macht (undurchsichtige Geschichte) • Im Dorf ein paar wenige Bekannte, v.a. über frühere Selbständigkeit; Kontakt wird aber seltener da er nicht mehr die finanziellen Mittel hat, um an Veranstaltungen teilzunehmen 	<p>Selbständigkeit steter sozialer Abstieg, sichtbar etwa an der Wohnsituation, fehlenden finanziellen Mitteln für Handyrechnung oder Strom</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflektierter und differenzierter Gesprächspartner, auch fachlich kompetent • Will unbedingt arbeiten, eigener Hausarzt hat ihm bereits Frühberentung vorgeschlagen, lehnt er ab • Ist bereit für Arbeitsplatz überall hinzugehen, will unbedingt den erlernten Beruf ausüben, neugierig auf den Beruf
Herr Castello	<ul style="list-style-type: none"> • Mit 14 Jahren von Sizilien nach Deutschland gekommen • Ausbildungsabbruch Maler („war jung und dumm“) • Arbeitet als Maurer, wie sein Vater • Danach bei einem Autzulieferer tätig, bis das Unternehmen Konkurs anmeldet • Danach 16 Jahre bei Firma R. (Innenverkleidung Autos) • Verlagerung des Firmenstandortes nach Tschechien – Arbeitslos • Da keine berufliche Qualifizierung, Umschulung zum Industriemechaniker (BA) • Findet befristete Arbeit bei Porsche mit Chance auf Festanstellung (Wunschfirma) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keinerlei Krankheiten bekannt 	<ul style="list-style-type: none"> • Lebt mit Frau und 3 Töchtern in einem kleinen gemieteten Haus in der Nähe einer größeren Stadt • Großer Bekanntenkreis, viele Italiener • Frau und Kinder unterstützen ihn bei Umschulung; mit Frau (auch Italienerin) lermt er besser Deutsch, mit Kindern Mathe und andere Fächer • spielt von Kind an Saxofon; die ganze Familie lernt Musikinstrumente) • Kleine „Konkurrenz“ in der Familie untereinander um die besten Noten • Kontakt zu Eltern zweimal im Jahr über Reisen nach Sizilien • Findet rasch Kontakte zu Arbeitskollegen auch an neuem Arbeitsplatz 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeit als „Ehrensache“, Erbe seines Vaters, der ihm das als Kind bereits nahe gebracht hat und etwas, das er seinen Kindern weitergeben will • Sowohl in Umschulung (Nachhilfe etc.) als auch danach bei der Arbeitssuche sehr aktiv • Sehr stolz darauf in firmeneigene Jazzband aufgenommen worden zu sein • Klassischer Fall von ungelernem Arbeiter, der nach Outsourcing ohne Ausbildung keine Chance mehr hat • Umschulung als Möglichkeit doch noch einen Beruf zu erlernen
Herr Schumann	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung zum Tischler – über Interessen aber nicht Wunschberuf • Einen Monat berufsnahe Beschäftigung • Grundwehrdienst mit Neuorientierung • Wunschberuf irgendetwas mit Computern – wegen Gesundheit und Interesse • Besuch von Lehrgängen und Erwerb Zertifikat • Suche nach „richtiger“ Berufsausbildung 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes und Rückenbeschwerden durch Körpergröße • Annahme der Vererbung, da innerfamiliär ähnliche Erkrankungen • Fühlt sich als Opfer der Krankheit bzw. seiner Gene • Krankheiten bringen Folgeschäden – taube Füße, Bluthochdruck • Krankheiten stören durch Stress auch 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr große Unterstützung vom Vater – auch finanziell • Innerfamiliäre Unterstützung verbessert Psyche • Bruder nimmt ihn in Zeit der Obdachlosigkeit auf bis Streit zwischen Frau des Bruders und Herr Schumann • Isolationsgefühl – gesamte Familie in Heimat – er ist der Einzige außerhalb 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr diskontinuierliche Biografie vor 2. Umschulung – Obdachlosigkeit und Drogenkonsum • Beruf nur Ausbildung, Grundwehrdienst und 1 Monat Anstellung • Starke Fixierung auf ein Berufsfeld versperrt alternative Wege • Fühlt sich als Opfer von Krankheit und Willkür des Jobcenters

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
<p>Herr Dietrich</p>	<ul style="list-style-type: none"> über Umschulung Umschulung Informationskaufmann – Abbruch von Ausbilderseite Obdachlosigkeit – mehrere Jahre in verschiedenen Obdachlosenheimen und Regionen Selbstgewählte und erfolgreiche Umschulung zum Systemelektroniker ALO Arbeit zur Absicherung des Lebens und Verwirklichung der Träume (Finanzen) Arbeit als geistige Beschäftigung Arbeit als Möglichkeit des Entkommens der Fallsituation 	<p>Umschulungsverlauf – Unterbrechungen durch Zusammenbrüche mit Reha – Folgeschaden: Gedächtnisverlust</p> <ul style="list-style-type: none"> Nur in 2. Umschulung psychologische und medizinische Betreuung Keine Krankheitsbewältigung außerhalb medizinischer Betreuung – Krankheitsbewältigung über Arbeit Medikamente setzt er teilweise selbst ab Hat Vertrauen zu Ärzten verloren – zu viele Enttäuschungen Krankheitsbeschwerden im Alltag – Krankheit als Hemmnis Durch Drogen zusätzlich Psychose und bipolare Störung In 80ern Drogenkonsum Als Kellner Alkoholiker – gehört dazu Seit 2005 trockener Alkoholiker Folgen des Drogen- und Alkoholkonsums – Konzentrationsstörungen – neurologisches Problem Kellnerkrankheit: Skoliose, Bandscheibe nach Abstinenz 1 Jahr Suche nach Orientierung im Leben – suizidal Neukonstruktion der Identität über Religion und Yoga Krankheitsbewältigung über Yoga – hilft bei körperlichen Beschwerden Während Keilnertätigkeit keine Krankheitsbewältigung – erst nach Abstinenz – aktuell weit fortgeschritten Alltägliche Beschwerden sind vorhanden, wird aber über Yoga kontrolliert – sehr gutes Körperbewusstsein Ablehnung medizinischer Betreuung – insbesondere Medikamente – würde nur neue Droge sein Einzig psychologische Begleitung 	<p>der Heimat</p> <ul style="list-style-type: none"> Bestreben der Rückkehr in Heimat – verhindert durch H4 Kein soziales Netzwerk außerhalb der Familie Virtuelles Netzwerk Ost-West – keine Identifikation mit Region und Einwohnern Negativerfahrungen mit Rechtsextremen in Region – mehrere Übergriffe – strapaziert Psyche Negativerfahrungen mit Professionellen in beiden Umschulungen Tiefe Resignation über menschliches Verhalten Keinen Kontakt mehr zur Familie Schwester in England – Eltern getrennt Hat vor einigen Jahren versucht, zu Mutter Kontakt wieder herzustellen – können keine Harmonie herstellen – erneut Abbruch Kontakt Hat eine Tochter – sehr starker und inniger Kontakt Freunde als Familienersatz Beste Freund während Umschulung in seinen Armen gestorben – schwerer Schicksalsschlag – war immer Rückzugspunkt aus sozialer Welt Noch zwei weitere Freunde – keine Relevanz im Alltag Verlust von Freundschaften im Alter Hat im Laufe der Zeit Einstellung zu oberflächlichen Bekanntschaften verändert – lehnt inzwischen ab Ausstieg aus sozialer Welt zeigte ihm Unterschied zwischen Freunden und Bekannten – Verlust von Kontakten durch Ausstieg 	<ul style="list-style-type: none"> Tiefe Resignation Isolation durch Region – Abseits von Familie und potentieller Arbeit