

# Return-to-Work – Übergangsprozesse nach Behandlung in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus

## Return-to-Work – The Transition after Psychiatric Inpatient Treatment

Autorinnen/Autoren

Daniela Blank<sup>1</sup>, Anne Lang<sup>1</sup>, Adele Brucks<sup>2</sup>, Lina Riedl<sup>2</sup>, Peter Brieger<sup>1</sup>, Johannes Hamann<sup>2, 3</sup>

### Institute

- 1 Akademisches Lehrkrankenhaus der LMU, Kbo-Isar-Amper-Klinikum, Haar
- 2 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
- 3 Bezirksklinikum Mainkofen, Deggendorf

### Schlüsselwörter

Psychische Erkrankungen, Rückkehr an den Arbeitsplatz, Grounded Theory

### Key words

Return to work, mental health, grounded theory

eingereicht 06.12.2022

akzeptiert 05.04.2023

online publiziert 09.05.2023

### Bibliografie

Psychiat Prax 2023; 50: 344–352

DOI 10.1055/a-2070-7451

ISSN 0303-4259

© 2023, Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Prof. Johannes Hamann  
Bezirksklinikum Mainkofen  
94469 Deggendorf  
j.hamann@mainkofen.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel der Studie** Erwerbstätige mit einer psychischen Erkrankung haben nach einer psychischen Krise oft massive Schwierigkeiten, ihre Arbeit wiederaufzunehmen. Im Mittelpunkt der Studie steht die Frage, wie Menschen den Übergang zwischen akutpsychiatrischer Klinik und Arbeitsplatz erleben.

**Methodik** Der Studie liegt ein qualitatives Forschungsdesign (Grounded Theory) zugrunde. Zehn narrative Interviews mit erkrankten Arbeitnehmern sowie vier Gruppeninterviews mit professionellen „Rückkehr-Begleitern“ (Return-to-Work-Experten) wurden geführt.

**Ergebnisse** Die vorliegende Analyse zeigt, dass das Zusammenspiel der beteiligten Akteure von enormer Bedeutung ist. Wesentlich ist, wie die Beteiligten den Rückkehrprozess deuten und welche Handlungsaufforderungen infolge dessen an die Beteiligten adressiert werden.

**Schlussfolgerungen** Ein arbeitsplatzbezogenes Entlassmanagement sollte Unterstützungsangebote vorhalten, die an den Erwartungshaltungen der Beteiligten ansetzen und einen gemeinschaftlichen Deutungsprozess fördern bzw. in Gang setzen.

### ABSTRACT

**Objectives** Workers on sick-leave due to a mental illness have enormous problems to return to work. The main objective of the present study is to examine, how individuals experience the transition from the mental health system to their workplace.

**Methods** A qualitative research design guided by a grounded theory approach was used. Narrative interviews with ten workers on sick leave and four semi-structured interviews with return-to-work-experts were conducted.

**Results** Relevant for returning to work is the interplay between the involved persons. Essential is the interpretation of the transition and as a result, which calls for action are made to the participants.

**Conclusion** Clinical interventions for returning to work should focus the support on the expectations of the participants and stimulate a common interpretation

## Einleitung

Erwerbsarbeit ist in der modernen Gesellschaft ein zentraler Modus gesellschaftlicher Integration. Neben der materiellen Existenzsicherung und sozialen Kontakten bietet Arbeit zahlreiche Gelegenheiten zur Selbst-Entfaltung [1, 2]. Erwerbstätigkeit ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen allerdings oft schwer erreichbar bzw. durch Krankheitsepisoden häufig gefährdet. Im Jahr 2021 entfielen 12 % der krankheitsbedingten Fehltagel auf psychische Erkrankungen. Damit sind psychische Erkrankungen nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems die zweithäufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehltagel [3]. Noch deutlicher fällt die Quote bei den Frühverrentungen wegen Erwerbsminderung aus: Laut der Deutschen Rentenversicherung (DRV) waren im Jahr 2021 rund 42 % der Erwerbsminderungsrenten auf psychische Erkrankungen zurückzuführen [4]. Sie sind damit inzwischen die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Verrentungen. Betrachtet man die Gruppe der stationär-psychiatrisch behandelten Patientinnen und Patienten, so liegt die Quote der Erwerbstätigen nur bei etwa 21 %. Von diesen gelingt wiederum bis zu einem Drittel nach einem Klinikaufenthalt der Wiedereinstieg ins Berufsleben nicht mehr [5].

Wenngleich Arbeitslosigkeit als Stressor an sich bereits die psychische Gesundheit direkt beeinträchtigt und das Suizidrisiko deutlich erhöht, so kommt für psychisch erkrankte Personen erschwerend hinzu, dass der Verlust des Arbeitsplatzes den Genesungsprozess erheblich erschweren kann, z. B. aufgrund von wegbrechenden sozialen Kontakten [6]. Gleichmaßen ist bekannt, dass Arbeit und Berufstätigkeit einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf haben und das psychische Wohlbefinden fördern [7]. Arbeit senkt das Risiko für eine Depression und stärkt die psychische Gesundheit [8]. In Anbetracht der zunehmenden Anzahl krankheitsbedingter Fehltagel bzw. Verrentungen sowie der negativen Auswirkung von Arbeitslosigkeit bzw. des positiven Effektes der Erwerbsarbeit auf die psychische Gesundheit, wird die Frage der erfolgreichen Rückkehr in die Arbeit nach einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit infolge einer psychischen Erkrankung immer bedeutsamer.

Verschiedene Studien haben sich bereits mit den Faktoren für einen gelingenden Rückkehrprozess an den Arbeitsplatz bei psychisch erkrankten Personen beschäftigt (exemplarisch [9, 10]). Angesichts der begrenzten Forschungslage im Hinblick auf die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Faktoren – insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die nach einer Episode einer psychischen Erkrankung wieder an ihren Arbeitsplatz zurückkehren – muss nach den grundlegenden Bedingungen gefragt werden, die auf den Transitionsprozess zwischen Klinik und Arbeitsplatz einwirken. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Herausforderungen und Probleme sich während der Transition zeigen, wie die beteiligten Akteure damit umgehen und welche Handlungsstrategien aus Sicht von Patientinnen und Patienten oder professionellen „Rückkehr-Begleitern“ (sogenannte Return-to-Work-Expertinnen oder Return-to-Work-Experten) erfolgsversprechend sind.

