

Nach der Klinik ohne Arbeit

Defizite in der Nachsorge

Andreas Samus

Nach der Entlassung aus der Klinik schlagen die Patienten in der Regel einen von zwei Wegen ein: Entweder kehren die Patienten unmittelbar nach der Entlassung in die Erwerbsarbeit zurück, oder es beginnt eine Übergangsphase der Nichterwerbsarbeit, in der die Patienten auf ihre Rückkehr in die Berufstätigkeit warten. Die Gründe für eine Wartezeit nach der Klinik sind vielfältig: Eine fortwährende Krankschreibung des Patienten, der Patient möchte nicht an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehren und meldet sich arbeitslos, oder ein Aufhebungsvertrag mit dem alten Arbeitgeber beseitigt zeitweise die Notwendigkeit zu arbeiten. Zwar ist die Situation in der Übergangsphase ähnlich der Situation einer klassischen Arbeitslosigkeit, jedoch unterscheidet sie sich in einem wichtigen Punkt: Die Patienten leiden bereits an einer psychischen Erkrankung und sind somit anfälliger für psychische Belastungen, die durch das Fehlen von Erwerbsarbeit entstehen.

Der Fokus dieses Kapitels liegt auf der Übergangsphase zwischen Entlassung aus der Klinik und Wiedereinstieg in den Beruf. Der speziellen Situation der Nichterwerbsarbeit und deren Belastungen für die Patienten soll hier Rechnung getragen werden, während ein besonderes Augenmerk auf dem institutionellen Rahmen in der Übergangsphase liegen soll. Somit dient dieser Aufsatz auch als Grundlage für den folgenden Aufsatz von Rolf Haubl und Ute Engelbach, »Raus aus der Klinik, rein ins Leben – Überlegungen zum Entlassungsmanagement nach stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung« in diesem Buch, der sich Ansätzen zur Überwindung der Schnittstellenproblematik widmet.

1. Belastungen durch Arbeitslosigkeit und den Verlust der Institution Klinik

Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit wurden in der psychologischen Forschung ausgiebig untersucht, wobei die Qualität psychosozialer Funktionen der Arbeit für das psychische Wohlbefinden heraussticht. Bereits in den dreißiger Jahren des letzten Jahrhunderts zeigte die in der Sozialforschung berühmte »Marienthalstudie« von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel (1933) die schädlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit. Jahoda (1983, S. 136) fasst später die psychosozialen Funktionen von Arbeit so zusammen:

»Sie gibt dem Tag eine Zeitstruktur, sie erweitert die sozialen Beziehungen über Familie und Nachbarschaft hinaus und bindet die Menschen in die Ziele und Leistungen der Gemeinschaft ein [...], sie weist uns sozialen Status zu und klärt die persönliche Identität.«

Eine Reihe von Studien belegt die Kausalität von Arbeitslosigkeit für psychische Beanspruchung. In einer Metaanalyse zeigten Paul und Moser (2001), dass Arbeitslosigkeit psychische Symptome verursacht und diese Symptome den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Belastung erklären. Zudem zeigten die Forscher, dass psychisch belastete Menschen länger in der Arbeitslosigkeit bleiben. Im Vergleich zu einem gesunden Arbeitnehmer, der arbeitslos wird, ist die Ausgangssituation der Patienten, die aus der Klinik in die Nichterwerbsarbeit entlassen werden, besonders: Die bereits ausgeprägte psychische Erkrankung könnte die Beanspruchung durch die Abwesenheit der psychosozialen Funktionen von Arbeit verstärken. So zeigen verschiedene Studien, dass ein Teil der Patienten die gesundheitlichen Verbesserungen durch den Klinikaufenthalt nach der Entlassung wieder verliert (für eine Übersicht siehe Kordy et al. 2006).

Die Mehrheit der Patienten in unserem Sample verlässt die Klinik in einem besseren gesundheitlichen Zustand im Vergleich zu dem Beginn des Klinikaufenthalts und kann unmittelbar nach der Entlassung die Wiedereingliederung in den Arbeitsplatz beginnen. Der Teil der Patienten, deren gesundheitlicher Zustand noch nicht ausreicht, um an den Arbeitsplatz zurückzukehren, muss jedoch mit der Entlassung von einem auf den anderen Tag den Verlust der Institution Klinik mit all ihren Ressourcen bewältigen. Denn die Klinik selbst erfüllt einige wichtige psychosoziale Funktionen,

auf die die Patienten dann keinen Zugriff mehr haben: einen geregelten Tagesablauf, soziale Kontakte zu Mitpatienten und die medizinische, psychologische und sozialpädagogische Betreuung. Der unmittelbare Anschluss einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung könnte hier den Patienten unterstützen, insbesondere weil viele Patienten nach ihrer Entlassung oft noch nicht vollständig geheilt sind. Jedoch ist es unwahrscheinlich, einen Therapieplatz unmittelbar nach dem Austritt aus der Klinik zu bekommen.

