

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 124, März 2019

Chronisch krank im Klein- und Mittelbetrieb

**Unterschiedliche Konstellationen, hoher
Unterstützungsbedarf – acht Fallberichte**

Wolfgang Hien und Gudrun Funk

© 2019 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Chronisch krank im Klein- und Mittelbetrieb“ von Wolfgang Hien und Gudrun Funk ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Zusammenfassung.....	4
1. Problemaufriss: Chronische Krankheit, normative Vorgaben und die besondere Realität im Kleinbetrieb	6
2. Komplexe und schwierig zu fassende chronisch-somatische Erkrankungen – drei Fälle bei Büro und IT-Beschäftigten.....	13
2.1 „Ich gewinne nichts, wenn ich liegen bleibe!“	14
2.2 „Ich versuche einfach, hier durchzuhalten!“.....	21
2.3 „Ich bin ein Mensch, der immer was tun muss“	25
3. Depressionserkrankungen in ungünstigen betrieblichen Konstellationen – drei Fälle aus kleinen und mittleren Betrieben	30
3.1 „Mein fachlicher Boden? Ich bin nicht wirklich ein ITler“	31
3.2 „In gewisser Weise ist immer eine Angst da“.....	34
3.3 „Nach all dem hab ich keinen Antrieb mehr“	39
4. Bandscheibenvorfälle in unterschiedlichen persönlichen und betrieblichen Kontexten – ein Fallvergleich	44
4.1 „Ob die mich überhaupt noch akzeptieren dann“.....	45
4.2 „Mich stört dann die Fliege an der Wand“	48
5. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerung: Die Notwendigkeit von Beratung und Unterstützung für chronisch Kranke.....	52
Literatur.....	61
Autor und Autorin	67

Zusammenfassung

Chronische Erkrankungen bringen Menschen in eine Lebenssituation, die tief in die Biographie eines Menschen eingreifen kann. Insbesondere die Teilhabe am Arbeitsleben kann schwerwiegend beeinträchtigt werden. In vielen Fällen sind körperliche und seelische Faktoren eng miteinander verwoben, was eine Weiterbeschäftigung für alle Beteiligten vor komplexe Herausforderungen stellt. In der großbetrieblichen Kultur haben sich zumeist Routinen einer betrieblichen Wiedereingliederung eingespielt, welche auch für Leistungsgewandelte eine weitere Arbeitsperspektive bieten. Dies ist in kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) oft nicht oder oft nicht ohne weiteres der Fall. Je nach Arbeitskultur und konkreter Betriebskultur eröffnen sich unterschiedliche, bei KMU aber auch beschränkte Optionen für eine Weiterbeschäftigung oder Umsetzung gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter; vielfach werden bestehende Alternativen nicht gesehen oder es wird nicht nach ihnen gesucht. Oder aber es werden Möglichkeiten verstellt und blockiert, Letzteres oftmals aufgrund von Nichtwissen oder erlebter Überforderung bei allen Beteiligten. Sichtbar aber sind auch Tendenzen marktförmiger Restrukturierungen, die wenig Raum für eine Arbeitsgestaltung für leistungsgewandelte Mitarbeiter/innen lassen.

Im Folgenden werden acht Fallberichte chronischer Erkrankungen in KMU in ihrem biographischen und betrieblichen Kontext vorgestellt. Der Fokus liegt auf überwiegend nicht arbeitsbedingten, sondern biographisch bedingten Erkrankungsgeschichten und deren persönliche Bewältigung durch den/die Betroffene/n selbst, sowie auf den erlebten betrieblichen Konstellationen, auf die chronische Erkrankungen treffen und sie ihrerseits modifizieren. Zur Sprache kommen somatische Erkrankungen wie Migräne, Neurodermitis und Dauerhusten, Depressionserkrankungen und Rückenerkrankungen.

Die Fallgeschichten zeigen, wie dringend erforderlich eine funktionierende, aufsuchende überbetriebliche Unterstützung von Betrieben und Betroffenen in kleinbetrieblich geprägten Arbeitskulturen ist. § 14 SGB VI und § 49 SGB IX machen ein großes Unterstützungspanorama auf, welches für Menschen mit drohender oder eingetretener chronischer Krankheit gilt, doch in der Praxis bislang wenig Beachtung findet. Die Möglichkeiten werden durch gesellschaftliche, organisationale und personenbezogene Barrieren ausgebremst. Es werden Wege zu deren Überwindung angesprochen und Fragen an die Institutionen aufgeworfen, so auch die Frage, ob neben dem Firmenservice und der Reha-Beratung der Deutschen Rentenversicherung nicht auch Berufsgenossenschaften oder Kommunen Ansprechstellen mit interdisziplinären

Teams und kostenträgerübergreifenden Trägern einrichten sollten, an denen sich alle Sozialversicherungsträger beteiligen.

1. Problemaufriss: Chronische Krankheit, normative Vorgaben und die besondere Realität im Kleinbetrieb

Eine einheitliche und verbindliche Definition von chronischer Krankheit gibt es nicht. Das Robert-Koch-Institut, das für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zuständig ist, bietet folgende Definition an: „Als chronische Krankheiten werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen“ (RKI 2014, S. 41). Das SGB IX gibt einige formale Anhaltspunkte, was die Dauer der Krankheit anbelangt: Eine Person, bei der zu erwarten ist, dass ihr Körper- und Gesundheitszustand länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht, ist von einer Behinderung im Sinne einer beeinträchtigten Teilhabe an der Gesellschaft betroffen. Wenn alle Anzeichen dafür sprechen, dass eine Behinderung zu erwarten ist, gilt dieser Zustand als „von Behinderung bedroht“. Chronische Erkrankungen haben die Tendenz, den Zustand einer Behinderung zu erreichen, wobei nicht allein die medizinische Diagnose, sondern ganz wesentlich die persönlichen, betrieblichen und sonstigen sozialen Kontextfaktoren in die Beurteilung einzubeziehen sind.¹ SGB IX § 3 spricht explizit von chronischer Krankheit, die es durch präventive Maßnahmen zu verhindern gilt. Die Teilhabe am Arbeitsleben wird, was die zeitliche Dimension betrifft, ab einem Krankenstand von 42 Tagen in den letzten zwölf Monaten als kritisch angesehen, d. h. hier setzt das betriebliche Eingliederungsmanagement nach SGB IX § 167/2 an. Doch die Arbeitsunfähigkeit kann nicht alleiniger Maßstab der Bewertung sein. Es gibt viele chronische Erkrankungen in einem langfristig lavierenden Stadium mit gelegentlichen starken Ausbrüchen. Solche Erkrankungen führen nur zu bestimmten Zeiten zur Arbeitsunfähigkeit. Als „klassische“ chronische Erkrankungen werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen angesehen. Als chronisch gelten auch Wirbelsäu-

1 Hier ist auf die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) hinzuweisen, welche für arbeits- und sozialmedizinische Begutachtungen herangezogen wird. Im ICF werden individuelle Funktionsbeeinträchtigungen (körperlich geistig, seelisch) mit den Kontextfaktoren (Familie, Umwelt, Arbeitswelt, etc.) dergestalt in Beziehung gesetzt, das daraus Teilhabebeeinträchtigungen und -möglichkeiten abgeleitet werden können; die individuelle Funktionsbeeinträchtigungen begründen den Anspruch auf Prävention und Rehabilitation einerseits und die Anpassung von Umgebungsbedingungen andererseits (Beseitigung von Barrieren, Hindernissen und ungünstigen Bedingungen).

lenerkrankungen, Neurodermitis, Allergien, Migräne und chronische psychische Störungen wie z. B. rezidivierende Depressionen. Mehr als ein Drittel der Bevölkerung leidet an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, bei den über 50-jährigen steigt dieser Anteil auf über 50 Prozent (BMAS 2018).

Chronische Krankheiten greifen tief in die Biographie eines Menschen ein. „Wenn eine schwere chronische Krankheit in das Leben eines Menschen einbricht, dann wird die Person der Gegenwart zwangsläufig von der Person der Vergangenheit getrennt, und alle Bilder, die er von sich für die Zukunft hatte, werden beeinträchtigt oder sogar zerstört“ (Corbin/Strauss 2010, S. 63). Dies betrifft in der Erwerbsgesellschaft vor allen Dingen die Arbeitsbiographie. Chronische Krankheit durchkreuzt den Lebensentwurf hinsichtlich Beruf und beruflicher Entwicklung, Einkommen, Lebensstandard, und damit zusammenhängend: Partnerschaft und Familienplanung. Im Allgemeinen werden in den von ökonomischen Orientierungen beherrschten Vorstellungswelten Körper und Geist als mechanistische Entitäten gesehen, die im Sinne von Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu funktionieren haben. Wenn der Körper nicht mehr so funktioniert wie er soll, geraten Menschen in einen krisenhaften Zustand. Die Betroffenen müssen sich mit dem schwierigen, fremden oder rätselhaften Körper neu arrangieren. Der Kranke muss herausfinden, welche Aspekte seiner Person geblieben sind und mitgenommen werden können, und welche Aspekte vorübergehend oder für immer verloren sind. Der Kranke ist gefordert, sein Selbstkonzept zu überdenken, zu überarbeiten und ggf. neu zu gestalten. Hierbei sind die persönlichen, sozialen und betrieblichen Kontexte von einer kaum zu überschätzenden Bedeutung. Das Gesagte gilt umso mehr für psychische Erkrankungen. Hier ist die geistige und seelische Leistungsfähigkeit unmittelbar betroffen. Auch wenn das herrschende Medizinsystem sich nach wie vor schwertut, die Interdependenz von Soma und Psyche zu verstehen – meist wird auf körperliche Schäden fokussiert –, wird diese intuitiv sowohl von den Betroffenen als auch von den Therapeuten/-innen erahnt. „Psychische Dispositionen und körperliche Anlässe können sich miteinander verflechten, da es keine leibliche Bewegung gibt, die gegenüber psychischen Intentionen gegenüber zufällig ist, und keinen psychischen Akt, der nicht in physiologischer Anlage wenigstens seinen Keim oder seine allgemeine Vorzeichnung hätte“ (Merleau-Ponty 1945/1966, S. 113). Diese innere Verflechtung ist Teil des Lebensverlaufs, d. h. sie ist biographisch konstituiert. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, für das Verstehen chronischer Erkrankungen und für eine verbesserte Umgangsweise mit diesen in Arbeitswelt und Gesellschaft auch einen biographischen und kontextbezogenen lebensweltlichen Zugang zu wählen (Schaeffer/Haslbeck

2016; Herzberg 2018). Es ist in unserem Themenzusammenhang hilfreich, auf das Konzept der „sozialen Welten“ oder „Arenen“ (Strauss 1984) zurückzugreifen. Viele Krankheitsdispositionen und -manifestationen entstehen in der Arena der Familie. Schon dort wird über Krankheit, Gesundheit und die jeweiligen Bedingungen und Kontextfaktoren verhandelt, gestritten und gekämpft. Im weiteren Lebensverlauf wird die Krankheit und werden die Auseinandersetzungen darum „mitgenommen“ – in die Arena der Schule und schließlich in die Arena des Betriebs. Der betrieblichen Arena müssen Bedingungen einer halbwegs lebbareren „Passung“ zwischen persönlichen und betrieblichen Strukturen, Prozessen und Orientierungen abgerungen werden. Epidemiologische Schätzungen laufen darauf hinaus, dass etwa ein Drittel aller chronischen Erkrankungen arbeitsbedingt sind (Bödeker et al. 2002, 2006). Das bedeutet – sehr holzschnittartig gedacht – im Umkehrschluss: Zwei Drittel sind allgemein lebensweltlich bedingt. Gleichwohl sind komplexe, z. T. kompensierende, z. T. dekompensierende Wechselwirkungen zu bedenken. Es gibt viele Akuterkrankungen, die keine Tendenz zur Chronifizierung aufweisen; zugleich gibt es Befindlichkeitsstörungen, die zunächst nicht zur Arbeitsunfähigkeit, aber langfristig zu einer chronischen Krankheit führen. In beiden Fällen können betriebliche Bedingungen Weichen zum Guten oder zum Schlechten stellen.

Die normativen Vorgaben hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen, bei chronischer Krankheit am Arbeitsleben teilzuhaben, sind im Sozialgesetzbuch SGB VI und SGB IX geregelt, wobei hier insbesondere die Deutsche Rentenversicherung (DRV) in der Pflicht steht (Mehrhoff 2009a). Durch das Präventionsgesetz 2015 und das Bundesteilhabegesetz 2017 sind viele Bestimmungen im Sozialgesetzbuch präzisiert und ausgeweitet worden. SGB VI § 14 bietet allen, bei denen sich Anzeichen für eine drohende chronische Erkrankung zeigen, Präventionsmaßnahmen an, so z. B. psychosomatische Sprechstunden, Präventionswochen in ambulanten oder stationären Reha-Einrichtungen und therapeutische Begleitungen, die auch auf das Arbeitsleben und die jeweiligen konkreten Arbeitsbedingungen bezogen sind.² Es gilt das Prinzip: Prävention vor Reha. Nach § 14 SGB VI ist die DRV schon im Vorfeld einer chronischen Erkrankung – in Kooperation mit den anderen Sozialversicherungsträgern, Arbeitgebern/-innen, Betriebsärzten/-innen und anderen Berater/innen – angehalten, beim Auftreten „erster gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden“, gegenüber dem/der Versicherten möglichst frühzeitig präventiv tätig zu wer-

2 In manchen Regionen firmieren diese Präventionsangebote der DRV unter dem Namen „Betsi“: Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (z. B. in Bremen: www.rehazentrum-bremen.de/aktivgesund/betsi.html, letzter Aufruf 19.03.2019).

den. Ziel ist die Beschäftigungssicherung durch Verbesserung der Selbstkompetenz der Arbeitnehmer/innen. Diese Hilfestellung ist, das zeigen alle empirischen Einblicke (Hien 2018, 2019; Blasczyk 2018; Ohlbrecht et al. 2018; Karl 2018), in KMU bisher nicht angekommen.

Für den betrieblichen Umgang ist insbesondere § 167/2 SGB IX relevant. Im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) soll im Betrieb für genesende und ggf. gesundheitlich eingeschränkte Mitarbeiter/innen eine auf deren Möglichkeiten zugeschnittene Arbeit gefunden werden. Dabei ist das BEM eng mit der Gefährdungsbeurteilung nach ArbSchG §§ 4 und 5 zu verzahnen. Ausdrücklich heißt es im Gesetz, dass „spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen“, wozu chronisch Kranke unzweifelhaft gehören, zu berücksichtigen sind (ArbSchG, § 4, Satz 6). Dies bedeutet, dass der Arbeitsplatz für jene leidensgerecht zu gestalten ist. Darauf weist auch die gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ausdrücklich hin (BAR 2014, S. 28 und 38). Die im BEM enthaltenen Bestimmungen sind konkordant mit der medizinrechtlich gebotenen Schweigepflicht, gemäß dieser über die Weitergabe von Diagnosen und Befunden alleine der/die Patient/in zu entscheiden hat. Ohne Einwilligung darf der Arbeitgeber derartige Informationen nicht erhalten und sich auch nicht über Dritte beschaffen, unbenommen seines Rechtes, Anhaltspunkte für die Prognose der Arbeitsunfähigkeit zu erfahren. Diagnosen und Befunde darf gemäß Arbeitsmedizin-Vorsorge-Verordnung der Betriebsarzt, wenn er diese erhält, nicht ohne die informierte Erlaubnis des/der Betroffenen weitergeben. Alle Konzepte und Maßnahmen, die bei chronischer Krankheit hinsichtlich Stay at Work bzw. Return to Work (RTW) in Rede stehen, kreisen um die Frage, wie Arbeitsaufgaben und Arbeitsanforderungen einerseits und körperliche und psychomentele Fähigkeiten und Möglichkeiten der Person andererseits in eine „Passung“ gebracht werden können. Die hieraus erwachsende Problematik liegt auf der Hand: Wie kann dies geschehen, ohne dass der/die Erkrankte im Betrieb offen über seine Krankheit spricht und seine krankheitsbedingten Beeinträchtigungen offen thematisiert? Eine der historischen Hypothesen, mit der insbesondere die deutsche Arbeitsgeschichte belastet ist, besteht darin, dass chronisch Erkrankte stigmatisiert, ausgegrenzt und aus dem Betrieb ausgeschlossen wurden; noch die sogenannten Krankenrückkehrgespräche der 1990er Jahre konnten mit einem gewissen Recht als „Jagd auf Kranke“ angesehen werden (Wompel 2012). Dieser Umstand hat verhindert, dass die Schweigepflicht in der betrieblichen Sphäre gelockert wurde. Dennoch zeigen vielfältige praktische RTW- und BEM-Erfahrungen, dass eine Wiedereingliederung umso besser gelingt, je offener und vertrauensvoller im Betrieb mit der

Krankheit umgegangen wird (Mehrhoff 2009b; Weber et al. 2015; Ohlbrecht et al. 2018). Die betriebliche Vertrauenskultur ist ein positiver Prädiktor für ein gelingendes RTW. Das Fehlen einer solchen Vertrauenskultur scheint unabhängig von der Schweigepflichtproblematik ein entsprechend negativer Prädiktor zu sein. Dennoch kann hinsichtlich beabsichtigter Krankheitskündigungen die Verhinderung einer schrankenlosen Offenheit für den/die Betroffene/n einen gewissen Schutz bieten. Zu bedenken ist, dass sich Betriebskulturen auch verändern können.

Die Frage ist also, wie für leistungsgewandelte Menschen möglichst im angestammten Betrieb der Arbeitsplatz leidensgerecht umgestaltet oder durch betriebliche Umsetzung bzw. einen Neuzuschnitt von Arbeitsaufgaben erhalten werden kann. Unbedingt zu nutzen sind hierbei alle Möglichkeiten der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, die SGB VI und IX bieten. Es gilt hier das Prinzip: Reha vor Rente. Eine medizinische Rehabilitation nach SGB IX, § 42 – in der Regel ein mehrwöchiger Aufenthalt in einer ambulanten oder stationären Reha-Klinik – kann in vielen Fällen sehr hilfreich sein, auch wenn es noch gravierende Lücken im RTW-Übergangsmanagement gibt (Wegewitz 2018). Die mittlerweile in diesen Einrichtungen stärker positionierte soziale Beratung und Maßnahmen der medizinisch und beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) mit integrierten Arbeitsversuchen könnten viel zur Beantwortung der persönlich drängenden Frage beitragen, wie eine gesundheitliche Einschränkung in das tägliche Leben integriert werden kann. Im SGB IX, § 49 ist ein umfassendes Paket der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) geschnürt. So können für Leistungsgewandelte, d. h. nicht nur für Schwerbehinderte, sondern auch für Behinderte, von Behinderung bedrohte und chronisch Erkrankte, technische, organisatorische, qualifikatorische und psychologische Hilfen von der DRV finanziert oder bezuschusst werden. Solche Hilfen müssen an berufliche Erfahrung, Eignung und Neigung der betroffenen Personen angepasst sein. Diese Hilfen sind im Rahmen einer Teilhabeplanung, an der Arbeitgeber/in, Arbeitnehmer/in und Rentenversicherung in Kooperation mit anderen Sozialversicherungs- und Reha-Trägern beteiligt sind, zu ermitteln und durchzuführen (BAR 2014).

In der großbetrieblichen Kultur haben sich verstärkt seit Einführung des BEM meist Routinen einer betrieblichen Wiedereingliederung eingestellt, welche in vielen Fällen auch für Leistungsgewandelte eine weitere Arbeitsperspektive bietet. Dies ist in Klein- und Mittelbetrieben (KMU) nicht ohne weiteres der Fall. Je nach Arbeitskultur und konkreter Betriebskultur eröffnen sich Möglichkeiten, oder aber es werden Möglichkeiten verstellt und blockiert, Letzteres oftmals aufgrund von Nichtwis-

sen oder vermeintlicher Überforderung bei allen Beteiligten. Erweitern wir den Blick hinsichtlich einer überbetrieblichen Unterstützung von Erwerbstätigen mit bedingter Gesundheit, so tritt hier das SGB IX mit seinen vielfältigen Angeboten auf den Plan. In der neuen Fassung des SGB IX findet sich folgende Formulierung:

„Die Rehabilitationsträger stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird. Die Rehabilitationsträger unterstützen die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten [...]. Die Rehabilitationsträger benennen Ansprechstellen, die Informationsangebote nach Satz 2 an Leistungsberechtigte, an Arbeitgeber und an andere Rehabilitationsträger vermitteln“ (SGB IX, § 12/1).

Die Information und Beratung der Betriebe erfolgt über den regionalen DRV-Firmenservice, die Information und Beratung der Betroffenen über die regionalen Reha-Fachberater und ggf. weitere Ansprechstellen. Regional unterschiedlich gibt es hinsichtlich betroffenennaher Informations- und Beratungsstellen gegenwärtig auch einige Kooperationen und Anlaufstellen, so z. B. in Hamburg die Informations- und Beratungsstelle Arbeit und Gesundheit, die von der Kommune oder dem Land grundfinanziert werden (Schulze et al. 2018)

Im Rahmen des Projekts „Neue Allianzen für Gute Arbeit bei bedingter Gesundheit“³ wurden insgesamt mehr als 60 Interviews mit Betroffenen durchgeführt, hauptsächlich in biographisch-narrativer Weise. Im Fokus standen Beschäftigte in Klein- und Mittelbetrieben folgender Branchen: ambulante Pflege, Gastronomie, Handwerk und IT-Sektor. Für drei Branchen wurden Fallstudien erstellt, wobei die besonderen Arbeitskulturen und der darin eingebettete Umgang mit Krankheit im Mittelpunkt der Betrachtung standen (Hien 2018; Blasczyk 2018). Im Interviewmaterial befinden sich jedoch auch Fälle, bei denen die Krankheitsgeschichte komplex ist und daher stark im Vordergrund steht. Wir haben für die folgende Darstellung acht Fälle aus dem Raum Bremen ausgewählt, die uns aus verschiedenen Gründen besonders charakteristisch für die schwierige persönliche und betriebliche Situation bei chronischer

3 Es handelt sich um ein von der Hans-Böckler-Stiftung gefördertes Projekt „Neue Allianzen für Gute Arbeit mit bedingter Gesundheit – nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure“, das an der Humboldt-Universität zu Berlin am Institut für Rehabilitationswissenschaften unter der Leitung von Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff durchgeführt wird und in dessen Rahmen die Situation gesundheitlich beeinträchtigter und/oder älterer Arbeitnehmer/innen in vier unterschiedlichen Arbeitskulturen untersucht wird (Handwerk, IT-Sektor, ambulante Pflege und Hotel-/Gaststättengewerbe, um gezielte Ansatzpunkte zur Förderung und Sicherung nachhaltiger Beschäftigung in KMU-Betrieben zu identifizieren).

Krankheit erscheinen.⁴ Zum einen gibt es chronische somatische Erkrankungen, deren Ursachen unklar sind und die sich einem therapeutischen Zugriff weitgehend entziehen. Zum anderen sehen wir Depressionserkrankungen, die in einem engen Wechselverhältnis mit ungünstigen betrieblichen Konstellationen stehen. Eine weitere Thematik kreist um Rückenerkrankungen. Betrachtet werden Bandscheibenvorfälle, die sich in unterschiedlichen persönlichen und betrieblichen Kontexten völlig unterschiedlich auswirken. Die hier präsentierten acht Interviews wurden im April und Mai 2017 durchgeführt. Vier Interviews fanden in den Räumen des *Forschungsbüros für Arbeit, Gesundheit und Biographie*⁵ statt, zwei bei den Interviewten zu Hause, zwei im jeweiligen Betrieb. In allen acht Fällen zeigt sich empirisch ein großes Maß an Unterstützungsbedarf, der nur in wenigen Fällen ansatzweise und in den meisten Fällen überhaupt nicht bedient wurde. Betriebe und Betroffene bleiben, wenn sie nicht im Genuss großbetrieblicher Strukturen stehen, mit ihren Problemen weitgehend alleine. In einem abschließenden Kapitel sollen daher Diskussionsanstöße für eine Verbesserung dieser Situation gegeben werden.