## Material und Methoden

Die vorliegende qualitative Studie möchte ein Verständnis davon generieren, wie Menschen den Übergang zwischen der Behandlung

in einer akutenpsychiatrischen Klinik und dem Arbeitsplatz erleben. Die vorliegende Arbeit ist Teil einer vom Innovationsfonds geförderten cluster-randomisierten Multicenterstudie (FKZ 01VSF17012), die auf 28 psychiatrischen Akutstationen im Großraum München durchgeführt wurde [12]. Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie war das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose aus den ICD-10 Kapiteln F2, F3, F4 oder F6, eine aktuelle stationäre Behandlung sowie ein noch bestehendes (sozialversicherungspflichtiges) Arbeitsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt. Für die Studie wurde ein Ethikvotum bei der Ethikkommission der Technischen Universität München eingeholt (437/18 S-KK). Alle teilnehmenden Patientinnen und Patienten haben eine schriftliche Einverständniserklärung abgegeben.

Feldzugang, Erläuterung des Forschungsinteresses und der Teilnahmebedingungen sowie Gewinnung der Interviewpartnerinnen und -partner für die qualitative Teilstudie erfolgten im Rahmen der genannten Studie [12]. Das Forschungsdesign der qualitativen Teilstudie orientierte sich an der Methodologie der Grounded Theory nach Glaser und Strauss [13–15]. Für den Forschungsprozess der Grounded Theory zentral ist das Prinzip des Theoretical Samplings, d. h. der ineinander verwobene Prozess von Datenerhebung, -analyse und Theoriegenerierung.

Das Datenmaterial wurde mithilfe von narrativen Interviews [13] mit zehn Patientinnen bzw. Patienten erhoben, die – um möglichst das ganze Spektrum der Forschungsfrage abzudecken – Betroffene aus unterschiedlichen Rückkehrsettings und mit verschiedenen Krankheitskarrieren einbezog (► **Abb. 1**). Die Auswahlkriterien berücksichtigten unter anderem die Arbeitsbedingungen, den Erfolg der Rückkehr an den Arbeitsplatz, die Formen der Unterstützung während des Transitionsprozesses sowie die Anzahl vorausgehender klinischer Behandlungen (Erst- oder Mehrfachbehandlung).

Eröffnet wurden die Interviews mit einer Einstiegsfrage, die die Interviewten stimulierte, die Geschichte ihres aktuellen Beschäftigungsverhältnisses, ihr Krank-Werden und den Prozess ihrer beruflichen Rückkehr darzustellen. Im anschließenden immanenten Nachfrageteil wurden die Interviewten aufgefordert, die für den Zusammenhang relevanten, bislang jedoch ausgeklammerten oder noch unklaren Bereiche zu schildern. Der exmanente Nachfrageteil zielte schließlich auf eine Bilanzierung des Rückkehrprozesses und fokussierte insbesondere die Förder- und Hemmfaktoren sowie die Frage, wie die krankheitsbedingte Absenz thematisiert wurde. Die Interviews (mit einer Dauer von etwa einer Stunde) wurden von der Erstautorin zwischen Juni 2019 und Oktober 2020 durchgeführt und fanden entweder in der eigenen Wohnung der Patienten oder in der Klinik statt. Aufgrund der Corona-Pandemie wurden einige Interviews in öffentliche Parkanlagen verlagert.

Zudem wurden von der Erstautorin Experteninterviews [13] mit allen an der oben genannten Multicenterstudie beteiligten Return-to-Work-Expertinnen und Experten (RTW-Expertinnen und Experten) geführt, darunter zwei Sozialpädagogen, eine Psychologin und eine Pädagogin. Die RTW-Expertinnen und Experten hatten im Rahmen der Multicenterstudie den Auftrag, den Transitionsprozess zwischen Klinik und Arbeitsplatz zu begleiten [16]. Bei der Leitfadendenkonstruktion war die Annahme, dass es sich hinsichtlich des Rückkehrprozesses um einen interaktiven Prozess mit mehreren Beteiligten (Personen, Institutionen, etc.) handelt, handlungsleitend. In insgesamt vier Gruppeninterviews wurden die RTW-Exper-

### Samplestruktur der Interviews 6 Männer, 4 Frauen, Altersspanne 35 – 57 Jahre

#### Krankheitskarrieren:

4 Personen mit einer F2-Diagnose,  
6 Personen mit einer F3-Diagnose

5 Personen mit mehreren stationären  
Behandlungen aufgrund einer psychischen  
Erkrankung

3 Personen erhielten eine sogenannte  
Return -to-Work-Intervention

#### Arbeitsbedingungen:

6 Personen mit ungünstigen Arbeits-  
bedingungen (u.a. Mobbing, hohe Arbeits-  
belastung, mangelnde Wertschätzung)

#### Branchen:

Verarbeitendes Gewerbe; Handel; Finanz-  
und Versicherungsdienst; Erbringung v.  
freiberuflichen, wissenschaftlichen und  
technischen Diensten; Gesundheits- und  
Sozialwesen; Kunst, Unterhaltung und  
Erholung

#### Erfolg des Rückkehrprozesses:

3 Personen sind nicht erfolgreich an ihren  
ursprünglichen Arbeitsplatz zurückgekehrt  
(darunter 1 Person, die zweimal ihren Arbeits-  
platz verloren hat)

6 Personen sind erfolgreich an ihren ursprüng-  
lichen Arbeitsplatz zurückgekehrt (darunter 2  
Personen mit mehreren erfolgreichen  
Rückkehrprozessen)

1 Person hat sowohl einen nicht-erfolgreichen  
wie auch einen erfolgreichen Rückkehrprozess  
erlebt

► **Abb. 1** Samplestruktur der Interviews (eigene Darstellung).

tinnen und Experten dazu befragt, wie sie den Rückkehrprozess ihrer Patientinnen und Patienten erlebt haben, mit welchen Förder- und Hemmfaktoren sie konfrontiert wurden und wie sie damit umgegangen sind. Abgesehen vom zweiten Interviewtermin (hier war ein Experte verhindert), nahmen alle RTW-Expertinnen und Experten an allen vier Gruppeninterviews teil.

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Des Weiteren wurden Patientenakten (Return-to-Work-Dokumentationsbögen) und Teamprotokolle aus der oben genannten Multicenterstudie ergänzend in die Analyse einbezogen.

Die Datenanalyse und die Entwicklung theoretischer Konzepte orientieren sich am Prozess der Grounded Theory. Hierbei handelt es sich um ein rekonstruktives bzw. interpretatives Verfahren [vgl. 13: 189ff]. Dies beinhaltet unter anderem die Kodierung der Daten (offenes, axiales und selektives Kodieren) und das Verfassen von Memos, die Anwendung des Kodierparadigmas sowie das Konzept der theoretischen Sättigung [14, 15]. Demgemäß endete der Prozess der Datenanalyse, als im Material nichts Neues mehr hinsichtlich der entwickelten Theorie entdeckt werden konnte. Die Datenanalyse erfolgte durch die Erstautorin und wurde computergestützt mithilfe des Software-Programms MAXQDA durchgeführt. Im Sinne der Qualitätssicherung wurden im diskursiven Austausch innerhalb der Forschungsgruppe die Nachvollziehbarkeit und Gültigkeit der Interpretationen geprüft.