Eine Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2011) zeigt, dass die Wartezeit auf ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten bei etwa 12,5 Wochen liegt. Die an unserer Studie teilnehmenden Kliniken bieten den Patienten zwar an, einen in ihrem Haus tätigen Sozialarbeiter zu konsultieren, jedoch endet auch hier die Zuständigkeit mit dem Austritt aus der Klinik. Somit können die Sozialarbeiter nur Probleme der Übergangsphase adressieren, die bereits bestehen oder von den Patienten, Therapeuten oder Sozialarbeitern antizipiert werden. Der starke Kontrast zwischen Klinik und Übergangsphase lässt jedoch vermuten, dass Probleme erst mit ihrem Auftreten nach der Klinik interventionsfähig werden.

2. Fallbeispiele

Im vorliegenden Kapitel werden die Probleme und Herausforderungen von vier Patienten in der Übergangsphase zwischen Entlassung aus der Klinik und Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit dargestellt. Zusätzlich sollen Bewältigungsstrategien, die bei der Überwindung dieser Probleme geholfen haben, aufgezeigt werden. Als Datenbasis dient das dritte Interview mit den Patienten, welches bei den hier vorliegenden Fällen fünf bis acht Monate nach der Entlassung aus der Klinik geführt wurde. Die vier Patienten befanden sich zu dieser Zeit alle in der Nichterwerbsarbeit. Zuletzt werden vor dem Hintergrund der beschriebenen Fälle die zentralen Belastungen der Patienten diskutiert.

Herr Q

Herr Q fühlt sich gesundheitlich noch nicht bereit, wieder in das Arbeitsleben zurückzukehren, denn er hat auch im Anschluss an den Klinikaufenthalt psychosomatische Beschwerden, die die Büroarbeit unmöglich

machen. Die an den Klinikaufenthalt anschließende Verhaltenstherapie ist bereits fünf Monate nach der Entlassung beendet, und er ist auf der Suche nach einem Therapieplatz bei einem psychoanalytischen Psychotherapeuten. Nach seiner Entlassung verschlechtert sich sein psychisches Wohlbefinden, und erst nach vier Monaten fühlt er sich wieder so gesund wie zu der Zeit seiner Entlassung.

»Weil, ich hab ja auch festgestellt, in der stationären Klinik war – da ging's zwar relativ steil bergauf, aber auf dem Level, auf dem ich da war, da bin ich ja erst mal wieder runtergegangen. Und ich hab relativ lange gebraucht, um da wieder hochzukommen. Und hab dann ja eigentlich gesagt, dass im, ich glaub, Januar [...] war ungefähr der Zeitpunkt erreicht, wo ich wieder auf dem Standpunkt war, wo ich im September nach der Klinik war. Das heißt, außerhalb und innerhalb der Klinik ist immer ein sehr großer Unterschied.«

Herrn Qs ungewisse berufliche Situation ist eine Belastung für ihn, denn er ist sich nicht sicher, ob er an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehren möchte: Auf der einen Seite reizt ihn das vertraute Umfeld seines alten Arbeitsplatzes, und eine Alternative hierzu ist nicht vorhanden. Auf der anderen Seite ist sein alter Arbeitsplatz mit sozialen Ängsten verbunden, da er mögliche Konflikte mit seinem Vorgesetzten fürchtet. Zudem ist die Arbeit sinnentleert: Seine Stelle bezeichnet er als »nichts Halbes und nichts Ganzes«, sie ist keine Herausforderung für ihn, es ist nicht genug zu tun, und es fehlt ein kollegiales und strukturiertes Umfeld. Über die Alternativen zu seinem Beruf und darüber, was er machen will, ist er sich aber sehr unsicher und erwägt deshalb, sich von einem Lebenslaufcoach beraten zu lassen. Außerdem hat Herr Q kaum positive Erfahrungen bei der Bewältigung von anspruchsvollen Aufgaben in seinem Alltag, sodass er sich nicht bereit für die Arbeit fühlt.

Herr Q berichtet von guten Phasen, in denen er sich gesund fühlt, die jedoch nur sehr kurz sind. Diese Phasen werden durch Sport, soziale Kontakte und Aktivität ausgelöst. Er schafft sich selber Struktur dadurch, dass er das Aufstehen und Zubettgehen zeitlich regelt und seine Aktivitäten plant: Lesen, Fahrrad fahren, Sportverein und mit Freunden treffen. Außerdem hat er noch Kontakt zu den ehemaligen Mitpatienten: Regelmäßig trifft er sich mit einem Mitpatienten und nimmt an Gruppentreffen teil.