Hoffen auf äußere Veränderungen – keine Eigeninitiative möglich Hoffen auf Neuanfang – von außen – eigene Aktivität Drogenabstinenz Eigentheorie: ist Produkt von Fehlentscheidungen Resilienz bis zur 2. Umschulung – Kohärenzgefühl gestört, da Umschulung nicht die erwarteten positiven Auswirkungen hat – Scheitern der praktischen Bearbeitung der Verlaufskurve des Erleidens Ausreise im Jugendalter von DDR in BRD – Vater wurde aus Stasigefängnis als politischer Häftling freigekauft – Familie zieht hinterher Punk der ersten Stunde in DDR In West-Berlin Freisetzungsprozess – Neukonstruktion über Bewährtes – wieder der Punk, Hausbesetzer – ca. 2 Jahre viele Drogen – keinen Kontakt zu Eltern Lebenslanger Prozess der Annäherung an Normalität – Neukonstruktion von Etappe zu Etappe – Punk – Kellner und Alkoholiker – Entzug und Yoga – Umschulung zur Kontinuität über Arbeit – aktuell Resignation durch Scheitern letzte Etappe Problem des Lebenslaufs – wirkt abschreckend für potentielle Arbeitgeber hohe Zielorientierung seit Ausstieg Hohe Resilienz – hat viele Rückschläge verkraftet – aktuelle Resignation wird nicht dauerhaft sein Individualist und legt Wert darauf

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
Herr Grimm	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung und Berufstätigkeit in einem gut bezahlten und angesehenen Beruf • Freisetzungprozess durch Wende – arbeitslos durch Rationalisierungen • Umschulung in Anlehnung an Ausbildungsberuf • Viele Jahre auf Montage – europaweiter Einsatz – Hauptsache Arbeit • Immer wieder Rückkehr in Arbeit trotz gesundheitlicher Beschwerden • Aufgabe Arbeitsplatz durch Vorgaben Arzt – Beantragt Rente – Vorgabe DRV Umschulung • Berufsfremde Umschulung – auch Interessen werden nicht beachtet • Durch Erkrankung keine Teilnahme an Prüfung – kein Nachholen der Prüfung • Arbeitsuchend – herabsetzen der Ansprüche • Arbeit zur Beschäftigung im Alltag • Arbeit zur sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe – Stigma Hartz IV 	<ul style="list-style-type: none"> • Erste Beschwerden 2004 – verklemmter Gallenstein – Gallensaft beginnt Bauchspeicheldrüse zu verdauen • Operative Teilentfernung der Bauchspeicheldrüse – Reha – zurück in Arbeit • Einsetzen Reflektion – veränderte Wahrnehmung körperlicher Warnsignale • Symptome dehnen sich weiter aus • Erneute OP und Entfernung der gesamten Bauchspeicheldrüse – Reha – Arbeit • 3. OP und Aufgabe Berufstätigkeit • Glaubt es überwunden zu haben • Wiederauftreten von Beschwerden in Umschulung • 4. OP und Entfernung weiterer Organe • Einsetzen Reflektion – Herabsetzen der Ansprüche an eigene Leistungsfähigkeit • Krankheitsbewältigung über Medikation – latent Vermeidung Stress • Krankheitsbewältigung nicht abgeschlossen – noch in Anpassung – sieht kaum Möglichkeiten aktiv zu sein 	<ul style="list-style-type: none"> • einziger seiner Familie am Geburtsort • Familie spielt keine Rolle in Leben • Eltern sind weg gezogen (ca. 200 km) – ist ihm zu weit für Besuche • Ausschließlich telefonischer Kontakt – sehr selten • 2 Brüder – einer lebt in Berlin – Besuch nur während Montagstätigkeit – als er beruflich dort war – zu große Entfernung für Besuche • Hat selbst Kinder und Ex-Frau • Keine Erwähnung Kinder im Interview – Bilder im Zimmer • Ex-Frau hat ihn während Montagstätigkeit verlassen • Soziales Netzwerk vorhanden – gegenseitige Unterstützung • Präsenz und Relevanz soziales Netzwerk im Alltag • Dennoch Isolationsgefühle – Gesellschaftlicher Randseiler – Integration und Zugehörigkeit über Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnt Zeit seines Lebens am Geburtsort – sehr unflexibel • Sehr passives Verhalten – stets Anpassung an Gegebenheiten – keine aktiven Anstrengungen zur Veränderung • Scheint inzwischen Alkoholiker zu sein – „Fahne“ beim Interviewtermin • Bitte um späten Interviewtermin – 11 Uhr sei zu früh – Jahoda/Lazarfeld – Einrichten in Arbeitslosigkeit • Möchte gern Arbeiten, hat aber Angst vor gesundheitlichen Rückschlägen • Ggf. Umschulung zu früh – noch in Veränderungen gefangen – kann mit Krankheit noch nicht umgehen • Falscher Umschulungsberuf – starke Kritik an DRV und BFW – falsche Zuweisung und schlechte Ausbildung – dadurch Chancenlos – Opferrhetorik • Wollte lieber Rente – wurde von DRV zur Umschulung gedrängt
Herr Wolter	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung zum Autoschlosser – keine Begründung dafür – selbstevident • Innerbetrieblicher Aufstieg bis Meister • Hohe Kontinuität – 17 Jahre gleiche Firma – nur wendebedingter Wechsel der Abteilungen • Krankheitsbedingte Neuorientierung – Hamburger Model in Firma nicht möglich • Selbstgewählter Umschulungsberuf zur Kompetenzerweiterung • Rückkehr in vorherige Branche nach Umschulung – Nutzung der Umschulung und Plan umgesetzt • Sehr hoher Stellenwert von Arbeit – Leben ohne Arbeit nicht denkbar – Identitätsarbeit und Selbstbild über Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Sechsjähriger Prozess: Zunahme der Beschwerden, OP, medizinische Reha • Beschwerden am Kniegelenk – wurde ausgetauscht • Krankheit als Bedrohung des Lebens, der Lebensplanung • Krankheit zerstört biograf. Kontinuität • Versuch Krankheit nicht dominant werden zu lassen im Leben, aber auch Akzeptanz als Teil des Lebens • Keine Veränderung Alltag durch Krankheit – lediglich ein wenig Sport • Zyklische Beschwerden noch immer vorhanden – offensichtlich stärkere Beschwerden, als er sich eingestehen will 	<ul style="list-style-type: none"> • Stetige familiäre Unterstützung • Innerfamiliäre Probleme • Wenig auskunftsbereit über Familie und Freunde 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr hohe Kontinuität bis Erkrankung – gleiche Firma seit Ausbildung mit innerbetrieblicher Karriere • Selbstgewählter Umschulungsberuf zur Kompetenzerweiterung • Rückkehr in vorheriges Berufsfeld • Nur kurze Phase der Resignation – hohe Zielorientierung • Vorbildliche Nutzung der Umschulung und Entwicklung in der Umschulung • Keine artikulierten Rückschläge oder signifikanten Wendepunkte im Leben • Stetiges Beibehalten der Orientierung an „Normalbiographie“ • Krankheitsbezug über chronische Beschwerden

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