## Ergebnisse

Nachfolgend werden die aus dem mehrstufigen Kodierprozess hervorgegangenen wichtigsten Kategorien vorgestellt. Dies umfasst die Darstellung des zentralen Handlungsproblems (oder auch Schlüsselkategorie, die einen Großteil der relevanten Konzepte integriert) mit dem die beteiligten Personen im Kontext einer Berufswiedereintrittsphase nach einer psychischen Krise konfrontiert sind und die Beschreibung der damit verknüpften Handlungsstrategien. Des Weiteren werden die darauf einwirkenden Bedingungen und Faktoren und die Wirkungen, die sich daraus ergeben, dargelegt.

### Bestimmung der Arbeitsrolle, -leistung und -beziehungen als zentrales Handlungsproblem

Eine Berufswiedereintrittsphase im Anschluss an eine stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus beruht auf dem Wechsel von der krankheitsbedingten Schonhaltung (Patientin/Patient) in die leistungsorientierte Arbeitshaltung (Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer). Im vorliegenden Material hat sich gezeigt, dass dieser Statuswechsel sowohl aus Sicht der Betroffenen, als auch für weitere Beteiligte weder selbstverständlich noch widerspruchsfrei ist:

*I1: Klar, weil man halt auch immer in der Angst ist, dass man halt nicht mehr reinkommt. Ich mein, nach jeder Episode ist man dann auch in so einer Downphase und ähm denkt, man kommt beruflich nicht mehr rein und ähm man ist jetzt das Leben ist zu Ende.*

*I5: Also ja, ich muss sagen, das ist auch nicht selbstverständlich. Ich weiß es in anderen Firmen. Ich glaub, das darf ich sagen, bei meiner Partnerin, die ist in einer sehr kleinen Firma, und der Chef, der hat da überhaupt kein Verständnis für so was. Also der würde denjenigen, äh, nach einer Zeit entlassen.*

Diese Ungewissheit hinsichtlich des Statuswechsels wird auch von den RTW-Expertinnen und Experten bestätigt:

*I12: (...) Patienten, die unglaubliche Angst hatten und so, vor dem ersten Arbeitstag, weil sie eben NICHT wussten, was sagen sie den Kollegen oder was passiert, wenn sie jemand auf dem Gang treffen und der fragt sie.*

Für einige Patientinnen und Patienten war die aktuelle Krankheits-episode Anlass sich mit ihren Arbeitsbedingungen auseinander zu setzen. Gleichmaßen hat sich in den Patienten- und RTW-Experteninterviews gezeigt, dass auch seitens Anderer (z. B. Vorgesetzte, Kollegen) die Arbeitssituation infrage gestellt wird. Aus den Schilderungen der Befragten ist zu entnehmen, dass der Status-

wechsel in vielen Fällen mit einer Neupositionierung der Beziehung zur Arbeit oder der Neuverortung der (erkrankten) Arbeitnehmer innerhalb des Arbeitskontextes einher geht. Die beteiligten Personen müssen Antworten finden auf Fragen, wie beispielsweise: Wie stehe ich bzw. er/sie zu den Mitarbeitern/Kunden/externen Kooperationspartnern (bzw. vice versa)? Kann ich bzw. er/sie die Berufsrolle etc. wieder ausfüllen? Kann ich bzw. er/sie die Arbeitsaufgaben (ggf. auch nach einer Übergangszeit) erfolgreich bewältigen?

Diese Neudeutung der Beziehung zur Arbeit umfasst unterschiedliche Dimensionen:

- Zugehörigkeit innerhalb eines Geflechts sozialer Beziehungen,
- Neupositionierung von Arbeitsrollen,
- Bewertung der Arbeitsinhalte, der Arbeitsabläufe und des Arbeitsplatzes.

### Psychisch-Krank-Werden als vorauslaufender Statuswechsel

In den hier untersuchten Fällen geht dem Handlungsproblem der Neuverortung eine krankheitsbedingte Absenz bzw. eine stationäre Behandlung in einem Akutkrankenhaus voraus. Dieser vorauslaufende Statuswechsel des Krank-Werdens, der den Beginn oder die Intensivierung einer medizinischen Behandlung markiert, weist im Vergleich zu anderen Transitionsprozessen, wie beispielsweise der Übergang zwischen Studium und Berufspraxis, besondere Merkmale auf. Erkennbar wird im Interviewmaterial, dass dies zum einen das Ausmaß oder den Grad der Veränderung, der durch diesen Übergang ausgelöst wird, betrifft: Psychische Krisen und stationäre Aufnahmen reißen die Betroffenen aus ihrem Alltag (I7: „Es ist so gewesen, als hätte man mich rausgerissen, einen Reset gemacht“), durchkreuzen Zukunftspläne und wecken Selbstzweifel hinsichtlich der Angemessenheit der bisherigen Lebensform, Einstellungen und Absichten (I3: „Und auch gar kein Vertrauen in mich, dass ich in irgendeiner Form in meine Rollen wieder äh zurückkommen kann.“). In mehreren der hier berichteten Fälle wird der Grad der Invasivität, d. h. der Einfluss auf die aktuelle und die künftige Lebenssituation folglich als sehr hoch beschrieben.

Zum anderen löst das Krankheitsereignis Furcht vor weiteren psychischen Krisen aus. Die potentielle Wiederholbarkeit psychischer Krisen (Krankheitsrückfall) wird in zahlreichen Interviews als bedrohliches Zukunftsszenario wie auch aktuell zu lösendes Handlungsproblem thematisiert:

I9: (...) bei mir diese Angst extrem hoch ist nach der letzten Erfahrung, dass es nach dem Klinikaufenthalt einfach wieder schlechter gehen kann (...).

Des Weiteren ist die Bewusstwerdung einer psychischen Krise oder die Deutung von Symptomen in manchen Fällen enorm erschwert, wie die Schilderung einer Befragten zeigt:

I7: (...) das war die Realität für mich. Genau für mich. Und, äh ich bin immer mehr abgedriftet in diese un reale Welt, sag ich jetzt mal.

Dadurch kann die Anerkennung des Statuswechsels von psychisch gesund zu psychisch krank (und umgekehrt) mit einem erheblichen Aufwand verbunden sein. Der Anerkennungsprozess ist keine Selbstverständlichkeit, sondern zudem abhängig davon, wie Drit-

te diesen Transitionsprozess werten, so die Erfahrung eines Betroffenen:

I1: Ja, es war relativ schwierig. Also ich war ja damals, zu dem Zeitpunkt, mit meiner Freundin ja grad mal sechs Monate zusammen. Und die hat das ja nicht gewusst. Und, ähm, gut, ich hatte da jetzt relativ Glück mit ihr. Die hat da relativ verständnisvoll reagiert. Meine Schwester, die glaubt ja nicht so richtig an die psychischen Erkrankungen, sondern die denkt, dass das vom alten Drogenkonsum stammt.