Frau I

Frau I bleibt nach der Entlassung aus der Klinik aufgrund einer Depression krankgeschrieben. Trotzdem fühlt sie sich in den ersten Monaten nach dem Ende des Klinikaufenthalts sehr gut und kann eine Tagesstruktur aufrecht erhalten. Frau I möchte nicht an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren und beantragt eine berufliche Rehabilitation bei der Rentenversicherung mit dem Ziel, bei der Wiedereingliederung in einen anderen Arbeitsplatz unterstützt zu werden. Nach etwa fünf Monaten Wartezeit wird der Antrag abgelehnt, und von diesem Zeitpunkt an verschlechtert sich ihr psychisches Befinden. Zudem wartet Frau I lange auf eine Entscheidung des Versorgungsamtes bezüglich ihres Antrags auf Schwerbehinderung. Erst als der Antrag, ebenfalls erst nach einigen Monaten, bewilligt wird, kann Frau I die Gleichstellung zur Schwerbehinderung bei der Agentur für Arbeit beantragen. Dies ist nötig, um die vollumfängliche Unterstützung des Integrationsfachdienstes bei Fragen zur beruflichen Umorientierung zu erhalten.

Nach dem Klinikaufenthalt nimmt der Arbeitgeber in Person der Chefin Kontakt mit Frau I auf und droht mit einer betriebsbedingten Kündigung. Frau I glaubt, dass ihr Arbeitgeber sie aufgrund ihres höheren Alters loswerden möchte. Das Gespräch mit ihrer Chefin ist für Frau I in den nachfolgenden Wochen eine psychische Belastung, die sich auch in Schlafproblemen äußert. Nach der Entlassung aus der Klinik bewirbt sich Frau I im sozialen Bereich auf verschiedene Stellen, die jedoch vom Tätigkeitsfeld ihres alten Berufes in der sozialen Arbeit abweichen. Ablehnungen ihrer Bewerbungen, aber auch Vorstellungsgespräche und Probearbeit zeigen ihr die Schwierigkeiten eines Berufswechsels auf.

Denn in einer neuen Stelle würde sich ihr Gehalt erheblich verschlechtern, und sie müsste ein befristetes Arbeitsverhältnis eingehen, was vor dem Hintergrund ihres Alters für sie nicht infrage kommt. Im Gegensatz hierzu verspürt sie den Drang, in einem ganz anderen Bereich, außerhalb der sozialen Arbeit, zu arbeiten. Denn in der Klinik hat Frau I gelernt, dass ihr kreative Arbeit in ihrem Beruf fehlt. Somit äußert sie den Wunsch, sich selbstständig zu machen. Jedoch glaubt sie nicht, diesen Wunsch verwirklichen zu können, da ihr die nötigen Fähigkeiten fehlen, sich selbstständig zu strukturieren.

»Ich habe irgendwie, also ich habe das Gefühl, ich habe keine andere Wahl [als den Arbeitsplatz innerhalb des Unternehmens zu wechseln]. Wenn ich jetzt 30

wäre, wäre das etwas anderes. Dann würde ich sagen: Okay, dann unterschreibe ich halt einen Auflösungsvertrag. Aber mit, in meinem Alter. Es heißt immer: Huh, ältere Arbeitnehmer sind gerne gesehen, aber halt für sehr wenig Geld.«

Zu den Belastungen, die sich aus ihrer ungewissen beruflichen Zukunft ergeben, kommt eine schwierige finanzielle Situation. Denn mit einem Krankengeld von 1200 Euro im Monat ist sie zu einem sehr sparsamen Lebensstil verpflichtet. Zusätzlich belastet sie die ausbleibende Wirkung des Antidepressivums: Zum einen führt das Medikament, auch mit einer Erhöhung der Dosierung, nicht zu der gewünschten Erhöhung ihres Antriebs, und zum anderen ist es mit physischen Nebenwirkungen verbunden. Ihren Tiefpunkt erlebt Frau I in der Zeit um Weihnachten, denn zu dieser Zeit »wird nichts entschieden, dann geht es irgendwie nicht vorwärts, stagniert dann halt alles so«.

Herr T

Herr T verlässt die Klinik in einer euphorischen Stimmung, die ihn noch etwa zwei Wochen nach seiner Entlassung trägt. Doch den abrupten Verlust wichtiger psychosozialer Funktionen der Klinik kann er in seinem neuen Alltag nicht kompensieren und fällt in ein Stimmungstief. Besonders belastend ist der Verlust von Struktur, Aktivität und sozialen Kontakten. Außerdem verliert er mit dem Klinikaustritt jegliche Form psychologischer Betreuung, denn er findet nach seiner Entlassung keinen Therapieplatz.