Herr Pohl	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung zum Stahlbetonbauer und 8 Jahre Beschäftigung im Ausbildungsbertrieb bis zur Insolvenz • Merkt während Beschäftigung, dass nicht sein Wunschberuf – zu harte Arbeit • berufliche Neuorientierung über Freunde – Abgleichsfolie der Entwicklung • Versuch eine Umschulung zu bekommen – wird durch die BA abgelehnt • 5 Jahre „Überbrückung“ als Paketbote – finanziell gut abgesichert, aber keine befriedigende Beschäftigung • Wechselnde Subunternehmer und mehrere Insolvenzen • Bei dritter Insolvenz Entschluss zur Umschulung – wird von BA akzeptiert • Selbstgewählter Umschulungsberuf • ½ Jahr danach selbstgewählte ALO • Vollzeitbeschäftigung im U-Beruf • Arbeit zur finanziellen Absicherung • Beruf zur Positionierung in Gesellschaft - Identitätsbezug 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine chronische Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Großfamilie mit 9 Geschwistern – er ist der zweitälteste • Gute innerfamiliäre Verhältnisse • Vater kurz vor Prüfung in Umschulung verstorben • Ist in Region geboren, aufgewachsen und hat sie noch nie verlassen • Früher großer Freundeskreis – verringert sich im Laufe der Jahre und Beziehungen schlielen allmählich ein • Soz. Einbindung über Sport – Heute nur noch 1x jährlich • Orientierung an Freunden – sowohl beruflich, als auch lebenszyklisch – Freunde haben eigene Familie, Haus und Kinder • Hat dadurch auch Verständnis für seltsame Kontakte • Muss im Vergleich zu seinen Freunden aufholen 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstverständliche Vorstellung von Leben und Arbeit – Orientierung am Ablaufmuster des Familienzyklus • Keine signifikanten Brüche im Leben – sehr durchstrukturiert und durchgeplant • Aktive Veränderung des Lebens – lange Zeit der Planung, aber Umsetzung nur durch äußere Einflüsse • Umschulung zur Korrektur der Ausbildungsberufswahl • Hohe Zielorientierung • Selbstgewählte ALO für ½ Jahr – keine Bedenken Arbeit zu finden – Ablehnung Zusagen von Arbeitgeber – deutlicher Kontrast der Arbeitssuche im regionalen Vergleich • Sucht akzeptable Arbeit – Bewusstsein, dass idealer Arbeitsplatz nicht existiert • Arbeit ausschließlich für Finanzen – Spaß an Arbeit irrelevant – akzeptable Arbeitsbedingungen wichtig
Herr Hansen	<ul style="list-style-type: none"> • Abgebrochene Ausbildung zum Fleischer – Opfer seines Alkoholismus und gleichzeitiger Rationalisierungen • Grundwehrdienst, ABM und 4-5 Jahre ALO – Dominanz seiner Alkoholiker VK – Irrelevanz Beruf und Arbeit • Ehrenamtliches Engagement in der Suchtberatung • Selbstbestimmte Umschulungsberufswahl • Umschulung zum Immobilienkaufmann – hohe Motivation – zentral Qualifikationserwerb • 1,5 Jahre ALO – nebenbei Weiterführung Ehrenamt und 8 Wochen Krankheitsvertretung im Umschulungsberuf 	<ul style="list-style-type: none"> • Seit Jugend Alkoholiker – Diskontinuität – Alkohol verhindert planvolles Leben • Veränderung des Lebens durch beginnende Abstinenz – Veränderung des Sozialverhaltens vom Egozentrismus zum Helfer • Alkoholismus wird zur negativen Abgleichsfolie der Lebensführung • Durch Abstinenz Beginn selbstgesteuertes und selbständiges Leben – planvoll • Bemerken der Rückenbeschwerde in Schlüsselssituation der Überbelastung 2005 – erster Kontakt zu Ärzten, Diagnose, Auseinandersetzung mit Krankheit • Steilige weiterführende Einschränkung der Leistungsfähigkeit – keine starken 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Relevanz Familie – sehr viele Familienmitglieder im gleichen Ort • Gegenseitige Unterstützung in Familie selbstevident – finanzielle Unterstützung durch Großmutter • Unterstützung durch Mutter in Umschulung – Übernahme der Haushaltsführung • Hat zwei Töchter – jeweils unterschiedliche Ex-Partnerinnen • Konnte als Alkoholiker Beziehungen nicht aufrechterhalten – aktuell guter Kontakt zu Ex-Partnerinnen • Unterstützt Ex-Partnerinnen und Kinder nach seinen Möglichkeiten – finanziell auf innerfamiliäre Unterstützung angewiesen, um eigene Kinder zu fördern 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachholen der Biographie nach Abstinenz • Verschiebung des Identitätsbezugs durch Abstinenz – vorher Kollektivität (Trinken) – danach Arbeit und Beruf • Durchstrukturierte Planung nach Abstinenz und hohe Zielorientierung • Hohe Relevanz der Heimatnähe • Krankheitsbedingte Einschränkungen in Arbeit nicht thematisiert – geht von Vereinbarkeit aus • Ausschließliche Orientierung im Umschulungsberuf – hoher Stellenwert von Beruf und Qualifikation • Keine Aktivitäten der Krankheitsbewältigung – kein aktives Entgegenwirken wie

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
Herr Weber	<ul style="list-style-type: none"> • Rege Bewerbungsaktivitäten – zwei Vorstellungsgespräche • Angebot heimatfremder Arbeitsplatz in Zeit des Interviews • Ziel Arbeit im Umschulungsberuf in Heimat • Arbeit zur Strukturierung des Alltags – Aufgaben im Alltag über Arbeit • Identitätsbezug über Arbeit und Umschulungsberuf • Arbeit zur Stabilisierung und Normalisierung des Lebens 	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungen – später auch keine längeren leichten Belastungen • Akzeptanz der Einschränkungen und Anpassung Aktivitätsspielräume • Vergrößerung der Schmerztoleranz – Gewöhnen an Grundschmerz • Stetiges Testen der Grenzen • Überbelastung führt zu 1wöchiger Regenerierungspause • Sichtbarkeit der Krankheit bei Schmerzen – führt zu Spott – Rechtfertigungsbedarf 	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Zusammenhalt in Familie und mit Ex-Partnerinnen sehr heimatgebunden • Seit Abstinenz nur wenig richtige Freundschaften – Differenzierung zwischen Bekanntschaften und Freunden • Über Bekanntschaften soziales Netzwerk im Heimatort – verschafft ihm Krankheitsvertretung und Ehrenamt • Hoffen auf Nutzungsmöglichkeit soziales Netzwerk, um heimatnahen Arbeitsplatz zu bekommen 	<p>Sport</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einzige problematische Einschränkung ist Rollenkonflikt – Unmännlichkeit • Ablehnung von Sonderbehandlungen • Herstellung Normalität in Lebensführung über Arbeit nach Abstinenz – darf durch Rückenbeschwerden nicht gestört werden – Ausblenden der möglichen zukünftigen Probleme
Herr Piepeck	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsausbildung zum Elektriker – Wunschberuf • Ziviler Angestellter der NVA im Beruf • Kündigung, um nach Westdeutschland reisen zu können • Diskontinuierlicher und stressreicher Erwerbsverlauf im Beruf bis 2006 • Suche nach krankheitsadäquater Arbeit – zunächst LKW-Fahrer, dann Hausmeister • Umschulung zum IT-Systemelektroniker – „wurde abgebrochen“ • Seit dem Krank – Antrag auf EM-Rente • Hoher Stellenwert von Erwerbsarbeit – Identitätsbezug über geleistetes • Arbeiten unter Schmerzen, um Arbeit nicht zu verlieren • Leben ohne Arbeit früher nicht vorstellbar 	<ul style="list-style-type: none"> • psychische Probleme in/aus Kindheit • In 80ern beginnende Alkoholabhängigkeit – belastet Psyche • Stressige Arbeit befeuert Alkoholkonsum und belastet Psyche • Erste Therapie und Abstinenz • Beginn Rücken- und Kniebeschwerden – führt es auf Hüfte zurück – Annahme der Vererbung • Schonhaltung beschleunigt Beschwerden – Einnahme von Schmerzmitteln und Rückkehr zum Alkohol – in Kombination – immer stärkere Medikation • 1. Hüft-OP mit Reha – verschoben 2. Hüft-OP wegen Umschulung • Herzinfarkt in Umschulung – starke