Bei zahlreichen Personen ereignet sich dieser vorlaufende Statuswechsel des Psychisch-Krank-Werdens auch im Kontext des Arbeitsplatzes, was in einigen Fällen massive Auswirkungen auf das berufliche Selbstbild mit sich führt. So berichtet eine befragte Person von einer veränderten Situationswahrnehmung während ihrer Tätigkeit („verfolgt gefühlt“, „ich in so einer Art Film drin wär“) und Fehlen beim Deuten von Ereignissen („bis zum völligen Realitätsverlust“):

I1: Ich hab mich verfolgt gefühlt, ich hab gedacht, dass ich in so einem Film drin bin und beobachtet werde und die ganzen Leute von der Arbeit so mitmachen und, dass die sich alle abgesprochen hätten und ich in so einer Art Film drin wär. Und das hat mich dann irgendwie immer weiter verrückt gemacht. Ich hab wirklich gedacht, dass von mir so ein Film gedreht wird. Und das hat sich dann immer weiter rein- und ich wollt halt auch immer mitspielen und das immer mitmachen halt einfach. Und das war mir dann überhaupt gar nicht klar. Das ging aber dann noch weiter bis zum völligen Realitätsverlust. (...) Und ich wär froh, wenn ich jetzt so einen Zustand nicht mehr erreichen würde einfach. Dass man sagt, okay (atmet tief durch), weil es halt dann doch schwierig ist. Man halt auch nicht so genau weiß, was man macht.

Eine andere Stelle aus dem Datenmaterial legt nahe, dass diese Störungen nicht nur für das Selbst im Sinne eines „Sich-Selbst-Fremdwerdens“ folgenreich sind, sondern sich auch mit und vor Kollegen ereignen und zu einem „Anderen-Fremdwerden“ führen können:

I5: Und Kollegen kriegen des halt auch mit, weil die merken halt so der ist unkonzentriert, macht Leichtsinnsfehler, beim Mittagessen, er beteiligt sich nicht so an Gesprächen. Und, äh, ja. Und eben auch, dass ich im Büro dann sehr ruhig bin. Normalerweise, man hat ja auch mal dann Smalltalk oder so, dass ich mich dann zurückhalte.

I13: Ich hab jetzt eine Klientin, die ist äh, in ihrer, man weiß nicht so genau, ob das eine manische Phase war oder eine psychotische Phase, ähm die ist in einem ambulanten Pflegedienst und hat eine Schubkarre gefunden auf dem Weg in die Arbeit, so eine olle. Hat die dann mitgenommen. Dann hat sie noch olle Kanister gefunden. Und ist damit dann halt in die Arbeit. Und äh, hat dann äh irgendwas gefaselt von Bombe und so weiter und so fort. Und das ist der, das ist der mords peinlich. Also das ist so schambe setzt.

## Mögliche Handlungsstrategien und deren Konsequenzen

Im vorliegenden Datenmaterial ereignet sich der vorausgehende Statuswechsel des Krank-Werdens häufig innerhalb oder aufgrund der Arbeit. Nur wenige Patientinnen und Patienten haben berichtet, dass sich das Krankheitsereignis vollständig außerhalb des Arbeitskontextes ereignet hat und auch keine Bewältigungsarbeit innerhalb dessen erforderlich war. Die dafür notwendige Bewältigungsarbeit, so konnte aus den Interviews geschlossen werden, fällt dabei nicht nur auf die betroffene Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer zurück, sondern es sind unter Umständen zahlreiche Akteure auch aus unterschiedlichen Institutionen eingebunden (z. B. Kollegen, Vorgesetzte, Betriebsmediziner, Personalabteilung, niedergelassene Therapeuten, Mitarbeiter der Klinik und des Integrationsfachdiensts).

Die Analyse der Rückkehr-Erzählungen und die Ergebnisse aus den Experteninterviews zeigen: Der Wechsel vom Krank-Geschrieben-Sein in den Status der Arbeitsfähigkeit und die dafür herangezogenen Bewältigungsmaßnahmen sind unter anderem abhängig vom verfügbaren Wissen, den Fähigkeiten und den individuellen Ressourcen, z. B. Strategien zur Stressreduktion am Arbeitsplatz oder Berufsbiographie-Arbeit. Darüber hinaus wirken betriebsübergreifende strukturellen Faktoren (wie Fachkräftemangel) sowie betriebsinterne Bedingungen (wie Betriebsgröße, Unternehmenskultur) auf die Bereitschaft der Beteiligten sich auf Veränderungen einzulassen und an der Bereitstellung wohlwollender Hilfsangebote aktiv mitzuarbeiten, so die Erfahrung der befragten RTW-Expertinnen und Experten:

*113: Ja weil das auch in in so Firmen, wie äh also städtische Unternehmen, ne, die können das eher mal kompensieren als wie in den wirtschaftlich orientierten Unternehmen. Und bei den, bei den städtisch also bei den städtischen oder staatlichen, ähm Einrichtungen, da da gibt es auch, da gibt es auch gar nicht so die Schwierigkeiten. Also die machen ihr Verfahren, die sind offen.*

Im vorliegenden Datenmaterial zeigt sich, je nachdem ob bzw. in welchem Umfang (kurz- oder langfristig) und in welcher Form dabei eine Veränderung der Arbeitsrolle, -beziehungen und -inhalte als sinnvoll erachtet wird, dass verschiedene Handlungsmaßnahmen zur Umsetzung der angestrebten Veränderungen denkbar sind. Diese reichen von Beziehungs-, Informations- und Reflexionsarbeit, über Erwartungs- und Emotionsmanagement bis hin zur Veränderung der Arbeitsaufgaben, des Arbeitstempos und der Arbeitsumgebung. Im nachfolgenden Beispiel zeigt sich dies als wechselseitig aufeinander abgestimmte Reflexions- und Informationsarbeit:

*19: Es war ein bisschen seltsam natürlich, ja, weil man doch wieder ins Umfeld kommt und irgendwie alles gleich ist und man jetzt nicht so genau weiß, was denken die Kolleginnen über einen, äh wer weiß alles Bescheid jetzt genau und wer nicht. Und ähm ich bin ja von Anfang an offen mit dem Thema umgegangen, aber trotzdem habe ich es nicht jedem erzählt und äh wusste jetzt nicht, wer weiß was und wer denkt was über einen. Und ähm meine Chefin, wenn die jetzt das Ganze ein bisschen auf mich anpasst so, ist dann, klingt das dann nach einer Extrawurst oder ja. Hab mir auch gedacht, soll ich das jetzt annehmen so oder soll*

*ich jetzt sagen, nee ich möchte wie jeder andere auch behandelt werden. Ähm letztendlich bin ich schon wie jeder andere behandelt worden, aber es ist einfach, es war halt in ständiger Absprache und Rücksprache mit mir, ob es für mich so in Ordnung ist.*