»Na ja, nach der Klinik, wie das halt so ist in solchen Kliniken, ist ja euphorisch und alles, ha, und das Leben ist toll, und es wird alles rund und es klappt alles, ja – das hat dann noch irgendwie 14 Tage angehalten, auch mit Sport und mit allem und so weiter. Wobei halt dann der Effekt der Klinik rauskommt; das heißt, in der Klinik hat man diese Geborgenheit, diesen Antrieb, dieses, dass man jeden Tag alles macht – strukturiertes Ding. Dann bin ich heimgekommen, ja – da war nichts mehr mit der Struktur; das heißt, ich hätte sie mir selber machen müssen, ja. Aber das ging dann irgendwie noch – war dann 14 Tage gut, danach sind aber die – ja, also ich sag jetzt mal, die sozialen Kontakte, die man so in der Klinik halt ständig hat – das tägliche Reden und so weiter, das ist ja dann alles da – langer Rede kurzer Sinn: Da fällt man dann sehr schnell in ein Loch; und das bin ich definitiv, so.«

Die Zeit der Nichterwerbsarbeit stellt für Herrn T einen starken Kontrast zu der Zeit der Berufstätigkeit dar: Die meiste Zeit verbringt er zu Hause und versucht sich zu entspannen. Seine psychische Erkrankung führt in

seinen Augen zu einer Lethargie und Starre, die es ihm erschwerten, einen geregelten Tagesablauf aufzubauen. Durch das Fehlen von Struktur verliert er auch seinen Schlafrhythmus und bleibt oft bis tief in die Nacht wach, um dann bis mittags zu schlafen. Als er versucht, das zu ändern, ändert sich sein Schlafrhythmus in das Gegenteil: Er steht um fünf Uhr morgens auf und geht bereits um acht Uhr ins Bett. Kleinste Anforderungen, wie zum Beispiel ein Arztbesuch, sind eine große Belastung für ihn. Diese Erfahrungen lassen ihn an einer erfolgreichen Rückkehr in das Arbeitsleben zweifeln.

Eine weitere Belastung ist die fehlende Erfahrung von Anerkennung und Kompetenz. Dies hat Auswirkungen auf die Selbstwirksamkeitserwartungen und das Selbstwertgefühl von Herr T, was wiederum zur Vermeidung von sozialen Kontakten führt. Offenbar bestehen Bewertungsängste aufgrund seiner Inaktivität und Nichterwerbstätigkeit.

»Also draußen fühl ich mich schon sehr minderwertig – wie soll ich das erklären? Also ich sag jetzt mal so: Wenn ich jetzt irgendwo mit anderen Leuten, außerhalb der Klinik, die es jetzt verstehen können oder die vielleicht irgendwo – hab ich immer das Gefühl im Moment so nach dem Motto – na ja, ich weiß zwar, dass ich das nicht haben soll, aber ich hab das Gefühl: Du hast nichts, du kannst nichts, du bist nichts [...] Also so nach dem Motto: Mir fehlt der Job im Moment, wo – ich kann nicht mitreden, kann sagen: Ja, ich komm heute auch von der Arbeit. – Nee, ich sitz daheim.«

Herr T denkt über einen Berufswechsel nach, da er in seinem alten Beruf nichts »Produktives« macht. Mit seinem alten Arbeitgeber hat er einen Aufhebungsvertrag geschlossen. Somit bekommt er noch für ein Jahr sein volles Gehalt ausgezahlt und kann im Anschluss in eine Beschäftigungsgesellschaft eintreten. Sollte er eine neue Stelle finden, so würde er den Anspruch auf die Fortzahlung seines Gehalts verlieren. Außerdem würde er voraussichtlich weniger Geld als in seinem alten Beruf verdienen und sich der Gefahr einer Kündigung in der Probezeit aussetzen. Diese Situation mindert seine Motivation, die nötigen Schritte für die berufliche Umorientierung einzuleiten. Neben diesen Umständen attribuiert er seinen fehlenden Antrieb auf den bereits oben beschriebenen Mangel an Selbstwert und Anerkennung sowie die Abwesenheit von Sinnhaftigkeit in seinem Leben als Erwerbsloser. Außerdem hindert ihn die Unsicherheit, welchen Beruf er in Zukunft ausüben möchte, daran zu handeln.

Für Herrn T sind die sozialen Kontakte in der Klinik eine wichtige Quelle seines Selbstwertgefühls. Andere Patienten können sich in seine Situation einfühlen und loben seine Fortschritte in der Therapie. Durch die Kontakte zu den Mitpatienten empfindet er zum ersten Mal in einer langen Zeit wieder Spaß an sozialen Aktivitäten und verspürt positive Emotionen wie Freude. Doch diese für ihn wichtige Quelle von Anerkennung verschwindet mit dem Austritt aus der Klinik. In den ersten Wochen nach dem Klinikaustritt nimmt er zwar an Stammtischen mit einigen ehemaligen Mitpatienten teil. Die Fortführung der Treffen scheitert jedoch daran, dass Stammtischmitglieder, die privat besser sozial eingebunden sind, nach einer Weile das Interesse am Stammtisch verlieren und die Organisation der Treffen durch die Mitglieder selbst nicht funktioniert.

