

Krankenrolle und Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen

Stephan Voswinkel

Normalerweise haben Menschen den Wunsch, nicht krank zu sein. Kaum eine Feststellung scheint unumstrittener. Doch kennen wir auch die Rede vom »Krankfeiern«: Hier wird unterstellt, dass krank zu sein mit Freude einhergehen kann. Man kann etwas mehr Klarheit schaffen, wenn man zwischen dem subjektiven Befinden, dem Unwohlsein und dem sozialen Status des Krankseins unterscheidet. Beziehen wir uns auf den Status des Kranken, so ist die Frage, ob es gut oder schlecht ist, krank zu sein, und ob Menschen krank sein wollen oder nicht, nicht ganz so einfach zu beantworten.

Denn nun kann man von Menschen sprechen, die den Status eines Kranken haben, aber sich wohlfühlen, und von Menschen, die sich nicht wohlfühlen, aber auch keine Kranken sind. Wir können uns Fälle vorstellen, in denen sich Kranke zwar nicht wohl-, aber doch besser fühlen, als wenn sie nicht als Kranke behandelt würden. Vom »primären Krankheitsgewinn« wird dann gesprochen, wenn Krankheitssymptome es einem Individuum ermöglichen, sein fehlendes Wohlbefinden zu erklären und als Krankheit zu objektivieren. Es fühlt sich dann zwar nicht wohl, aber innerlich entlastet von der Diffusität des Unwohlseins und von Verhaltenszwängen und -konflikten, denen es sich aktuell nicht gewachsen sieht. Deshalb kann Krankheit ein Eskapismus sein, der Betroffene flieht in die Krankheit. Als »sekundären Krankheitsgewinn« bezeichnen wir dann diejenigen Vorteile, die mit der Einnahme der Krankenrolle verbunden sind: die soziale Erlaubnis, sich gesellschaftlichen Pflichten zu entziehen, und die Aufmerksamkeit und Rücksichtnahme der Umwelt, mit denen man als Gesunder nicht hätte rechnen können.

Die Unterscheidungsmöglichkeit zwischen Unwohlsein und Schwäche einerseits, Krankheit andererseits setzt allerdings voraus, dass Krankheit sozial nicht unbedingt diskreditierend und stigmatisierend wirkt, dass die mit ihr verbundene Schwäche nicht zu Ausgrenzung führt und es nicht unmöglich macht, sein Leben zu reproduzieren. Krank zu sein muss eine gesellschaftliche Institution geworden sein, die von Verpflichtungen entbindet und kompensatorische Hilfe mobilisiert.

1. Die Krankenrolle

Talcott Parsons (1958, S. 16 ff.) hat diese Institution als »Krankenrolle« bezeichnet und mit vier institutionalisierten Erwartungen definiert: Erstens werden Kranke von gesellschaftlichen Rollenerwartungen befreit – also zum Beispiel von der Verpflichtung, zur Arbeit zu gehen. Wegen der damit verbundenen Vorteile muss der Anspruch, krank zu sein, legitimiert werden – das geschieht durch den Arzt als Experten, der unparteiisch, kompetent und sachlich eine Krankheit diagnostiziert.

Zweitens ist der Betroffene an der Erkrankung schuldlos bzw. wird als schuldlos behandelt. Es geht – jedenfalls in der Situation der eingetretenen Krankheit – nicht darum, seine Einstellung, sondern sein Befinden zu verändern. Drittens wird vom Erkrankten erwartet, die Krankheit als unerwünscht zu behandeln und sie baldmöglichst beenden zu wollen. Viertens schließlich soll der Kranke fachkundige Hilfe in Anspruch nehmen und mit dem Experten, meist dem Arzt, bei der Behandlung kooperieren. Die Krankenrolle definiert also die Legitimation einer Ausnahmesituation, die bald beendet werden soll und die institutionell von den »normalen« Rollen des Individuums unterschieden ist, nach Mechanismen und Kriterien, die gesellschaftlich reguliert sind.

Die Krankenrolle nach Parsons hat zwei unterschiedliche Bezugsbereiche: den Arzt, dem gegenüber die Kranken- eine Patientenrolle wird und der Arztrolle korrespondiert. Sodann die anderen Rollen des Patienten und seine relevanten anderen, denen gegenüber er von normalen Verhaltenserwartungen entlastet wird und an die er Erwartungen – etwa der Rücksichtnahme – richten kann. Gekoppelt werden beide Bezugsbereiche dadurch, dass die Einnahme der Krankenrolle diejenige der Patientenrolle impliziert. Auch die Krankschreibung setzt voraus, dass der Betroffene

einen Arzt konsultiert und sich dessen Anweisungen unterwirft. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Diagnose des Arztes zu: Sie ist Ergebnis der Arztkonsultation und sie präzisiert die Krankheit nach außen, indem sie gesundheitliche Beeinträchtigungen den akzeptierten Krankheitsdefinitionen zuordnet und damit erst zur Krankheit macht.