Die Neupositionierung der Beziehung zur Arbeit wie auch die dafür als notwendig erachteten Handlungsmaßnahmen werden seitens der beteiligten Personen entweder, wie im oberen Beispiel („in ständiger Absprache und Rücksprache mit mir“), interaktiv ausgehandelt, stillschweigend hingenommen oder machtvoll vorausgesetzt (16: „Wir wollen dich hier nich- mehr“). Demgemäß, so kann aus den Interviews geschlossen werden, unterliegt der Statuswechsel einem Wahrnehmungs- und Deutungsprozess. Er kann zwischen den Beteiligten im Hinblick auf die entwickelten Maßnahmen, die eingesetzten Ressourcen, das Ziel und die Erfolgsaussicht sowie auf die Erwartungshaltung gegenüber den beteiligten Personen enorm variieren. Dies kann unter Umständen zu erheblichen Spannungen führen, was sich anhand des nachfolgenden Beispiels deutlich zeigt:

*16: (...) wir ham uns alle an einen Tisch gesetzt, alle TAs, alle Ärzte, und haben eine Besprechung gemacht. Was steht an, was muss gemacht werden, wer macht was. Ja und ich sitz- dann da, war wie immer die Erste, weil keiner kam pünktlich. Ähm die Ärztin kommt rein, guckt mich an: 'Oh nein, nicht DU. Kannst gleich wieder gehen. Wir wollen dich hier nich-mehr, wir wollen keinen Psycho.' Okay. Die anderen waren allerdings sehr nett, dacht- ich mir, jung naiv wie ich war, ähm das wird schon. (...) Und dann hat sich halt in den Tagen danach immer mehr raus kristallisiert, dass diese, ähm, Wiedereingliederung und diese Rechte, die ich da hab, nur MICH interessieren. Ich war nämlich am dritten Tag schon wieder für Spätdienst eingeteilt, alleine. Ähm, der geht so neun Stunden. Ähm, zur Entlastung der andren Kolleginnen, weil ich war ja jetzt so lang nicht da. Und dann kann das ja nicht sein, dass ich mich jetzt weiterhin auf die faule Haut lege. Das war dann so der erste Zeitpunkt, wo ich mir dann schon Gedanken gemacht hab, okay, wo gehe ich hin? Wechsle ich die Stelle?*

In dem Beispiel werden die ursächliche Bedingung für die Rückkehr (krankheitsbedingte Absenz) und das Ziel (Wiederaufnahme der Tätigkeit, Reintegration in ein Arbeitsteam und in die Arbeitsabläufe) von manchen Kolleginnen und Kollegen anders gedeutet („Wir wollen dich hier nich- mehr“; „auf die faule Haut legen“) und die dafür herangezogenen Maßnahmen (zwischenzeitliche Reduktion der Arbeitszeit) werden konterkariert. Eine (Wieder-)Aneignung der Arbeit seitens der betroffenen Arbeitnehmerin wird aufgrund der Missachtungserfahrungen verhindert.

Im oben genannten Beispiel löst die Befragte die Diskrepanz zwischen dem erwarteten Rückkehrprozess und der tatsächlichen Realität schließlich, indem sie nach Alternativen Ausschau hält – was letztlich zur Kündigung führt. Durch die Auflösung des Arbeitsverhältnisses (hier durch die betroffene Arbeitnehmerin) fallen zwar einerseits die krankmachenden Arbeitsbedingungen weg; andererseits geht auch die Arbeitskraft verloren und es besteht die Gefahr, dass durch das Wegbrechen der geregelten Tagesstruktur und der sozialen Kontakte die psychische Gesundheit negativ beeinflusst wird. In anderen Fällen wird dieser Umstand auch noch durch

die damit einhergehende Prekarisierung der ökonomischen Lebensbedingung weiter verschärft.

Die Analyse weiterer Rückkehr-Erzählungen und die Ergebnisse aus den Experteninterviews legen jedoch auch nahe: Wenn es gelingt, möglichst alle beteiligte Personen in den Transitionsprozess zu involvieren und im Rahmen eines gemeinschaftlichen Deutungsprozesses einen, auf die jeweilige Situation abgestimmten und an den Bedürfnissen des betroffenen Mitarbeiters orientierten, Rückkehrprozess zu erarbeiten und erfolgreich umzusetzen, wird die (Wieder-)Aneignung bzw. die notwendige Abgrenzung von der Arbeit befördert. Der Genesungsprozess wird unterstützt (I2: „*umso schneller ich wieder ins normale Leben find, also ich einsteig-, also umso schneller bin ich wieder gesund eigentlich.*“) und die Arbeitsleistung bleibt erhalten. Zudem kann dies zu einer erhöhten Bindung an den Betrieb führen, wie das nachfolgende Beispiel eindrucksvoll belegt:

I5: „*Weil wirklich alle, von allen Seiten krieg ich Unterstützung. Auch von Kollegen, die in ganz anderen Abteilungen sind. Da kenn ich einen, der ist sehr sehr weit oben angesiedelt, der auch sagt: 'Wenn irgendwas ist, äh, kommste zu mir', und der Connections hat. Und halt einfach, dass man nach einem Rat suchen kann. Die Kollegen, mein Chef selber, der sagt auch, ich kann auch, wenn ich will, am Sonntagabend anrufen. Also das ist halt schon so ein bisschen, Schlaffenland sag ich mal. (lacht) (...) Und ich find das alles so toll. Und weiß, dass die Kollegen da, äh, sehr viel Arbeit hat, hatten, weil sie das mit auffangen müssen. Und dass ich jetzt halt mich einsetzen will. Also nicht tausendprozentig, sondern eben schön langsam aufbauen, dass ich, dass ich wieder fit werde. Und dann, äh, Unterstützung für die Firma bin. Ich glaub-, so viel Entgegenkommen der Firma, das ist schon Wahnsinn. Und des möcht- ich halt irgendwo zurückgeben dann. Ja. Ja, des ist schon, des ist schon schön, ja, das es so ist. Ja.“*