psychische Probleme – Reha • Schmerztherapie und Psychiatrie mit ambulanter Nachbehandlung • 2. Hüft-OP mit Reha 	<ul style="list-style-type: none"> • 1996 lässt sich erste Frau von ihm scheiden – gemeinsame Kinder • Suche nach Distanz – Umzug und Rückkehr, um Kontakt zu Kindern nicht zu verlieren • Heiratet 2. Frau – baut mit ihr sein 2. Haus • Große Probleme im gemeinsamen Alltag • Frau trennt sich von ihm in Umschulung (vorübergehend) • Aktuell guter Kontakt zu seinen Kindern • Kein soziales Netzwerk außerhalb der Familie – mit erster Frau großer Freundeskreis – 2. Frau mag das nicht • Soziale Einbindung in Arbeit und auch im BFW • Ist sozialer Mensch und fühlt sich gut integriert • ALO somit auch Entzug soz. Integration 	<ul style="list-style-type: none"> • Tragische Biographie mit vielen Schicksalsschlägen • Zu frühe Zuweisung zur Umschulung – noch mitten im Krankheitsverlauf • Bevorzugt Umschulung statt 2. OP an Hüfte machen zu lassen durch Relevanz Erwerbsarbeit • Falsche Beratung und falscher Fokus befeuern VK • Zur Zeit des Interviews erst in Bearbeitung der Krankheits-VK – erst jetzt wäre Umschulung sinnvoll • Hatte jetzt aber zu hohes Alter – daher damals darauf drängen • Berufliche Zielorientierung in diesem Fall kontraproduktiv • Verdrängen von Problemlagen • Falsche Wahl dramatisiert Krankheitsverlauf – dadurch jetzt nicht mehr arbeitsfähig – EM-Rentenantrag
	<ul style="list-style-type: none"> • Landwirt aus Tradition – Abitur, Berufsausbildung, Studium (FH) • Verwirklichung landwirtschaftliche Selbstständigkeit zusammen mit Gattin • 15 Jahre Selbstständigkeit – Lebensmittelpunkt Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufkommende Beschwerden in Selbstständigkeit werden ignoriert – Krankheit darf nicht sein • Erste akute Beschwerden nach Selbstständigkeit – erstmals ärztliche Behandlung und Diagnose – Rheuma, Arthrose, 	<ul style="list-style-type: none"> • Glückliche Ehe geschieden • Leben in Trennung – Aufteilung der Kinderbetreuung • Starker Fokus auf Förderung der Entwicklung der Kinder • Finanzielle Unterstützung in Familie 	<ul style="list-style-type: none"> • Obsolet werden Identitätskonzept durch Scheidung und Insolvenz • Neukonstruktion über Fokus Familie und Gesundheit – kein wirklicher Ersatz • Identitätsbezug bleibt an Vergangenen • Hohe Zielorientierung

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
Frau Krause	<ul style="list-style-type: none"> • Insolvenz durch Scheidung – Verlust berufliche Identität • Seit her ALO – aber immer Minijobs – nie richtig arbeitslos • Umschulung, um über neuen Facharbeiter in angestellte Arbeit zu kommen • Schlechte Arbeitsmarktlage und zu niedrige Entlohnung – bleibt strategisch in ALO – nebenher Minijob • Gute Zukunftsprognose, da zwei ernsthafte Angebote aus soz. Netzwerk • Hohe Relevanz Erwerbsarbeit – Arbeit muss sich aber lohnen • Identifikation mit Umschulungsberuf • Studium in Weißrussland – wird nach Umzug in Deutschland nicht anerkannt – Status ungelernete Person • Anstellung als ungelernete Bürokauffrau – beruflicher Aufstieg in Firma • Wechsel Arbeitsplatz nach Umzug – Unzufriedenheit mit Gehalt • Bei Kündigung Umsetzung schon lange bestehender Wunsch nach formaler Qualifikation mit Umschulung – Verbesserung der Arbeitsmarktchancen • Nach Umschulung Suche nach gut bezahlter Arbeit mit hoher Position • Häufiger Wechsel Firma, bis endlich passende Position gefunden • Hohes Selbstbewusstsein durch viel Berufserfahrung • Sehr hoher Stellenwert von Arbeit – Selbstdefinition über berufliche Position, Gehalt und Firma 	<ul style="list-style-type: none"> • irreparable Bandscheibe • Entscheidung zu krankheitsadäquater Arbeit – Einsicht der verminderten Leistungsfähigkeit • Stetige Verbesserung Gesundheitszustand seit Umschulung • Teilweise gesundheitliche Einschränkungen im Alltag • Übernahme von Strategien der Gesundheitsprophylaxe • Körperliche Aktivitäten zur Stabilisierung der Muskulatur • Anpassung Ernährung an Krankheit • Keine chronische Krankheit vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Innerfamiliärer Zuspruch zur Umschulung • Gutes soz. Netzwerk – bringt ihm für Zukunft potentielle Arbeitsplätze • Multikulturelle Herkunft – Mutter Griechin, Vater Araber – Aufwachsen in verschiedenen Ländern • Kennenlernen ihres Mannes in Weißrussland • Hochzeit, Kinder, Umzug nach Deutschland (wiedervillig) • Zurückstecken eigener Ziele zugunsten der Familie • Bekommt Unterstützung vom Mann bei eigenen Zielen und auch gegen Stigma • Schwiegereltern akzeptieren sie in ersten sechs Jahre nicht – Präsenz Stigma • Gefühls Stigma als Ausländerin in Deutschland – vor allem im Osten • Muss beweisen, dass sie besser ist als deutsche Frauen, um Stigma zu entkräften • Aufgewachsen mit wechselnden Stiefvätern und in unszialem Herkunftsmilieu • In Jugend Distanzierung von Familie und Herkunftsmilieu – Emanzipation 	<ul style="list-style-type: none"> • Strategische Arbeitsplatzsuche – Arbeit muss sich lohnen • Starker Fokus finanzielle Sicherheit • Enttäuschung über Ausbildung im BFW – zu wenig Praxisbezug, negative Teilnehmerzusammensetzung – verhindert adäquate Fachausbildung – dadurch chancenlos, bei Suche nach gut bezahltem Arbeitsplatz – Degradation des Abschlusses im BFW • Schlechte Arbeitsmarktlage in Region und Umschulungsberuf • Will in Region bleiben – unflexibel – hohe Relevanz heimatnaher Arbeitsplatz • Zuerst Weigerung nach Deutschland zu kommen – negative Abgleichsfolie – dann aber doch der Liebe wegen • Schwere Start in Deutschland – Stigma Ausländer – gefühlt und auch real begünstigt, sogar bei Schwiegereltern • Entwickelt Ehrgeiz, um Stigma entgegenzuwirken – muss sich beweisen • Sehr hohe Zielorientierung und strategisches Vorgehen • Fixierung auf formale Qualifikation • Explizites Wissen über Kultur (Schütz) – Entwicklung von Strategien • Zurückstecken eigener Ziele für Familie – Anpassung der Ziele an Möglichkeiten • pragmatische Zielsetzungen in biogr. Planung statt folgen von Idealen • Wissen um gesundheitsgefährdenden Stress – dennoch berufliche Entwicklung wichtiger positives Gesundheitsverhalten • Zielstrebigkeit in Umschulung – geht danach wieder verloren • HS der Veränderung der Lebenssituation – initiiert in Partnerschaft – assoziiert
Herr Schmidt	<ul style="list-style-type: none"> • Realschule – Berufsausbildung zum Telekommunikationselektroniker (keine Angabe über Motivation zur Berufswahl) • Einige Jahre Beschäftigungsverhältnis 	<ul style="list-style-type: none"> • Unfall mit 15/16 Jahren – Verletzung am Kopf führt zur Vernerbung des Gehirns – ein Jahr darauf Diagnose Epilepsie – über viele Jahre nur Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgewachsen mit wechselnden Stiefvätern und in unszialem Herkunftsmilieu • In Jugend Distanzierung von Familie und Herkunftsmilieu – Emanzipation 	<ul style="list-style-type: none"> • Zielstrebigkeit in Umschulung – geht danach wieder verloren • HS der Veränderung der Lebenssituation – initiiert in Partnerschaft – assoziiert