»Das heißt also, die eigentliche – eine Aufwertung durch halt ständigen sozialen Kontakt, das ist schon was. [...] Und diese soziale Komponente, das ist eigentlich das, was mir am meisten gebracht hat; und das ist auch, sag ich mal, der krasseste Absturz, also aus der Klinik raus – weil, man kommt raus, und dann waren die vier Wände, und dann war nix, ja. Und dann war irgendwie – und dieses Gefühl, so nach dem Motto – das, was mir hier eigentlich fehlt auch wieder, psychologisch – dass ich komplett und perfekt hinhaue, wenn ich jetzt irgendwo keine Leute hab und ständig mir jemand sagt: »Du bist gut!« und: »Dann klappt's schon!«, und: »Es geht schon!« – Also ohne irgendwie dieses ständige Lob.«

Herr N

Kurz nach seiner Entlassung aus der Klinik wird Herr N von seiner Therapeutin und seinem Hausarzt als wieder arbeitsfähig befunden und wechselt somit seinen Status von krankgeschrieben zu arbeitslos. Herr N ist sich sicher, dass er in seinen alten Beruf nicht zurückkehren kann. Auch auf Empfehlung seines Therapeuten ist eine Umschulung für ihn die einzige Option, und er hat auch schon eine Vorstellung von seinem neuen Beruf. Auf seinen Antrag auf Umschulung reagiert die Rentenversicherung erst nach fünf Monaten mit einem Angebot für eine Rehabilitation. Diese lehnt er aufgrund seiner bereits wiederhergestellten Arbeitsfähigkeit ab und wartet seit diesem Zeitpunkt auf eine Antwort auf seinen Antrag. Zum Zeitpunkt des Interviews befindet sich Herr N mehr als sieben Monate in der Arbeitslosigkeit, und die Euphorie, mit der er die Klinik verlassen hat, ist abgeklungen.

»Und ich – das ist wirklich auch das –, ich meine, ich hab noch den Willen, den unbedingten Willen, was zu machen und, ja, da irgendwie aktiv zu werden und tätig zu werden und raus aus dem Trott, in dem ich mich grad befinde. Aber diese Energie, die ich im letzten Jahr hatte nach meiner Krankenhausentlassung, die ist zum größten Teil weg; die ist aufgebraucht. Die hab ich, ganz ehrlich, zu Hause auf der Couch mit Warten verbracht.«

Besonders frustriert ist Herr N bei der Suche nach beruflicher Umorientierung von der fehlenden institutionellen Verantwortlichkeit für ihn: Das Arbeitsamt fühlt sich nicht zuständig, obwohl es noch Arbeitslosengeld zahlt, die Rentenversicherung reagiert nicht auf seine Briefe, E-Mails oder Anrufe, und die Sozial- und Kirchenverbände können ihm auch nicht weiterhelfen. Eine vorübergehende Arbeitstätigkeit in seinem alten Beruf oder in einem anderen Beruf ist keine Alternative, da er fürchtet, seinen Anspruch auf eine berufliche Umschulung zu verlieren.

»Hätte ich jemanden, der mir meine Fragen beantwortet, würde ich zum Beispiel besser schlafen – zumindest das stelle ich mir vor, also das würde helfen – und das tut es nicht. Und es ist wirklich dieses Gefühl – und das ist was, was ich mit allen meinen ehemaligen Mitpatienten teile –, dieses Gefühl des Alleingelassenwerdens ist ziemlich, ja, beängstigend und desillusionierend und deprimierend! Weil, ich meine: Gut, wir sind alle erwachsene Menschen, die da mit mir waren, und wir wurden eben als geheilt, wie auch immer – oder zumindest stabil – entlassen; aber es ist niemand mehr so in der Stimmung, in der Situation, wie er damals bei der Entlassung war. Alle, sämtliche Mitpatienten, sind wieder in einer ähnlich schlechten Stimmung wie damals, als sie ins Krankenhaus kamen.«

Die lange Wartezeit von sieben Monaten ist eine psychische Belastung für Herrn N: Seine in der Klinik verbesserte psychische Gesundheit verschlechtert sich zunehmend nach der Entlassung. Zum einen fehlt ihm ein geregelter Tagesablauf, und zum anderen grübelt er bis spät in die Nacht über seine Situation und den drohenden Ablauf des Arbeitslosengeldes. Somit schläft er oft bis nachmittags und verliert seinen Tagesrhythmus gänzlich. Dies wiederum führt zu Antriebslosigkeit, was auch seine sozialen Aktivitäten beeinträchtigt.

Eine wichtige Ressource nach der Entlassung aus der Klinik sind für Herrn N ehemalige Mitpatienten. Zu einer Mitpatientin hat er regelmäßigen und zu weiteren zwei bis drei Patienten pflegt er einen losen Kontakt. Aufgrund ihrer gemeinsamen Erfahrung bringen die Mitpatienten viel

Verständnis für seine Situation auf, und er kann sich über seine Therapieerfahrung austauschen. Außerdem tut ihm die Mitgliedschaft in einer politischen Partei gut: Er kann mit anderen Menschen diskutieren, unter anderem auch über die Herausforderungen, die er bewältigen muss.