## Diskussion

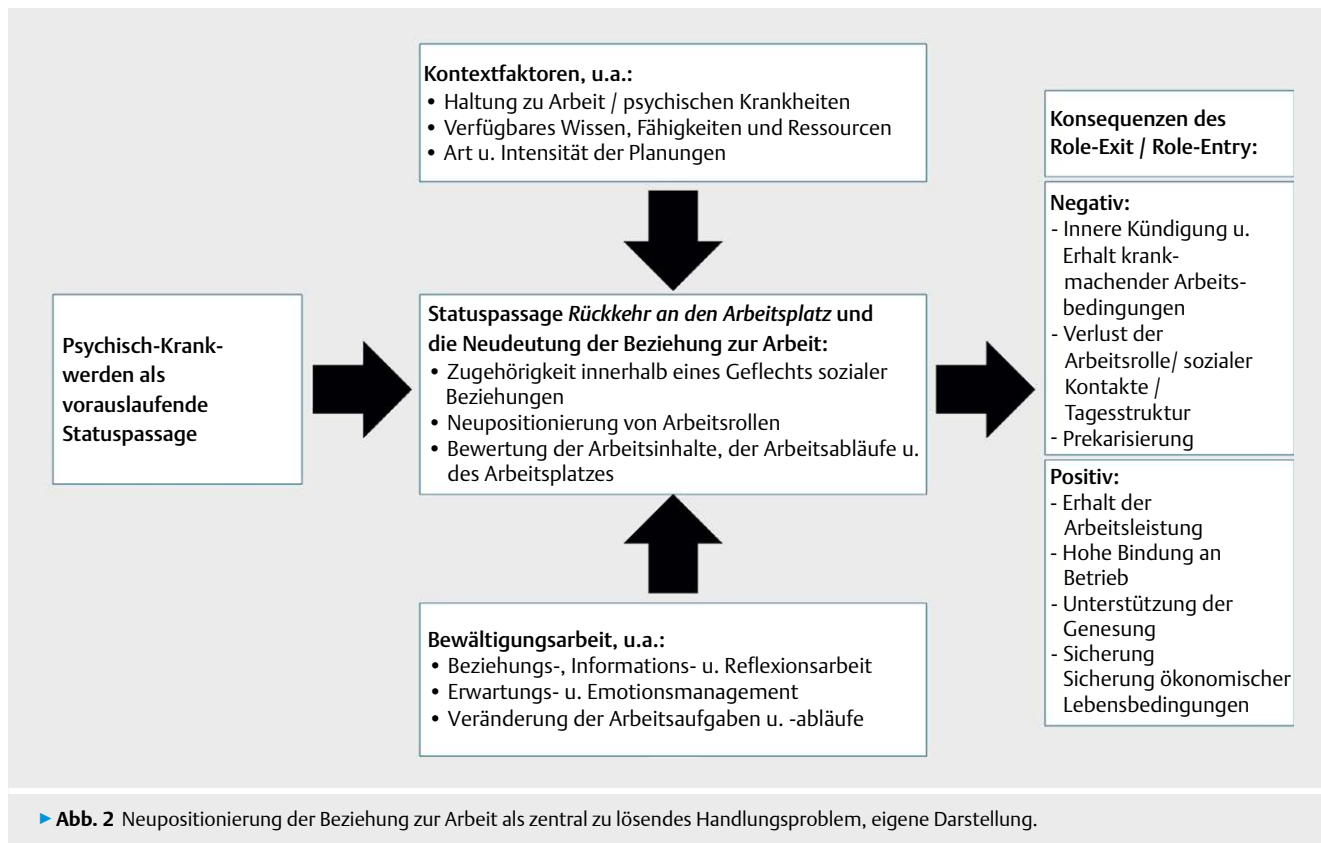
Ziel der vorliegenden qualitativen Studie war es aufzuzeigen, wie Menschen den Übergang zwischen der Behandlung in einer akuten psychiatrischen Klinik und dem Arbeitsplatz erleben und wie die Beteiligten mit den Herausforderungen umgehen.

Aus Studien ist bekannt, dass Patientinnen und Patienten, die aus einer psychiatrischen Akutklinik entlassen werden und an den Arbeitsplatz zurückkehren möchten, in der Regel vor mehrfachen Herausforderungen stehen: Prozesse der Reintegration an den Arbeitsplatz erfolgen oftmals parallel zum Aufbau des ambulanten Versorgungsnetzes und zur Wiederaufnahme von alltagsbezogenen Arbeiten, wie Haushaltsführung oder Kindererziehung [16]. Zudem muss das – im Zuge der Krisensituation – zerbrochene Selbstbild [17, 18] bzw. das Fremdwerden der eigenen Biographie [19] bewältigt sowie die (teils schambehaftete) eigene psychiatrische Hospitalisierung verarbeitet werden. Verschiedene Studien haben bereits auf die Wechselwirkung zwischen psychisch erkrankter Mitarbeiterin bzw. erkranktem Mitarbeiter, Arbeitssetting und Versorgungssystem während des Rückkehrprozesses an den Arbeitsplatz hingewiesen [exemplarisch 9, 11, 20]. Betriebsübergreifende strukturelle Faktoren, wie rechtliche Rahmenbedingungen und Fachkräftemangel, sowie betriebsinterne Bedingungen, wie Unternehmenskultur, Betriebsgröße, Erfahrungen mit der betrieb-

lichen Wiedereingliederung, wirken dabei auf die Bereitschaft der Beteiligten, sich auf Veränderungen einzulassen und an der Bereitstellung wohlwollender Hilfsangebote aktiv mitzuarbeiten [21]. Diese unterschiedlichen betriebsübergreifenden wie auch -internen Bedingungen, die auf den jeweiligen Rückkehrprozess einwirken, spiegeln sich – wenngleich hier nicht umfassend behandelt – auch in den Erfahrungen der befragten RTW-Expertinnen und Experten wider. Die vorliegende Analyse fokussiert stärker die Mikroebene des beruflichen Wiedereintritts, d. h. die Interaktion zwischen den beteiligten Personen. Die Analyse zeigt – so das Fazit aus den hier berichteten Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sowie der RTW-Expertinnen und Experten –, dass das Zusammenspiel der beteiligten Akteure maßgeblich für den Rückkehrprozess ist. Die vorliegenden Studienergebnisse generieren dabei ein tieferes Verständnis dieses komplexen Zusammenspiels. Wesentlich ist dabei, wie die Beteiligten den Rückkehrprozess deuten und welche Handlungsaufforderungen infolge dessen an die Beteiligten adressiert werden.