Parsons behandelt die Krankenrolle als Aspekt des Problems sozialer Kontrolle. Die Krankenrolle begründet die Möglichkeit eines sekundären Krankheitsgewinns, und dieser muss begrenzt werden durch die mit der Krankenrolle verbundenen Verpflichtungen und Kontrollen durch den Arzt. Rechte und Pflichten sind deshalb eng verknüpft. Noch in der Krankenrolle wird daher die Normalität der Arbeitsverpflichtung bestätigt.

Die Krankenrolle steht offensichtlich in Konkurrenz oder Konflikt (»Inter-Rollen-Konflikt«) mit anderen Rollen (vgl. Borgetto/Kälble 2007, S. 170): des Beschäftigten oder – allgemeiner gesagt – desjenigen, der sich aus eigener Kraft reproduzieren muss, auch mit den Rollen als Partner, Vater oder Mutter, Schüler oder Arbeitsuchendem. Die mit diesen verbundenen Verpflichtungen werden außer Kraft gesetzt. Aber dadurch werden gleichwohl Erwartungen der Arbeitgeber, der Kollegen, der Ehepartner oder der Kinder durchaus enttäuscht – Konflikte sind keineswegs ausgeschlossen.

Trotz der institutionalisierten Krankenrolle müssen Kranke mit Nachteilen und unter Umständen auch mit Stigmatisierung rechnen. Denn sie signalisiert Schwäche, fehlende Fähigkeit zur Erfüllung von Rollenerwartungen. Daher ist die Entscheidung, sich krankschreiben zu lassen, das Ergebnis eines Aushandlungs- und Abwägungsprozesses des Patienten zwischen sich selbst, dem Arzt und dem betrieblichen und privaten Kontext (vgl. Twardowski 1998, S. 42 f.; Hauß/Oppen 1985).

Krank zu sein beinhaltet überdies eine Veränderung des Selbstverhältnisses des Menschen. Er muss sich damit auseinandersetzen, in seinen Handlungs- und Leistungsfähigkeiten eingeschränkt zu sein, Hilfe zu benötigen. Das kann dazu führen, dass er Unwohlsein und gesundheitliche Einschränkungen hinnimmt, solange sie ihn noch nicht handlungsunfähig machen, um die Definition als Kranker zu vermeiden. Mit einer solchen Haltung lehnt er es ab, die Rechte des Kranken zu nutzen, um die Pflichten nicht auf sich nehmen zu müssen. Diese aber sollen ja gerade zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit beitragen.

»Die Fähigkeit, krank sein zu können, kann [...] einen Schutz vor psychischer Selbsterstörung bieten, ein lebensrettendes Regulativ sein.« So

formulierte Gerd Overbeck (1984, S. 50) den nur scheinbar paradoxen Zusammenhang von Krankheitsfähigkeit und Gesundheit. Tatsächlich kann die Fähigkeit, vor sich selbst krank zu sein und anderen gegenüber die Krankenrolle einzunehmen, als gesundheitsförderlich gesehen werden. Die Krankenrolle ist deshalb nicht nur die Legitimation einer Ausnahme-situation, sondern besitzt eine präventive und salutogene Funktion. Das allerdings setzt voraus, dass sie sozial akzeptiert ist.

»Die Fähigkeit, krank zu sein« beinhaltet auch die zeitweilige Annahme einer Krankheitsidentität. Hier kommt der Diagnose des Arztes wieder eine zentrale Bedeutung zu (Kirchgässler 1985). Sie definiert die Beschwerden als Krankheit und begründet damit bestimmte Verhaltenserwartungen. Sie erschwert es dem Individuum, die Einsicht ins Kranksein zu verweigern, aber sie kann auch die mit Beschwerden verbundenen Sorgen vor dem Ungewissen, vor dem, was »ich haben könnte«, mindern, weil sie Gewissheit vermittelt (Groenemeyer 2008, S. 121 ff.).