4 Methodisches findet sich in den Fallstudien zur ambulanten Pflege (Hien 2018) und zum Gastgewerbe (Hien 2018). Vgl. zum biographietheoretischen Aspekt: Herzberg 2018; zur inhaltsanalytischen Auswertung: Mayring 1990; zur sozialwissenschaftlichen Hermeneutik: Kurt 2004 und Rosenthal 2015. Die Interviews wurden vom Erstautor durchgeführt. An Auswertung und Interpretation war die Koautorin gleichberechtigt beteiligt. Für wichtige Hinweise danken wir Ernst von Kardorff, Annett Schulze und Viola Funk. Wir danken ferner Henrieke Ehnert für Korrekturen und Formatierung.

5 Das Forschungsbüro besteht seit 2006 und beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Arbeit, Krankheit und Gesellschaft, vgl. die Homepage unter: www.wolfgang-hien.de, letzter Aufruf 19.03.2019.

2. Komplexe und schwierig zu fassende chronisch-somatische Erkrankungen – drei Fälle bei Büro und IT-Beschäftigten

Zu den klassischen psychosozialen Bedingungen und Belastungen der Büroarbeit (Last 2000) kommen seit einigen Jahren zunehmend neue Anforderungen der Digitalisierung hinzu (Boes et al. 2016). Die Übergänge zwischen klassischer Bürotätigkeit, qualifizierter Angestelltentätigkeit, informations- und kommunikationstechnischen Tätigkeiten sind fließend. Arbeitsmilieus, Anforderungsprofile und psychosoziale Belastungen von IT-Beschäftigten (Gerlmaier/Latniak 2011) sind nicht nur IT-typisch; Belastungen durch Hierarchien, Zeitdruck und Kommunikationsblockaden gab es im Büro wie in der Arbeitswelt ganz allgemein immer schon, sie überlappen sich mit neuen Aspekten der enorm gewachsenen Kommunikationsgeschwindigkeit, der neuartigen Kooperationsproblematik durch Projektarbeit und den erweiterten Dimensionen globalisierter Arbeitszusammenhänge. Die folgenden drei Fallgeschichten einer chronischen somatischen Erkrankung mögen in medizinischer Hinsicht höchst unterschiedlich sein, doch gibt es einen gemeinsamen Nenner: Allen Betroffenen ist eine hohe Arbeitsmotivation eigen. Warum sich der Körper dennoch so aufbäumt und ihnen „die Arbeit schwer macht“, bleibt in allen drei Fällen rätselhaft. Gewonnen wurden die Interviewpartner/innen auf verschiedenen Wegen: durch einen Aufruf beim Bremer Unternehmerfrühstück, durch eine Anfrage bei der Akademie für Arbeit und Politik der Bremer Universität und eine Anfrage bei einer Fachberatungsstelle für berufliche Wiedereingliederung in Bremen. In allen drei Fällen meldeten sich die Personen per Mail beim Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie, dessen Kontaktdaten den Anfragen beigegeben waren.⁶

6 Methodisch ist hier ein Selektionseffekt zu berücksichtigen. Diese drei Fallgeschichten gehörten zur ersten Interviewwelle, die dadurch gekennzeichnet war, dass sich Betroffene auf allgemeine Anfragen und Aufrufe selbständig meldeten. Sie hatten das Bedürfnis, etwas von ihrer Situation und ihrem Schicksal anderen mitzuteilen. Vor diesem Hintergrund ist es plausibel, dass diese drei Fälle sich durch eine besondere Schwere und Dramatik auszeichnen.

2.1 „Ich gewinne nichts, wenn ich liegen bleibe!“

Frau Z., 37 Jahre alt, hat polnische Wurzeln. Sie ist bildungsorientiert, spricht ein elaboriertes Deutsch und ergänzte ihre Erzählungen immer wieder mit hoch reflektierenden Überlegungen. Das Interview dauerte fast drei Stunden.⁷ Frau Z. ist stark eingebunden in einen großen Familienkontext, der zu einem Teil in Deutschland und zu einem andern Teil in Polen verortet ist. Die Erzählerin ließ keinen Zweifel daran, dass ihr dieser Familienzusammenhalt sehr wichtig ist. Sie lebt seit einiger Zeit alleine, pflegt aber verschiedene Freundschaften und machte im Interview-Setting einen weltoffenen und anderen Menschen zugewandten Eindruck. Sie absolvierte eine Ausbildung zur Bürokauffrau und darauf aufbauende verschiedene Weiterbildungen. Erst im späteren Interviewverlauf berichtete sie, dass sie um die Jahrtausendwende eine Zeit lang sogenannte Ohnmachts-Krampfanfälle bekam, deren Ursache nicht geklärt werden konnte. Angenommen wurde ein psychogener Hintergrund; es gab eine psychosomatische Reha, die Patientin blieb dann für einige Jahre anfallsfrei. Im Jahr 2008 traten Gangstörungen auf, deren Ursache ebenfalls nicht gefunden werden konnte und die dann auch wieder ausblieben. 2014 zog Frau Z. nach Bremen und begann in einer Bürogemeinschaft zu arbeiten. Sie war gleichzeitig für zwei Kleinbetriebe mit insgesamt drei Vorgesetzten zuständig. Zu ihren Arbeitsaufgaben zählten die anfallenden Büroarbeiten, Organisations- und Kommunikationsarbeiten sowie die EDV-Betreuung. Die Arbeit funktionierte reibungslos, beide Arbeitgeber waren mit ihr voll zufrieden. Frau Z. sagt, sie habe sich mit ihrer Arbeit voll identifizieren können, sie habe sich wohl und in ihrer Person und ihrem Können anerkannt gefühlt. Schwierig sei manchmal eine Vorgesetzte gewesen, zugleich eine der Inhaber/innen. Sie habe eine „sehr bestimmende Art“ gehabt, die manchmal zu widersprüchlichen und paradoxen Anweisungen geführt habe, so z. B. „Machen Sie jetzt endlich mal Pause“ mit einer wenige Augenblicke hinterhergeworfenen Aufforderung: „Sie kommen jetzt sofort zur Besprechung in mein Büro!“ Das sei bisweilen verwirrend gewesen, sei aber im Arbeitsleben wohl nicht ganz unüblich. Nach einem Jahr, im Sommer 2015, habe sie mit ihrer großen Familie in Polen „einen sehr schönen Urlaub“ erlebt.

7 Im Setting dieses Interviews befand sich ein zweiter Sozialforscher: mein Kollege Sascha Alexander Blasczyk.

„Wir haben wirklich großen Familienurlaub gemacht, mit Mama, Stiefvater, Oma, Opa, Tante, Onkel, hatten so zwei, drei Bungalows, und dort haben wir unsere Zeit verbracht, immer alles gemeinsam. Ich habe mir einen Kindheits-traum erfüllt und habe Reitstunden genommen“ (Frau Z., S. 8).⁸

Dann kam Frau Z. zu dem entscheidenden Punkt: Zurück aus dem Urlaub, habe sie mit Freude wieder zu arbeiten begonnen, doch dann sei „völlig ohne Vorwarnung“ die Krankheit aufgetreten, an der sie bis heute leide. Sie bekam Kopfschmerzen, die sich innerhalb weniger Tage zu einer massiven Migräne auswuchsen. Im Folgenden zitieren wir die Erzählerin sehr ausführlich, zum einem, weil diese Passage sehr detaillierte Informationen über den Krankheitsverlauf enthält, zum anderen, weil damit auch ein Eindruck davon vermittelt werden soll, mit welchem redlichem und akkuratem Bemühen die Betroffene versucht, ihre eigenen Situation besser zu verstehen:

„Dann bin ich erkrankt, von einem Tag auf den nächsten, da habe ich Kopfschmerzen gekriegt. Das war die erste Woche nur abends, da habe ich Kopfschmerzen gehabt, und nach der Woche hatte ich die dann durchgehend, von morgens bis abends, ohne eine Sekunde Pause. Dann habe ich gedacht, naja, zum Arzt lohnt sich noch nicht, habe natürlich geguckt, was kann ich an mir selber machen, vielleicht mehr trinken, woher kommt das, und solche Sachen. [...] Nach einem Monat dieser Kopfschmerzen gab es dann einen Tag, wo ich gar nichts mehr machen konnte, wo ich zusammengebrochen bin, nicht mehr gehen konnte, nicht mehr richtig sehen, also nichts mehr. Dann hat mich ein Freund ins Krankenhaus gebracht, und dann war halt eine Woche auf einer neurologischen Station im Krankenhaus, die haben dann sämtliche Untersuchungen gemacht, und da war soweit alles okay. Was ich mitgebracht hatte, sind Gangstörungen, [...] das hatte ich dann in dem Krankenhaus auch, und dann haben die natürlich auch mit dem Bein Diverses getestet, Nervenströme und Leitfähigkeit und sowas. Naja, kopfmäßig auch, MRT, Lumbalpunktion, was man alles neurologisch abklopfen kann. [...] Was die im Krankenhaus festgestellt haben, ist, ich hatte einen schweren Vitamin B 12-Mangel, und ja, zu den Kopfschmerzen, da haben die ja alles Mögliche versucht an Schmerzmitteln, Novalgin, Tramadol, keine Ahnung, auch alles hintereinander. Das hat dann keine Wirkung erzielt. Ja, und dann haben die gesagt. Ich hätte Spannungskopfschmerzen, und die würden mir dann Psychopharmaka empfehlen, das greift halt eben auf die Wahrnehmung des Schmerzes zu. [...] Bei den Tabletten habe ich gesagt; Okay, wenn ich keine andere Wahl habe, dann probiere ich das mal aus. Ja, und dann bin ich da halt entlassen worden. Erst mal, klar, krankgeschrieben, und seitdem bin ich nicht mehr richtig gesund geworden. Ich habe nach dem Krankenhausaufenthalt einen Antrag für eine Schmerzlinik gestellt. Ich habe viel mit meinem Hausarzt gearbeitet, dann kam eine Schmerzlinik, im November, [...] und dazwischen, weil ich nicht schmerzlastet war, haben mein Hausarzt und ich natürlich Diverses versucht auszuprobieren, dann sind wir in Opiate, in Morphium und so gegangen, es hat aber Null gebracht, also es hat keine Wirkung erzielt. Ja, und in der Schmerzlinik, das war letztendlich auch nicht zielführend. [...] Die Klinik war eher darauf ausgerichtet: Wie lebt man im Alltag mit Schmerzen, wie geht man damit um, was für Hilfen kann man

⁸ Die Interview-Transkripte befinden sich unter Beachtung datenschutzrechtlicher Aspekte im Archiv des Forschungsbüros für Arbeit, Gesundheit und Biographie, Am Speicher XI 9, 28217 Bremen.

sich besorgen oder was gibt es halt für Hilfen, und, ja, Entspannung, Entspannungskuren und so weiter,, (Frau Z., S. 4 f.).

Frau Z. blieb weiterhin krankgeschrieben, es gab weitere Klinikaufenthalte, auch in einer psychosomatischen Reha-Klinik, die aber von der Patientin als wenig sinnvoll erlebt wurde. Sie konnte den zeitlich engmaschig gestrickten Anwendungen wegen ihrer Schmerzattacken häufig nicht folgen, wofür sie aber Unverständnis seitens der behandelnden Therapeuten/-innen erntete. Ab Dezember 2015 habe sie dann eine stufenweise Wiedereingliederung versucht. Ein BEM-Gespräch oder ein sich am BEM-Gedanken orientierendes Gespräch gab es nicht. Frau Z. erzählte, dass sie auf jeden Fall wieder arbeiten wollte und auch alles Nötige dafür zu tun bereit war, dass dies gelingen möge. Doch sie musste die Wiedereingliederung abbrechen, da erneut schwere Schmerzanfälle auftraten. Es folgte eine erneute Einweisung in eine neurologische Spezialklinik, wo eine spezifische Form einer entzündlichen chronischen Migräne diagnostiziert wurde, die auf einem Gendefekt beruht. Auf die Frage, ob sie sich im Betrieb bzw. im Arbeitsumfeld und von ihren Vorgesetzten hinsichtlich ihrer Krankheit ernst genommen fühle, antwortete Frau Z.:

„Durch die Medikamente war denn auch manches schwierig mit der Wahrnehmung. Der Schmerz einerseits und die Medikamente andererseits. [...] Das hört sich immer so leicht an, wenn man sagt: Ich habe Aufmerksamkeitschwierigkeiten, Konzentrationsschwierigkeiten, aber arbeiten Sie mal in diesem Zustand, wo Sie vieles gleichzeitig auf einmal wahrnehmen müssen. Telefon, die Post kommt rein, der Chef, Sie müssen selber die Akten bearbeiten, es sind Sehstörungen dazu, Gleichgewichtsstörungen. Wie gesagt, zwischendurch habe ich die Beine, die ausfallen, und es ist anstrengend für den Körper, den Schmerz im Dauerzustand zu ertragen. Sie haben die Leistung nicht mehr, Sie arbeiten viel langsamer, Sprachstörungen kommen dazwischen, Wortfindungsstörungen, also Sie sind ja total in der Leistung eingeschränkt, beschränkt und eigentlich auch dezimiert. [...] Die Menschen haben eigentlich keine Ahnung, wenn sie diese Erkrankung nicht selber gehabt haben, was dahinter steckt, die haben nur eine vage Vermutung, und wenn ich sage, ich habe Migräne, dann denken die, ich habe Kopfschmerzen. Wenn ich aber nicht dazu sage, dass ich Sprachstörungen dadurch habe, ich alles, nicht alles, aber ich hatte ja wirklich so eine Phase, wo ich wirklich vieles vergessen habe, wenn sie denen das nicht mal im Detail erzählen, dann können Sie auch nicht erwarten, dass die ein großes Verständnis haben. Erscheinen Sie zur Arbeit, sind Sie leistungsfähig, und Sie sind eigentlich selber dafür verantwortlich zu sagen: Ich kann gerade nicht, wiederholen Sie den Satz, ich habe den nicht verstanden, den habe ich nicht aufgenommen. [...] Man selber fühlt, dass es gerade nicht hundertprozentig geht, und man denkt dann schon manchmal, auch wenn das nicht fair ist: Merken die das denn nicht, die wissen doch, dass ich nicht hundertprozentig leistungsfähig bin. Also, um auf ihre Frage zu antworten: Sowohl als auch, aber das liegt immer am Charakter vom Chef und von der Person selber“ (Frau Z., S. 10 und S. 30).

Hier zeigt sich beispielhaft die gesamte Problematik der Frage nach Offenheit oder Nicht-Offenheit im Umgang mit Diagnosen, Befunden und Krankheitsbeschreibungen. Die Protagonistin beschreibt zunächst sehr genau die krankheitsbedingten Einschränkungen, um dann die Notwendigkeit für eine Offenlegung der Krankheit im Betrieb herzuleiten. Die Protagonistin wägt zwischen Vor- und Nachteilen ab, versetzt sich auch in die Perspektive des Arbeitgebers und macht sich Gedanken zur Fairness im Arbeitsverhältnis. Sie umschreibt die Ambivalenz, in der sie sich als Erkrankte befindet, mit dem Hinweis auf die Charaktere der interagierenden Personen, auf den Charakter des „Chefs“ und auf ihren eigenen. Es ließe sich auch trefflich von Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen, Temperamenten oder Neigungen sprechen. Auf jeden Fall muss, so lässt sich Frau Z. verstehen, abgeschätzt werden, ob die sozialen Kontexte, die sozialen Beziehungen und die beteiligten Personen im Betrieb in ihrer strukturellen Gesamtheit – respektive im konkreten sozialen System – eine gelebte Offenheit zulassen oder nicht. Augenfällig ist der innere Zwiespalt, in dem sich die Erzählerin befindet: Der Perspektivenwechsel lässt bei ihr selbst Zweifel aufkommen, ob ein Betrieb mit einer derart eingeschränkten Person, wie sie es ist, tatsächlich funktionieren kann. In erster Linie, das ist ihr klar, muss es darum gehen, die Krankheit in den Griff zu bekommen.

Frau Z. ging allen möglichen Hinweisen und Ratschlägen nach und versuchte auch eine Psychoanalyse, die sie nach wenigen Sitzungen abbrach. Sie wechselte in eine Verhaltenstherapie, sie begann mit Physiotherapie und sie fing mit Yoga und weiteren Techniken an, von denen sie sich eine Entspannung ihres Körpers versprach. Es kamen hinzu: Ausdauertraining, regelmäßiges Schwimmen, Osteopathie und Kinesiologie bei einer Heilpraktikerin. Doch das hat auch seine Grenzen, insbesondere in finanzieller Hinsicht, denn den Hauptteil der Kosten solcher Therapien trägt die Patientin alleine. Ohnehin zwingt das Krankengeld zur Beschränkung auf das Allernötigste. Auf Nachfrage betreffs eines Schwerbehindertenstatus⁹ räumte Frau Z. ein, dass sie sich zwar den Antrag besorgt habe, aber noch nicht die Energie aufgebracht habe, diesen auch auszufüllen und die zur Antragstellung nötigen Schritte zu unternehmen. Mittlerweile hatte die schon erwähnte „schwierige“ Vorgesetzte eine krankheitsbedingte Kündigung ausgesprochen. Der zweite Arbeitgeber kündigte ihr nicht und lässt, nachdem Frau Z. aus dem Krankengeld „ausgesteuert“ wurde und nunmehr Arbeitslosengeldbezieherin ist, den Arbeitsvertrag „in der Schwebe“.⁹ Er schätzt Frau Z. als

⁹ Das Interview kam – über das Unternehmerfrühstück – auf Vermittlung mit dem zweiten Arbeitgeber zustande. Er versicherte uns, dass er Frau Z. als Mitarbeiterin sehr schätze und er sich wünsche, dass es „doch noch zu einer guten Lösung“ komme.

tüchtige Mitarbeiterin und hat mit ihr eine informelle stunden- und tagesweise Mitarbeit arrangiert. Tatsächlich arbeitet Frau Z. dort – informell – etwa zwei Tage in der Woche, „so langsam wie es halt geht“. Sie sagt, sie hätte sich eine entsprechende „offizielle“ Lösung insgesamt durchaus vorstellen können, aber das gehe wohl über den Horizont der „schwierigen“ Arbeitgeberin hinaus. Frau Z. betont, dass die zwei Tage Arbeit für sie ganz wichtig seien, weil sie ihr Struktur geben und, was die beruflichen Dinge anbelangt, helfen, auf dem Laufenden zu bleiben. Wenig hilfreich sei die Agentur für Arbeit gewesen, die ihr ohne eine weitere sozialmedizinische Prüfung einen Erwerbsminderungsantrag aufgezungen habe. Ebenso wenig hilfreich sei schließlich die Rentenversicherung gewesen, die sie für „Reha-untauglich“ eingestuft habe. Sie selbst habe immer einzubringen versucht, dass sie unter bestimmten Bedingungen zumindest halbtags einsatzfähig sei. Die fehlende institutionelle Unterstützung habe sie in einen Teufelskreis gebracht und ihre gesundheitliche Lage verschlimmert. Nun sei es dazu gekommen, dass für bestimmte Zeiten, in denen ihre Krankheit sich sehr stark äußere, sie auch zu Hause auf fremde Hilfe angewiesen sei. Alleine ein solches Antragprocedere wie das für das Versorgungsamt sei dann für sie eine fast unüberwindliche Hürde. So komme es, dass sie zu Hause über viele Dinge angestrengt nachdenke, aber sich ihre Gedanken oft widersprechen und das „Grübeln“ zu keinem Ergebnis führe.

Migräne wird in der psychosomatischen Medizin seit langem breit diskutiert, es gibt viele Theorien, von denen freilich keine – z. B. „unterdrückte Wut“ oder „Vollkommenheitsstreben“ – sich hat in empirischen Studien schlüssig bestätigen lassen (Köhle et al. 2017). Möglicherweise könnte die Überlegung in Frage kommen, ob der soziopsychische Akt des Hinaustretens aus dem beschützenden familiären Milieu „in das als feindlich empfundenes Leben“ (Rattner 1977, S. 131) zu einer andauernden körperlichen Verkrampfung mit den Folgen einer chronischen Migräne geführt haben könnten. Doch dagegen spricht die am Leben und an neuen Erfahrungen interessierte Orientierung Frau Z.'s. In psychoanalytischer Sichtweise (Forster 1986, S. 577) wird der Schmerz als „Überbesetzung des Kopfes“ mit Gedanken der Rationalität und Intellektualität gedeutet, wobei der/die Kranke versuche, „über den Kopf Emotionen, Gefühle und vor allem Traurigkeit zu isolieren“ – eine weitere Überlegung, die nicht ganz von der Hand zu weisen ist. Gegen Ende des Interviews kam die Protagonistin zu einigen sehr grundsätzlichen Aussagen:

„Der Kopf für mich ist ein Baum, jeder Zweig ist halt ein Gedankengang, und den irgendwie mal unter die Erde zu bringen, oder pausieren zu lassen, das ist schon anstrengend. Meine Erfahrung ist, so blöd das klingt: Man kann nur versuchen, methodisch an die Sache ranzugehen. Immer irgendwie etwas versuchen zu machen, egal, irgendwann wird es ja ein Ritual, das ist besser als gar nichts zu machen. Ob Yoga hilft oder nicht, aber es ist eine Art, die man einfach macht, das ist einfach ein Handeln. [...] Ich gewinne nichts, wenn ich liegen bleibe!“ (Frau Z., S. 48 und 51).

Der Kopf ist das Zentrum des Schmerzes, und vom Kopf her sucht die Leidende einen Weg der Heilung zu finden. Es besteht kein Zweifel, dass sich hier Emotionen, Gefühle und vielleicht auch Traurigkeit verdichten. Auch liegt die Vermutung nahe, dass die Protagonistin versucht, diese Emotionen in den Griff zu bekommen, möglicherweise – unbewusst – sie nicht zuzulassen und qua Rationalisierung von ihrer Gesamtperson und ihrer Leiblichkeit zu isolieren.¹⁰ Mit der Metapher des Baumes wird eine große innere Welt angedeutet, die in der erkrankten Person lebt und sie zu überwältigen droht. Viele Überlegungen, Wünsche, Orientierungen, Hoffnungen, vielleicht große Enttäuschungen, vielleicht Wut und Zorn, vielleicht ferne oder noch unklare Träume, zugleich aber auch sehr konkrete Lebensentwürfe kämpfen miteinander, die Zweige scheinen sich gegenseitig zu bedrängen und drohen, ihr über den Kopf zu wachsen, der Baum entwickelt sich in eine falsche Richtung, ohne feste Verwurzelung gewinnt die Baumkrone das Übergewicht und kann so zu einem Sturz des gesamten Baumes führen, der den Menschen, um den es eigentlich zu tun ist, unter sich begräbt. Das wäre ein endgültiges „Unter-die-Erde-bringen“, das unsere Protagonistin mit ihrer Metapher ganz sicher nicht meint, wohl aber unbewusst zu fürchten scheint. Sie wünscht sich eine zeitweise Ruhigstellung, ein Innehalten, um wieder Kraft für sinnsuchende und sinnfindende Überlegungen zu schöpfen. Sie weiß um die Gefahr des endgültigen „Aus“ und versucht, durch ein gezieltes, überlegtes und „methodisches“ Vorgehen ihrem inneren Baum und dessen Entwicklung eine Ordnung zu verleihen, das Chaos zu zügeln und zu unterbinden, Ruhe in ihren Kopf zu bringen. Ein hohes Maß an Rationalität und Intellektualität ist nicht von der Hand zu weisen, doch wir sehen zugleich die Bereitschaft, neue Wege zu beschreiten. „Ich gewinne nichts, wenn ich liegen bleibe“ – das bedeutet, das Übermaß an Gefühlen und Gedanken, die nicht zu einer sichtbaren Lösung führen, wird zu einer Belastung, deren Gravitationskraft den

10 Diese und die folgenden Überlegungen bleiben zwar teilweise psychologische Spekulation, zudem in unserem Setting nicht die biographische Gesamtformung, sondern die Arbeits- und Krankheitsbiographie im Vordergrund stand. Gleichwohl regen die Aussagen unserer Protagonistin zum „Weiterdenken“ an. Dabei ist der Betroffenen ein redliches Bemühen zu unterstellen, an sich zu arbeiten und die möglicherweise in ihrem Kopf akkumulierten Spannungen „freizulassen“.