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
	<ul style="list-style-type: none"> • bei Leiharbeitsfirmen – schlechte Erfahrungen, immer nur befristete und wechselnde Tätigkeiten – wird von einem Arbeitgeber in ein unbefristetes Anstellungsverhältnis übernommen • Schwere Vereinbarkeit von Krankheit und Arbeit – kann nicht alle Aufgabenbereiche erfüllen – Eingeschränkte Einsetzbarkeit führt zu Kündigung von Arbeitgeberseite – ALO • Entschluss zur Umschulung in Kooperation mit Arbeitsamt – selbstbestimmte Berufswahl • Beim dritten Anlauf erfolgreicher Abschluss der Umschulung – Gedächtnisprobleme • ALO seit Umschulung • Erst seit der Umschulung hoher Stellenwert von Arbeit – wichtig für HS – vorher Beruf und Arbeit nur sekundär 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompensation seiner Benachteiligung mit Drogen – gefühites Stigma und Demonstration Normalität – Verdrängung und Akzeptanz in sozialer Welt • Anfälle immer regelmäßiger – Entschluss zur OP – Hoffnung auf Verbesserung der Lebensqualität • Durch OP Gedächtnisverluste stärker + unvorbereiteter Verlust Emotionalität • Bemerken der fehlenden Emotionalität über Abgleich – Imitation von Emotionen • Sehr langsame Restrukturierung im Hirn • Rückkehr Emotionen ist überwältigende Wahrnehmung – Hoffnung auf Gesundung und Normalität • neue Anfälle bringen Rückschlag und Enttäuschung • Assoziation des Zusammenhangs Rückkehr Anfälle mit Drogenkonsum – Abstinenz Drogen und stärkere Wahrnehmung Reaktionen des Körpers 	<ul style="list-style-type: none"> • über soziale Welt • In Jugend bis zur Umschulung primäre Zugehörigkeit in sozialer Welt – wohlfühlen durch ausbleibendes krankheitsbedingtes Stigma – Akzeptanz • Karriere in sozialer Welt – wird zum aktiven Gestalter – Präsenz in Arenen und kollektive Aktivitäten • Durch fehlende Emotionalität nur Zugehörigkeit und keine tiefgreifenden Freundschaften • Seit letzter Partnerin und rückkehrende Emotionen veränderte Einstellung – Relevanzsetzung emotionale Freundschaft, Kontakt zur Mutter und periphere soziale Welt Zugehörigkeit – Teile des HS • Wunsch nach der Etablierung einer eigenen Familie – Abgleichsfolie alte Schulfreunde mit Normalbiografie – Wunsch nach Emotionalität 	<ul style="list-style-type: none"> • mit Renormalisierung des Lebens – Wunsch nach Normalität und gleichzeitigem Beibehalten Alternativität • An HS gebunden: Rückkehr Emotionen, Reaktivierung Kontakt mit Mutter, Freundschaften statt Zugehörigkeit, unabhängige Lebensführung über Arbeit, Herabsetzung oder Abstinenz Drogen, Befreiung aus Stigma, Besiegen der Krankheit • Im HS Ideale und pragmatische Pläne hin zum Ziel in kleinen Schritten • Vor HS Verdrängung der Krankheit, ausschweifender Drogenkonsum, Verstecken in anonymen sozialer Welt • Nachträgliche Verklärung seines Gesundheitszustandes – Umformulierung der Beeinträchtigung in evolutionären Vorteil – digitales rationales Handeln als Zukunftsperspektive – Emotionen stoppen Fortschritt
Herr Klomm	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung zum Elektromonteur – folgt in Berufswahl seinem Vater • 10 Jahre auf Montage – Erwerb Meister • Durch Familiengründung Arbeit in Heimat als Betriebselektriker – 10 Jahre • Entlassung durch Rationalisierungsmaßnahmen – kurzzeitige Anstellung in anderem Betrieb • ALO – Fortbildung zum Gebäudesystemelektroniker – 1 Jahr befristete Arbeit • 8 Jahre im Niedriglohnssektor in Fertigungsbranche mit wechselnden Eigentümern – Veränderung des Lebens bei letztem Eigentümer – erleben von Zwängen der Marktwirtschaft, Verlust Kollektivität in Arbeit, Sinnentzug Arbeit • ALO und Umschulung zum Hausmeister 	<ul style="list-style-type: none"> • Beginn Depression Fertigungsbranche • Diagnose Depression in ALO danach – Grund ist aufkommende Perspektivlosigkeit und entstehende Geldprobleme • Nach Diagnose med. Reha (6 Wochen geschlossen und 10 Wochen ambulant) • In Reha wieder erleben von sozialer Einbindung, kollektiver Aktivitäten – Rückkehr zum Sport – geschützter Raum, in dem er sich wohl fühlt • Medikamentöse Behandlung bis zum Umschulung – langsames Absetzen • Ab Vorbereitungskurs wiedererlangen Funktionalität – sieht Krankheit damit als überwunden an – Rückkehr Zielorientierung und biogr. Strukturierung • Wissen darum, dass Stress wieder 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Relevanz familiärer Traditionen – regionale Verankerung und Berufswahl – Vater als Identifikationsvorbild • Vater gestorben, als Herr K. 30 war – hohe Belastung • Mutter hat danach wieder Hochzeit und Umzug (ca. 200km) – bekommt finanzielle Unterstützung in ALO von Mutter • Mutter Vorbild in Zielorientierung im Berufsleben • mit 24 Kennenlernen seiner Frau – mit 27 erstes Kind – Grund für Veränderung im Beruf – zweites Kind 1991 • In Zeit der Depression hat ihn seine Frau verlassen – aktuell noch „guter“ Kontakt – sie versucht ihn zu meiden – Kontakt nur für Formalien 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Zufriedenheit mit Umschulung – mit Organisation, sozialer Einbindung etc. – hätte sich nur direkte Unterstützung bei der Suche nach Arbeit gewünscht – braucht direkte Förderung • Stetige Suche nach geschütztem Raum – DDR und Ostdeutschland als geschützter Raum bis Negativverfahren in Fertigungsbranche – med. und berufl. Reha wieder geschützter Raum – auch Vorbereitungslehrgang und RVL • Abruptes Verlassen des geschützten Raums nach Umschulung bei der Suche nach Arbeit problematisch • Hoffen auf geschützten Raum bei Arbeit als Gärtner – Diskrepanz zwischen Vorstellung und Realität • Fehlender geschützter Raum auf dem

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbestimmte Wahl Beruf – achtet auf Vereinbarkeit Beruf und Krankheit • IHK-Abschluss nicht nötig, da bereits höher qualifiziert – versteht Sinn der Umschulung nicht • ALO – einjährige befristete Anstellung als Gärtner – ALO • Engagement im Sportverein – Sinn in Zeit der ALO – Alternative zur Arbeit • Sozialisierter hoher Stellenwert von Beruf und Arbeit • Missfallen an einseitiger Arbeit • Struktur im Alltag über Arbeit • Suche nach Kollektivität über Arbeit • Suche nach Anerkennung über Arbeit • Veränderung der Einstellung zur Arbeit: von hohe Relevanz zu Vereinbarkeit mit Krankheit 	<p>Depression bringen kann – striktes befolgen der Vorgaben von Ärzten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rückkehr in Arbeit als Teil der Krankheitsbewältigung – Herstellung und Demonstration von Normalität • Arbeit bietet über Stress aber Potential der Rückkehr Depression • Sport als Ausgleich zu Stress • Nach Umschulung einziges Krankheitszeichen in Schlatstörungen • Nimmt