3. Diskussion

Die vier oben beschriebenen Fälle stellen einen kleinen Teil unseres Samples dar. Viele Patienten aus unserem Sample haben in der Klinik ihren gesundheitlichen Zustand verbessert und gehen gestärkt an ihren Arbeitsplatz zurück, auch wenn bei vielen eine psychotherapeutische Weiterbehandlung indiziert ist. Auffällig ist jedoch, dass der Teil der Patienten, der nicht unmittelbar in die Arbeit zurückkehren will oder kann, eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit erfährt. Auch wenn wir die Probleme der Patienten in der Übergangsphase nicht quantitativ erfassen, sind die subjektiven Belastungen während der Übergangsphase ein Ausschnitt aus der Realität eines nicht unerheblichen Teils der Patienten und wichtig für das Verständnis der Ursachen. Insbesondere die Tatsache, dass die Patienten einen großen Teil der Probleme teilen und ähnliche Attribuierungen vornehmen, zeigt, dass eine individuumzentrierte Betrachtung der Probleme nicht ausreichend ist. In unseren Fällen konnten wir vier zentrale Belastungen identifizieren, die die Stabilisierung der psychischen Gesundheit nach der Entlassung aus der Klinik maßgeblich beeinträchtigen.

1. Berufliche Identität in der Krise
2. Gefühl des Alleingelassenwerdens
3. Fehlende Selbstwirksamkeitserwartungen und mangelndes Erleben von Kompetenz und Anerkennung
4. Kontrast zwischen Klinikalltag und Zuhause

3.1 Berufliche Identität in der Krise

Hat der Patient in der Klinik erkannt, dass sein Arbeitsplatz oder Beruf seine psychische Erkrankung bedingt, er aber an der Arbeitssituation nichts ändern kann, ist eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz oder Beruf unwahrscheinlich. Mit dieser Erkenntnis beginnt eine Suche nach Informa-

tionen in zwei Richtungen. Zum einen richtet sich der Blick auf Informationen aus der Umwelt, zum Beispiel auf das Angebot des Arbeitsmarktes oder die Unterstützung bei einer beruflichen Umschulung. Hier steht die Frage »Was kann ich machen?« im Vordergrund. Zum anderen richtet sich der Blick in das Innere, auf die Interessen, Fähigkeiten und Ziele, also die Frage »Was will ich machen?«.

Mit dem Blick ins Innere wird auch die Frage nach der eigenen Identität aufgeworfen, die maßgeblich vom Beruf beeinflusst wird. Eine Psychotherapie könnte den Patienten hier unterstützen, ist aber am Beginn der Übergangsphase möglicherweise noch nicht vorhanden. Zudem kann eine Psychotherapie zwar den Patienten bei der Introspektion unterstützen und ihm zu Klarheit verhelfen, sie erfüllt jedoch nicht die Funktion einer Berufsberatung. Im Gegensatz dazu bezieht die Berufsberatung der Arbeitsagentur oder Rentenversicherung zwar eine Berufseignungsdiagnostik mit ein, erfüllt aber nicht den Anspruch an eine auf die psychischen Vulnerabilitäten des Patienten zugeschnittene psychologische Beratung.

Auch deshalb erwägt Herr Q, sich von einem »Lebenslaufcoach« beraten zu lassen. Viele der Patienten stellen die Frage nach der Sinnhaftigkeit ihres Berufs, wenn sie ihre Arbeit als »nichts Halbes und nichts Ganzes« (Herr Q) oder als »nicht produktiv« (Herr T) beschreiben. Zudem kann die Motivation, einen neuen Beruf zu erlernen, durch Antriebslosigkeit (Herr T), das hohe Alter (Frau I) oder finanzielle Implikationen eines Wechsels des Arbeitsplatzes (Herr T und Frau I) beeinträchtigt werden. Besonders belastend für Frau I und Herrn N sind lange Wartezeiten bei Anträgen, die eine Unterstützung bei der beruflichen Umorientierung durch die Rentenversicherung ermöglichen sollen.

3.2 Gefühl des Alleingelassenwerdens

Der Austritt aus der Arbeitswelt ist ein Schritt weg von der Normalität, die sich unsere Patienten wünschen, hin zu einem Leben, in dem sie alltäglich daran erinnert werden, dass sie, in der Definition der Leistungsgesellschaft, kein normales Leben führen. Der Verlust sozialer Kontakte auf der Arbeit ist schwer durch private Kontakte zu kompensieren, da der fest geregelte Alltag von Freunden und Bekannten schlecht mit dem Tagesablauf eines Nichterwerbstätigen zu vereinbaren ist. Außerdem ist es fraglich, ob die Patienten mit ihren Freunden offen über ihre Probleme sprechen können, da

sie auf fehlendes Verständnis treffen oder eine Bedrohung durch mögliche Stereotypisierung aufgrund ihrer Krankheit empfinden könnten (Herr T).