Menschen nach unten zieht. Man geht mit schweren Gedanken schlafen, findet möglicherweise kaum Schlaf, wacht mit den gleichen belastenden Gedanken auf und tut sich schwer, aus dem Bett zu kommen. Die Interdependenz des Leibkörpers mit Geist und Seele ist hier evident: Auf dem Boden der somatischen Erkrankung wächst die Depression. Die Protagonistin ist sich dessen bewusst und kämpft dagegen entschlossen an. „Methodisch“ – das erinnert an Max Webers Konzept der „methodischen Lebensführung“ als eines aus der protestantischen Ethik hervorgehenden und in der Moderne von vielen Menschen in den westlichen Industriegesellschaften als Norm für sich selbst übernommenen Lebensmusters (Ribolitis 1997). „Methodisch“ – das bedeutet in gegebenen biographischen Zusammenhang: dem Lebensablauf durch ein hohes Maß an Selbstdisziplin Struktur und Sinn zu verleihen. Der Mensch muss ins Handeln kommen, um noch an sich und an eine Öffnung für die Zukunft glauben zu können, auch wenn zum gegenwärtigen Zeitpunkt sich ihr hohe Hürden in den Weg stellen. Frau Z. möchte wieder voll am Arbeitsleben teilhaben, wohlwissend, dass sie nicht die Arbeitsleistung eines vollkommen gesunden Menschen erbringen kann. Sie möchte ihre gesundheitlichen Einschränkungen, ihre Behinderung, akzeptiert wissen. Das heißt sie möchte im Grunde genau das, was das SGB IX fordert: eine Teilhabe an Arbeitsleben und Gesellschaft auch unter den einschränkenden Bedingungen ihre chronischen Erkrankung. Von ihren beiden Arbeitgebern ist einer dazu nicht bereit; einer ist dazu bereit, obwohl auch er nicht zu wissen scheint, welche Möglichkeiten die Rehabilitationsträger für einen solchen Fall von Beschäftigung vorhalten bzw. vorhalten sollten. Die Erfahrungen, die Frau Z. mit den Rehabilitationsträgern gemacht hat, lassen vermuten, dass deren konkrete Akteure bisher nicht willens oder nicht fähig waren, die Brille einer restriktiven Arbeitspolitik abzusetzen und stattdessen eine horizonterweiternde Brille aufzusetzen, welche der Lebenssituation der Betroffenen gerecht wird. Zu bedenken ist, dass sich Frau Z. zudem in einer schwierigen finanziellen Lage befindet. Fällt sie dauerhaft in die Grundsicherung, kann sie ihre Wohnung nicht halten, was zu weiteren Verwerfungen in ihren Lebensumständen führen kann.

2.2 „Ich versuche einfach, hier durchzuhalten!“

Frau D., 44 Jahre alt, kommt aus einem dörflichen Kontext in Norddeutschland, wo sie ein Anwesen hat und dort auch – alleine – wohnt. Sie ist Diplom-Ingenieurin für Informatik, hat hervorragende Zeugnisse und befindet sich in einer festen, ungekündigten und aufgrund ihrer anerkannten Schwerbehinderung auch praktisch unkündbaren Stellung. Der Betrieb, in dem sie seit 2002 arbeitet, fing in den 1970er Jahren als Kleinbetrieb an, wechselte mehrmals den Besitzer und ist seit kurzem Teil eines internationalen Konzerns. Am Standort in Bremen arbeiten etwa 70 Personen, gleichwohl ist die betriebliche Kultur immer noch kleinbetrieblich geprägt.¹¹ Frau D. leidet seit ihrer Kindheit an Neurodermitis, Heuschnupfen und verschiedenen Allergien. Bevor sie in ihrer jetzigen Firma anfang, durchlebte sie mehrere schwere Krankheiten. In den 1990er Jahren setzte sich auf die neurodermitisch erkrankte Haut eine Staphylokokken-Infektion drauf, die zu einer Herzzinnenhautentzündung, mehreren OPs und dem Einsetzen künstlicher Herzklappen führte. Frau D. machte aus ihren chronischen Erkrankungen beim Bewerbungsgespräch keinen Hehl. Neurodermitis und Herzklappe wurden thematisiert, waren aber kein Hindernis für die Einstellung. Frau D. arbeitete zunächst in einem Raum, der wegen der empfindlichen Geräte klimatisiert war. Dort sank vor allem im Winter die Luftfeuchtigkeit zuweilen auf unter zehn Prozent, was die Hautprobleme Frau D.'s deutlich verschlimmerte. Sie brachte diese Problematik gegenüber dem Arbeitgeber vor und schaltete auch Sicherheitsfachkraft und Berufsgenossenschaft ein. Es gab daraufhin zwar Empfehlungen hinsichtlich Luftbefeuchtung, denen der damalige Abteilungsleiter nachkommen wollte. Doch der Arbeitgeber blockierte dies, d. h. die Verhältnisse änderten sich nicht. Nach Auffassung der Aufsichtsbehörden gibt die Arbeitsstättenverordnung einen gesetzlich zwingenden Zugriff nicht her.¹² Im Inter-

11 Im Betrieb wurde inzwischen ein Betriebsrat gewählt, über den – vermittelt über die Akademie für Arbeit und Politik der Universität Bremen – das Interview zustande kam.

12 Arbeitsstättenverordnung und Arbeitsstättenrichtlinien bestimmen keine exakte Untergrenze für die Luftfeuchtigkeit. Gefordert wird lediglich ein „gesundheitlich zuträgliches Raumklima“. In einer Empfehlung der Berufsgenossenschaften heißt es: „Klagen über ein unbehagliches Raumklima – auch über trockene Luft – können ganz unterschiedliche Ursachen haben. So werden Befindlichkeitsstörungen, die auf das Raumklima zurückgeführt werden, häufig durch Fehlbelastungen wegen einer unergonomischen Arbeitsplatzgestaltung oder einer unzureichenden Arbeitsorganisation ausgelöst. Es ist also bei Klagen der Beschäftigten notwendig, eine Gefährdungsbeurteilung zu erstellen und zu prüfen, ob und ggf. welche Maßnahmen zu ergreifen sind. Dabei sind auch relevante Vorerkrankungen der Beschäftigten (z. B. Neuro-

view kam Frau D. immer wieder auf diese ungünstigen Räumlichkeiten zu sprechen. Der Arbeitgeber ließ die Räume mit immer mehr Geräten „vollpacken“, so dass immer weniger Platz vorhanden war und teilweise nur mit Bewegungseinschränkungen gearbeitet werden konnte. Es stellten sich auch Probleme mit elektrostatischer Aufladung ein, die bei Herzerkrankungen möglicherweise kritisch werden können. Immer wieder versuchte Frau D. auf diese Dinge hinzuweisen und um Abhilfe zu bitten. Prädominant war die trockene Luft, die für eine Neurodermitikerin fatal ist. Die älteren Kollegen solidarisierten sich mit ihr, doch nach und nach kamen aber Jüngere, die ihr die Unterstützung versagten:

„Die haben dann zwar auch rote Augen, die Jungspunde, aber das macht denen nix. Das geht nach dem Motto: Die Ärmel hoch, und jetzt ackern wir, und alles ist schick hier und toll!“ (Frau D., S. 4).

Frau D. hatte zunächst noch einen Vorgesetzten, der sie unterstützte und ihre Beschwerden ernst nahm, doch nachdem jener in Rente gegangen war, kam ein junger Vorgesetzter, der sich nicht nur mit der Jugendkultur verbunden fühlte, sondern auch noch alters- und frauendiskriminierende Attitüden annahm. Er ließ keinen Zweifel daran, dass er Frau D. am falschen Platz sah, und er unternahm alles, ihre Leistung kleinzureden. 2014 kam die Diagnose einer Multiplen Sklerose (MS). Frau D. war mehrmals lange krankgeschrieben, durchlief mehrere stationäre Reha-Aufenthalte und erreichte einen Grad der Behinderung (GdB) von 50. Sie verringerte ihre Arbeitszeit auf 28 Stunden und kann somit in der Wochenmitte einen Tag freimachen, an dem sie sich erholen kann, Arzt- und Therapeutinnen-Besuche absolvieren und sich um ihre ländliches Anwesen und ihre Pferde dort kümmern kann. Frau D. schließt nicht aus, dass ihre MS-Erkrankung durch den Dauerstress des als Mobbing erlebten Verhaltens des Vorgesetzten ausgelöst wurde. Zumindest sei eine Mit-Bedingtheit anzunehmen. Sie habe in diesen quälenden Auseinandersetzungen immer wieder ein „großes Gefühl des Scheiterns“ erlebt, das sehr an ihr genagt habe. Frau D. erläuterte, dass die MS-Erkrankung sich im Rahmen halte, die Herzerkrankung durch Medikamente gut eingestellt sei, auch das allergische Asthma habe sie im Griff, nicht jedoch die Neurodermitis, die immer wieder so stark aufblühe, dass dann ein Klinikaufenthalt unumgänglich sei. Nach einer krankheitsbedingten Abwesenheit, auch wenn er länger als sechs Wochen dauere, gebe es keinerlei Gespräche, nur „spitze Bemerkungen“. Ein Betriebsarzt habe sich einmal einschalten lassen, und mit seiner Hil-

dermitis, atopisches Asthma) in der Gefährdungsbeurteilung und bei den umzusetzenden Maßnahmen zu berücksichtigen. Die Unfallversicherungsträger bieten dafür Hilfen und ihre Unterstützung an“ (DGUV 2016, S. 9).

fe konnte ein Arbeitsplatzwechsel durchgesetzt werden. Frau D. arbeitet jetzt in einer Räumlichkeit, die für sie klimatisch gut erträglich ist, allerdings ohne jeden Kontakt zu anderen Kollegen und Kolleginnen.¹³ Sie ist aber mit dieser Alleinarbeit einverstanden. Sie sagt, dass ihr neuer Chef gut verträglich sei und sie „in Ruhe arbeiten“ lässt.

Frau D. erzähle ausführlich über ihre Erfahrungen mit dem Medizinsystem. Im Krankenhaus erlebte sie die Hektik und den Zeitstress der Ärzte und Pflegekräfte, sie bekam Unmengen an Medikamenten, über deren Sinn und deren Wirkung – einmal abgesehen von möglichen Wechselwirkungen – sie nicht aufgeklärt wurde. Sie begann dann, sich selbst in die pharmakologische Seite ihrer Krankheiten einzulesen und nach und nach selbst zu entscheiden, was sie einnimmt und was nicht.

„Ich hatte tatsächlich auch Tabletten, da wusste ich nicht, was es ist, und ich hatte nicht mehr die Muße, danach zu fragen, weil ich das Gefühl hatte, das ist hier irgendwie nicht angesagt, wenn Patienten mündig sind und fragen, bloß nicht zu viel und zu lange. Der Arzt, es hat niemand in der Visite gefragt, haben Sie noch Fragen, dass man irgendwie mal auf mich zugekommen wäre und mir was erklären wollte, oder keine Ahnung. Nein, man hat mir eher vermittelt, hatte ich so das Gefühl, man ist nicht interessiert daran, wie ich Sachen denke und beurteile, wo ich ja auch nun relativ viel Erfahrung habe mit Krankenhäusern und Krankheit und so. Das interessierte da keinen, und man hat mir eher meine Marcumar-Hoheit weggenommen ohne es wirklich zu begründen. Marcumar-Hoheit ist für mich, also dass ich meinen Gerinnungswert selber messe, und ich weiß auch, wie ich danach die Tabletten zu schmeißen habe, und ich weiß auch, dass es nicht sinnvoll ist, eigene Erfahrung, das immer wieder zu korrigieren, weil es dauert eine Weile bis das Marcumar wirkt und verstoffwechselt wird und so. Dann hieß es aber: Nee, das Marcumar, das übernehmen wir jetzt, das kriegen Sie von uns. Aha, warum? Ja, das konnte man nicht richtig begründen, alles aus einer Hand oder so. Dann fühle ich mich eher verarscht, ehrlich gesagt, als gut behandelt“ (Frau D., S. 11).

Frau D. relativierte anschließend ihre Kritik mit der Bemerkung: „Das sind halt auch nur Menschen.“ Und sie hob die Bemühungen mancher Ärzte/-innen hervor, ihr wirklich helfen zu wollen. So probierte sie verschiedenste Therapien aus, so auch naturheilkundliche und homöopathische. Ein solches Experiment mit einem hochpotenzierte Homöopathikum, das eine Klinikärztin ihr vorschlug, ging freilich fehl: Statt einer Verbesserung trat eine gravierende Verschlechterung ein. Die Neurodermitis verteilte sich am ganzen Körper. Frau D. erzählte ausführlich von ihrem Krankheitszustand. Sie bekam eine generalisierende eitrige Entzündung an Armen und Beinen, sehr schmerzhaft, die man nur mit einem speziellen Antibiotikum in den Griff bekam. Die Protagonistin hatte im Zusammenhang mit der neuen Herzklappe auch Probleme mit

¹³ Gleichwohl ist Frau D. in ihrem Betrieb sehr beliebt, wie mir der Betriebsrat in einem Gespräch mehrmals bestätigte.

Embolien und hierdurch hervorgerufenen neurologischen Ausfällen. Sie erzählte diese Geschichte sehr ausführlich und ließ durchblicken, dass sie ihre Krankheiten auch damit zu bewältigen sucht, dass sie sich für die naturwissenschaftlichen Vorgänge interessiert und insgesamt offen mit diesen teilweise verrückt erscheinenden Phänomenen umgeht, sie auch mal gerne ironisiert. Frau D. durchlief noch mehrere Reha-Kliniken, war insgesamt länger als sechs Monate krankgeschrieben. Sie merkte an, dass seitdem eine große Wiese ihr Eigen ist, ihre Allergien gegen Gräser zurückgegangen sind.

In der Lebens- und Erkrankungsgeschichte Frau D.'s fällt auf, dass sie mental hoch arbeitsorientiert ist, gleichwohl sich der Körper offenbar die Auszeiten holt, die für ihr Leben und Überleben notwendig sind. Doch auch hier, beim Thema Neurodermitis, ist die Psychosomatik (Köhle et al. 2017), wenn sie ihre tradierten Hypothesen – „Kontaktunfähigkeit“, „Selbstunsicherheit“ usw. – mit großen empirischen Studien zu untermauern versuchte, nicht weitergekommen. Viel zu unterschiedlich sind die Persönlichkeitsstrukturen der Betroffenen, viel zu unterschiedlich auch die sozialen Kontexte, in denen jene leben und arbeiten. Frau D. ist kein kontaktscheuer oder gar unsicherer Mensch, im Gegenteil: Sie ist in der Lage, sich in der Welt zu verorten, sie weiß um ihr Können und sie weiß um ihre Fähigkeit, sich auch in ungünstigen und schwierigen Situationen zu behaupten, ohne sich selbst ins Abseits zu stellen oder ins Abseits ausmanövrieren zu lassen. Die Haltung kommt auch im weiteren Verlauf des Interviews immer wieder zum Ausdruck. Auf die Frage, wie es jetzt mit ihr weitergehe, antwortete sie ohne Zögern:

„Jetzt bin ich 44. Natürlich, mir ist bewusst, ich muss nicht hierbleiben, ich kann auch kündigen, aber ich finde in meinem Beruf, ich find ja nichts mehr, das kann ich mir abschminken. Ich bin jetzt 44, ich bin multipel krank, noch, ich bin ja dabei, das zu ändern, aber ich habe GdB 50, ich habe eine Teil-Erwerbsminderungsrente beantragt, wer nimmt denn so eine? Denn auch noch eine auf dem Land? Naja, das kann ich mir abschminken. Ich versuche einfach, hier durchzuhalten, soweit es irgendwie geht, und jetzt mit meinem neuen Chef bin ich ja sehr zufrieden, für den würde ich mir auch die linke Hand abhacken lassen. Ich bin sehr zuverlässig, und mache das, was er möchte, und auch für die anderen mache ich das auch, die Zuarbeit, ohne die ja vieles nicht funktionieren würde. Was ich jetzt mache, macht mir Spaß, das mache ich gerne, und da beschäftige ich mich jetzt mit“ (Frau D., S. 32).

Gefragt nach ihren Erfahrungen mit den Sozialversicherungs-Institutionen erzählte Frau D., dass sie durchaus alle „abgeklappert“ habe: Krankenkasse, Rentenversicherung und Integrationsamt, und überall muss sie hören: „Wir sind nicht zuständig.“ Auch die Sozialberatung in den Kliniken schienen mit ihr überfordert. Sie hat schließlich über einen

Versichertenältesten¹⁴ in ihrem Dorf die entscheidenden Hinweise bekommen, so z. B. für ihren Antrag auf Schwerbehinderung. Ihre Schlüsselaussage möge hier unkommentiert stehen bleiben:

„Wünschenswert wäre eine Beratungsstelle, wo man hingehen kann und fragen kann: Wie läuft das eigentlich alles? Was muss ich als erstes tun? Wo muss ich hin, auf was muss ich da achten? Ich habe jetzt diese und jene Erkrankung, dann kann ich das ja auf den Tisch tun, wie ist das mit meinem Arbeitgeber? Das wäre toll, wenn man da so einen Plan hätte“ (Frau D., S. 37).

2.3 „Ich bin ein Mensch, der immer was tun muss“

Herr W., 40 Jahre alt, ist Informatiker und arbeitet in einem kleinen Dienstleistungsunternehmen mit etwa 15 Beschäftigten. Er lebt mit seiner Frau und zwei Kindern in einem eigenen Haus mit großem Garten, wo auch das Interview stattfand. Herr W. ist nach eigenen Aussagen beides: ein „begeisterter Familienmensch“ und ein „begeisterter ITler“. Herr W. hatte zunächst in anderen Betrieben gearbeitet, ließ sich aber vor einigen Jahren von der Inhaberin seines jetzigen Betriebes – es handelt sich um seine Schwester¹⁵ – anwerben. Herr W. fühlte sich im neuen Betrieb sofort „zu Hause“. Der Betrieb ist auf Nischenprodukte spezialisiert, die vermutlich auch künftig immer nachgefragt werden. Die damit einhergehenden Arbeitsaufgaben empfindet Herr W. als „spannend“, die Kollegen und Kolleginnen waren – und sind – ihm zugetan, Probleme, die über das übliche Maß eines jeden Betriebes hinausgingen, waren für ihn nicht in Sicht. Gleichwohl räumt Herr W. ein, dass seine Arbeit auch „stressig“ ist:

„Ja, wie jede IT-Arbeit, ist natürlich meine Arbeit manchmal auch Stress pur. Dann gibt es auch wieder Momente, wo man einfach nur herzlich lacht. Also insgesamt: Der Job ist stressig, das kann ich schon so sagen, ja“ (Herr W., S. 26).

14 Die Versichertenältesten der Deutschen Rentenversicherung sind ehrenamtlich tätige Rentner und Rentnerinnen, die von den regionalen Vertreterversammlungen gewählt werden. Meist sind es aktive Gewerkschafter/innen. Die Versichertenältesten haben u. a. die Aufgabe, innerhalb ihres Bereichs den Versicherten bei Anträgen zu helfen und in Rentenversicherungsfragen zu beraten. Doch in den komplexen Fragen des SGB IX können sie eine professionelle Beratung meist nicht ersetzen.

15 Die Inhaberin ist nach wie vor an einer guten Integration ihres Mitarbeiters und Bruders interessiert. Sie hat dafür einen privaten Fachdienst für berufliche Integration eingeschaltet. Über dessen Vermittlung kam das Interview zustande. In einem Telefonat mit dem Autor (W.H.) kam die Inhaberin auf die hohe fachliche und menschliche Qualifikation ihres Bruders zu sprechen, auf die sie nicht verzichten möchte.

Zurück zur privaten Situation Herrn W.'s: Alle in dieser Familie spielen ein Instrument; sie machen zusammen „alte Musik“ und führen diese auch öffentlich auf. Alle in dieser Familie, so auch Herr W., pflegen gute verwandtschaftliche und freundschaftliche Kontakte. Auch in systemischer Sicht deutet nichts auf einen soziopsychodynamischen Konflikt hin, der sich in einem körperlichen Symptom eines Familienmitglieds ausdrücken müsste. Und doch leidet Herr W. seit mehreren Jahren an einem zuweilen sehr schweren, quälenden und sowohl körperlich als auch psychisch hoch belastenden Dauer-Reizhusten, für den das Medizinsystem – auch mehrere Wochen Diagnostik in einer Universitätsklinik – keine Ursache finden konnte. Herr W. war zwei Jahre krankgeschrieben.

„Es gab Zeiten, da konnte ich überhaupt gar nicht reden. Sobald ich nur ein bisschen was sagen wollte, dann habe ich sofort losgehustet. Also, da war auch keine Kommunikation möglich, und ich habe ganz viele Medikamente genommen, um das zu dämpfen. So kann man nicht arbeiten. [...] Ich habe immer wieder versucht zu arbeiten, zweimal stundenweise Wiedereingliederungen versucht, und das ist gescheitert. Ganz zum Schluss haben wir uns dann letztendlich so drauf geeinigt, auch mit dem Arzt: Wenn ich kann, dann gehe ich zur Arbeit und mach dort was, und wenn nicht, dann eben nicht. Insofern stand ich die letzten Monate dann immer irgendwie in der Wiedereingliederung, drei Stunden pro Tag, bis auf weiteres. Aber das hat bei mir ja eigentlich den Sinn verfehlt, weil, das ist ja auf einen begrenzten Zeitraum gemünzt, das sollte sich ja hochsetzen. Das ging aber so nicht, und letztendlich hat mein Arzt gesagt, weil ich wollte auch gerne hin, das macht mir viel zu viel Spaß, als dass ich immer zu Hause bin, nicht, dass es zu Hause nicht schön ist, aber ich gehöre zu den Menschen da im Betrieb, denen macht der Job richtig Spaß, mir macht der Job richtig Spaß, die Umgebung, die macht mir Spaß, die Leute machen mir Spaß, da wollte ich einfach dran teilhaben, deshalb bin ich dann halt hin. Ich habe auch zu einem Kollegen gesagt: Also, wenn es zu viel wird mit meinem Dauerhusten, dann müsst ihr mich nach Hause schicken. Es kam auch schon, dass dann meine Schwester mir gesagt hat: So, und du gehst jetzt, das hat keinen Sinn. Da bin ich gegangen“ (Herr W., S. 3 und 7).