regelmäßig ärztliche Hilfe in Anspruch – Vertrauen in Urteil der Professionellen • Akzeptanz der Depression als Teil seines vergangenen Lebens 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine neue Partnerin gefunden • Sohn folgt ihm beruflich zunächst – durch schlechte Arbeitsmarktlage Studium – neuer Plan Biobauer – Anlehnung an familiäre Tradition (Gartenarbeit) • Geplante Selbstständigkeit des Sohnes bringt potentiell für Zukunft sinnhafte Aufgabe für Herrn Klomm • Ist stolz auf Selbstständigkeit Kinder – bezieht Selbstwert aus Gebrauchtwerten von Kindern • In ALO und nach Scheidung Rückkehr soziales Netzwerk aus Sport in Jugend • In soz. Netzwerk aber eher passiv • Identifikationsvorbild Tante in ALO – neue Handlungsmuster – Suche nach Aufgabe 	<p>Arbeitsmarkt gibt Anstoß, dass er sich in ALO einrichtet – keine Hoffnung auf der Krankheit angepassten Arbeitsplatz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoffnung auf geschützten Raum in Ehrenamt – bringt Struktur und Anerkennung ohne Stress • Zielorientierung nur hin zur und in Umschulung – kann nicht auf Zeit danach transformiert werden, durch Verlassen des geschützten Raums • Sehr starke Fixierung auf Familie und familiäre Tradition – dadurch auch nicht flexibel – begrenzt bei Suche nach Arbeit auf Region durch Verwurzelung • Veränderte Identitätskonstruktionen nur durch äußere Einflüsse – durch Verluste – starkes Bedürfnis nach Sicherheit und Stabilität
Herr Hoffmann	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsausbildung zum Bauschlossler – folgt seinem Vater • Durch Wendeinfluss Berufswechsel – Anstellung im Trockenbau • 1993-2007 Selbstständigkeit als Fenstermonteur • Insolvenz durch schlechte Marktlage und beginnende Depression (Wechsel Fokus von Arbeit auf Familie) • Arbeitssuchend – von BA Vorschlag zur Umschulung – selbstbestimmte Umschulungsberufswahl • Überbrückungszeit in Anstellung im Trockenbau • Nach Umschulung kurzzeitige Arbeitslosigkeit – Arbeit im Call-Center als Überbrückung im Niedriglohnsektor – angestrebter Wechsel in Umschulungsberuf – rege Bewerbungsaktivitäten • Arbeit zur Strukturierung des Alltags – 	<ul style="list-style-type: none"> • Erste Rückenbeschwerden mit 24 – schleichende Chronifizierung – zusätzlich Arthrose – Glaube an Vererbung • Verdrängung der Krankheit – Krankheit soll nicht lebensbestimmend werden • Strategie gegen Beschwerden Medikamente – nur selten Physiotherapie • Hinauszögern eine potentiell nötigen OP – Angst vor Einschränkungen in Lebensqualität nach OP • Distanzierte Haltung zur „mittelschweren depressiven Episode“ • Ursprung Depression in erster Trennung • Ausbruch Depression in 2. Partnerschaft (die als Bearbeitung gedacht ist), Insolvenz und Verlust sozialer Kontakt zu Freunden und Familie • 2monatige teilstationäre Behandlung – keine Bearbeitung der Depression, nur Bereitstellung von Strategien – Bearbei- 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierung der Biografie über Partnerschaften – 2x Hochzeit und Trennung – je ein Kind – aktuell dritte Partnerin • Erste Partnerin trennt sich von ihm – Grund Zentrierung Arbeit • Zur Bearbeitung aufkommende Depression Fokus von Arbeit auf Partnerschaft – erneute Trennung • Ausbruch Depression – wirkliche Bearbeitung erst mit dritter Partnerin – Aufrechterhaltung Fokus Familie • In 2. Partnerschaft Verlust soziales Netzwerk in Freunden und Familie • Verliert als Person durch Insolvenz in dieser Zeit auch an Bedeutung • Rückkehr soziale Kontakte Familie und Freunde erst, als er auf dem Weg der Besserung aus der Depression heraus ist – seit her stabiles soziales Netzwerk und soziale Einbindung 	<ul style="list-style-type: none"> • Starker Fokus auf Beruf – klare Planung • Salutogenese bei Depression – auch wenn in Wirksamkeit anzuzweifeln • Umschulung als geschützter Raum – „von der Insel geschmissen, auf die er sich gerettet hat“ • Veränderungen im Leben immer durch äußere Einflüsse eingeleitet – Identitätskonstruktion besteht in Anpassung • Wechsel Zentrierung von Arbeit zu Familie durch erste Trennung – dann beibehalten Familie • Suche nach Wiederherstellung der Situation vor der ersten Trennung – glückliches Familienleben, Stabilität und Zufriedenheit im Beruf, ausreichend Finanzen für Freizeitaktivitäten • Verdrängung der Krankheit – der psychischen und somatischen Beschwerden • Trotz gutem sozialen Netz und deren

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
	<ul style="list-style-type: none"> wichtig für Finanzen Starke Berufsorientierung – Beruf für Status – Positionierung in Gesellschaft Negative Abgleichsfolie ALO Biogr. Stabilität über Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> tung erst später in Eigenregie Glaube, dass Depression überwunden – aber immer wieder depressive Phasen Entwickelt Strategien im Umgang mit aufkommender Depression Kein offener Umgang mit depressiven Phasen in Arbeitswelt Distanz zu Ex-Partnerin als Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> Streben des Anknüpfens an ein glückliches Familienleben in 1. Partnerschaft Familie entscheidend für Berufswahl – begrenzter Erfahrungsraum Vater Vorbild für Ausbildungsberuf – Mutter, Schwester, Schwager und Tochter Vorbild für Umschulungsberuf Familie auch als Insider und soz. Netzwerk bei Suche nach Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> Nutzung für RTW keine Arbeit im Umschulungsberuf gefunden Versprechen der Träger und des BFW stimmen nicht mit Realität überein – schlechte Arbeitsmarktlage – inflationäre Ausbildung in Berufen Gute Anpassungsfähigkeit – selbst im Call-Center - Aufstieg
Frau Soletzki	<ul style="list-style-type: none"> Ausbildung im Wunschberuf – familiäre Tradition der/des Kaufrau/manns – Teil des Identitätskonzepts – hohe Identifikation und Selbstdefinition 22 Jahre Arbeit im Einzelhandel in unterschiedlichen Branchen – immer mit innerbetrieblichen Aufstieg Gezielte und selbstbestimmte Berufswahl – interesselieft, strategisch Direkter Übergang von Umschulung in Arbeit – zunächst heimattlern – durch Initiativbewerbung Stetige Suche nach Verbesserung der Arbeitsbedingungen – heimatnäher – auch innerbetrieblicher Aufstieg Sehr hoher Stellenwert von Arbeit – Leben ohne Arbeit nicht denkbar ALO als Stigma, Angst vor Verlust Arbeit Arbeit zur Strukturierung des Alltags und für Aktivität – tägliche Herausforderung Arbeit um gebraucht zu werden – Bestätigung, Anerkennung, Status Arbeiten trotz Beschwerden – bis zur Erschöpfung Hohe Relevanz Beruf – Identifikation und Interesse nötig für Zufriedenheit 	<ul style="list-style-type: none"> Bandscheibenschaden seit der Jugend, Überlastung in Kindheit und Jugend Wenig später zusätzlich Rheuma – geht von Vererbung aus (Mutter, Oma) Chronifizierung durch Verdrängung Beschwerden – Arbeit wichtiger Einnahme von starken und verschiedenen