Eine Berufswiedereintrittsphase im Anschluss an eine stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus lässt sich aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektivierung heraus als *Statuspassage* [22, 23] begreifen. Der Begriff *Statuspassage*, der maßgeblich von Glaser und Strauss geprägt wurde, beschreibt allgemein Prozesse und Mechanismen des Übergangs innerhalb eines gesellschaftlichen Feldes oder zwischen verschiedenen Feldern. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich mit jedem Statuswechsel die normativen Erwartungen verändern, die an die Person gestellt werden [22: 47]. Mit Ebaugh [23] weitergedacht, umfasst eine Statuspassage dabei nicht nur das Erlernen einer neuen Rolle oder das Anpassen an neue Verhältnisse, sondern einen gleichzeitig ablaufenden Loslösungsprozess von alten Verhältnissen („disengagement“, „disidentification“ [23: 4]). Wie bei jedem Statuswechsel [22, 23], so verändern sich auch im Zuge einer Berufswiedereintrittsphase im Anschluss an eine stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus die normativen Erwartungen, so die Ergebnisse der vorliegenden Studie. Im vorliegenden Datenmaterial zeigt sich dieser Statuswechsel als Übergang von der krankheitsbedingten Schonhaltung (Patientin/Patient) in die leistungsorientierte Arbeitshaltung (Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer). Die Neupositionierung der Beziehung zur Arbeit ist dabei – vor allem für die erkrankten Mitarbeiter, aber auch für Andere – das zentral zu lösende Handlungsproblem (► **Abb. 2**). Dies schließt sowohl die Neuverortung der rückkehrenden Person innerhalb eines Geflechts sozialer Beziehungen sowie die Neuausrichtung der Arbeitsrolle ein, als auch eine Neubewertung der Arbeitsinhalte, der Arbeitsabläufe und des Arbeitsplatzes.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studien zeigen, dass hierbei der Rückkehrprozess maßgeblich von der Art und Weise beeinflusst wird, wie die Beteiligten diesen Prozess mit Sinn ausstatten, und welche Handlungsaufforderungen infolge dessen an die Beteiligten adressiert werden. Konkret geht es darum, wie die beteiligten Akteure (Patienten, Vorgesetzte, Gesundheitsexperten, etc.) jeweils die Phase der Absenz und den Genesungsprozess deuten und wie sie sich über den Rückkehrprozess verständigen. Sofern die Passage des Psychisch-Krank-Werdens im Arbeitskontext direkt sichtbar bzw. erlebbar wurde, spielt auch die Art und Weise, wie Vorgesetzte, Kollegen usw. dieses Ereignis deuten bzw. damit umgehen, eine bedeutsame Rolle.



Für das Zusammenspiel aus mentaler Störung, Leistungsabfall und erschüttertem Selbstbild erweist sich das von Corbin und Strauss [17] entwickelte Konzept der *Gescheiterten Performanz* als weiterführend. Der Ansatz verknüpft das Scheitern von sozialen Handlungen (wie z. B. das Scheitern einer Kommunikation mit einer Kundin oder einem Kunden) mit gestörten Körpern und zerbrochenen Selbstbildern. Eine *Gescheiterte Performanz* kann dabei durch mentale oder physische Prozesse verursacht werden, wie z. B. Konzentrationschwierigkeiten während eines Kundengesprächs. Das Scheitern von sozialen Handlungen, so Corbin und Strauss, wird dabei seitens der Beteiligten als folgenreich für den weiteren Verlauf bewertet (inkl. der Notwendigkeit von Bewältigungsarbeit). In Anlehnung an das Konzept lassen sich die entsprechenden Stellen im Datenmaterial differenzieren, „als Scheitern *für sich selbst, für andere, vor anderen, durch andere* oder *mit anderen* sowie als Scheitern des Erscheinungsbildes der Performanz oder des Ausführenden“ [17: 76] (in den oben aufgeführten Zitaten zeigt sich dies z. B. als Abdriften in eine un-reale Welt oder als fehlende Beteiligung an Gesprächen). Als grundlegender Einflussfaktor auf den beruflichen Rückkehrprozess erweist sich demnach, wie dieses Scheitern der beruflichen Performanz im Sinne eines „Sich-Selbst-Fremdwerdens“ oder „Anderen-Fremdwerdens“ retrospektiv gerahmt wird.

Der Rückkehrprozess an den Arbeitsplatz wird dabei umso komplexer, je unterschiedlicher die Rückkehrerwartungen sind, die die beteiligten Akteure aufgrund von unterschiedlichen Informationen und Deutungen entwickelt haben. Die Analyse der Rückkehr-Erzählungen hat gezeigt, dass unterschiedliche Rückkehrerwartungen zu erheblichen Spannungen führen können. Ohne den Versuch die Beteiligten

zu koordinieren, schlägt dann jeder Versuch eines abgestimmten Rückkehrprozesses fehl. Insofern die notwendige Bewältigungsarbeit nicht nur auf die betroffene Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer zurückfällt, ist für die Entwicklung eines bedürfnisorientierten Rückkehrprozesses jedoch eine gelingende Kommunikation sowie größtmöglicher Konsens über die erforderlichen Handlungsmaßnahmen unabdingbar. Auf dieses Kernproblem haben bereits vorangehende Studien hingewiesen. [11, 20, 24].

Die Studienergebnisse zeigen folglich, dass der Übergang zwischen Klinik und Arbeitsplatz weit mehr als den Genesungsprozess und die Anpassung von Arbeitsabläufen und -inhalten umfasst. Eine gelingende Statuspassage setzt einen gemeinschaftlichen Deutungsprozess voraus, der sich an den Bedürfnissen der zurückkehrenden Mitarbeiterin oder des zurückkehrenden Mitarbeiters orientiert bzw. diese zum Thema macht. Dabei benötigt ein Teil der betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer keine Hilfe; ein Teil schafft es ohne Hilfe nicht, erfolgreich an den Arbeitsplatz wieder zurückzukehren. Angesichts des nicht unerheblichen Anteils an Patientinnen und Patienten, deren Wiedereinstieg an den Arbeitsplatz im Anschluss an eine stationäre Behandlung nicht gelingt [5], sind adäquate Unterstützungsangebote an der genannten Schnittstelle zu etablieren. Seitens der Betroffenen wird allerdings bemängelt, dass sie durch das Hilfesystem nicht gut auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz vorbereitet werden [25–27]. Für akutstationär behandelte Patientinnen und Patienten mit bestehendem Arbeitsverhältnis gibt es kaum entsprechende Unterstützungsangebote, da Leistungen zur beruflichen Teilhabe in Deutschland überwiegend im klassischen Rehabilitationssektor zur Verfügung gestellt wer-

den [28]. Stationäre wie auch ambulante medizinisch psychotherapeutische Leistungen zeichnen sich oftmals durch ein Nichtthematisieren bzw. durch ein Umdeuten der Problemlagen in Richtung Personalisierung und Familialisierung aus [29]. Diese unterschiedlichen Bedingungen in den medizinischen Versorgungsstrukturen und in den Betrieben, spiegeln sich – wenngleich hier nicht umfassend behandelt – auch in den Erfahrungen der befragten RTW-Expertinnen und Experten wider. Für die Patienten und Patientinnen mit Unterstützungsbedarf, so eine RTW-Expertin, ist das „A und O [ist] der Kontakt MIT dem Patienten IN der Klinik. (...) Also erst Beziehungsaufbau, dann die Öffnung, dass der RTW mit dem Arbeitgeber sprechen kann.“ Ob aktuell entwickelte Return-to-Work-Interventionen die oben genannten Aspekte in ausreichendem Maße berücksichtigen, ist offen.