Nun gab es aber auch zu Hause Probleme, denn das Dauerhusten belastete und belastet auch die Familie. Herr W. saß mit seinem Laptop im Wohnzimmer und arbeitete im Prinzip, trotz Krankschreibung, weiter. Seine Frau erläuterte aus ihrer Sicht diese Situation wie folgt:

„Er war ja völlig fertig von dem Husten, war auch körperlich völlig am Ende, kräftemäßig. Aber sich ausruhen wollte er nicht. Es geht ja darum, dass er krankgeschrieben ist, aber quasi voll weitergearbeitet hat für die Firma, nur halt von zu Hause aus. Schon sehr viel, und eigentlich permanent am Telefonieren war. Ich habe auch irgendwann zu meiner Schwägerin gesagt: Das geht nicht, wir kriegen hier 20 oder mehr Anrufe am Tag, wir kommen überhaupt nicht mehr zur Ruhe. Er kann nicht reden, er ist permanent am Husten, und wird in einer Tour angerufen“ (in. Herr W., S. 11).

Herr W. räumt ein, dass die Arbeit nach wie vor „einen Sog“ auf ihn ausübe, dass er dabei auch mal vergesse zu essen und zu trinken, dass seine Frau ihn geradezu dahin „geprügelt“ habe, etwas regelmäßiger zu essen und zu trinken und einfach auch mal Pause zu machen. Darauf sei er jetzt stolz, dass er das geschafft habe. Auch arbeite er zu Hause jetzt nicht mehr ganz so exzessiv wie im ersten Jahr seiner Krankheit. Inzwischen sei er von der Krankenkasse ausgesteuert gewesen, habe Arbeitslosengeld bezogen, dann aber darauf verzichtet, weil er in keinen anderen Betrieb vermittelt werden will. Er gehe inzwischen wieder in „seinen“ Betrieb arbeiten, soweit es gesundheitlich machbar ist. Er sei gewillt, seinen Arbeitsvertrag wieder voll auszufüllen. Bei Erkältungen, die ihn immer wieder „erwischen“, gebe es Rückfälle. Aber er hoffe, dass sich sein Leiden zumindest so weit bessere, dass es für ihn und die anderen „halbwegs erträglich ist“. Die Haltung seiner Schwester und seiner Kollegen sei „total positiv“ ihm gegenüber: Der Betrieb will, dass er wieder „voll da ist“. Die Lungenfachärzte und auch der Vertrauensarzt, der ihn im Auftrag der DRV begutachtet habe, haben ihm dringend einen längeren Aufenthalt in einer Reha-Klinik empfohlen. Leider habe sich die Deutsche Rentenversicherung (DRV) „quer gestellt“: Die DRV hat diesen Antrag mehrfach abgelehnt, mit dem Argument, sein Leiden sei keine chronische Krankheit. Herr W. vermutet, dass es im Hintergrund noch weitere Gutachter gibt, die nach Aktenlage entscheiden. Und sein Leiden passe in keine der bekannten medizinischen Kategorien. Denn chronischer Reizhusten müsste nach Lehrbuch beim Liegen sich verschlimmern. Bei ihm aber sei dies genau umgekehrt: beim Liegen verbessere sich sein Zustand. Nach Lehrbuch sollte sich der Zustand auch bei Luftveränderung verbessern, z. B. am Meer oder in den Alpen. Auch dies sei bei ihm nicht der Fall: „Da war kein Unterschied, gar nichts, nein.“ Schließlich kam das Gespräch auf die Hobbies:

„Was mir jetzt auch gerade noch einfällt, ich weiß nicht, ob das für Sie interessant ist. Ich bin ja ein Mensch, der immer was tun muss. So richtig ruhig sein, das fällt mir schwer. Als es mir besonders schlecht ging, ja, Anfang 2015, wo ich auch keinen klaren Kopf hatte, vernünftig zu arbeiten, da habe ich mich mit etwas anderem beschäftigt. Ich habe angefangen, alte Pferdewagen maßstabgetreu nachzubauen [Herr W. zeigt mir eine ganze Wand mit selbstgebauten Pferdewagen, Anmerkung vom Autor]. Das ist sowas [...], ich musste was tun, ich war dann im Schuppen, ich habe für ein Modell sogar einen Preis gewonnen. Das ist für mich auch dann, wenn ich sowas mache, genauso wie mit der Musik, ein Eintauchen in eine andere Welt, ich muss immer was zu tun haben, immer arbeiten, dann bin ich glücklich“ (Herr W., S. 29).

Ganz entgegen möglichen Annahmen, dass eine psychogene Organerkrankung Ausdruck eines latenten Konflikts, einer latenten Arbeitsabwehr oder einer latenten depressiven Disposition sei, zeigt sich bei

Herrn W. eher das Gegenteil: Er ist beseelt von einem Tatendrang, nicht nur in seiner beruflichen Arbeit, sondern auch in seiner Freizeit, und – was ganz entscheidend ist – auch zusammen mit seiner Familie und seinen Freunden. Natürlich ist der Verdacht auf eine Hyperaktivität nicht von der Hand zu weisen. Doch die mit solchen Syndromen verbundenen Symptome von Unkonzentriertheit, Vergesslichkeit, Fehlhandlungen und lebensgestalterischem Chaos fehlen bei Herrn W. völlig. Er beeindruckt durch seine hochkonzentrierte und zugewandte Art. Zu bedenken wäre allenfalls die Hypothese, dass sich hier der Körper gegen das hohe Aktivitätsniveau sträubt, d. h. dass der Husten als Organsprache zu verstehen ist, die ihn ermahnt, seine Lebensgeschwindigkeit zu drosseln. Herr W. betont, dass er sich vom Medizinsystem ernst genommen fühle, dass er wahrscheinlich der „bestuntersuchte Mensch Norddeutschlands“ sei, doch müsse die Haltung der DRV enttäuschen. Hätte er nicht eine derart positiv gestimmten Betrieb und eine derart unterstützende Familie, dann hätte er wahrscheinlich bereits einen psychischen Absturz erlebt. Er wünsche für sich und für andere, denen es ähnlich ergehe, eine deutlich verbesserte Flexibilität der Rehabilitationsträger, d. h. ein deutlich besseres Eingehen auf die konkrete Lebenssituation der Betroffenen.

Alle drei hier vorgestellten Fälle betreffen Personen, die – in je unterschiedlicher Ausformung – eine hohe intrinsische Motivation für ihre Teilhabe am Arbeitsleben besitzen. Die berichteten Leiden sind aufgrund des Detailreichtums und dessen Stimmigkeit, aber auch hinsichtlich validierender Feldinformation¹⁶ evident, d. h. Zweifel hinsichtlich Simulation bzw. hypochondrischer oder histrionischer Übertreibung sind weitgehend ausgeschlossen. Die Folgen der Leiden freilich unterscheiden sich signifikant: Während die Migräne-Patientin, eine Bürofachkraft, aufgrund betrieblicher und institutioneller Verengungen aus dem Arbeitsleben herausfällt, können sich die beiden hoch qualifizierten IT-Beschäftigten betrieblich behaupten, wobei sowohl ihre berufliche Expertise als auch die jeweils besondere betriebliche Kultur eine Rolle spielen. In allen Fällen wurde und wird die Krankheit hinsichtlich ihrer diagnostischen und prognostischen Aspekte betrieblich offen kommuniziert. Selbst im Falle der Migräne-Patientin kann nicht gesehen werden, dass gerade dieser Umstand der Betroffenen zum Nachteil gereicht hätte. Für alle drei Fälle gilt, dass die offene Kommunikation die jeweilige betriebliche Kontextualisierung und „Passung“ ermöglicht, zumindest gefördert hat. Im Fall der Husten-Patienten darf vermutet werden, dass diese Kommunikation trotz teilweise extremer Belastungen aller Beteiligten die betriebliche Vertrauenskultur gestärkt hat. Auch wenn wir nicht

¹⁶ Gemeint sind hier Arbeitgeber oder vermittelnde Institutionen, deren Aussagen sich mit denen der interviewten Patienten/-innen decken.

nur im Großbetrieb, sondern auch im Kleinbetrieb Macht- und Herrschaftsverhältnisse vorfinden, so sind die Chancen für eine gemeinschaftliche betriebliche Sozialordnung im Kleinbetrieb doch signifikant höher (Kotthoff/Reindl 1990; Beck 2011). Im Fall des Husten-Patienten lässt sich der Untertypus einer eher egalitär ausgerichteten pragmatisch-gemeinschaftlichen Kultur vermuten, die dem Betroffenen wie seinem betrieblichen Umfeld Halt und Orientierung verleiht. Hier stellen sich Fragen der kulturellen Prägung der Arbeits- und Betriebsarenen, die ohne eine teilnehmende Beobachtung der jeweiligen Betriebe allenfalls hypothetisch erwogen werden können. Diese Überlegungen werden im Schlussteil der vorliegenden Studie noch einmal aufgegriffen.

3. Depressionserkrankungen in ungünstigen betrieblichen Konstellationen – drei Fälle aus kleinen und mittleren Betrieben

Die folgenden drei Fälle sind in verschiedenen Arbeitskulturen verortet: Pflege, IT und Handwerk. Zur Pflege und auch spezifisch zu den Belastungen und Erkrankungen in diesem Beruf liegt eine Fülle von Studien vor (siehe Literatur bei Hien 2009, 2018a, 2018b), zur diesbezüglichen Problematik in IT-Berufen (Hien 2008; Gerlmaier/Latnikak 2011), ebenso auch im Handwerk (Blasczyk 2018). In den drei hier vorgestellten Fällen waren ungünstige betriebliche Konstellationen am Verlauf der Krankheit beteiligt. Unter „ungünstig“ sind ökonomisch schwierige und damit psychisch oft niederdrückende Betriebslagen, nicht einsehbare Hierarchien, autoritäre Führungsstrukturen und ebensolche Führungskräfte, unsolidarische Betriebsmilieus, Rücksichtslosigkeit, Gehässigkeit, Missgunst und Mobbing zu verstehen. Wie die arbeitswissenschaftliche Literatur zeigt, können auch permanente Restrukturierungen mit ihren psychosozialen Folgeerscheinungen solche ungünstigen Bedingungen sein (Köper/Richter 2016; Hien 2016, S. 94 ff.). Depression ist eine Erkrankung, die den Menschen an lebendiger Aktivität hindert (Hau et al. 2005; Alsdorf et al. 2017; Fuchs et al. 2018), Die Betroffenen erleben eine zunehmende Diskrepanz zwischen beschleunigter Weltzeit und retardierter Eigenzeit (Fuchs 2018). Sie sind phasenweise extrem niedergedrückt, verlieren sich in einer Folge negativer Gedanken und gehen zeitweise vollständig ihres Selbstwertgefühls verlustig. Die neuere sozial- und psychiatriewissenschaftliche Diskussion hebt stark auf die systematischen Überforderungstendenzen der neoliberalen Ökonomie ab, welche den Subjekten oktroyiert und von diesen auch zunehmend als Eigenanspruch übernommen werden (Fuchs et al. 2018). Der so überforderte und sich überfordernde Mensch scheitert an den allgemein anerkannten – und oftmals zu eigen gemachten – Maßstäben und Erfolgskriterien. An Depression Erkrankte scheuen meist den Kontakt, insbesondere zu „Fremden“ und meiden eine proaktive Kontaktnahme. So nimmt es nicht Wunder, dass alle drei Fälle depressiv Erkrankter aufgrund persönlicher Kontakte aufgefunden und nur über sehr intensive persönliche Schienen für ein Interview gewonnen werden konnten.¹⁷

¹⁷ Einen hervorragenden Überblick über psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt bietet: Alsdorf et al. (2017), darin insbesondere Voswinkel (2017) über die Problematik beim betrieblichen Eingliederungsmanagement.

3.1 „Mein fachlicher Boden? Ich bin nicht wirklich ein ITler“

Herr B. ist 55 Jahre alt, Maschinenbauer, seit Mitte der 1990er Jahre in der IT-Branche und seit einigen Jahren in einem kleinen mittelständischen Betrieb tätig, gut verdienend, eingebunden in ein lebendiges familiäres Leben und vom äußerlichen Eindruck her Exponent eines erfolgreichen Menschen. Doch der Eindruck täuscht: Zum einen ist das kleine Unternehmen in eine Krise geraten, und es ist fraglich, ob es überlebt. Zum anderen leidet Herr B. an wiederkehrenden schweren Depressionen. Der Interviewer konnte Herrn B. in einer gesundheitlich besseren Phase kontaktieren, und es war dem Interviewten auch wichtig, einmal offen über seine Problematik zu sprechen. Er hatte schon viel über seine Krankheit nachgedacht und deutete sie im Kontext der IT-spezifischen Arbeitskultur, d. h. seiner Auffassung nach korrespondieren bestimmte Eigenschaften der IT-Kultur mit bestimmten Eigenschaften der depressionsanfälligen Persönlichkeit.

„Die IT kennt ja nur aufwärts: Preise aufwärts, Stunden aufwärts, Technologien aufwärts, Investitionen aufwärts. Denn war das eine Zeit so Ende der 90er, Anfang des neuen Jahrhunderts, war ja die Zeit, dass die IT-Abteilungen der Konzerne ja in eigene Unternehmen ausgelagert oder gebündelt wurden, mit der Hoffnung, dass man jetzt auf dem externen Markt oder dieser Hype-Zeit, da auch nochmal extra Geld verdienen kann. Diese Modelle haben aber in den seltensten Fällen funktioniert. Der Kampf wird härter. [...] Wie viele Stunden in der Woche arbeite ich? Wenn ich das konsequent, ohne mich selbst zu betrügen, sagen will, da würde ich sagen, arbeite ich im Schnitt zwischen 50 und 60 Stunden, 60 vielleicht. Das Problem ist aber nicht nur die Arbeitszeit und der Takt. [...] Das ist dann auch immer so ein Vabanquespiel für uns Ältere, wenn das anfängt, dass sich in einem der innere Widerstand gegen neuere Arbeitsweisen zu regen, nicht gegen Innovation, aber wenn so Arbeitsweisen allmählich überdreht sind, wenn da ein Zick-Zack-Kurs des Managements zu beobachten ist, dann kommen die inneren Blockaden. [...] Wie dem auch sei: Ich habe die Tendenz in mir, immer, zur Überverausgabung. Das ist so. [...] Und nochmal zum Thema ‚jung und alt‘: Ich habe junge Kolleginnen, die sind kaputt, wenn sie am Tag nach Stuttgart reisen, haben dort eine mehrstündige Sitzung und müssen am gleichen Tag zurück, und dann nehmen sie am nächsten Tag Urlaub. Die haben innerlich, ich nenne es mal positiv formuliert, ein sehr gesundes Verhältnis zu ihrem Körper, zum Ausgleich ihrer Psyche, haben ein hohes Gesundheitsbewusstsein, und werden wahrscheinlich ihr Lebtage nicht in die Rolle, in diese Situation geraten wie ich“ (Herr B., S. 14 f. und 28 f.).

So locker, wie in der medialen Öffentlichkeit lange der IT-Aufschwung gesehen und bewundert wurde, ist die reale Welt nicht oder nicht mehr. Der Wettbewerb nahm im IT-Sektor enorm zu, „der Kampf wird härter“, auch für jeden einzelnen Beschäftigten. Arbeitszeit und Arbeitsschwindigkeit nehmen zu – das alleine sind schon unzweifelhaft hohe Belastungen. Die Existenz kleiner IT-Unternehmen steht aufgrund des

harten Konkurrenzkampfes in Zweifel. Doch lenkt Herr B. unser Augenmerk auf einen weiteren Punkt: neue Arbeitsweisen und neue Managementmethoden, die für ältere und erfahrene Mitarbeiter/innen oftmals uneinsichtig oder sogar unsinnig erscheinen. In einer solchen Situation reagiert jedoch Herr B. zunächst nicht mit Rückzug, sondern setzt sich mit vermehrter Energie für die ihm vernünftig und zielführend erscheinende Arbeitsweise ein. Er verausgabt sich über seine körperlichen und psychomentalen Möglichkeiten hinaus, es fehlt ihm an Achtsamkeit seinem Körper und seiner Psyche gegenüber, er brennt aus und schliddert immer wieder in eine tiefe Niedergeschlagenheit und komplette Energielosigkeit. Das habe auch mit seiner Angst zu tun, dass seine fachlichen Kompetenzen nicht mehr ausreichen, tatsächlich die Konkurrenz mit jüngeren Kollegen/-innen zu bestehen, selbst dann, wenn sie mit weniger Einsatz arbeiten als er.

„Weil der fachliche Boden, auf dem ich stehe – ich bin vielleicht ein alter Mensch oder so was – der fachliche Boden, der ist sehr dünn, ich bin nicht ein wirklicher ITler, ich bin kein Maschinenbauer mehr, ich war noch nie ein guter Trainer, ich kann vielleicht noch Workshops leiten, ich bin irgendwie von bestimmten Inhalten begeistert, aber das Begeisterungsthema, das Emphatische, passt nicht zum Trainer, auch nicht zum Berater. Die Begeisterung ist bei mir immer begleitet durch Jobangst, und wenn man das jetzt nur immer so auf den Punkt ‚Arbeit braucht man‘ bringt, wenn man das so definiert, muss ich auch sagen, wenn das nicht ist, wohin fällst du?“ (Herr B., S. 13).

Herr B. offenbart hier seine grundsätzlichen Zweifel an seiner Person, seinen Fähigkeiten, seiner Kompetenz. Nach allem, was über die bisherige Entwicklung der IT-Branche bekannt ist, sind Quereinsteiger/innen die Normalität. Eine IT-spezifische Arbeits- und Berufskultur gibt es nicht, oder man fasst diese sehr weit, einschließlich einer hohen Variabilität (Hien 2008). Herr B. vergleicht sich mit „Besseren“ und „Jüngeren“ und sieht sich als „alter Mensch“, was er mit Unvermögen und Begrenztheit assoziiert. Gleichwohl ist er von seiner Arbeit, d. h. von bestimmten Themen, Problemstellungen, Herangehensweisen und Konzepten, die er – wie in der IT-Branche üblich – auch an andere vermitteln muss, immer wieder begeistert. Daraus aber zieht er nicht die Kraft, sein Selbstbewusstsein zu stärken, nein, er verdunkelt seine Begeisterung mit der Angst, aufgrund seines vermeintlichen Unvermögens seinen Arbeitsplatz zu verlieren. Die kryptische Bemerkung am Ende dieser Passage ist hoch interessant und vielleicht auch als latente Frage an den allgemeinen gesellschaftlichen Common Sense zu verstehen, nach dem der Mensch nur über Arbeit definiert und anerkannt wird. Wenn also die Arbeit wegfällt, stürzt man in einen Abgrund, in ein gesellschaftliches „Aus“. Herr B. zitiert diese Definition, halb kritisch, halb affirmativ. Dass ein Mensch, auch wenn er nicht oder nicht voll in der Arbeitswelt

verankert ist, dennoch ein ganzer und vollwertiger Mensch ist, mag ihm theoretisch klar sein, doch lebenspraktisch unterwirft er sich dem arbeitsorientierten Diktum. Die Möglichkeit, sich innerlich auf einem nicht ganz so hohen beruflichen Level anzusiedeln, hat er bisher verworfen. Der andauernde Vergleich mit der Leistungsfähigkeit oder der Erfolgsattitüde anderer bringt ihn immer wieder in eine schwierige Situation:

„Ich habe im Laufe meines Lebens ab und zu Probleme, die sich manchmal bis hin zur tiefen Depression entladen haben [...]. Ich will gar nicht so das Bild des Alten zeichnen, aber dann habe ich so eine Bitterkeit, eine Verbissenheit, völlig überarbeitet, dass eigentlich nichts mehr beruflich oder privat genießbar ist. So, immer wieder diese Phase durchzumachen, auch mal so etwas wie eine heftige Phase eines Mobbings erlebt zu haben. Es war einfach eine Konkurrenzsituation, wo ich dann auch mal das Feld geräumt habe oder so, das hat schon zu ziemlich tiefen Einschnitten geführt. [...] Viel zu oft bringe ich mich sehr aktivistisch ein, und der Job, den ich heute habe, der bringt mich da auch hin, heißt eigentlich, ständig am Ball sein, jeden Kontakt pflegen, der sich einem anbietet“ (Herr B., S. 15 ff.).

Zwischen den Zeilen drängt sein Ehrgeiz hervor, immerzu mithalten zu wollen und möglicherweise auch seine führende Position zu verteidigen – ein ressourcenverbrauchender und letztlich selbstschädigender Prozess, an dem er gleichsam zwanghaft festhält. Zugleich wird hier eine Struktur-Analogie zwischen Branche und Person deutlich. Der Erzählende ist ein Mensch mit überaus hohen Ansprüchen an sich selbst, bis ins Detail differenzierend, reflektierend und sich mit einem hohen Maß an Selbstkritik prüfend. Das sind auch Eigenschaften, mit der die Informationstechnologie sich nach außen und innen darstellt. Nie kann sie diesen Ansprüchen vollständig gerecht werden; genauso wenig kann dies ein einzelner Vertreter dieser Branche. Extremleistungen werden nicht oder nur ungenügend honoriert, am Horizont steht immer die nächste Herausforderung. Gefordert ist Selbstbeherrschung und ständige Anpassungsfähigkeit. Kaum verwunderlich, dass der ökonomisch bedingten Zwangslage eine psychische Zwangslage folgt mit den Leitsymptomen einer Erschöpfungsdepression, verbunden mit Verbitterung und Aggression – oft gegen die eigene Person. Aus der Struktur der Branche resultiert eine andauernde Selbstüberforderung, aus der Selbstüberforderung resultieren – vermittelt über die wiederkehrende Frustration – Unsicherheit, Selbstzweifel, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle. Die Angst, von der unser Protagonist spricht, ist nicht nur neurotisch gefärbt, sie ist auch eine Realangst: Wenn er seine bisherige Arbeitsorientierung mit ihrer hochaktiven Ausrichtung aufgibt, könnte es sein, dass er schnell keine Rolle mehr spielt. Es könnte sein, dass er nicht mehr gefragt ist, es könnte sein, dass ihm die rasante Geschwindigkeit der Branche und seines Unternehmens – und er kennt die Bran-

che und sein Unternehmen sehr gut – keine Chance zur Entschleunigung, zum Umsteuern auf eine angemessenere Tätigkeit lässt. Der Erzählende hat Angst vor dem Verschwinden, genauso wie in der schnelllebigen IT-Branche ganze Unternehmen einfach verschwinden. Ökonomische und psychische Dimensionen hängen miteinander zusammen, sind gleichsam ineinander verschränkt. Was hier deutlich wird, ist der Verlust des Vertrauens in eine Seins-Sicherheit, Vertrauen in die Kontinuität von Dingen und Personen, Vertrauen in die den Menschen tragenden Strukturen, Vertrauen darauf, dass jeder in seinem jeweiligen Anderssein akzeptiert und angenommen ist. Durch die seelischen Probleme des Erzählenden hindurch werden strukturelle Defizite der schnelllebigen und hinsichtlich der sozialen Beziehungen eher lockeren und wenig verbindlichen Strukturen der Branche sichtbar. Wenn Ängste, Erschöpfungsdepressionen und depressive Neurosen, insbesondere solche mit psychosomatischen Auswirkungen, vorwiegend Menschen betrifft mit „intellektuell differenzierter Struktur“ und „der Neigung, sich aus besonderer Gewissenhaftigkeit zu überfordern“; und wenn darüber hinaus Potentiale des Widerstandes – gleichsam „gesunde Aggressionen“ – unterdrückt und schließlich gegen sich selbst gerichtet werden (Kisker et al. 1991, S. 343 sowie S. 103 f.), dann fällt ins Auge, dass genau diese Eigenschaften in der Branche eher erwünschte Eigenschaften sind. Ehrenberg (2012) interpretiert Depressionserkrankungen in modernen bzw. postmodernen Leistungsgesellschaften als Ergebnis einer permanenten Selbstüberforderung, als Ergebnis einer weit über die eigenen Möglichkeiten hinausgehenden Selbstbildes, als Ergebnis eines immer wieder schmerzlich erfahrenen Scheiterns, das vor dem Hintergrund einer „Kultur der Selbstüberschätzung“ fast zwangsläufig eintritt. Unser Protagonist droht genau in diese Falle zu tappen, in die hineinzugeraten ihn eine präventive Beratung, wenn sie problemadäquat verlief, schützen könnte. Die Frage ist freilich die der Kriseneinsicht: Würde der Betroffene, bevor er in eine Depression fällt, die Zeichen erkennen und offen für eine unterstützende Beratung sein? Doch ohne dieses auf die Betroffenen zugehende Angebot stellt sich auch diese Frage nicht.