Mit der Krankheitsidentität ist auf der einen Seite das Selbstverhältnis des Einzelnen angesprochen, also die Frage, inwieweit er die Krankheit als (zeitweiligen) Teil seiner Identität integriert. Auf der anderen Seite die soziale Identität, also die Frage, inwieweit die Krankheit von anderen als Teil der Identität gesehen wird. Diagnosen können als Identitätsmarker fungieren. Gerade deshalb gehen Patienten mit Diagnosen durchaus strategisch um. Wenn sie nicht wollen, dass die Krankheit Teil ihrer sozialen Identität wird, dass sie also über ihre Krankheit identifiziert werden (Lettke et al. 1999, S. 17), wird der Umgang mit Diagnosen zum Aspekt ihrer »Techniken der Informationskontrolle« (Goffman 1994, S. 116 ff.).

2. Krankenrolle und Entgrenzung von Arbeit

Parsons ging noch davon aus, dass der Zustand der Krankheit relativ klar von dem der Gesundheit abzugrenzen und deshalb die Krankenrolle eindeutig bestimmbar ist. Sein idealtypisches Modell bezieht sich offensichtlich auf die aktuelle somatische Erkrankung. Schon chronische Erkrankungen werfen die Frage auf, in welchem Sinne man davon sprechen könnte, der Patient habe zur baldigen Beendigung der Erkrankung beizutragen. Vielmehr geht es hier oft eher darum, eine Normalisierung der Krankheit in dem Sinne zu erreichen, dass die Erkrankten und ihre Umwelt mit der

Krankheit zu leben und die Rücksichtnahme auf die Krankheit mit der begrenzten Übernahme sozialer Erwartungen zu verbinden lernen.

Die Krankenrolle kommt jedoch im Hinblick auf die Arbeitswelt, also in ihrem Verhältnis zur Berufsrolle, in der Gegenwart von vier Seiten unter Druck. Erstens führen die Veränderungen von Arbeitsanforderungen, die als Entgrenzung von Arbeit bezeichnet werden, dazu, dass die Grenze zwischen Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit unbestimmt wird. Unter Entgrenzung von Arbeit verstehen wir zunächst, dass die Grenze von Arbeits- und Freizeit sich verflüssigt. Wie die Arbeit in die Freizeit – und auch die Freizeit in die Arbeit – hineinragt, indem Beschäftigte auch in ihrer nominellen Freizeit verfügbar sind (beispielsweise über Smartphone oder E-Mail) und bei Termin- und anderem Arbeitsdruck ihre Arbeitszeit verlängern (müssen), so können sie auch häufig ihre Arbeitszeit privaten Wünschen in gewissem Maße anpassen.

Das bedeutet, dass sie (oder ihre Arbeitsumwelt) Krankheitszeiten manchmal als Freizeit und nicht als verlorene Arbeitszeiten behandeln, indem diese zum Beispiel über das Arbeitszeitkonto abgewickelt werden. Hinzu kommt, dass viele moderne Arbeitsformen es auch möglich machen, zu arbeiten, wenn man nicht mit dem ganzen Körper einsatzfähig ist: Mit gebrochenem Bein etwa kann man Schreibtisch- und Bildschirmarbeit (eventuell auch von zu Hause aus) erledigen.

Zweitens kommt die Krankenrolle unter Druck, weil in der Arbeit Schonzeiten und -räume verschwinden. Das betrifft zum Beispiel länger andauernde oder chronische gesundheitliche Einschränkungen. Fehlende Personalreserven und die Einsparung von Arbeitsaufgaben, die geringere Belastungsfähigkeit erfordern, bedingen, dass dauerhafte Krankheiten schneller die Frage aufwerfen, ob sie mit der Ausübung einer Beschäftigung vereinbar sind. Aus diesem Grunde aber steigt auch die Sorge, sich mit der Einnahme der Krankenrolle als nicht ausreichend belastbar zu zeigen, und damit die Neigung zur »Krankheitsverleugnung« (Kocyba/Voswinkel 2007).

Hinzu kommt drittens, dass Beschäftigte es in manchen Fällen nicht als Erleichterung empfinden, der Arbeit fernzubleiben. Zum einen kann die Sorge vor den Folgen der Absenz ihrerseits das Befinden beeinträchtigen, der Gang zur Arbeit kann zum anderen auch von den Beschwerden ablenken. Das Selbstwertgefühl würde eventuell noch mehr leiden, würde man der Arbeit fernbleiben. Damit ist ein weiterer Aspekt der Entgrenzung

von Arbeit angesprochen, die Verflüssigung der Grenze zwischen Arbeit und Person. Beschäftigte wollen und sollen ihre Subjektivität stärker in die Arbeit einbringen, diese selbst organisieren, sich eventuell auch in der Arbeit verwirklichen. Vor diesem Hintergrund wird ihre Leistungsfähigkeit in der Arbeit in noch höherem Maße, als dies in der modernen Gesellschaft generell der Fall ist, wichtig für ihr Selbstverhältnis und ihre Identität. Daher tun sie sich schwer damit, eine Erkrankung anzunehmen und in ihr Selbstbild zu integrieren.