In unseren Interviews zeigten sich die Mitpatienten als wichtige soziale Ressource während des Klinikaufenthalts. Durch ihre eigenen Erfahrungen mit Arbeit und psychischer Belastung können Mitpatienten Empathie aufbringen und sich gegenseitig stärken. Somit haben sie möglicherweise einen eigenständigen Therapieeffekt. Für einige unserer Patienten war das Kennenlernen der Mitpatienten von großer Bedeutung, weil sie zum ersten Mal erfuhren, dass sie nicht alleine sind mit ihren durch die Arbeit verursachten psychischen Problemen. Mit dem Austritt aus der Klinik jedoch verschwindet diese soziale Ressource, und Vergleichsprozesse mit Mitpatienten, die in die Arbeit zurückkehren, können das Gefühl der Einsamkeit verstärken. Alle vier Patienten haben versucht, nach dem Klinikaufenthalt den Kontakt mit Mitpatienten zu halten. Jedoch scheitert die Aufrechterhaltung des Kontakts teilweise an organisatorischen Herausforderungen oder der Antriebslosigkeit der Patienten.

Aus den hier beschriebenen Herausforderungen für die Patienten ergibt sich die wichtige Frage nach der institutionellen Verantwortung nach dem Klinikaufenthalt. Mit Klinik, Arbeitsagentur, Rentenversicherung, Krankenkasse etc. haben oft mehrere Institutionen Berührungspunkte mit den Patienten. Jedoch verschreibt sich nach unserem Wissen keine Institution explizit der Nachsorge von Patienten nach einem psychotherapeutischen oder psychosomatischen Klinikaufenthalt. Insbesondere für Patienten, die nach dem Klinikaufenthalt durch die Nichterwerbsarbeit mit vielen neuen Herausforderungen konfrontiert sind, könnte in erster Instanz eine Anlaufstelle mit beratenden Tätigkeiten, ähnlich wie die Sozialarbeiter in unseren kooperierenden Kliniken, eine große Unterstützung sein.

So sahen das auch die Sozialarbeiterinnen in den mit uns kooperierenden Kliniken, deren eigene Handlungsmöglichkeiten bei psychosomatischen Patienten mit dem Ende des Klinikaufenthalts enden.¹ Außerdem hat sich der Einsatz von internetbasierten Nachsorgeangeboten im Anschluss an eine stationäre Behandlung als wirksam erwiesen. Zum Beispiel konnten im Projekt »Internetbrücke« Teilnehmer, die sich für zwölf bis 15 Wochen wöchentlich in einem Chatraum trafen, ihre in der Klinik erreich-

1 | Sofern es sich nicht um psychiatrische Fälle handelt, gibt es offenbar für psychosomatische Patienten kaum Nachsorgeangebote für die Bewältigung des Alltags.

ten positiven Entwicklungen besser aufrechterhalten als eine Vergleichsgruppe (vgl. Kordy et al. 2006).

3.3 Fehlende Selbstwirksamkeitserwartungen und mangelndes Erleben von Kompetenz und Anerkennung

Die Funktion von Arbeit als Quelle von Kompetenzerleben und Anerkennung wird bei unseren Patienten in der Übergangsphase besonders deutlich. Dies ist auch der bereits ausgebildeten und nach dem Klinikaufenthalt fortbestehenden psychischen Erkrankung geschuldet. Immerhin erfahren die Patienten während des Klinikaufenthalts durch Therapeuten und Mitpatienten Anerkennung für ihre Arbeit an sich selbst. Mit der Entlassung aus der Klinik reduzieren sich diese Arbeit und Quelle von Anerkennung oder fallen gänzlich weg. Nachdem die Patienten bereits in der Klinik mehrere Wochen nicht »produktiv« im Sinne ihrer Arbeitsrolle waren, sondern sich »reparieren« mussten, fehlt es jetzt an Aufgaben, die positive Selbstwirksamkeitserwartungen ermöglichen. Diese Erfahrungen sind wichtige Schritte auf dem Weg zurück in die Arbeitsfähigkeit, weil der Patient merkt, dass er sich wiederherstellt und für eine Rückkehr in den Arbeitsalltag bereit ist. So zweifeln Herr Q und Herr T an einer erfolgreichen Rückkehr in die Arbeit, da sie nicht glauben, den Herausforderungen ihrer Arbeit gewachsen zu sein.

Auch wenn die Rückkehr in die Arbeit durch ein BEM begleitet wird, könnte der Patient aufgrund seiner langen Abwesenheit und des Fehlens von Selbstwirksamkeitserwartungen von seinen Arbeitsaufgaben überfordert sein. Denn auch die Begleitung des Wiedereinstiegs in die Arbeit durch ein BEM gewährleistet nicht eine Anpassung der Arbeit an die Vulnerabilitäten der Patienten, da das BEM oft als einzige Veränderung eine zeitweilige Reduktion der Arbeitszeit vornimmt (vgl. auch den Aufsatz von Stephan Voswinkel, »Betriebliches Eingliederungsmanagement: Verfahren und Problemsichten« in diesem Buch).

3.4 Kontrast zwischen Klinikalltag und Zuhause

Mit einem stationären oder teilstationären Aufenthalt sind Patienten zeitlich und emotional sehr stark eingebunden in das Klinikmilieu. Mit der Entlassung werden sie von einem auf den anderen Tag mit einer neuen Situation konfrontiert, die viele Gegensätze zum Klinikalltag aufweist.