3.2 „In gewisser Weise ist immer eine Angst da“

Frau L. ist 37 Jahre alt, ist examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und besitzt sowohl in Pflegewissenschaft als auch in Gesundheitswissenschaft einen Bachelor-Abschluss. Sie versuchte zwar, eine ihrer Gesamtqualifikation entsprechende Stelle zu finden. Doch

dies gelang nicht, was womöglich damit zusammenhängt, dass sie seit ihrer Kindheit an starker Adipositas leidet. Sie arbeitet seit sechs Jahren in einer kleinen Seniorenresidenz. Der Inhaber der Pflegeeinrichtung ist ein externer Geschäftsmann, dessen Persönlichkeit dem von Arnim Rieger (2017) beschriebenen ausschließlich am Profit interessierten Unternehmertypus entspricht, nach Rieger – selbst ein Unternehmer – im Gesundheits- und Sozialwesen „ein Unding“. Frau L. bekleidet in der Einrichtung die Position einer Wohnbereichsleitung. Diese Aufgabe ist zwar mit viel administrativer Tätigkeit verbunden, doch zu zwei Drittel sei sie immer noch mit direkter Pflegetätigkeit verbunden. Frau L. sagt, dass sie mit „Leib und Seele“ Pflegekraft sei und dass ihr die Arbeit im Seniorenheim anfangs mit Freude gemacht habe. So habe sie mit den überwiegend dementen Menschen auch mal biographische Gespräche führen können. Mit der Zeit jedoch wurde es schwieriger. Das Pflegeheim ist, wie Frau L. glaubhaft schildert, Objekt unternehmerischer Spekulationen und habe seit Bestehen in den letzten zwölf Jahren mehrmals seinen Besitzer gewechselt. Sie selbst erlebe in den sechs Jahren, seit sie in diesem Betrieb arbeite, bereits den vierten Heimleiter. Seit dieser neue Heimleiter agiere, sei das Betriebsklima sehr schlecht geworden. Andauernd würden Gerüchte gestreut über angebliche Behandlungs- oder Dokumentationsfehler, und im Betrieb habe sich „eine Kultur der gegenseitigen Schuldzuschreibung“ entwickelt. Die Personaldecke sei derart dünn, dass bei Krankheitsausfällen die Versorgung der Alten und Kranken gefährdet sei. „Im Grunde“ seien die Stationen immer unterbesetzt. Dies führe zu häufigen Überstunden und Sondereinsätzen und zu einem Schrumpfen der Erholzeiten. Es sei häufig vorgekommen, dass sie nach dem Frühdienst am gleichen Tag in den Nachtdienst gerufen wurde. Frau L. wurde mehr als andere mit dem Vorwurf konfrontiert, sie arbeite fehlerhaft. Insbesondere der neue Heimleiter habe es besonders auf sie abgesehen:

„Ich war immer der Buhmann, für alles verantwortlich, habe angeblich meine Arbeit nicht vernünftig gemacht, und das war einfach irgendwann, dass ich gesagt habe [...] Selbst wenn ich dann als Abhilfe sozusagen [...], Bewohner nur noch zu zweit, damit niemand sagen konnte, ich hätte Bewohner nicht vernünftig versorgt, hieß es trotzdem, obwohl wir sie zu zweit versorgt haben, die wären dreckig gewesen, es hätten noch Vorlagen usw. da gelegen, dass ich irgendwann gesagt habe: Gut, wenn ihr die Arbeit besser machen könnt, dann muss ich jetzt einfach sehen irgendwie, wie es weitergeht“ (Frau L., S. 3).

Ausgehend von der Annahme, dass es wahrscheinlich keine hinreichende sachlichen Gründe für die besonderen Vorwürfe bzw. die Zuspitzung der Vorwürfe auf Frau L. gibt, lässt die Erzählung Frau L.'s verschiedene Hypothesen zu: Zum einen kann der Neid- und Konkurrenzfaktor, sowohl beim Heimleiter wie bei der Kolleginnenschaft, hinsichtlich ihrer

umfassenderen Ausbildung eine Rolle spielen. Zum anderen ist es auch möglich, dass ihre Überqualifikation im Lichte dessen, dass sie keine ihrer Ausbildung gemäße Stelle bekommen hat, im Sinne einer formalen, aber nicht wirklich inhaltlichen Qualifikation umgedeutet wird. Nicht zuletzt kann ihre äußere Erscheinung und bestimmte Eigenheiten ihres Habitus als für andere beeinträchtigend oder gar anmaßend empfunden werden. Vielleicht ist es auch eine Mischung aus verschiedenen Faktoren, die dazu führten, Frau L. zum Objekt eines Mobbingprozesses zu machen. Aus der gruppenspezifischen Forschung sind Interaktionsmuster bekannt, im Rahmen derer sich Außenseiterverhalten und Gruppenverhalten gegenseitig verstärken und einem regelrechten *circulus vitiosus* der psychosozialen und psychosomatischen Pathogenese werden (Mucchielli 1972). Frau L. wurde immer häufiger krank, sie hatte ständig Magen-Darm-Probleme; Kopfschmerzen und Schlafstörungen nahmen zu. Frau L. betont, dass sie „früher nie krank war“, immer arbeiten konnten und ein im Grunde fröhlicher Mensch gewesen sei.

„Als ich meine Ausbildung damals gemacht habe – mein Examen war 2004 –, in diesen drei Jahren, wo ich gelernt habe, war ich ganze sechs Tage krank. Das ist fast nichts. Lange Krankheiten kenn ich eigentlich gar nicht. Aber jetzt: Ich sage mal, bei mir jetzt, wo ich jetzt gearbeitet habe, war eigentlich das letzte Jahr geprägt von häufigen Erkrankungen. Sei es, ich hatte Schulter-Nacken-Verspannungen, ich hatte Probleme mit dem Ischias, oder Magen-Darm-Probleme, dass ich Erbrechen hatte, oder ich hatte Durchfall, solche Sachen, das hat sich abgewechselt. Dann hatte ich Schmerzen in der Schulter nur auf der einen Seite, konnte mich überhaupt nicht bewegen. Ich war vier oder sogar sechs Wochen außer Gefecht gesetzt wegen Nackenschmerzen. Habe auch Spritzen in die Schulter und alles gekriegt, wo man dann eben nicht rausgekriegt hat, wodurch es kam. Da hieß es dann nur: Och, kommt aus der Altenpflege, ja gut. hat sich wahrscheinlich verhoven. Ich meine, wenn es dann zeitlich passte, wenn mal wieder der Novo-Virus in der Pflegeeinrichtung rumging: Gut, okay, hat Durchfall, alles klar, hat sich das Novo-Virus auch eingefangen. Dass es dann vielleicht aber auch andere Zusammenhänge gab, hat man nicht so wahrgenommen. Mir ist es dann einfach nur aufgefallen, dass ich gesagt habe, ich schlafe schlecht, das war ein großer Faktor, wo ich gesagt habe: Gut, egal, was ich für einen Dienst ich hatte, ich bin um zehn Uhr ins Bett gegangen, war um zwei Uhr schon wieder wach, und habe dann wach gelegen, bis ich zum Dienst musste. Das geht ja auf Dauer nicht gut. Erstens ist man dann unkonzentriert, man hat ständig Kopfschmerzen usw. Das potenziert sich und zieht eben noch andere Sachen nach sich. Wenn man nicht ausreichend schläft, leidet ja alles drunter. Deswegen habe ich dann irgendwann gesagt: gut, das ist mir aufgefallen, dass ich eben häufig krank war, dass es mir nicht gut ging, dass ich auch gereizt war usw., zu nichts mehr Lust hatte, und eigentlich nur noch unzufrieden war, und dass ich dann gesagt habe: Irgendwas stimmt hier nicht. Bin auch zu meinem Hausarzt gegangen, der hat leider auch nicht so reagiert, der hat mich einfach nur ständig krankgeschrieben, statt zu sagen: So gut, gehe mal zum Psychiater“ (Frau L., S. 22 f.).

Frau L. war über viele Wochen hinweg immer wieder krankgeschrieben. Erstaunlich ist der Umstand, dass weder ein BEM bzw. BEM-ähnliche

Gespräche im Betrieb zustande kamen, noch die Krankenkasse bzw. der MDK sich meldeten. Sie ging wieder zu Arbeit, doch es entwickelte sich ein Teufelskreis, sodass, wenn sie trotz Krankheit zur Arbeit kam, tatsächlich Phasen der Unaufmerksamkeit aufkamen und sich Fehler in ihre Arbeit einschlichen. Frau L. sagt, ihr Selbstwertgefühl sei „total in den Keller gegangen“, und sie merkte, dass sie im Grunde nicht arbeitsfähig war und dass sie dringend einer Therapie bedurfte. Sie ging schließlich zu einem Psychiater, der sie postwendend in einen stationären Aufenthalt in eine psychiatrische Klinik überwies. Dort war sie acht Wochen, und dort habe man ihr sehr geholfen, wieder ein wenig Selbstvertrauen zu fassen. Erst in der Klinik habe sie Stück für Stück begriffen, dass sie auch Opfer eines systematischen Mobbing geworden war. Nach dem Klinikaufenthalt schloss sich eine ambulante Psychotherapie an, in der sie sich nach wie vor befindet.

„In gewisser Weise ist auf jeden Fall dann immer eine Angst da. Bei mir ist, gebe ich ganz offen zu, auch so die Angst, etwas falsch zu machen. Das hat sich jetzt auch so potenziert, das ist jetzt auch Bestandteil meiner Therapie, so das Selbstwertgefühl wieder aufzubauen. Das hat bei mir auch einen Knacks gekriegt. Definitiv. Da bin ich jetzt auch sozusagen, ich habe so verschiedene Punkte, wo ich dran arbeiten muss. Ja, ist einfach schwierig. [...] Ich habe über meine Situation gesprochen, und habe auch gesagt, dass ich jetzt einfach die Konsequenz gezogen habe, dass ich kündige, und dass ich wirklich mir etwas anderes suche, einfach einen Neuanfang mache. Meine Therapeutin unterstützt mich auch dabei. Was natürlich für das Selbstwertgefühl auch eine Rolle spielt, ist eben abnehmen, Gewicht reduzieren, dass ich da eben auch auf einen guten Zweig komme. Wenn ich mich besser fühle, steigert das auch so das Selbstwertgefühl“ (Frau L., S. 24 f.).

Frau L. ist nach wie vor im Krankenstand, bezieht Krankengeld und bemüht sich, einen neuen Arbeitsplatz zu finden. Sie hat einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt. Sie hofft, einen ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten gemäßen Arbeitsplatz zu finden. Auf Nachfrage sagte sie, über spezifische Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben habe sie bisher nicht nachgedacht. Sie hoffe einfach, etwas Adäquates für sich zu finden. Im Grunde befinde sie sich noch in einem Suchprozess, den sie zusammen mit ihrer Therapeutin beschreibe. Die Lebenssituation Frau L.'s ist ökonomisch sehr bescheiden. Ihr Krankengeld liegt bereits unter dem Existenzminimum, sodass sie bei der Hartz-IV-Behörde einen Aufstockungsantrag stellen müsste. Doch dafür reicht im Moment ihre Energie nicht.

Was im Interview nicht thematisiert wurde, genauer: was der Interviewer sich nicht getraute anzusprechen, war das Thema der Stigmatisierung als adipöse Person. In einem Lehrbuch der Verhaltensmedizin heißt es: „Adipöse Personen werden von Mitmenschen als willensschwach, unkontrolliert und faul angesehen. Diese Stigmatisierung trifft

ganz besonders adipöse Kinder. Depression und Ängstlichkeit werden sowohl bei adipösen Kindern, aber auch bei adipösen Erwachsenen vermehrt diagnostiziert. Die psychische Komorbidität steigt mit steigendem Body-Mass-Index und wird allgemein bei Frauen häufiger gefunden. Eine Depression kann Folge der Adipositas sein, die Adipositas kann aber auch Folge der Depression sein“ (Platte/Meule 2016, S. 296 f.). Auch wenn pathophysiologische Teilursachen wie z. B. ein endigen erhöhter Kortisolspiegel angenommen werden kann, sind die sozialen Kontexte für die Entstehung und das Weiterbestehen von Fettleibigkeit von entscheidender Bedeutung. Hänseleien, Sticheleien und gewaltförmige Übergriffe gegen Adipöse sind gerade bei Kindern und Jugendlichen keine Seltenheit. Die Betroffenen schützen sich, indem sie sich psychisch und sozial absondern oder abschotten, eigene Ingroups bilden oder eine aggressive Gegenstrategie entwickeln mit eigenen Gefühls-, Verhaltens- und Sprachmustern, insbesondere auch, was eine vorgespelte Stärke anbetrifft. Weit davon entfernt, faul oder willensschwach zu sein, macht die Protagonistin unseres Falls den Eindruck, dass sie Zeit ihres Lebens große Energie darauf verwandt hat, Stärke und Kompetenz zu zeigen und ihre Arbeit gewissenhaft zu erledigen. Doch auf diese Weise stark zu sein, verbraucht viel psychische Potenzen, die genau dann erschöpft werden, wenn die soziale Anerkennung dauerhaft ausbleibt bzw. durch Mobbing unterhöhlt wird. Mobbing zersetzt das Selbstbewusstsein und erhöht die Krankheitsanfälligkeit (Leymann 1993). Die Missachtung eines Menschen hat zu Folge, dass sich im Geflecht der Interdependenz von körperlichen und psychischen Vorgängen sein leibliches Leben verfängt, ausgebremst und fehlgeleitet wird. In der Fallgeschichte wird zudem die wechselseitige Abhängigkeit von sozioökonomischen Strukturen, Macht und Herrschaft einerseits und Persönlichkeitsfaktoren andererseits evident. Wünschenswert wären betriebliche Kulturen, in denen auch Menschen ihren Platz finden, die nicht dem üblichen Schema des Körperbildes und nicht dem üblichen Attitüden der Konformität entsprechen. Doch vor dem Hintergrund neoliberaler Umwälzungen der Kapitulandschaften, die vor der Pflegebranche offensichtlich keinen Halt macht (Rieger 2017), wandeln sich diese Wünsche zu unrealistischen Vorstellungen – sie bleiben „fromme Wünsche“. Überbetriebliche Beratungs- und Unterstützungsstrukturen für von chronischer Krankheit betroffene Erwerbstätige hätten die Aufgabe, gerade in solchen Fällen, in denen die Betroffenen alleine stehen, Hilfestellung anzubieten.

3.3 „Nach all dem hab ich keinen Antrieb mehr“

Herr E. ist gelernter Drucker, 62 Jahre alt und nach einer Kündigung seitens des Betriebs seit kurzem arbeitslos. Herr E. leidet an Diabetes und Depressionen, er ist mit GdB 50 als schwerbehindert anerkannt. Das Integrationsamt hat seiner Kündigung nicht widersprochen. Dass seine Arbeits- und Berufsgeschichte so enden würde, hatte Herr E. „im Leben nicht“ angenommen. Nach anfänglichen Schwierigkeiten als junger Mann bekam Herr E. in einer Offset-Druckerei mit etwa 70 Beschäftigten eine Stelle, die er 36 Jahre innehatte. Herr E. fühlte sich über lange Zeit in diesem Betrieb wohl.

„Ich habe die Arbeit gerne gemacht, die Kollegen waren in Ordnung, ja, die habe ich eigentlich gerne gemocht“ (Herr E., S. 11).

Herr E. zeigte dem Interviewer am PC viele Fotos, auf denen man den Arbeitsplatz und die Arbeitsmaschinen sehen konnte. Er erläuterte die Arbeitsgänge und die Arbeitsergebnisse, so z. B. Werbeprospekte großer Warenhäuser. Zu spüren war ein beachtlicher Stolz, als Drucker diese Arbeit geleistet zu haben. Doch die gute Situation war nicht von Dauer. Seit den 1990er Jahren geriet die Druckbranche durch digitale Technologien zunehmend unter Druck, und die Druckerei geriet in mehrere Insolvenzverfahren. Die Inhabergefamilie gründete die Druckerei immer wieder neu – d. h. nach und nach wurden mehrere Familienmitglieder, Söhne und Töchter, als neue Inhaber unter neuem Namen eingetragen –, verkleinerte und spezialisierte den Betrieb und entließ immer mehr Mitarbeiter/innen. Seit über einem Jahrzehnt befindet sich der Betrieb in einer Dauerkrise. Die Betriebssituation wurde von der Inhabergefamilie nicht transparent gemacht, Entscheidungen wurden nicht einmal ansatzweise partizipativ gefällt und die personalpolitischen Maßnahmen waren – nach Einschätzung Herrn E.'s – generell autoritär, willkürlich und sozioemotional rücksichtslos, grob abwertend und persönlich verletzend.

„Weil man versuchte, immer irgendwelche Leute rauszuekeln. Ich habe gemerkt, wenn es um Geld geht, wenn es um das Weihnachtsgeld zu zahlen geht, wurde kurz vorher die Keule rausgeholt“ (Herr E., S. 5).

Herr E. erzählt, dass auch die Lohnzahlungen immer schleppender liefen, bis sie dann immer wieder für Monate bis zur erneuten Insolvenz ausblieben. Die Inhabergefamilie machte keinerlei Anstalten, mit ihrer Belegschaft offen und solidarisch über die Problemlage zu sprechen. Tat-

sächlich war, unabhängig von der formalrechtlichen Konstruktion, immer der „Alte“ der „eigentliche Chef“. Es zeigte sich, dass die Belegschaft immer wieder vom Inhaber belogen wurde. Lohnzahlen blieben aus, mit dem Argument der mangelnden Liquidität, doch wurden zeitgleich neue Druckmaschinen angeschafft, die aber in einem neu gegründeten Zweigbetrieb zum Einsatz kamen. Der Senior-Chef sei über viele Jahre hinweg der eigentliche Patriarch gewesen. In einer „unglaublich cholertischen Art“ habe er Menschen im Betrieb andauernd zurechtgewiesen, sei schreiend durch die Arbeitsräume gelaufen, habe beleidigende Äußerungen gemacht und sei insbesondere hinsichtlich des Themas Krankmeldungen „sehr ungnädig“ gewesen. Er habe Mitarbeiter zu Hause angerufen, sogar Mitarbeiter im Krankenhaus, die eine OP durchstanden hatten, und sie zur sofortigen Arbeitsaufnahme aufgefordert. Sein Ton sei immer „ein Befehlston“ gewesen. Im Betrieb entstand eine zunehmend angespannte Situation. Nach Herrn E.'s Wahrnehmung verloren immer mehr Mitarbeiter ihr „ursprünglich dickes Fell“. Viele in der Belegschaft seien immer gereizter geworden. Einige Kollegen seien regelrecht tablettenabhängig geworden. Der Betriebsrat sei abgetreten, und die Gewerkschaft habe „nichts getan, die Lage zu ändern“. Der Betrieb existiert noch, mit derzeit etwa 20 Mitarbeitern.

Herr E. war offenbar besondere Zielscheibe des unternehmerischen Mobbings. Sein Gesundheitszustand verschlechterte sich, sein Körpergewicht nahm erheblich zu, ebenso seine Rücken- und Kniebeschwerden, schließlich wurde ein Diabetes Typ 2 festgestellt. Hinzu kamen depressive Episoden. Es ergaben sich längere Krankschreibungszeiten, wobei zu bemerken ist, dass sich weder MDK noch sonstige Institutionen einschalteten. Dem Betroffenen wurde kein BEM angeboten, da dieses Instrument im Betrieb ohnehin unbekannt ist. Seit vielen Jahren gibt es keinen Betriebsarzt mehr; eine medizinische Reha-Maßnahme wurde von niemandem in Erwägung gezogen, d. h. weder haben die behandelnden Ärzte den Betroffenen auf diese Möglichkeit hingewiesen, noch ist der Betroffene selbst aktiv geworden, indem er nachgefragt oder sich z. B. bei der Krankenkasse erkundigt hätte. Dies freilich ist bei einem gesundheitlich derart angeschlagenen Menschen auch nicht zu erwarten. Doch gab es eine stufenweise Wiedereingliederung, im Gefolge dessen ärztlicherseits empfohlen wurde, die Arbeitszeit auf 30 Stunden zu reduzieren. Die Einkommenssituation Herrn E.'s verschlechterte sich, und es kam zu familiären Problemen. Seine Frau trennte sich von ihm und zog im gleichen Wohnblock zu einem anderen Mann. Herr E. versteht das nicht:

„Meine Frau hat einen Anderen. Meine Frau ist konvertiert zum Islam. Die trägt jetzt Kopftuch und all das. Hier hat sie alle Freiheiten gehabt, und da wird ihr gesagt, wo es langgeht. Sie will es so. Das ist verrückt, wir haben aber keinen Streit. Es ist einfach so gekommen. [...] Ich bin halt so schon mit den Kräften runter, was ich so erlebt habe da bei der Firma, da bin ich schon psychisch belastet, und dann kam das alles auch noch dazu. [...] Ich bin eher ein ruhiger Typ, zornig werde ich eher nicht, nein. Und wenn eine rote Linie überschritten ist, werde ich tätig, aber so – ich wende mich an jemanden, oder ich kündige das Verhältnis. Ich bin halt nicht so ein Typ, der sozusagen jetzt hier dong, dong, dong [...] Es geht bei mir halt viel nach innen da rein“ (Herr E., S. 24 und 26 f.).

Diese Schilderung macht deutlich, wie eng familiäre und betriebliche Faktoren miteinander verschränkt sind. Zugleich wird deutlich, dass bei Herrn E. aus den Frustrationen nicht etwa Zorn oder zumindest Widerstandsgeist und Auseinandersetzungswille erwächst, sondern ein eher stilles Ertragen. Der innere Dauerstress ist mit einem erhöhten Kortisolspiegel assoziiert. Aus der epidemiologischen Forschung ist bekannt, dass ein anhaltendes Ungerechtigkeitsempfinden ein signifikanter Risikofaktor hinsichtlich verminderter psychischer Gesundheit darstellt (Kivimäki et al. 2003). In der Diabetesforschung wird ein enger Zusammenhang zwischen Diabetes und Depression angenommen (Axmann 2014). Es ist möglich, dass sich zunächst der Diabetes entwickelte und hieraus die Depression, es ist ebenso gut möglich, dass sich der Diabetes auf der Basis einer depressionsbedingten Stoffwechselveränderung entwickelte. Hinter beiden pathogenetischen Phänomenen kann eine stressbedingte Ursache stehen.

„Die dauerhafte Aktivierung der Stressachse führt zu einem Hyperkortisolismus, es entwickelt sich vermehrt Fettgewebe, der Bauchumfang nimmt zu, und eine metabolische Insulinresistenz entsteht oder wird verstärkt. [...] Die Therapie der Depression bei Diabetes sollte psychotherapeutische, sozialtherapeutische und psychoedukative Maßnahmen mit Erlernen von Stressbewältigungsstrategien umfassen“ (Ebenda, S. 38).

In den Genuss einer so ausgerichteten Therapie ist Herr E. nie gekommen. Seine Depression hat sich verstärkt, sodass zunehmend auch sein privates Leben in Mitleidenschaft gezogen wurde.