Medikamenten, um zu funktionieren Med. Reha bringen nicht immer Verbesserungen, teilweise Verschlechterung Mehrfache Schmerztherapie und starke Beschwerden Akzeptanz der Krankheit – Akzeptanz starker Schmerzen wichtig für Lebenswillen – aber keine Akzeptanz eingeschränkte Leistungsfähigkeit Sport als Krankheitsbewältigung - spezieller Rehasport für Beweglichkeit Vereinbarkeit von Arbeit und Krankheit über Bewegung und (selbstinitiierte) Anpassung Arbeitsplatz Noch immer sehr starkes Rheuma – Medikamente zur Linderung – ermöglichen erst Stabilität im Leben Computerspiele als Stressausgleich Mehrfach im Leben psychischer Zusammenbruch – Beschwerden+Stress+ familiäre Verantwortung überfordern sie 	<ul style="list-style-type: none"> Sehr hoher Stellenwert von Familie Sehr große Heimatverbundenheit – an Familie gebunden Familiäre Verantwortung sehr wichtig Einbindung und Unterstützung in Familie als Motivator – gibt Lebenssinn Sieht sich selbst als Mittelpunkt der (primär und sekundär) Familie Hoher Stellenwert von Arbeit als innerfamiliärer Kanon – wird weitergegeben Ehemann ist Fernfahrer – ihr obliegt allein die Haushaltsorganisation – führt zu Stress Pflegt Familienmitglieder – hat selbst noch behindertes Kind – hohe Belastung Immer gut sozial integriert (an allen Arbeitsplätzen, in Umschulung) – soziale Integration wichtig für Wohlfühlen – aber immer distanzierte Teilhabe „Harmoniesucht“ wird in Familie und am Arbeitsplatz durch soziale Einbindung befriedigt – zur Erhaltung Harmonie aber zusätzlicher Aufwand – Stress Kein soziales Netzwerk außerhalb der Familie 	<ul style="list-style-type: none"> Sehr hohe Anpassungsfähigkeit an Rahmenbedingungen (der Arbeit) starke Orientierung an „Normalbiografie“ Hohe Selbstwirksamkeitserwartung – gleichzeitig stetige Betonung des „Glücks“ als wichtigen Faktor des Gelingens Dankbarkeit für Unterstützung im BFW – viel Förderung beim RTW Sehr zielgerichtet in Biografie, im Arbeitsleben und in Umschulung Ehrgeiz beruht auf Existenzängsten – Angst vor Unsicherheit und Zukunft Veränderungsimpuls in Umschulung – Beginn gesundheitsförderndes Verhalten und Rückkehr Ehrgeiz, Eigeninitiative und Zielorientierung Gefahr des Rückfalls durch zu viel Stress im Leben Setzt Psychopharmaka gegen ärztlichen Rat eigenmächtig ab, um wieder arbeiten zu können Hausärztin als wichtige Unterstützerin und Beraterin – bekommt ärztliche Förderung und auch persönlichen Zuspruch – gibt ihr Halt – Dankbarkeit gegenüber Hausärztin – ohne diese hätte sie sich vermutlich kaputt gearbeitet – Rat zur Umschulung hat Leben positiv verändert

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
Herr Eichberg	<ul style="list-style-type: none"> • erste Berufsausbildung (unbekannt) – Unterbrechung für Zivildienst (1990/91) – wird 1993 entlassen • Ausbildung zum Altenpfleger – Berufstätigkeit bis 2009 – Wunschberuf seit Zivildienst – Identitätsbezug • zuletzt in Zeitarbeitsfirma – Asthmaanfall • Berufsverbot – sozialer Abstieg • Berufsfindung selbstbestimmt • In Umschulung durch Tod Partnerin 1 Jahr Pause • Zunächst nach Umschulung Aussicht auf passende Anstellung – zerschlägt sich Erweiterung bei Bewerbungen • 1,5 Jahre nach Umschulung ALO – 150 Bew., viele Vorstellungsgespräche • fehlende Berufserfahrung, Pause und lange Krankenzzeit als Grund für ALO • durch lange ALO Verschlechterung Chancen für RTW – allmählich Angst vor dauerhafter ALO • Kontinuität und Stabilität über Arbeit • Arbeit für Finanzen • Stellenwert und Bedeutung der Arbeit hat sich etwas verändert – herabgesetzt im Kontrast zur Zeit im Wunschberuf – auch Kontrast in Arbeit vs. in ALO 	<ul style="list-style-type: none"> • 2009 Asthmaanfall als Altenpfleger und langer Krankenhausaufenthalt • Verlust des Berufs führt in Depression • Medizinische Reha wegen Asthma wird umgeformt in psychotherapeutische Reha – Wechsel der Reha, nachdem dort Depression erkannt wird • Zunächst glaubt er nicht an Diagnose Depression, da er Beschwerden nicht selbst erkennt – lässt sich überzeugen • Tod seiner Frau in Umschulung reaktiviert Depression – äußert sich zunächst über somatische Beschwerden – wird diagnostiziert, dass es nur psychische Ursachen sein können • Wiederaufnahme Psychotherapie – bleibt über 1,5 Jahre in Behandlung • In Psychotherapie Veränderung des Umgangs mit seiner Depression – beginnt sie zu verschleiern – kein offener Umgang aus Scham • Hat inzwischen psychische Krankheit als Teil des Selbst akzeptiert • Krankheitsbewältigung: Akzeptanz niedrigerer Leistungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerschaft Zentrum der Welt • Partnerschaft entscheidend für Motivation – kein Einrichten in ALO • Während Umschulung stirbt seine Partnerin – führt zurück in Depression • Restrukturierung des Lebens mit neuer Partnerin am Ende der Umschulung • Konzentration auf Partnerschaft – verringert seine Bewerbungsaktivitäten • Angst durch ALO seine Partnerin zu verlieren • Direkte Unterstützung bei Bewerbungen durch Partnerin – gemeinsame Stellensuche und Bewerbungsschreiben • Wohnt nicht zusammen mit Partnerin, sondern mit Ex-Schwiegermutter (in WG) – verbringt nur jedes zweite Wochenende mit Partnerin • Gegenseitige Unterstützung zwischen ihm und Ex-Schwiegermutter • Herkunftsfamilie ist für sein Leben nicht mehr wichtig – nicht thematisiert • Hat kein soziales Netzwerk – neben Partnerin und Ex-Schwiegermutter nur lose Bekannten • Zunächst gut in Gemeinschaft im BFW integriert – bei Rückkehr Mobbing 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachträgliche Kritik an Umschulung: zu Praxisfern – unzureichende Umschulung als Barriere beim RTW • Problem des Schonraums: keine Förderung der Selbstständigkeit im BFW • Diskrepanz zwischen Vorstellungen und Realität der regionalen Arbeitsmarktchancen – tiefe Enttäuschung • Besondere Enttäuschung, dass Altenpfleger + Kaufmann im Gesundheitswesen so wenig Resonanz findet • Keine Resignation – Aufrechterhalten der Zielorientierung von Umschulung bis zum Interview trotz Rückschlägen – Absagen von Zeitarbeitsfirmen • Entwickelt keine realistischen Vorstellungen seiner Chancen auf dem Arbeitsmarkt – von Anfang an zu hohe Ansprüche – erst nach und nach Öffnung und Herabsetzung – kommt ggf. zu spät • Pause als Stigma – verhindert aus seiner Perspektive RTW – trotz Nachholen ist erfolgreicher Abschluss kaum hilfreich, wenn Abbruch im Lebenslauf steht • Hohe Relevanz Beruf – Bestandteil der Identität, Selbstsicht, des Prestige und der Außenrepräsentation