Einige dieser Gegensätze sind: Aktivität vs. Inaktivität; strukturierter Alltag vs. unstrukturierter Alltag; psychische Erkrankung als Normalität vs. psychische Erkrankung als Stigma; viele soziale Kontakte vs. wenige soziale Kontakte; Fokussierung auf Probleme des Selbst vs. Fokussierung auf Probleme des Alltags. Die aufgeführten Veränderungen für die Patienten nach der Entlassung können zu den hier beschriebenen Belastungen in der Übergangsphase beitragen. Ein Kontrast, der Verlust eines strukturierten Alltags, sticht jedoch heraus. Ein Tag in der Klinik ist gut organisiert und mit Terminen gefüllt: regelmäßige Mahlzeiten, Gruppentherapie, Einzeltherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie und vieles mehr.

Mit dem Ende des Klinikaufenthalts verschwindet diese Struktur und weicht einem Alltag, der vom Patienten selbst mit Terminen gefüllt werden muss. Die fehlende Möglichkeit, durch Gespräche mit Therapeuten oder Mitpatienten zu externalisieren, sowie der neue Problemfokus auf die Umwelt (mit Fragen zur beruflichen Zukunft) führen bei Herrn N dazu, dass er bis spät nachts wach bleibt und somit seinen Tagesrhythmus gänzlich verliert. Bei Herrn T hingegen bewirkt die Abwesenheit körperlicher Auslastung tagsüber durch Aktivitäten und soziale Kontakte, dass er nicht einschlafen kann.

4. Schlussbemerkung

Mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 37,4 Tagen der Patienten in Krankenhäusern der psychotherapeutischen und psychosomatischen Medizin (Statistisches Bundesamt 2012) ist ein stationärer sowie ambulanter Aufenthalt mit erheblichen monetären Kosten für die Krankenkassen verbunden. Ebenso sind die Kosten für die Patienten wesentlich: Der Patient muss bei einem stationären Aufenthalt sein gewohntes Umfeld und gegebenenfalls sogar seine Familie zurücklassen. Außerdem muss er sich in seinem sozialen Umfeld mit seiner Erkrankung »outen«, wenn er den Klinikaufenthalt nicht verbergen kann. Kann der Patient nach dem Klinikaufenthalt nicht in die Erwerbsarbeit zurückkehren, ist er in seinem Alltag mit verschiedenen potenziellen Belastungsfaktoren konfrontiert, die den Erfolg des kostspieligen Klinikaufenthalts gefährden.

In einer Reihe von Studien hat Kobelt (für eine Übersicht siehe Kobelt 2008) gezeigt, dass 30 Prozent der Patienten, die eine medizinisch-psycho-

somatische Rehabilitation abschließen, als arbeitsunfähig entlassen werden, wobei insbesondere Rentenantragstellern, Arbeitslosen, Migranten und Patienten mit einer klinisch relevanten Erkrankungsschwere der Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit selten gelingt. Vor diesem Hintergrund scheint eine Nachsorge, die sich der spezifischen Situation der Patienten widmet, im unmittelbaren Anschluss an den Klinikaufenthalt umso wichtiger. Zudem sollte aufgrund der Vielfältigkeit der Belastungsfaktoren unter Nachsorge nicht nur eine psychotherapeutische Unterstützung verstanden werden, sondern es sollten den Patienten auch sozialpädagogische, berufsberatende oder rechtliche Unterstützungsangebote zugänglich gemacht werden.

Literatur

- Bundespsychotherapeutenkammer (2011): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Berlin, http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf (Abruf am 2.2.2017).
- Jahoda, Marie (1983): *Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert*. Weinheim: Beltz.
- Jahoda, Marie/Lazarsfeld, Paul F./Zeisel, Hans (1933): *Die Arbeitslosen von Marienthal*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kobelt, Axel (2008): Nachsorge. In: Schmid-Ott, Gerhard/Wiegand-Grefe, Silke/Jacobi, Claus/Paar, Gerhard/Meermann, Rolf/Lamprecht, Friedhelm (Hrsg.): *Rehabilitation in der Nachsorge. Versorgungsstrukturen – Nachsorge – Qualitätsmanagement*, Stuttgart: Schattauer, S. 380–405.
- Kordy, Hans/Golkaramnay, Valiollah/Wolf, Markus/Haug, Severin/Bauer, Stephanie (2006): Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik: Akzeptanz und Wirksamkeit einer Internetbrücke zwischen Fachklinik und Alltag. In: *Psychotherapeut* 51, S. 144–153.
- Paul, Karsten/Moser, Klaus (2001): Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse, in: Zempel, Jeannette/Bacher, Johann/Moser, Klaus (Hrsg.): *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*, Opladen: Leske & Budrich; S. 83–110.
- Statistisches Bundesamt (2012): *20 Jahre Krankenhausstatistik*. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): *Wirtschaft und Statistik*. Wiesbaden.