„Ich habe einen Freund, schon ewig. Es ist aber auch, es ist viel kaputt gegangen da. Den Freund sehe ich jetzt auch selten da. Den kenne ich seit 1962, das ist ein Schulfreund, den kenne ich seit 62. Eine Freundin von mir, die kenne ich seit 1967. Wir feiern dieses Jahr 50jähriges. Tatsächlich 50jähriges. Gut, wir hatten jetzt lange keinen Kontakt, ja, man hat auch ein Leben dann wieder [...], aber der Kontakt ist immer noch da. 1967, also Wahnsinn. Ich mache manchmal auch Fotos. Foto ist aber nun blöde, wegen der Knie, da kriege ich [...]. Ja, das ist auch mit Laufen verbunden, und spazieren gehen, leider, komme ich auch nicht so zur Sache. Mir fehlt auch, ehrlich gesagt, der Antrieb“ (Herr E., S. 29).

Alte Freundschaften werden nicht mehr gepflegt, und sein ihm wichtiges Hobby, das Fotografieren, bleibt auf der Strecke, auch weil sich sein Körper quergestellt scheint. Herr E. nutzt seine körperlichen Gebrechen nicht als Vorwand, sondern bringt das Problem auf den Punkt: Ihm fehle „der Antrieb“. Auf die Frage, ob denn eine frühzeitige Beratung, d. h. eine Beratung zur Zeit seiner vollen Erwerbstätigkeit, ihm eventuell hätte helfen können, antwortete Herr E.:

„Ja, Beratung, das hätte ich mir gewünscht. Also einige hätten mir auch sagen können, was ich machen könnte, wenn das z. B. im Betrieb nicht so richtig läuft. Da war ich ja auch zum Jobcenter, bzw. dem Amt für Arbeit. Da hat man mir gesagt: Halten Sie solange durch, wie Sie können. Das letzte, was ich jetzt hatte da, wo ich denn meinen Behindertenfall hatte, dann einen Job suchen: Ja, denn können Sie sich auch selber einen Job suchen da. Anstatt [...], ich bin ja behindert, ich brauche eine Integrationshilfe da. Nein, wie man mich auch verwiesen hat: Machen Sie das und das und rufen Sie die an, oder schreiben Sie sie dann an [...]. Aber gemacht haben die nichts. [...] Nein, ich habe nur wegen der Ausweissache einen Schrieb gekriegt da, und das ist eigentlich alles gewesen. Das ist also eigentlich der einzige Kontakt, den ich da hatte da. Jetzt, wie jetzt die letzte Kündigung gewesen ist, also da bin ich ja auch nicht angehört worden, das ist ja einfach so entschieden worden. Ich wurde irgendwie total ausgebootet“ (Herr E., S. 31 f.).

Herr E.'s Kampf gegen eine archaisch-vormoderne Betriebsstruktur und Betriebskultur, in der durchsetzungsschwache Menschen kaum eine Chance haben, war kein Kampf: Es war überwiegend ein Hinnehmen und ein Erdulden. Hier wäre eine systematische unterstützende Begleitung hilfreich gewesen, ein frühzeitiges Eingreifen oder ein frühzeitiges Umsteuern hinsichtlich einer beruflichen Rehabilitation. Aus übergeordneter Sicht verweist der Umstand, dass weder IFD noch ein anderer Fachdienst für Integration und Rehabilitation eingeschaltet wurde, auf systembedingte Defizite in der Sekundärprävention. Die Geschichte von Herrn E. ist ein prototypisches Beispiel für in KMU Arbeitende, die in Krisensituationen auf sich allein gestellt sind und sich trotz aller institutionellen Hilfemöglichkeiten verloren und verlassen fühlen. Nicht nur, dass Herr E. eine unschöne betriebliche Exklusion und die Trennung von seiner Frau erleben musste, er wurde auch von den Rehabilitationsträgern allein gelassen – ein Lehrstück dafür, wie es auf keinen Fall sein sollte.

So unterschiedlich die Fälle kontextualisierenden Arbeitskulturen auch sein mögen: Alle dargestellten Protagonisten drohen an den selbst gesteckten Zielen zu scheitern oder sind bereits gescheitert. Ein guter und von allen anerkannter IT-Spezialist, eine gute und von allen anerkannte Pflegefachkraft und ein wertgeschätzter Drucker zu sein, der beruflich und soziale seinen betrieblichen Ort hat, um den er nicht täglich ringen muss – diese Ziele sind nicht erreicht worden. Dafür gibt es objektive und subjektive Gründe. Zum einen sind es hohe oder überhöhte

Erfolgsansprüche und die darauf folgende Angst vorm – oder auch das Erleben von – Versagen, zum anderen sind es betriebliche Kontextfaktoren, die vom Subjekt nicht wahr- oder nicht ernstgenommen wurden, vielleicht aufgrund einer verstellten Sicht auch gar nicht wahrgenommen werden konnten. Die Sicht kann durch eine beschönigende Fassade der Organisation wie auch durch zeitweise kompensierende innerbetriebliche Konstellationen erschwert oder behindert sein. Schließlich kann die Sicht aber auch dadurch getrübt sein, dass die Gesamtumstände, so etwa die Situation der Druckereibranche, dem Subjekt die Alternativlosigkeit seiner momentanen Situation spiegeln. Gerade eine solche Konstellation kann zum Erleben eines „Verlust(es) an sozialer Freiheit der einzelnen konkreten Person“ führen, den Heinze/Thoma (2018) als Kernproblematik der Genese von Depressionserkrankungen herauskristallisiert haben. Soziale Freiheit wird hier als positive, in soziale Kontexte und Solidarität eingebundene Freiheit verstanden, welche durch die allgegenwärtige Konkurrenz und Individualisierung zerrieben wird. Die zitierten Autoren, beide als Psychiater und Psychotherapeuten tätig, kommen zu dem Schluss, dass gerade deshalb Therapie nicht „rein zweckrational“ auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit verkürzt werden darf, sondern darauf ausgerichtet sein muss, soziale Beziehungen zu stärken. So beispielsweise denken sie an Job-Coaches, die sowohl den Betroffenen als auch dem betrieblichen Umfeld helfen, ohne erneute Überforderung den richtigen betrieblichen Ort und die passende betriebliche Einbindung zu finden.

4. Bandscheibenvorfälle in unterschiedlichen persönlichen und betrieblichen Kontexten – ein Fallvergleich

Rückenprobleme stellen nach wie vor ein gesellschaftlich wie gesundheitspolitisch prädominantes Problem dar. 48 Prozent aller Erwerbstätigen und 56 Prozent aller Schichtarbeitenden leiden an chronischen Rückenschmerzen (Wöhrmann et al. 2016). In einer repräsentativen DAK-Befragung im Jahr 2017 lag dieser Anteil sogar bei 75 Prozent (Marshall et al. 2018). Rückenerkrankungen und Rückenschmerzen haben physische und psychische Ursachen (Stadler/Spieß 2009). Der Faktor „Schweres Heben und Tragen“ ist unbestritten ein Hauptrisikofaktor, insbesondere für bandscheibenbedingte Rückenerkrankungen. Ebenso unbestritten sind die psychischen Risikofaktoren. Der eigenständige Beitrag arbeitsbedingter psychosozialer Risikofaktoren – wie etwa geringer Handlungsspielraum, hoher Zeitdruck oder Gratifikationskrisen – an der Genese chronischer Rückenerkrankungen ist epidemiologisch gut belegt und pathophysiologisch gut plausibilisiert (Ebenda). Es gibt eng verwobene Wechselbeziehungen zwischen psychischen Befindlichkeiten und Empfänglichkeiten einerseits und Rückenbeschwerden bis hin zu massiven Bandscheibenschäden andererseits. Dass nicht nur physische Belastung, sondern auch eine andauernde Verspannung Rückenprobleme verursacht oder verstärkt, ist selbstverständlicher Teil des Alltagsbewusstseins.¹⁸ Es ist wichtig festzuhalten: Die röntgenologischen Befunde korrelieren nicht mit der Schmerzsymptomatik. Die psychosomatische Medizin weiß, dass Rückenprobleme auch Ausdruck einer inneren Haltung sein können, so beispielsweise der Orientierungs- und Deutungsrahmen bei Bräutigam (1992, S. 262): Man darf sich „nicht beugen lassen“, man darf aber auch „nicht halsstarrig sein“. Die Gratwanderung zwischen gerader Haltung, Anpassung und Flexibilität, ohne sich zu unterwerfen, gehört fraglos zu den großen Lebenskünsten. Aber auch die nicht leicht zu fassende Problematik des Krankheitsgewinns – welche Ziele verfolgt und erreicht der/die Betroffene in der Interaktion mit seiner Umwelt? – kann ins Spiel kommen (Faust 2017). Die beiden folgenden Interviewpartner wurden über den Kontakt zu niedergelassenen Ärzten gewonnen, die von unserem Projekt wiederum über eine persönliche

¹⁸ Einen guten Überblick über die Problematik eines Return to Work bei chronischen muskuloskelettalen Erkrankungen und Wirbelsäulenerkrankungen im Besonderen liefert: Middeldorf (2015); zur Schmerzsymptomatik siehe: Köllner (2015).

Schiene erfahren hatten und unserer Fragestellung gegenüber aufgeschlossen und interessiert waren.

4.1 „Ob die mich überhaupt noch akzeptieren dann“

Herr S., 51 Jahre alt, ist noch im Vorschulalter mit seiner Ursprungsfamilie aus der Türkei nach Deutschland gekommen. Er hat früh eine Familie gegründet, hat drei Kinder und ist stark in verwandtschaftliche Beziehungen sowohl in Deutschland als auch in der Türkei eingebunden. Herr S. lernte einen Handwerksberuf, arbeitete viele Jahre auf einer Werft und wechselte nach deren Schließung in die Personenbeförderung. Er arbeitet nun seit 20 Jahren in einem kleinen Unternehmen, das auf Kranken- und Behindertentransporte spezialisiert ist. Herr S. betont, dass schon in den früheren Tätigkeiten sein Rücken stark belastet gewesen sei und sich damals schon Schäden angehäuft hätten. Mit den Jahren seien die Schmerzen immer heftiger geworden, in deren Folge eine Bandscheiben-OP unumgänglich wurde. Doch trotz OP stellten sich nach kurzer Zeit erneut Schmerzen ein, die Herr S. – nun schon seit mehreren Jahren – mit Medikamenten bekämpft. Er bekommt regelmäßig Analgetika-Spritzen, doch das alles hilft wenig. Die Familie ist durch die Krankheit von Herrn S. stark in Mitleidenschaft gezogen. Er war oft im Krankenstand, und aufgrund seiner starken Schmerzen zentrierte sich das Familienleben sehr stark um sein Leiden.

„Meines Erachtens nach habe ich nicht den Erfolg gesehen, den ich eigentlich nach einer OP haben wollte, ich hatte trotzdem die Schmerzen. Da hat man mir gesagt: Gut, das geht auch mit der Zeit vorbei. Ich weiß es nicht, ob es vorbei gegangen ist, oder ob der Mensch sich einfach dran gewöhnt hat, diesen Schmerz mit sich zu tragen. Es ist leichter geworden, und ich bin so ein Mensch. Ich sag: Gut, auch wenn ich Schmerzen habe, egal, Augen zu, Zähne zusammen und das geht schon, irgendwann geht das schon weg. Ich war eigentlich nie der Typ, der gesagt hat: Mensch, jetzt muss ich mich mal ein halbes Jahr krankschreiben lassen, das war nie der Fall. Ich hab nach zwei Wochen, zehn Spritzen, war ich wieder auf der Arbeit, und so ist es jetzt eigentlich immer noch. Ich habe gerade jetzt solch heftige Schmerzen gehabt, und mich mein behandelnder Arzt immer wieder gefragt hat: Mensch, soll ich dich krankschreiben? Ich sag: Nee, ich krieg das schon auf der Arbeit hin. Wenn es extrem wird, lege ich mich hin. Ich muss nicht unbedingt arbeitsunfähig geschrieben werden, weil, ich krieg das schon irgendwie hin. Weil, mit der Zeit hat man auch gelernt, mit dieser Sache irgendwie umzugehen“ (Herr S., S. 7).

Herr S. zeigt eine hohe Arbeitsorientierung und einen hohen Arbeitsstolz, der ganz sicher gepaart ist mit einem männlichen Ehrgefühl, das es zu einem Makel macht, als „arbeitsunfähig“ zu gelten. Herr S. hat ei-

ne stationäre Schmerz-Reha absolviert, ebenfalls mit mäßigem Erfolg. Auf meine Nachfragen nach den genaueren Umständen seiner Arbeit, seines Berufes und des Unternehmens, in dem er beschäftigt ist, d. h. nach den Kontextfaktoren, die sein Leiden beeinflussen, verschlimmern oder verringern, auch danach, wie er sich seine weitere Arbeit vorstellt, gab er eine eher verhaltene Antwort:

„Das ist alles ein Problem, aber ich bin wohl auch hier in diesem Beruf, sag ich mal, nach Jahren, auch geblieben, weil; Es ist ein Beruf, wo man sehr viele Freiheiten hat, d. h. ich bin nicht konsequent situationsgebunden, oder zweckgebunden. Ich kann Pause machen, wie ich möchte. Ich kann vielleicht nach Hause fahren, mich eine halbe Stunde hinlegen, wo keiner was sagt, oder dieses Unternehmen, was sich nennt: Mietwagenunternehmen, Personenbeförderung, nicht meckert. [...] Gut, vielleicht auch, weil ich eben halt so lange dabei bin, und ich bin immer noch derjenige, wenn es irgendwo nicht geht, ich sag: Gut, wenn du jetzt niemanden gefunden hast, kein Problem, dann fahr ich da trotzdem hin und wupp das denn da mal eben rein, aber eben halt nicht in 20 Sekunden, dann eben halt eine Minute, dass ich mich denn richtig vorbereiten kann, anspannen und, und, und, und dann mal eben so rein zu wuppen. Es ist schon ein Entgegenkommen, auf jeden Fall, das kann ich sagen“ (Herr S., S. 6 und 8).

In dieser Schilderung kommt das gegenseitige Entgegenkommen zum Ausdruck. Der Preis für die kleinen Freiheiten ist die Bereitschaft, „bei Not am Mann“ einzuspringen, d. h. der Preis für die Entlastungen im Alltag sind Sonderbelastungen in wiederkehrenden Ausnahmesituationen. Die „Belastungsbilanz“ ist – das zeigen seine persistierenden Beschwerden – indessen nicht so ausgefallen, wie es zu wünschen wäre. Meine Fragen nach BEM, nach einem Betriebsarzt und nach sonstigen Beratungsangeboten wurden alle negativ beantwortet. Auf meine Frage nach Schwerbehinderung reagierte Herr S. mit folgender Schilderung:

„Der Schein liegt bei mir zu Hause. Ich war immer am überlegen, ja, brauchst du das, musst du das, welche Vorteile hast du dadurch, welche Nachteile hast du dadurch? Ja, ich habe eigentlich schon immer wieder [...], aber ich habe nie das dringende Bedürfnis gehabt, so, jetzt muss ich's machen. Weiß ich nicht, was ich damit verbinde, vielleicht psychisch, dann bist du behindert, dann bist du nicht mehr voll einsetzbar, vielleicht auch etwas die Angst, bei dem Arbeitgeber, ob die mich überhaupt noch akzeptieren dann [...]“ (Herr S., S. 13 f.).

Eine schwierige Passage, denn: Sie lässt sich in zwei Hinsichten deuten. Zum einen hat Herr S. eine berechtigte Angst, seinen Arbeitsplatz zu verlieren und damit auch das Einkommen, das seiner Familie ein halbwegs gutes Überleben sichert. Zum anderen sollte ihn genau davor eine anerkannte Schwerbehinderung schützen. Beantragt er sie nicht, weil er fürchtet, sein Antrag könnte abgelehnt werden? Oder beantragt er sie nicht, weil dies womöglich seiner Vorstellung von Männlichkeit und Stärke widerspricht? Befürchtet er eine Herabsetzung seiner Person,

seiner betrieblichen Position, seiner Anerkennung und seiner Reputation? Vielleicht würde er nicht mehr für Fahrten eingesetzt, sondern in der Fahrtenplanung bzw. der Fahrtenorganisation. Doch in seinem Verständnis wäre dies ein Abstieg, ein Verlust, ein für alle sichtbare Einschränkung, möglicherweise auch ein Anerkennungsverlust in seiner Familie. Gleich, welche Motivlage es nun genau sein mag: Deutlich ist die Angst vor dem Abstieg zu spüren.

Das Interview fand im Beisein seines Sohnes statt, der sich einschaltete und darauf hinwies, dass sein Vater in den letzten Monaten immer wieder Lähmungserscheinungen hatte, die so weit gingen, dass er zeitweise nicht mehr laufen konnte. Sein Sohn erwähnte auch, dass die Schmerzen zeitweise so extrem seien, dass sie in den Bauchraum hineinflössen, sodass im Prinzip der gesamte Bauchraum von Schmerzen erfüllt sei. Der Schmerzmittelkonsum sei auf ein bedenkliches Level von zumeist mehr als fünf Tabletten – hauptsächlich Tramadol – angestiegen. Der Herr S. behandelnde Orthopäde schlägt daher schon seit längerem vor, eine sogenannte Versteifungsoperation durchführen zu lassen, doch Herr S. hat davor sehr große Angst und ist der Meinung, er sei noch entschieden zu jung für eine solche schwerwiegende Operation. Er kenne, so seine Argumentation, Menschen, die nach einer Versteifungs-OP noch mehr Schmerzen hätten als zuvor, denen es also noch schlechter ginge als zuvor, und er fürchtet, dass er danach überhaupt gar nicht mehr arbeiten kann. Sein Sohn sagte, diese schrecklichen Bauchschmerzen in den letzten Monaten, seien von den Ärzten begriffs- und fassungslos registriert worden. Man habe keine weiteren Ursachen finden können, außer dem schon jetzt ausführlich behandelten Rückenleiden. Sein Vater entwickelte innerhalb der letzten Monate Vorbehalte und sogar Misstrauen gegenüber deutschen Ärzten. Sein Vater habe sich deshalb für einige Wochen in die Türkei begeben und sich dort behandeln lassen. Es gab aufgrund extremer Schmerzmittel eine vorübergehende Besserung. Inzwischen sei „sozusagen wieder alles beim Alten: ein Vor-sich-Herschieben der Entscheidungen“. Auch hier lässt sich erahnen, was eine aufsuchende und systematische Beratung präventiv für alle Beteiligten leisten könnte.

Die Fallgeschichte drängt zu einigen Überlegungen, die hier angemerkt werden sollen. Faust (2017) diskutiert die seelischen Faktoren, die mit einer Rückenerkrankung und vor allem mit dem anhaltenden Rückenschmerz in Verbindung gebracht werden können. Vor dem Hintergrund seiner ärztlichen und psychiatrischen Praxis vermutet der Autor, dass therapieresistente Rückenschmerzen wie auch anderer Schmerzen als Affekt-Äquivalente gedeutet werden können, d. h. als Ausdruck unterdrückter Machtphantasien, unterdrückter Wut und unterdrückten

Neids, vor allem aber verzweifelt abgewehrter depressiver Momente. „Nicht selten sind es auch selbst-quälerische Anwandlungen, allerdings häufig vermischt mit subtiler Aggression gegen die Umwelt. Konkret: Der Schmerz-Patient, der sehr viel klagt, klagt auch an. Und er quält mit seinem ständigen Kreisen um diese Schmerz-Krankheit nicht nur sich, sondern auch seine Nächsten“ (Ebenda, S. 11). Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass Herr S. etwas in seiner Familie ausagiert, dessen Kern ihm selbst zwar unbewusst bleibt, doch im Endeffekt dazu führt, dass sich alle permanent um ihn kümmern müssen. Aus systemischer Sicht darf von einer Interdependenz ausgegangen werden: Auch die Familie hat etwas davon. Das endlose Kümmern und Versorgen hält die Familie zusammen und verhindert eine Auseinandersetzung über Fragen, deren Thematisierung möglicherweise schwierige und kaum bewältigbare Probleme an die Oberfläche bringen würde. So kann der chronische Schmerz auch eine familiäre Schutzfunktion erfüllen.

4.2 „Mich stört dann die Fliege an der Wand“

Herr P. ist 62 Jahre alt, auch hier: ursprünglich Werftschlosser und seit 20 Jahren examinierter Altenpfleger, eine Ausbildung, die – wie er selbst sagt – „mit Ach und Krach“ bestanden habe. Für Herrn P. war „Schule immer ein Graus“. Die Arbeit auf der Werft, konkret seine kleine „Schlossertruppe“, sei für ihn ein „gutes Leben“ gewesen. Er organisierte sich „damals“ die Arbeit so, dass er auch ausreichend Zeit für Familie, Kinder und Freunde hatte. Herr P. ist seit seiner Jugend in einem Sportverein aktiv und übernimmt dort viele ehrenamtliche Aufgaben. Nach der Werftschließung wurde er vom Arbeitsamt zum Altenpflegeberuf gedrängt, sein „Traum“ sei es nicht gewesen. Zwar habe ihm die Arbeit mit den Alten – er arbeitet in einer kleinen stationären Pflegeeinrichtung – dann „überraschend viel Spaß gemacht“, aber die Dokumentation sei ihm außerordentlich schwergefallen. Es habe zunehmend Probleme mit Stations- und Pflegedienstleitung gegeben, sodass er bald in die Dauernachtschicht gewechselt habe, um diesen Auseinandersetzungen zu entgehen. Herr P.'s Kinder haben alle studiert und stehen auf eigenen Beinen, seine Frau bekleidet eine gute berufliche Position und es gibt keine finanziellen Probleme. Herr P. hat aufgrund seiner zunehmenden gesundheitlichen Probleme die Arbeitszeit auf 24 Stunden reduziert. Herr P.'s Rücken war schon während der Werftarbeit hoch belastet, und wahrscheinlich waren schon damals eine oder einige Bandscheiben beeinträchtigt. Doch gravierende Schmerzen habe er nie gehabt, bis zu

dem Tag, als er während der Nachtschicht im Pflegeheim einen schweren Bandscheibenvorfall erlitt.

„Der ist mir auf der Arbeit ja passiert. Ich hatte eine Frau aufgefangen, beim Transfer, und die ist mir so weggeglitten, und ich habe mich so verdreht, und habe sie wieder aufs Bett gedreht, und dadurch ist der entstanden. Da bin ich erst mal ausgefallen, dann mit Schmerztabletten [...], und später bin ich dann noch zur Berufsgenossenschaft zu einem Rückenkolleg nach Hamburg, die haben da eine Klinik. Die haben da in Bergedorf so ein spezielles Rückentraining mit berufsbegleitenden Übungen so am Bett, und auch so Sportübungen, und alles Mögliche auch sonst. Ich war dann lange nochmal krankgeschrieben, dann nur noch Krankengeld, aber das ging denn auch relativ schnell mit der Eingliederung wieder los. Ja, ich hatte erst, glaube ich, drei Stunden oder vier, keine Ahnung. Da habe ich aber nochmal im Frühdienst gearbeitet, ich konnte ja nachts dann nicht Eingliedern, das ist ja Quatsch“ (Herr P., S. 8).

Meine Nachfrage, ob es ein BEM- oder ein BEM-ähnliches Gespräch gegeben habe, auch hinsichtlich Arbeitsweise, Heben und Tragen, Arbeitsorganisation bei schweren Patienten, z. B. Arbeiten zu zweit, beantwortete Herr P. negativ. Gleichwohl versucht er, seine Arbeit möglichst rückschonend zu gestalten. Doch dabei schwingt immer die Angst vor einem Versagen des Rückens mit. Herr P. benennt das Problem, sich selbst, genauer: seinem Rücken, nicht mehr richtig trauen zu können, wie folgt:

„Ich hatte auch gar kein Zutrauen zu meinem Rücken. Du hast ja gleich gedacht, wenn du das jetzt wieder machst, dann hast du gleich wieder ein Knacks. Da war ich auch vorsichtig, hab ich viel so Begleitung gemacht, hab die Leute durch den Garten da geschoben oder sowas“ (Herr P., S. 21).