Herr Kolbe	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung zum Werkzeugmechaniker – Berufstätigkeit – Arbeitsunzufriedenheit – Sinnfrage – Veränderungsimpuls • Ziel Studium nach Abitur – Abbruch • Neuorientierung mit Beratung durch BA (herabsetzen der Ansprüche) • Bedingte Selbstbestimmung bei Umschulungsberufswahl – hohe Relevanz Vereinbarkeit mit Krankheit • Erste Prüfung in Umschulung versäumt durch starke Krankheitsbeschwerden – 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose MS – führt in Depression – zerstört Pläne – Abbruch Studium • Infos über MS aus Medien • In Umschulung erlernen des offenen Umgangs mit MS • Kein Testen der Leistungsfähigkeit – Unsicherheit im Umgang mit der MS • Teilnahme an MS-Selbsthilfegruppe – Krankheitsbewältigung – Auseinandersetzung mit Krankheit – Weg aus Depression – Lebensplanung beginnt neu 	<ul style="list-style-type: none"> • Bis dato keine Partnerin und keine eigene Familie – aber Wunsch danach • Unterstützung von seiner Mutter • Verlust und Aufgabe von Freundschaften durch MS – Trennung von Freunden, die nicht sensibel auf seine Krankheit reagieren – Teil der Veränderung des Lebens als Krankheitsbewältigung • Ehrenamtliches Engagement in MS-Selbsthilfegruppe – hohe Identifikation mit Tätigkeit – sinnstiftend – höherer 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachträgliche Kritik: zu wenig Praxis in Umschulung – dadurch chancenlos • Umschulung als Schonraum – wäre auch beim RTW hilfreich – Schonraum auch gewollter Sonderstatus in Arbeit • Sehr hohe Relevanz der Vereinbarkeit Krankheit mit Erwerbsarbeit – nimmt stets Rücksicht auf Krankheit und fordert Rücksichtnahme ein – Kampf um Akzeptanz MS (individuelle, wie auch generell) • Ehrenamt und Sport übernehmen viele

Name	Berufliche Entwicklung	Krankheit	Soziale Einbindung	Besonderheiten
	<ul style="list-style-type: none"> erfolgreiches Nachholen Ernüchterung und Enttäuschung durch zahlreiche Absagen – Reaktivierung Depression – herabsetzen Ansprüche Öffnung zur Arbeit abseits vom Beruf – verschafft Arbeitsplatz Anstellung in öffentlichen Dienst Hoffnung auf innerbetrieblichen Aufstieg Arbeit: Struktur und Aktivität im Alltag Arbeit muss sinnstiftend sein (seit Veränderung des Lebens – vorher: Arbeit als Teil der Normalbiografie) Arbeit nicht Zentrum des Lebens ALO als Stigma, Abhängigkeit, Kontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> Nachvollziehbarkeit der Beschwerden nur unter Betroffenen möglich Sport als MS-Prophylaxe – über Sport Lerneffekt im Umgang mit Krankheit Braucht und will Sonderstatus mit MS Durch offenen Umgang mit Krankheit in Arbeitswelt fühlt er sich und Krankheit akzeptiert – Teil der Integration Offener Umgang mit MS, aber nicht mit Depression Angst vor Zukunft und möglichem Krankheitsverlauf in Zukunft ist Stabilität in Gesundheit das Wichtigste (erhält Lebensqualität) 	<p>Stellenwert als Erwerbsarbeit – sorgt für soziale Teilhabe und Austausch unter Betroffenen (Gleichgesinnten) – soziale Welt MS</p> <ul style="list-style-type: none"> Zu Beginn gibt ihm Teilhabe Halt und Hoffnung Hohes Engagement im Ehrenamt durch Teilhabe und sozialen Aufstieg – wird vom Mitglied zum Experten – soziale Welt Karriere – bezieht Anerkennung über Ehrenamt Sport als zweite soziale Welt der Teilhabe – Identifikation & Repräsentation 	<p>identitätsstiftende Momente, die sonst der Arbeit zugeschrieben werden</p> <ul style="list-style-type: none"> Stück für Stück Aufbau eines neuen Lebens nach Diagnose MS – Bearbeitung der VK – Anpassung an Krankheit Krankheitsverlaufskurve: Diagnose MS ist „herausgehobenes Ereignis“ – während Depression erst „labiles Gleichgewicht“ und dann „Trudein“ – Abbruch Studium durch „Orientierungszusammenbruch“ – danach Beginn der Bearbeitung durch Veränderung des Lebens Nur individuelle Strategien in Krankheitsbewältigung – keine Adaption
Frau Kunze-Drost	<ul style="list-style-type: none"> Berufsausbildung technische Zeichnerin Studium zur Bauingenieurin abgebrochen (Grund Familienplanung + Pflege) 7 Jahre Hausfrau und Mutter 3 Jahre Lageristin – nach 2 Jahre Burnout – zurück in Firma – häufige Krankenschreibungen – Kündigung Kampf um Umschulung – selbstbestimmte Berufswahl In ALO bei warten auf Umschulung parallel Bewerbungen (Angst vor H4) Unterbrechung Umschulung für Pflege 2. Partner – Überforderung Übernahme im Praktikumsbetrieb & -beruf für ca. 1 Jahr (Vollzeit / privat) Wechsel Arbeitgeber (Teilzeit / öffentlicher Dienst) – zurück in ursprünglich gelerntem Beruf – parallel 400€ Basis für vorherigen Arbeitgeber Wunsch nach innerbetrieblichen Wechsel – Umschulungsberuf + 30h/Woche Arbeit zur finanziellen Absicherung und Selbstverwirklichung (Arbeitsplatz wichtiger als Freude an Arbeit) 	<ul style="list-style-type: none"> Vor Burnout magersüchtig Burnout durch Überforderung in mehreren Lebenswelten parallel – Ursprung in Trennung vom Partner In Überforderung wird Hobby zu Stress Stigma in Arbeit vor Umschulung verhindert offenen Umgang mit Depression Seit 2 Jahren keine Medikamente gegen Depressionen mehr nötig Keine Veröffentlichung Depressionen aber somatische Beschwerden Bandscheibenvorfall, Hüftprobleme ect. – durch zu viel Belastung in der Vergangenheit (Raubbau am Körper) fortlaufende Chronifizierung – keine Reha – seit 5 Jahren Schmerzmittel Alltagsorganisation verhindert Auseinandersetzung mit Krankheit plant OP – allmähliche Einsicht der Notwendigkeit Aktuell wieder allmähliche Überforderung – zu viel Stress einsetzender Lerneffekt: Akzeptanz Hilfe 	<ul style="list-style-type: none"> Im Alter von 13 Jahren Scheidung der Eltern – seit dem Familienoberhaupt Aufbau Familie (2 Kinder) und großer Bauernhof mit viel Tieren Scheidung von erstem Partner – starker Fokus auf Erwerbsarbeit – kann aber parallel Familie nicht vernachlässigen Anschließend Partner nur für kurze Zeit – bekommt Krebs und Pflege Hoher Arbeitsaufwand in Familie und Haushalt – Übernahme Verantwortung – Zentrum der (Groß-)Familie Pflege von Familienangehörigen Familie(-norganisation) und Verpflegung der Tiere als Stressfaktor – gleichzeitig als Ausgleich zum Stress Dritter Partner federt Alleinverantwortung etwas ab – Partnerschaft stabilisiert Psyche Verschweigen der psychischen Beschwerden in Familie In Umschulung Vorbildfunktion gegenüber Kindern in Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> Wendepunkt im Leben ist Scheidung – Individualisierung Alltagsorg. und Verantwortung – Burnout – zudem Reaktivierung der Erfahrungen aus eigener Kindheit – schürt Existenzängste Existenzängste sind Ängste vor sozialem Abstieg – Stress und Mehrarbeit durch Existenzängste Sehr durchstrukturierter Alltag – ohne Struktur Aufwand nicht zu bewältigen Zu hohe Belastung durch Arbeit, Nebenjob (400€), Haushalt, Tierpflege und Familienorganisation – vor Umschulung teilweise 10h Tage – Zustand kehrt zurück – Gefahr Wiederholung Burnout und Rückfall in Depression – weiterhin Gefahr, der Cronifizierung ihrer somatischen Beschwerden durch ausbleiben des Entgegenwirken – kennt aber Leistungsgrenzen Wunsch nach mehr Beratung nach Umschulung Positiver Stress mit Tieren vs. Negativer Stress in Arbeit (mit Menschen)