Untersuchungen zum Phänomen des Präsentismus (Steinke/Badura 2011; Schmidt/Schröder 2010) illustrieren diese Entwicklung. Der Krankenstand ist zwar seit 2006 geringfügig wieder auf 5,2 Prozent (im Jahre 2014) angestiegen, diese Entwicklung konterkariert aber den wesentlich prägnanteren langfristigen Rückgang von Mitte der neunziger Jahre bis 2006 nicht (Meyer/Böttcher/Glushanok 2015, S. 345 ff.). Die Zahl psychischer Erkrankungen hat zwischen 2004 und 2014 um 44 Prozent zugenommen (ebd., S. 368 f.).

Verschiedene Erhebungen zeigen, dass etwa drei Viertel der Beschäftigten angeben, im Laufe eines Jahres mindestens einmal krank zur Arbeit gegangen zu sein, beinahe ein Drittel sogar gegen den ausdrücklichen Rat der Ärzte (Steinke/Badura 2011, S. 24). In der Literatur wird davon berichtet, dass psychische stärker als physische Krankheiten zu Präsentismus führen. Hierfür wird die Ursache in der Furcht psychisch Erkrankter vor der Entdeckung ihrer Krankheit und daraus resultierender Stigmatisierung vermutet (vgl. ebd., S. 93; vgl. auch Gerich 2015, S. 44 f.).

Ein vierter Aspekt setzt die Akzeptanz der Krankenrolle unter Druck: Die Förderung der Gesundheit ist zur Anforderung an moderne Arbeitnehmer geworden, ihre Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten. Präventionsmaßnahmen, die von Arbeitgebern angeboten werden, beinhalten die Aufforderung, sie auch wahrzunehmen, und implizieren so, dass denjenigen eine (Mit-)Verantwortung für eine Erkrankung zugewiesen wird, die gleichwohl erkranken (vgl. Brunnett 2009, S. 304 ff.; Lettke et al. 1999, S. 78 ff.). Es ist aber gerade eine Voraussetzung für die problemlose Einnahme einer Krankenrolle, dass die Erkrankung als nicht selbst verschuldet gilt.

Alle diese unterschiedlichen Faktoren führen zu einer größeren Unbestimmtheit der Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit und somit zu

einer unsicheren Akzeptanz der Krankenrolle. Das ist nicht grundsätzlich neu, aber die Entgrenzungsbereiche weiten sich deutlich aus.

Wir haben in unserer Untersuchung ein weiteres Phänomen beobachten müssen: Die Entgrenzung zwischen Arbeit und Krankheit beinhaltet auch, dass es nicht mehr unüblich ist, Erkrankte während ihres Klinikaufenthalts von der Arbeit aus zu kontaktieren. Erreichbarkeit ist durch Smartphones und E-Mail gegeben, und es scheint nahezuliegen, bei arbeitsbezogenen Fragen mit dem Erkrankten Kontakt aufzunehmen. Manchmal sollen mit der Kommunikation während der Erkrankung auch Anteilnahme und Interesse an der Person des Mitarbeiters bekundet werden, manchmal wird aber auch erörtert, wann denn mit der Rückkehr zu rechnen sei und wie es insgesamt weitergehen solle.

Auch die Patienten suchen ihrerseits manchmal Kontakt zur Arbeit, zu Vorgesetzten oder Kollegen. Weil sie von sich erwartet hätte, bei einer Aufnahme in die Tagesklinik »jeden Abend, wenn ich nach Hause gehen würde, [...] in X [ihrem Supermarkt]« zu stehen, hat sich Frau V, 20-jährige Verkäuferin in einem Supermarkt, quasi aus Selbstschutz zur stationären Aufnahme entschlossen. Viele Patienten telefonieren häufig auch ihrerseits mit Kollegen.

Im Falle psychosomatischer Kliniken kommt anscheinend hinzu, dass diese manchmal von Außenstehenden als eine Art Kur vorgestellt werden. Ein Therapeut berichtet sogar von einem Fall, bei dem ein Mitarbeiter der Firma der Patientin das Handy so eingerichtet hat, dass sie dort auch die Geschäfts-E-Mails lesen konnte.