## Stärken und Limitation

Die Identifizierung vergleichbarer Themen bzw. Probleme mit dem die beteiligten Personen – aus unterschiedlichen Rückkehrsettings mit verschiedenen Krankheitskarrieren – im Kontext einer Berufswiedereintrittsphase nach einer psychischen Krise konfrontiert sind, unterstreicht die Generalisierbarkeit des Handlungsproblems. Als zentrales Handlungsproblem (oder auch Schlüsselkategorie) wurde die Bestimmung der Arbeitsrolle, -leistung und -beziehungen in Verbindung mit einer erforderlichen Deutungsarbeit aller Beteiligten herausgearbeitet, die schließlich einen Großteil der relevanten Konzepte integrieren konnte.

Wie bereits beschrieben, fokussiert die vorliegende Analyse stärker die Mikroebene des beruflichen Wiedereintritts, d. h. die Interaktion zwischen den beteiligten Personen. Dadurch ergeben sich auch forschungspraktische Beschränkungen. Institutionelle Einflüsse auf die Berufswiedereintrittsphase, die sich beispielsweise aufgrund der Größe oder der Lage der Betriebe ergeben, werden dabei nicht berücksichtigt. Gleichmaßen wurden die verschiedenen Formen kognitiver bzw. emotionaler Beeinträchtigungen oder deren Schweregrade nicht ausreichend berücksichtigt, sodass dazu keine differenzierten Aussagen möglich sind.

## Konsequenzen für Klinik und Praxis

Es besteht die Notwendigkeit für eine bessere Vernetzung und Kooperation des Gesundheitssystems mit dem Arbeitsbereich, speziell im Rahmen der akutstationären Versorgung. Ein akutstationäres Entlassmanagement sollte u. a. auch sektorenübergreifende Unterstützungsangebote vorhalten, die an den Erwartungshaltungen der Beteiligten ansetzen und einen gemeinschaftlichen Deutungsprozess befördern bzw. in Gang setzen.

Nachfolgende Studien, die sich mit dem beruflichen Rückkehrprozess von Personen mit einer psychischen Erkrankung befassen, sollten das Zusammenspiel der beteiligten Akteure (Betroffenen, Kollegen, Vorgesetzte, Gesundheitsexperten) und deren Deutungsarbeit stärker berücksichtigen.

## Danksagung

Die Autorinnen und Autoren danken den RTW-Expertinnen und ExpertInnen für die fachliche Beratung und hilfreichen Vorschläge zur besseren Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse.

## Fördermittel

Das Projekt "RETURN – Return-to-Work-Experten in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen – eine Proof-of-Concept-Studie" wurde vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (Förderkennzeichen 01VSF17012)

## Interessenkonflikt

Johannes Hamann erhielt Vortragshonorare von Janssen Cilag, Otsuka/Lundbeck und Rovi. Die anderen Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Baethge M. Vergesellschaftung, Identität – Zur zunehmenden normativen Subjektivierung der Arbeit. *Soziale Welt* 1991; 42: 6–19
- [2] Reckwitz A. *Die Gesellschaft der Singularitäten*. Berlin: Suhrkamp; 2017
- [3] Badura B, Ducki A, Meyer M, Schröder H et al. (Hrsg.) *Fehlzeitenreport 2022. Verantwortung und Gesundheit*. Berlin: Springer; 2022
- [4] DRV. *Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf. 2022 Rentenversicherung in Zeitreihen*. [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte_node.html) [Abruf am 19.02.23]
- [5] Mernyi L, Hölzle P, Hamann J. Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. *Psychiat Prax* 2018; 45: 197–205
- [6] Kroll LE, Lampert T. Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, *GBE kompakt* 2012; 3: 1–9
- [7] OECD. *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing; 2015
- [8] van der Noordt M, Ijzelenberg H, Droomers M et al. Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med* 2014; 71: 730–736
- [9] Neves RF, Nines MO, Magalhaes L. Interactions among stakeholders involved in return to work after sick leave due to mental disorders: a meta-ethnography. *Cad. Saude Publica* 2015; 31: 1–16
- [10] Etukknawa A, Daniels K, Eib C. Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *J Occupat Rehab* 2019; 29: 679–700
- [11] Verdonk P, de Rijk A, Klinge I et al. Sickness absence as an interactive process: Gendered experiences of young, highly educated woman with mental health problems. *Patient Education and Counseling* 2008; 73: 300–306
- [12] Riedl L, Blank D, Lang A et al. Return-to-work-experts for inpatient treatment of patients with mental illnesses – a proof-of-concept-study (RETURN): the study protocol. *BMC Psychiatry* 2020; 20: 117. DOI:10.1186/s12888-020-02504-4



- [13] Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg Verlag; München: 2014: 4. Auflage
- [14] Strauss AL. Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. Wilhelm Fink; München: 1994
- [15] Böhm A. Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. (Hg.) Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch; Hamburg: 2000: 475–485
- [16] Brucks A, Blank D, Kohl M et al. Entwicklung einer Intervention zur Unterstützung von stationär-psychiatrisch behandelten Patienten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz im Rahmen der RETURN-Studie. Gesundheitswesen 2021. DOI:10.1055/a-1690-7136
- [17] Corbin JM, Strauss AL. Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber; 2004
- [18] Samus A. Nach der Klinik ohne Arbeit. Defizite in der Nachsorge. In: Alsdorf N, Engelbach U, Flick S, Haubl R, Voswinkel S (Hg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Bielefeld: Transcript; 2017
- [19] Riemann G. Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Wilhelm Fink; 1987
- [20] Corbiere M et al. Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work-Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A scoping Review. J Occupat Rehab 2020; 30: 381–419
- [21] Ohlbrecht H et al. Return to Work and Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement. Rehabilitation 2018; 57: 157–164
- [22] Glaser BG, Strauss AL. Status Passage. University of California San Francisco, Aldine, Atherton, Chicago, New York 1971
- [23] Ebaugh HR. Becoming an EX. The Process of Role Exit. University of Chicago Press; Chicago: 1988
- [24] Hatchard K, Henderson J, Stanton S. Workers' perspective on self-directing mainstream return to work following acute mental illness: Reflections on partnerships. Work 2012; 43–52
- [25] Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. A review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 337–349
- [26] Marwaha S, Johnson S. Views and experiences of employment among people with psychosis: A qualitative descriptive study. Int J Soc Psychiatry 2005; 51: 302–316
- [27] Jäckel D, Siebert S, Baumgardt J et al. Arbeitsbezogene Teilhabebeeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf von Patienten in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung. Psychiat Prax 2020. DOI:10.1055/a-1112-5519
- [28] Krasselt A, Stengler K, Steinberg H. Berufliche Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: gestern und heute eine Herausforderung. Psychiat Prax 2020; 47: 273–280
- [29] Flick S. »Das würde mich schon auch als Therapeutin langweilen«. Deutungen und Umdeutungen von Erwerbsarbeit in der Psychotherapie. In: Alsdorf, N. et al. (Hrsg.) Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung. Transcript. Bielefeld: 2017: 205–237