Doch wieder auf Nachtschicht, muss Herr P. – da er meist allein ist – durchaus gewisse schwere Tätigkeiten vollziehen. Er sagt, er passe zwar sehr genau auf, was er tue und wie er seine Arbeit organisiere, dennoch die Gesamtbelastung sei – „das kann man drehen und wenden wie man will“ – extrem hoch. Insbesondere die Nachtarbeit stelle für ihn zunehmend ein Problem dar:

„Also 24 Stunden in der Woche, das sind ungefähr zehn Nächte hintereinander, und dann bin ich auch platt. Das sind [...]. Ich habe dann zwar immer einen langen Zyklus frei, aber die Nächte schlauchen, das muss ich sagen. Das wird immer schlimmer, der Tag-Nacht-Rhythmus einfach. Ich schlaf nicht mehr so gut, und ich bin auch einfach gerädert. Wenn ich denn wieder aufwache, tut mir einfach alles weh, da vom Lagern, und vom Hin und Her. Das ist schon anders geworden. Ja, ich hab auch Schmerzen. Mich stört dann die Fliege an der Wand. Ich will das gar nicht, aber es lässt sich nicht vermeiden, man wird so ein bisschen aggressiv auch, ohne das zu wollen, ich kann mich dann schlecht beherrschen. Och, das ist ja so wie Schlafentzug, sag ich mal, wie Folter, wenn ich mehrere Nächte mache. Ich bin da nicht gut verträglich“ (Herr P., S. 5).

Zwar scheint bei Herrn P. die Rekonvaleszenz deutlich besser verlaufen zu sein als bei Herrn S., doch ein schmerzfreies Leben ist auch ihm nicht vergönnt. Zusätzlich machen ihm die Gesamtbelastungen der Pflegearbeit und vor allem die Nachtarbeit schwer zu schaffen. Nach der Nachtschichtphase ist er gereizt und „nicht gut verträglich“, was natürlich entsprechende Probleme mit Familie und auch mit dem Freundeskreis zur Folge hat. Herr P. hat einen Schwerbehindertenantrag gestellt, auch in der Hoffnung, sein für das nächste Jahr geplantes Ausscheiden aus dem Beruf abschlagsfrei gestalten zu können. Doch auch die Ablehnung seines Antrags wird ihn nicht hindern, in einen vorgezogenen Ruhestand zu gehen. Herr P. hat sich über seine rechtlichen Möglichkeiten sehr gut informiert und nutzt auch die Beratungsangebote der DRV. Im Gegensatz zu Herrn S. ist Herr P. finanziell verhältnismäßig gut abgesichert. Doch selbst hier, wo sich ein vergleichsweise guter Ausstieg aus dem Berufsleben andeutet, wäre eine frühzeitige Beratung, welche auf die individuelle Situation des Betroffenen eingeht, schon nach der Werftschließung sinnvoll gewesen. Das Rückenkolleg und die berufsbegleitende Reha-Beratung der zuständigen Berufsgenossenschaft könnte ein Modell abgeben für analoge Maßnahmen anderer Berufsgenossenschaften, aber auch solche der DRV, wenn es sich um nicht arbeitsbedingte Krankheiten handelt.

Was ist beiden Fallgeschichten gemein? Es ist der Teufelskreis aus Rückzugs- und Schonverhalten auf der einen Seite und Überlastungstendenzen auf der anderen Seite. So ist immer wieder der Hang spürbar, sich in bestimmten Situationen zu überfordern und ein fast übereifriges Verhalten an den Tag zu legen. Worin unterscheiden sich die beiden Fallgeschichten? Der Unterschied ist allein schon aufgrund des Altersunterschiedes evident: Während Herr S. mit großer Energie auf seine konkrete Arbeit, seinen Betrieb und seine Position orientiert ist und voller Sorge und Angst auf seine berufliche Zukunft schaut, antizipiert Herr P. bereits gedanklich seinen beruflichen Ausstieg. Herr S. ist familiärer Haupternährer; Herr P. muss weder sich noch seiner Familie irgendetwas „beweisen“. Diese offensichtliche Ebene ist von einer weniger offensichtlichen unterlagert: die Einstellung zur Arbeit, d. h. der Stellenwert, den die Erwerbsarbeit im Relevanzsystem der Protagonisten einnimmt. Für Herrn S. ist Arbeit und Beruf das Alpha und Omega der Existenz, und auch dann, wenn andere soziale Felder ins Spiel kommen, so speisen sich Selbstwert, Identität und – was die familiäre Interaktion betrifft – Anerkennung aus der Erwerbsarbeit bzw. dem daraus gewonnenen Einkommen und Ansehen. Diese Orientierung bettet sich ein in eine Tradition, die jener der protestantischen Arbeitsethik gleichkommt, d. h. in eine Tradition, für die in der Arbeitsverausgabung und vor allem im

Arbeitserfolg der für den Lebensprozess hauptsächlich Sinnbezug liegt (Ribolitis 1997). Anders die Situation Herrn P.'s: Auch wenn dieser sich nach wie vor in seiner Arbeit stark engagiert, ist für ihn die Erwerbsarbeit aus verschiedenen Gründen aus dem Fokus seiner Weltsicht gerückt. Seine Arbeitshaltung ist wenig „arbeitsethisch“¹⁹ imprägniert; für ihn spielt sich das Leben auf mehreren Feldern ab, woraus auch nennenswerte Momente der Identität und Anerkennung erwachsen. Insofern muss der Schmerz nicht mehr die soziale Funktion erfüllen, wie dies nach wie vor für Herrn S. der Fall ist. Damit hat sich Herr P. gute Voraussetzungen verschafft, seine Erkrankung in angemessene Schranken zu verweisen. Herr S. ist hingegen nach wie vor in seiner Krankheit gefangen. Angesagt wären hier eine professionelle und mehrdimensionale soziale Unterstützung, so z. B. ein Job-Coaching, sowie eine mit dem Arbeits- und Lebensalltag verzahnte multimodale Therapie.

¹⁹ Dies meint hier allein den Max Weberschen Terminus und keinesfalls die von Herrn P. in seinem Arbeitsalltag gelebte und praktizierte Berufsethik.

5. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerung: Die Notwendigkeit von Beratung und Unterstützung für chronisch Kranke

Die acht Fallgeschichten haben gezeigt, wie komplex die jeweilige Problemlage bei chronischer Krankheit ist. Die Betroffenen leiden überwiegend an Krankheiten, deren Ursprung und Ursache eher schicksalhaft sind, deren Verlauf aber durch betriebliche Umstände verschlimmert werden kann: schwere Migräne, Neurodermitis, Dauerhusten, Depression, teilweise verbunden mit Adipositas oder Diabetes, schließlich Rückenerkrankungen, ebenfalls mit systemischen Auswirkungen. In sechs Fallgeschichten dominiert ein hoher Grad an Arbeitsorientierung, teilweise kombiniert mit hohen, vielleicht auch übersteigerten Anforderungen an sich selbst, d. h.: Auch der Faktor Selbstüberschätzung spielt eine Rolle. Mehrmals sehen wir Anzeichen eines Durchhaltesyndroms, das auch dann zur Leistung zwingt, wenn die körperlichen oder psychischen Kräfte dazu nicht ausreichen. Oftmals rebelliert der Körper, oder aber die psychomentele Seite der Leiblichkeit bricht zusammen, d. h. die rebellierenden Kräfte werden gegen sich selbst gerichtet und es stellt sich ein Gefühl der Niederlage und des Scheiterns ein. In mehreren Fällen äußern die Interviewten, dass sie Angst haben, sei es, Fehler zu machen oder die Arbeit nicht zu schaffen, sei es, die Arbeit zu verlieren und ins Nichts zu fallen, sei es, Anerkennung und Reputation zu verlieren, die für das eigene Selbstbild elementar sind. Damit verbunden ist nicht selten – in unserem nicht repräsentativen Sample sind dies drei Fälle – die Angst vor dem finanziellen Abstieg. Die Sozialepidemiologie weiß seit langem, dass nicht nur Arbeitslosigkeit als solche, sondern insbesondere finanzieller Stress ein signifikanter Risikofaktor für Depression und psychosomatische Krankheiten darstellt (Weich/Lewis 1998). Alle hier präsentierten Fallgeschichten zeigen uns, wie zwischen somatischen und psychischen Einbrüchen ein Teufelskreis entstehen kann. Körper und Seele bäumen sich auf und machen den Betroffenen die Arbeit schwer, die wiederum als besonders belastend auf die sozio-psycho-somatische Situation zurückwirkt. Allein schon dieser Aspekt der Problematik verweist auf die Notwendigkeit, die medizinische Versorgung mit sozialer und psychologischer Beratung, die arbeits- und betriebssoziologisch informiert ist, zu verknüpfen.

„Ein gestörter Körper kann gescheiterte Performanzen hervorbringen“ (Corbin/Strauss 2010, S. 71). Ebenso gilt dies für eine gestörte Psyche. „Gescheiterte Performanz“ bedeutet, dass Beeinträchtigungen nicht nur

das Aktivitätsniveau, sondern auch grundsätzliche Fähigkeiten, die einmal fraglos vorhanden waren, erschwert oder gar verunmöglicht. Auch können sich Verzerrungen und Unterbrechungen im Kommunikations- und Kooperationsprozess ergeben. Das Scheitern kann wahrgenommen werden als eines des Selbstbildes bzw. Selbstkonzeptes oder auch als eines des veränderten, erstaunten, missverstehenden oder ausgrenzenden Fremdbildes. Nach Corbin & Strauss kann man den Fallen und einer nicht gelingenden Performanz entgehen, wenn es den Betroffenen und ihren Familien gelingt, die Krankheit zu kontextualisieren. Eine chronische Beeinträchtigung muss in die Biographie integriert werden (vgl. auch Benner/Wrubel 1997; Schaeffer/Haslbeck 2016). Die betroffene Person muss – und hier ist unterstützende Beratung elementar – erkennen, was an ihr noch „das Alte“ ist und was „das Neue“.

„Der Kranke muss herausfinden, welche Aspekte des Selbst vorübergehend oder für immer verloren sind bzw. kommen und gehen. Er muss ebenso herausfinden, welche Aspekte des Selbst geblieben sind und mitgenommen werden können, um biographische Kontinuität zu geben. Und er muss herausfinden, welche neuen Aspekte hinzugefügt werden können, die nicht unbedingt die alten ersetzen müssen, sondern der Biographie eine neue Bedeutung verleihen“ (Ebenda, S. 88).

Leiblichkeit und Biographie müssen gleichsam neu justiert werden. Doch die Selbstkontextualisierung reicht nicht aus. Eine chronische Beeinträchtigung muss auch sozial, d. h. in unserem thematischen Zusammenhang: auch und insbesondere betrieblich, kontextualisiert werden. Die körperliche oder seelische Beeinträchtigung muss auch in das betriebliche Geschehen, in die betrieblichen Abläufe und in die betriebliche Kultur integriert werden. Auch hier ist, über die betroffene Person hinaus, unterstützende Beratung elementar. Dies ist mitunter der schwierigere Lernprozess, d. h. der/die Inhaber/in, die Vorgesetzten und die Mitarbeitenden müssen nicht nur ein Verständnis, sondern ein Verstehen dafür entwickeln, was dem/der Betroffenen zumutbar ist und was nicht. Dieser Verstehensprozess muss frühzeitig, noch bevor der/die Genesende wiederkommt, einsetzen. Der Betrieb muss über das Verstehen hinaus die Bereitschaft entwickeln, sich auf einen gemeinsamen Such- und Lernprozess einzulassen, auch wenn es keine Garantie für ein Gelingen gibt. Die betrieblichen Bedingungen stellen wichtige Kontextbedingungen für die biographische Aneignungsarbeit dar. Das wird in der Gesundheitsforschung (so z. B. bei Herzberg 2018) oftmals vergessen. Im Betrieb, das zeigen unsere Fallgeschichten, stellen sich Interaktionsordnungen her, die nicht nur explizit, sondern meist hinter dem Rücken der Akteure/-innen implizit wirksam sind. Zu den sozialen Kontexten zählen schließlich auch institutionelle Rahmungen, d. h. in unserem Zu-

sammenhang: das Gesundheitswesen und die Rehabilitationsträger. Eine unterstützende Beratung kann Wesentliches zur positiven sozialen Kontextualisierung beitragen.

Die Fallgeschichten lassen außerordentlich unterschiedliche Arbeits- und Betriebskulturen vermuten, die als Kontextfaktoren wirksam sind. Menschen leben und agieren innerhalb bestimmter sozialer Arenen, die als je spezifische Landschaften begriffen werden können.²⁰ Eine „Kultur“ enthält die Landkarte der Bedeutungen, welche die Dinge für die in einer Landschaft Befindlichen verstehbar machen. Die Wege und Pfade dieser Landschaft sind von Traditionen, Werten und Ritualen geprägt, die den darauf Wandelnden Sicherheit und Orientierung geben. Unter „Arbeitskultur“ lassen sich Deutungs- und Handlungsmuster von Berufstraditionen fassen, wie sie sich in Branchen wie z. B. im Handwerk oder der Altenpflege kristallisieren. Drei unserer Fallgeschichten lassen sich im IT-Sektor verorten, für die folgende Kernsätze charakteristisch sein mögen: „Die IT kennt ja nur aufwärts“, „Alles ist schick und toll hier“ und „Die Arbeit übt einen Sog auf mich aus“. Doch sind die betrieblichen Bedingungen unserer Fälle sehr unterschiedlich: große Auftragserwartungen mit Absturzgefahr, kleine aber sichere Nischen-Dienstleistungen und Eingliederung in ein globales Unternehmen mit unklarer Orientierung. Allen Fällen gemeinsam ist die hohe Arbeitsintensität, ebenso wie die extensive zeitliche Vereinnahmung, der sich freilich eine Betroffene entzieht, indem sie auf ihren besonderen Status als Schwerbehinderte pocht. Vor dem Hintergrund, dass die Gründungsphase des IT-Bereichs hauptsächlich durch Quereinsteiger/innen geprägt wurde, konnte die IT-Arbeitskultur bisher keine klaren Konturen annehmen. Auch die Altenpflege, insbesondere die stationäre Altenpflege, befindet sich in einer starken Umbruchsituation – zwischen berufsethisch fundierter Tradition und rein betriebswirtschaftlicher Investitionsanlage –, sodass eine knappe Beschreibung der Arbeitskultur schwierig ist. „Betriebskulturen“ sind, so unsere ursprüngliche Annahme, von Arbeitskulturen bestimmt, die durch verschiedene betriebliche Sozialordnungen – pragmatische, patriarchale oder instrumentalistische – variiert werden.²¹

Sichtbar aber sind auch Tendenzen marktförmiger Restrukturierungen, die wenig Raum für eine Arbeitsgestaltung für leistungsgewandelte Mitarbeiter/innen lassen. Die betrieblichen Arenen ändern ihr Gesicht und ihre kulturellen Strukturen – die Pflege ist hierfür ein beredtes Bei-

20 Die folgenden Formulierungen und Metaphern gehen auf Stuart Hall (1980) zurück, der als Mitbegründer der cultural studies gelten kann.

21 Zu den Untersuchungen und der Typisierung betrieblicher Sozialordnungen vgl. Kotthoff/Reindl (1990). Siehe dazu auch die Diskussion in unseren Fallstudien zur ambulanten Pflege (Hien 2018a), zum Gastgewerbe (Hien 2018) und zum Handwerk (Blasczyk 2018).

spiel. Personalpolitisch werden traditionsgebundene Nischen nicht zweckgebundener Kommunikation aus dem Betriebsalltag hinausgedrängt und durch harte betriebswirtschaftliche Kriterien ersetzt. Unsere Fallgeschichten zeigen, dass die verschärften Ökonomisierungsprozesse die Arbeits- und Betriebskulturen überformen. Als Subjekt hier einen sicheren Ort und eine gute Orientierung zu finden, ist extrem schwierig geworden. Das bringt Individuen in eine Situation, auf die sie nicht vorbereitet sind, in die sie gleichsam hineinstolpern und ihr Gleichgewicht verlieren können. Die latenten und bisher gut kompensierbaren physiologischen und psychischen Dispositionen werden an die Oberfläche gespült: Die Betroffenen „dekompensieren“. Oder aber: Akute Erkrankungsphasen können von der betrieblichen Organisation nicht mehr aufgefangen werden. Einige grundsätzliche Anmerkungen liegen auf der Hand: Die geschilderten Prozesse und Konstellationen betreffen nicht nur einige wenige Menschen, die den Anforderungen der Arbeitswelt nicht gewachsen scheinen, sondern – vor dem Hintergrund des demographischen Wandels – tendenziell einen Großteil der Erwerbsbevölkerung. Fuchs (2018) beschreibt sehr eindrücklich, wie die neoliberal induzierte Beschleunigung des Arbeits- und Betriebsgeschehens zunehmend eine Diskrepanz zur „Eigenzeit“ des Individuums und damit in der Folge gleichsam „das überforderte Subjekt“ erst herstellt, welche dann „als Fall“ in die psychotherapeutisch-psychiatrische Arena abgedrängt wird. Davor die Augen zu verschließen, wäre aus Sicht einer menschengerechten Arbeits- und Lebensgestaltung arbeits-, gesundheits- und gesellschaftspolitisch fatal.

Bei fast allen Krankheitsgeschichten unserer acht Fälle korreliert die schwierige persönliche Lage mit derjenigen des Unternehmens. Entweder ist die Existenz des Betriebs bedroht mit all den Gefühlen der Unsicherheit, so im Fall des IT-Betriebs, in dem Herr B. arbeitet, oder die Geschäftspolitik erdrückt betriebliche Spielräume wie im Fall des Pflegebetriebes, in der Frau L. arbeitet, oder das unternehmerische Gebaren grenzt an kriminelle Machenschaften wie im Fall der Druckerei, in der Herr E. arbeitete. Immer gibt es eine persönliche Prädisposition, doch in allen drei Fällen mischt sich ein arbeitsbedingter Anteil in das Krankheitsgeschehen mit ein. Arbeitsbedingt heißt nicht: allein verursachend; arbeitsbedingt heißt: Es handelt sich um einen, aber klar festmachbaren Faktor unter mehreren. Dies gilt auch für Depressionserkrankungen, die in drei unserer Fälle dominant sind, doch auch bei somatischen Fällen mitschwingen. Dass betrieblich ungünstige Einflüsse das Depressionsrisiko signifikant erhöhen, ist epidemiologisch gut belegt (Paridon 2016). Arbeitsbedingte Erkrankungen sind durch Maßnahmen so weit wie möglich zu verhüten – dazu sind Arbeitgeber und die Be-

rufsgenossenschaften und Unfallkassen als überbetriebliche präventive Institution angehalten. Umso mehr steht diese überbetriebliche Institution in der Pflicht, wenn bereits eine chronische Erkrankung eingetreten ist und tertiärpräventive Maßnahmen angezeigt sind. Es gibt inzwischen eine Vielzahl von Handlungsanleitungen und Ratgebern, wie im Betrieb mit derartigen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen umgegangen werden soll. Ein Beispiel ist die Broschüre „In Schwermut steckt Mut“ (Saide 2017), die vom Institut der deutschen Wirtschaft herausgegeben wurde.²² Darin heißt es: „Beschäftigte mit Depressionen benötigen stabile, überschaubare Arbeits- und Sozialstrukturen für eine positive Bewältigung ihres beruflichen Alltages. Arbeitgeber/innen können Betroffene vor allem mit arbeitsorganisatorischen Maßnahmen und einem sensiblen beruflichen Umfeld unterstützen“ (Ebenda, S. 35). So wird unter anderem vorgeschlagen, die Arbeitszeit auf die einzelnen Wochentage gleichmäßig zu verteilen, strukturierte, planbare Tagesabläufe sicherzustellen, zusätzliche Arbeitspausen in den Arbeitsablauf zu integrieren, Arbeiten mit zu hohem Zeitdruck zu vermeiden und eine individuelle Arbeitszeitreduzierung zu ermöglichen. Ferner sollte besonderes Augenmerk auf individuell gestaltete Einweisungen, Trainings und Rückmeldungen gelegt werden. Es wird empfohlen, komplexe oder häufig wechselnde Aufgaben zu vermeiden und den Betroffenen unterstützende Mentoren zur Seite zu stellen. Bei all dem sollen die Reha-Träger mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben helfen. Der Ratgeber fordert die betroffenen Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber/innen auf, bei den Reha-Trägern Anträge auf Förderleistungen zu stellen, möglichst noch vor dem Beginn einer Maßnahme. So beispielweise können nach § 50 SGB IX Eingliederungszuschüsse gewährt werden. Eine positive sozialmedizinische Begutachtung und eine mittelfristig positive Prognose vorausgesetzt, kann ein Lohnkostenzuschuss für die Dauer von bis zu zwei Jahren gewährt werden. Der Problempunkt ist, dass nach Ablauf dieser Frist „die volle Leistungsfähigkeit“ (DRV 2009) erwartet wird. Deren Bemessung ist von den betrieblichen Rahmenbedingungen und den Vorgaben des Arbeitgebers abhängig. Lassen diese keine Spielräume für Besonderheiten des Leistungswandels, kann es für ein Stay at Work eng werden. Selbstredend kommen als weitere Einflussvariablen auch die Positions- und Einkommenserwartungen des/der Betroffenen ins Spiel. Möglicherweise bleibt bei einem Scheitern nur der Weg einer beruflichen Umschulung und weiterer Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Betroffene in die Rente zu drängen, wie es bei zwei unserer Ar-

²² Die folgenden Ausführungen beziehen sich zwar formal auf Depressionserkrankungen, doch sie können inhaltlich durchaus auf die somatischen Erkrankungen ausgeweitet werden, wie sie sich in unseren Fallgeschichten darbieten.

beits- und Krankheitsgeschichten den Anschein hat, darf eher als Misslingen der institutionellen Ebene betrachtet werden.

Allen Fallgeschichten ist gemein, dass die Betroffenen zwar weitgehend den medizinischen Möglichkeiten entsprechend versorgt wurden und werden, doch im überwiegenden Fall eine auf die persönliche und betriebliche Situation abgestimmte Beratung entbehren. Die hoch problematischen Betriebsstrukturen und -kulturen, welche wir vorfinden bzw. begründet vermuten können, erforderten geradezu eine besonders hohe überbetriebliche Beratungsleistung. Wir sehen zwar durchaus willige, für eine gute Lösung aufgeschlossene Betriebsinhaber und Führungskräfte, wir sehen aber auch solche, die abwehrend sind und unbelehrbar sein mögen; in einigen Fällen aber scheint pures Nichtwissen und die Angst vor dem Unbekannten die treibende Kraft zu sein, die in Betrieben eine Situation des Wegschauens erzeugt. Die Fallgeschichten zeigen uns, dass für ein gelingendes Stay at Work und ein gelingendes Return to Work (RTW) Leistungsgewandelter eine aufsuchende Information der Betriebe und der Betroffenen von elementarer Wichtigkeit ist. Einmal vom Problem der mangelnden Informationsbasis abgesehen: Ohne überbetriebliche Unterstützung gelingt es den Betroffenen kaum, dem Teufelskreis zwischen Soma und Psyche zu entgehen. So sind also Beratung der Betriebe und Beratung der Betroffenen gleich bedeutend und gleich unverzichtbar. Das Sozialgesetzbuch bietet einen hervorragenden normativen Rahmen für eine solche aufsuchende, begleitende und alle Aspekte der Krankheit und ihrer Kontexte umfassende Beratung. Leidensgerechte Arbeitsgestaltung ist möglich – das zeigen die Erfahrungen in Großbetrieben, aber auch Erfahrungen in einzelnen KMU, soweit sie über die überbetrieblichen Hilfen der Reha-Träger informiert sind und sich diese Hilfen in ihren Betrieb holen können. Im eher kleinbetrieblichen Milieu ist die Umsetzung von Gefährdungsbeurteilung und formal richtigem Eingliederungsmanagement schwierig. Entscheidend wäre, die angstbesetzten Hindernisse durch gute Aufklärungsarbeit zu überwinden und Bausteine für eine Vertrauenskultur bereitzustellen, ohne die ein gutes betriebliches Miteinander, das chronisch Kranke einschließt, und ein RTW, das den Namen verdient, nicht möglich sind (Voswinkel 2015). Unsere Fallstudien bestätigen die Annahme, dass das Fehlen einer solchen Vertrauenskultur ein negativer Prädiktor für eine gelingende Integration chronisch Kranker in der Arbeitswelt ist.

Völlig ungelöst ist im KMU-Bereich das Problem der mangelnden betriebsärztlichen Versorgung. Lege artis sollten Betriebsärzte/-ärztinnen frühzeitig – z. B. im Rahmen der BEM-Gespräche oder bei Vorsorge- und Wunschuntersuchungen – sich anbahnende chronische Erkrankungen bzw. die Wechselwirkung von Krankheit und Arbeitsbelastung er-

kennen und entsprechende präventive Maßnahmen vorschlagen und einleiten. Dazu gehört auch die Kontaktnahme zur Rentenversicherung, die nach § 14 SGB VI dazu aufgerufen ist, beim Auftreten „erster gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden“, unter Beachtung der bedeutsamen Einflussfaktoren aus dem Arbeitsumfeld gegenüber dem/der Versicherten möglichst frühzeitig präventiv tätig zu werden. Dazu gehören u. a. mehrtägige Präventionsleistungen wie z. B. Bewegungstrainings, Gesundheitsbildung und psychotherapeutische Beratung (Karl 2018). Dass diese Angebote in KMU nicht ankommen, ist evident und bedarf weiterer analytischer Aufklärung. Dass auch in KMU trotz aller betrieblichen Vorbehalte individuelle Präventionsmaßnahmen möglich sind, zeigen die Beispiele aus dem Pflegebereich: Hier lädt die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bei Haut- und Rückenerkrankungen die Betroffenen für eine oder auch mehrere Wochen ein, an intensiven ganztägigen Gesundheitstrainings teilzunehmen.²³ Die Berufsgenossenschaft zahlt den Lohnausfall und hilft auch bei der Organisation von Ersatzarbeitskräften.

Eine schnelle Behebung des Betriebsarzt-Problems ist nicht in Sicht. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, auf welcher institutionellen Ebene bzw. mit welcher institutionellen Anbindung oder ggf. auch mit welcher institutionellen Innovation eine problemadäquate aufsuchende und kontinuierlich unterstützende Beratung sinnvoll und machbar ist. Hier gilt es, verschiedene Aspekte zu beleuchten. Der höchste Unterstützungslevel ist im Prinzip bei anerkannter Schwerbehinderung gegeben, wobei auch hier Defizite erkennbar sind und das Integrationsamt hinsichtlich möglicher Interventionen nicht immer imponiert. Überdies ist die scharfe Trennung zwischen Behinderung und Schwerbehinderung kaum haltbar. Chronisch Kranke gelten sozialrechtlich, sofern ihre Beeinträchtigungen länger als sechs Monate dauern, als Menschen mit Behinderungen.²⁴ Präventiv und rehabilitativ soll zudem bereits viel früher interveniert werden, um eine dauerhafte Einschränkung zu verhindern. Normativ macht das SGB IX klar, dass chronische Erkrankungen so früh wie möglich einer hohen unterstützenden Aufmerksamkeit bedürfen. § 14 SGB VI und § 49 SGB IX eröffnen ein großes Unterstützungs-panorama, das auch für chronisch Kranke gilt, doch in der Praxis wenig

23 Im achten Fallbeispiel in der vorliegenden Studie berichtet Herr P. von derartigen präventiven und rehabilitativen Maßnahmen der zuständigen Berufsgenossenschaft.

24 Es versteht sich von selbst, dass Befund und Prognose auf fachärztlicher und sozialmedizinischer Begutachtung basieren. Freilich mangelt es Medizinern/-innen und Therapeuten/-innen oftmals an Kenntnissen über Arbeits-, Berufs- und Betriebskulturen (Voswinkel 2017). Umso mehr wären kompetente Beratungsstrukturen im Sinne eines helfenden und korrigierenden Konsils erforderlich.

Beachtung findet. Die Bestimmungen legen nicht fest, dass die Leistungen alle von der Rentenversicherung (DRV) kommen müssen; ebenso sind gesetzliche Unfallversicherung (GUV) und gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gefordert. Vor dem Hintergrund von Tradition und Kompetenz sind Berufsgenossenschaften und Unfallkassen näher an den Betrieben als Rentenversicherung und Krankenkassen. Es wäre zu überdenken, ob nicht Berufsgenossenschaften und Unfallkassen bzw. die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Ansprechstellen mit interdisziplinären Teams einrichten sollten, an denen sich auch DRV und GKV beteiligen.²⁵ Denkbar ist auch die Beteiligung der Länder an Beratungs- und Vermittlungsleistungen; in Hamburg beispielsweise wurde schon in den 1980er Jahren eine auf Vereinsbasis arbeitete Beratungsstelle gegründet, an deren Finanzierung und Gestaltung sich das Land beteiligt (Schulze et al. 2018). Im Kern geht es um die Benennung, Installierung und öffentlich wirksame Bekanntmachung von Beratungsstellen für Betriebe und Betroffene. Auf der Ebene der Klein- und Mittelbetriebe bedarf es einer zugehenden Beratung und Information, was im Prinzip der Firmenservice der DRV, möglicherweise in Kooperation mit Handwerkskammern und Institutionen der Wirtschaftsförderung, leisten könnte. Auf der Ebene der Betroffenen bedarf es einer niederschwellig erreichbaren konkreten fallbezogenen Beratung. Diese könnte beispielsweise von arbeitsmedizinischen Kompetenzzentren der Berufsgenossenschaften in Kooperation mit Integrationsfachdiensten (IFD) oder entsprechend geschulten Fallmanagern/-innen geleistet werden. Es ist wichtig festzuhalten: Nach SGB IX, § 192, Abs. 4 kann der IFD auch für die Unterstützung nicht-schwerbehinderter Menschen beauftragt werden. Bei den meisten der in dieser Studie präsentierten Fallgeschichten springt die Notwendigkeit arbeitsorganisatorischer Hilfestellungen ins Auge: Wie kann ein chronisch kranker Mensch gut in den Arbeitsprozess integriert werden, ohne dass die Mitarbeitenden zusätzlich belastet werden oder der Betriebsablauf nachhaltig gestört wird? Bei psychischen Erkrankungen muss zudem die Frage angegangen werden, in welcher Weise alle Betroffenen – d. h. sowohl die erkrankte Person wie auch die

25 Die DGUV engagiert sich, gemeinsam mit der Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW, Köln), seit Jahren in der Ausbildung für Disability Management Professionals (Mehring 2009a, S. 19). Möglicherweise tut sich hier eine Möglichkeit auf, diese Experten/-innen, die beispielsweise in überbetrieblichen Diensten ansässig wären, für die Betreuung der KMU einzusetzen. Es bleiben freilich viele Fragen offen: Wer beauftragt diese Dienste? Wie können Disability Manager/-innen frühzeitig Präventions- und Rehabilitationsbedarf erkennen? Können Betroffene, deren Arbeitgeber nicht an Hilfe interessiert sind, sich dennoch an solche Dienste wenden? Wie können Informationen über solche Dienste verbreitet werden? Dass hier die zuständigen Berufsgenossenschaften wahrscheinlich eine Schlüsselrolle spielen werden, liegt auf der Hand.

im direkten betrieblichen Kontext befindlichen Mitarbeiter/innen – präventiv bzw. prospektiv in die Integration einbezogen werden? Gelingt es, eine Vertrauensbasis zu schaffen, wäre auch die Frage, welchen Grad der Offenheit der/die Erkrankte leben will, leichter zu beantworten.

Es besteht ein merkwürdiges Missverhältnis zwischen der breit proklamierten Arbeitspolitik der Bundesregierung, für die die Beschäftigungssicherung älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Menschen nicht ganz unzutreffend als Überlebensfrage unseres Wirtschaftsstandortes zu sein scheint, und der überwiegend anzutreffenden realen betrieblichen Praxis. Nur fünf Prozent der Betriebe lassen sich auf den Versuch ein, Arbeitsplatz und Arbeitsanforderungen den Leistungsmöglichkeiten älterer Mitarbeiter/innen anzupassen (Bellmann et al. 2018). Der Gesetzgeber geht in allen seinen überbetrieblichen Angeboten von einem Konsensprinzip aus, d. h. davon, dass der Arbeitgeber ein ebenso großes Interesse an der Beschäftigungssicherung gesundheitlicher Eingeschränkter hat wie die Betroffenen selbst. Doch das geht an der Wirklichkeit vorbei. Aus unseren Experteninterviews und unseren Zugangsversuchen im Feld wissen wir von der unternehmerischen Haltung, die zumeist von Desinteresse und Angst vor behördlichen Eingriffen in das Betriebsgeschehen geprägt ist, nicht zuletzt vom neoliberalen Zeitgeist, der tradierte Arbeitskulturen zu zersetzten droht. Es gibt freilich relevante Ausnahmen, die – wenn man so will – als Modelle guter Praxis anzusehen sind (Hien 2018, 2019). Insbesondere wenn der Betrieb auf erfahrene Mitarbeiter/innen angewiesen ist, eröffnen sich manchmal völlig neue Perspektiven. Es zeigt sich, dass die Arbeitsorganisation in Klein- und Mittelbetrieben sich durchaus auch leistungsgewandelten Menschen anpassen kann, so z. B. in Form von „Tandems“ aus Alt und Jung (INQA 2009; Harlfinger et al. 2009). Die überbetrieblichen Institutionen hätten hierbei die Aufgabe, die hierzu notwendige arbeits- und organisationswissenschaftliche Expertise in die Betriebe zu bringen. Das allerdings erforderte auch ein Umdenken in diesen Institutionen. Und schließlich und endlich käme es darauf an, die Machtposition der von gesundheitlichen Einschränkungen betroffenen Erwerbstätigen zu stärken: durch konsequente, durchgängige und flächendeckende Informations- und Beratungsangebote.

Literatur

- Alsdorf, Nora et al. (2017): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: transcript.
- Axmann, Christoph (2015): Diabetes und Depression – Koinzidenz beachten. In: *Ars Medici*, Band 6, S. 317–319. Online: <https://www.allgemeinarzt-online.de/archiv/a/diabetes-und-depression-1674940>, letzter Aufruf 19.03.2019.
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2014): Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“. Frankfurt am Main: BAR-Eigendruck. Online: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess_web_2019.pdf, letzter Aufruf 19.03.2019.
- Beck, David (2011): Zeitgemäße Gesundheitspolitik in Klein- und Kleinstbetrieben. Hemmende und fördernde Bedingungen. Berlin: Edition Sigma.
- Bellmann, Lutz/Dummert, Sandra/Leber, Ute (2018): Nur eine Minderheit der Betriebe führt spezifische Personalmaßnahmen für Ältere durch. Online: <https://www.iab-forum.de/nur-eine-minderheit-der-betriebe-fuehrt-spezifische-personalmassnahmen-fuer-aeltere-durch/>, letzter Aufruf 19.03.2019.
- Benner, Patricia/Wrubel, Judith (1997): Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Bödeker, Wolfgang et al. (2002): Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Forschungsbericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Bödeker, Wolfgang et al. (2006): Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt an der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit und die Folgekosten. Forschungsbericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: NW-Verlag.
- Boes, Andreas et al. (2016): „Lean“ und „agil“ im Büro. Neue Formen der Organisation von Kopfarbeit in der digitalen Transformation. Working Paper. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Blasczyk, Sascha Alexander (2018): Nachhaltige Beschäftigungssicherung für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte im Handwerk. Working Paper der Hans-Böckler-Stiftung. Online: https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_103_2018.pdf, letzter Aufruf 19.03.2019.

- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2018): Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. Arbeitsmedizinische Empfehlung. Berlin: BMAS-Eigendruck. Online: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a452-erhalt-beschaefigungsfaeahigkeit.pdf?__blob=publicationFile, letzter Aufruf 19.03.2019.
- Bräutigam, Walter/Christian, Paul/Rad, Michael v. (1992): Psychosomatische Medizin. Ein kurgesasstes Lehrbuch. 6. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Corbin, Juliet M./Strauss, Anselm L. (2010): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber.
- DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) (2016): Klima im Büro. DGUV-Informationen 215–520. Berlin: DGUV-Eigendruck. Online: <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/215-520.pdf>, letzter Aufruf 19.03.2019.
- DRV (Deutsche Rentenversicherung) (2009): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Eigendruck. Online: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207034/publicationFile/2130/rahmenkonzept_lta_datei.pdf, letzter Aufruf 19.03.2019.
- Ehrenberg, Alain (2012): Das Unbehagen in der Gesellschaft (übersetzt von J. Schröder). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Faust, Volker (2017): Rückenschmerzen. In: Derselbe: Psychiatrie heute – Onlineausgabe <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/inhalt.html>, letzter Aufruf 19.03.2019.
- Forster, Arnd von (1986): Migräne. In: Hau, Theodor F. (Hg.): Psychosomatische Medizin. Lehr- und Handbuch der Krankheitsbilder. München: Verlag für angewandte Wissenschaften, S. 560–579.
- Fuchs, Thomas (2018): Chronopathologie der Überforderung. In: Fuchs, Thomas/Iwer, Lukas/Micali, Stefano (Hg.): Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 52–79.
- Fuchs, Thomas/Iwer, Lukas/Micali, Stefano (Hg.) (2018): Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gerlmaier, Anja/Latniak, Erich (Hg.) (2011): Burnout in der IT-Branche. Ursachen und betriebliche Prävention. Kröning: Asanger.
- Hall, Stuart (1980): Cultural studies: two paradigms. In: Media, Culture and Society. Band 2, S. 57–72.

- Harlfinger, Gudrun et al. (2009): Die Mischung macht's: Jung und Alt gemeinsam bei der Arbeit. Gesund und fit im Kleinbetrieb. Eine Informationsschrift der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Online: <https://www.gesundheitsmanagement24.de/wp-content/uploads/2015/08/dguv-jung-und-alt-01.pdf>, letzter Aufruf 19.03.2019.
- Hau, Stephan/Busch, Hans-Joachim/Deserno, Heinrich (Hg.) (2005): Depression – zwischen Lebensgefühl und Krankheit. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht.
- Herzberg, Heidrun (2018): Biographie und Gesundheit. In: Lutz, Helma et al. (Hg.): Handbuch Biographieforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 327–337.
- Heinze, Martin/Thoma, Samuel (2018): Soziale Freiheit und Depression. In: Fuchs, Thomas/Iwer, Lukas/Micali, Stefano (Hg.): Das überforderte Subjekt. Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 344–367.
- Hien, Wolfgang (2008): „Irgendwann geht es nicht mehr“. Älterwerden und Gesundheit im IT-Beruf. Hamburg: VSA.
- Hien, Wolfgang (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Hien, Wolfgang (2016): Kranke Arbeitswelt – Ethische und sozialkulturelle Perspektiven. Hamburg: VSA.
- Hien, Wolfgang (2018): Krank – und in der ambulanten Pflege arbeiten? Working Paper der Hans-Böckler-Stiftung. Online: https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_055_2018.pdf, letzter Aufruf 19.03.2019.
- Hien, Wolfgang (2018): „Kellnern – das schafft keiner bis 67“ – eine Fallstudie zu chronischen Belastungen und Erkrankungen im Gastgewerbe. Working Paper der Hans-Böckler-Stiftung. Online: https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_108_2018.pdf, letzter Aufruf 19.03.2019.
- INQA (Initiative für eine neue Qualität der Arbeit) (2009): Lernfähig im Tandem. Betriebliche Lernpartnerschaften zwischen Älteren und Jüngeren. Online: https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publika-tionen/lernfaehiq-im-tandem.pdf?__blob=publicationFile, letzter Aufruf 19.03.2019.
- Karl, Franziska (2018): Zur Frage der Akzeptanz und des Zugangs zur Präventionsleistung der Deutschen Rentenversicherung in Berlin. Bachelorarbeit. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften.
- Kisker, Karl Peter et al. (1991): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme.

- Kivimäki, Mika et al. (2003): Organisational justice and health of employees: Prospective cohort study. In: Occupational and Environmental Medicine, Band 60, S. 27–34.
- Köhle, Karl et al. (Hg.) (2017): Uexküll – Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 8. Auflage. München: Elsevier.
- Köllner, Volker (2015): Chronischer Schmerz. In: Weber, Andreas/Peschkes, Ludger/de Boer, Wout (Hg.): Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Integration. Stuttgart: Gentner, S. 763–770.
- Köper, Birgit/Richter, Götz (2016): Restrukturierung und Gesundheit. In: Badura, Bernhard et al. (Hg.): Unternehmenskultur und Gesundheit. Berlin: Springer, S. 159–170.
- Kotthoff, Hermann/Reindl, Josef (1990): Die soziale Welt kleiner Betriebe. Wirtschaften, Arbeiten und Leben im mittelständischen Industriebetrieb. Göttingen: Otto Schwarz.
- Kurt, Ronald (2004): Hermeneutik. Eine sozialwissenschaftliche Einführung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Last, Reinhard (2000): Arbeitsbedingungen und Belastungen in der Verwaltung. In: Teske, Ulrike/Witte, B. (Hg.): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Band 1: Arbeitsbedingungen, -belastungen und Gesundheitsrisiken. Hamburg: VSA, S. 163–323.
- Leymann, Heinz (1993): Mobbing – Psychoterror am Arbeitsplatz. Und wie man sich dagegen wehren kann. Hamburg: Rowohlt.
- Marschall, Jörg et al. (2018): Schwerpunkt Rückenerkrankungen. In: DAK (Deutsche Angestelltenkrankenkasse): Gesundheitsreport 2018, S. 29–125. Online: <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2018-1970840.pdf>, letzter Aufruf 19.03.2019.
- Mayring, Philipp (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union.
- Mehrhoff, Friedrich (2009a): Rechts- und Sozialordnung. In: Mehrhoff, Friedrich/Schian, Hans-Martin (Hgg.): Zurück in den Beruf. Betriebliche Eingliederung richtig managen. Berlin: de Gruyter, S. 3–22.
- Mehrhoff, Friedrich (2009b): Allgemeine Leitgedanken. In: Mehrhoff, Friedrich/Schian, Hans-Martin (Hg.): Zurück in den Beruf. Betriebliche Eingliederung richtig managen. Berlin: de Gruyter, S. 24–41.
- Mehrhoff, Friedrich/Schian, Hans-Martin (Hgg.) (2009) : Zurück in den Beruf. Betriebliche Eingliederung richtig managen. Berlin: de Gruyter.
- Merleau-Ponty, Maurice (1945/1966): Phänomenologie der Wahrnehmung (übersetzt von R. Boehm). Berlin: de Gruyter.

- Middeldorf, Stefan (2015): Return to Work und berufliche Belastbarkeit bei muskuloskelettalen Erkrankungen. In: Weber, Andreas./Peschkes, Ludger/de Boer, Wout (Hg.): Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Integration. Stuttgart: Gentner, S. 670–687.
- Mucchielli, Roger (1972): Gruppendynamik. Theoretische Einführung. 2, überarbeitete Auflage. Salzburg: Otto Müller.
- Ohlbrecht, Heike et al. (2018): Return to Work und Stay at Work – die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: Rehabilitation, Band 57, S. 157–164.
- Paridon, Hiltraut (2016): Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Literaturanalyse. Initiative Gesundheit und Arbeit. Report 32. Berlin: Online: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_32_Psychische_Belastung_in_der_Arbeitswelt.pdf, letzter Aufruf 19.03.2019
- Platte, Petra/Meule, Adrian (2016): Adipositas. In: Ehlert, Ulrike (Hg.): Verhaltensmedizin. Berlin: Springer, S. 291–318.
- Rattner, Joseph (1977): Psychosomatische Medizin heute. Seelische Ursachen körperlicher Erkrankungen. Frankfurt am Main: Fischer.
- Ribolitis, Erich (1997): Die Arbeit hoch. Berufspädagogische Streitschrift wider die Totalverzweckung des Menschen im Post-Fordismus. München/Wien, Prolit.
- Rosenthal, Gabriele (2015): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim/München: Juventa.
- RKI (Robert Koch Institut) (2014): Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Berlin: RKI-Eigendruck. Online: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/chronisches_kranksein.pdf?__blob=publicationFile, letzter Aufruf 19.03.2019.
- Schulze, Annett/Kardorff, Ernst von/Hien, Wolfgang (2018): Der Beitrag der „Neuen Sozialen Bewegungen“ zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – eine Fallstudie zur Transformation und Verstetigung von Protestkommunikation in (in-)formellen Netzwerken. Berlin: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Stadler, Peter/Spieß, Erika (2009): Arbeit – Psyche – Rückenschmerzen. Einflussfaktoren und Präventionsmöglichkeiten. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, Band 44, S. 68–76.
- Strauss, Anselm L. (1984): Social Worlds and Their Segmentation Processes. In: Studies in Symbolic Interaction, Volume 5. Greenwich: JAI Press, S. 123–139.

- Voswinkel, Stephan (2017): Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Alsdorf, Nora et al.: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: transcript, S. 257–293.
- Weber, Andreas/Peschkes, Ludger/de Boer, Wout (Hg.) (2014): Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Integration. Stuttgart: Gentner.
- Wegewitz, Uta (Hg.) (2018): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung. Tagungsdokumentation. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Weich, Scott/Lewis, Glyn (1998): Poverty, unemployment and common mental disorders: Population based cohort study. In: British Medical Journal, Band 317, S. 115–119.
- Wöhrmann, Anne Marit et al. (2016): Arbeitszeitreport 2016. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Wompe, Mag (2012): Jagd auf Kranke. Rückkehrgespräche auf dem Vormarsch. Offenbach: Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der politischen Bildung e. V.

Autor und Autorin

Gudrun Funk ist Diplompädagogin und systemische Familienberaterin, Mitarbeiterin im Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie (Bremen), mit Werkvertrag beteiligt am Projekt „Neue Allianzen für gute Arbeit mit bedingter Gesundheit – nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure“, gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Projektleitung Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff.

Wolfgang Hien ist Arbeitswissenschaftler und Medizinsoziologe, Leiter des Forschungsbüros für Arbeit, Gesundheit und Biographie (Bremen), Senior Researcher an der Humboldt-Universität zu Berlin (Institut für Rehabilitationswissenschaften) und zurzeit tätig im Projekt „Neue Allianzen für gute Arbeit mit bedingter Gesundheit – nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure“, gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Projektleitung Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff.

Chronische Erkrankungen stellen sowohl betroffene Erwerbstätige wie auch betroffene Klein- und Mittelbetriebe vor große Herausforderungen. Es werden acht Fallberichte aus unterschiedlichsten persönlichen und betrieblichen Kontexten vorgestellt. Exemplarisch werden die Schwierigkeiten einer Teilhabe deutlich, aber auch die Möglichkeiten, die jedoch kaum genutzt werden. Es zeigt sich ein grundsätzlicher Mangel an Beratung und unterstützender Begleitung. Entsprechende Fragen an die Institutionen wie z. B. die Deutsche Rentenversicherung, die Berufsgenossenschaften und die Kommunen werden aufgeworfen.