»Wir haben öfter die Situation, dass die Firmen hier so invasiv irgendwie da an den Mitarbeitern ziehen, hab' ich das Gefühl. [...] Ich bin auch der Meinung: Wenn man krank ist, kann man da [auf die Arbeit, bezieht sich auf Beispielfälle] nicht hinzitiert werden. [...] Warum soll ein Patient, der in der chirurgischen Station ist, arbeitsrechtlich anders behandelt werden, der nicht laufen kann meinetwegen, anders behandelt werden als einer, der auf der psychosomatischen Station ist? Damit machen wir doch unsere Patienten mit dem Gedanken eigentlich weniger krank.«

Auch Patienten behandeln manchmal die Grenzen psychosomatischer Kliniken als recht durchlässig. Herr N nimmt etwa während des stationären Aufenthalts einen Gerichtstermin wahr. Es kann auch eine Rolle spielen, dass die Patienten unsicher sind, wie sie mit ihrer Diagnose dem Arbeitge-

ber und dem Kollegen gegenüber umgehen sollen. Diese Problematik von Status und Grenzziehung psychosomatischer Kliniken und damit der Definition der Krankenrolle sollte in Zeiten der Entgrenzung Gegenstand der therapeutischen Arbeit in der Klinik selbst sein; der Klinik kommt hier auch die Aufgabe zu, die Patienten vor äußeren Interventionen zu schützen.

3. Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

Die Krankenrolle ist bei psychischen Erkrankungen in ihren Grenzen besonders unbestimmt. Denn diese Krankheiten sind in der Regel nur schwer an eindeutigen Symptomen erkennbar. Jedenfalls gilt das für den Laien und somit für die allermeisten Vorgesetzten und Kollegen der Betroffenen. Die Übergänge zu einem alltäglichen Verhalten, das als wunderlich und abweichend empfunden wird, sind fließend. Gerade psychische Erkrankungen schließen es auch nicht offensichtlich aus zu arbeiten, wie dies jedenfalls bei vielen somatischen Krankheiten der Fall ist. Daher steht schnell der Verdacht im Raum, der Betroffene simuliere und beanspruche somit die Krankenrolle illegitimerweise. Die Gefahr der Simulationsvermutung wiederum veranlasst viele Betroffene, sich lange Zeit nicht krankschreiben zu lassen und sich auch selbst nicht mit ihren Beschwerden als Krankheit auseinanderzusetzen.

Psychische Erkrankungen sind in mehrfacher Hinsicht mit der Gefahr der Stigmatisierung verbunden. Sie resultiert erstens aus dem Verdacht, die Erkrankung sei nicht authentisch, sondern werde simuliert, oder der Betroffene sei überempfindlich. Diese Art der Stigmatisierung gilt im Grunde also nicht der psychischen Erkrankung, sondern der vermuteten Simulation. Symptome können die Krankheit nicht ausreichend beweisen. Hilfreich können hier ärztliche Diagnosen sein. Der Arzt bzw. Therapeut als anerkannter Experte bekräftigt die Legitimität der Krankenrolle, indem er die Ernsthaftigkeit der Erkrankung bestätigt und sie mit einer medizinischen Diagnose identifizierbar macht. Allerdings ist Voraussetzung hierfür, dass der Psychotherapeut selbst in der Gesellschaft als Experte und dass psychische oder psychosomatische Erkrankungen als Krankheiten anerkannt sind. Insgesamt scheint die Akzeptanz psychischer Störungen als Erkrankungen deutlich gestiegen zu sein.

Zweitens resultiert Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen daraus, dass die Störungen unmittelbar mit der Persönlichkeit des Betroffenen verbunden scheinen. Gerade sein Bezug auf die soziale Identität aber macht ein Stigma aus (Goffman 1994). Die von anderen negativ bewerteten Eigenschaften treten gegenüber den anderen Aspekten der Identität in den Vordergrund. Mit anderen Worten: Die Krankheitsidentität dominiert die soziale Identität der Betroffenen und scheint mit dieser zwingend verbunden. Damit wird die Beendbarkeit der Krankenrolle tendenziell infrage gestellt.

Die Betroffenen geraten hier also in ein Dilemma: Werden ihre gesundheitlichen Probleme als psychische Krankheiten diagnostiziert, so können sie damit die eine Quelle der Stigmatisierung austrocknen: den Verdacht der Simulation. Zugleich aber lassen sie die andere Quelle sprudeln: die Stigmatisierung wegen der Erkrankung. Dieses Dilemma erklärt die ambivalente Haltung unserer Patienten gegenüber der ihnen gegebenen Diagnose: Sie fühlen sich entlastet, weil sie nun eine ärztliche Bestätigung der Ernsthaftigkeit ihrer Erkrankung und deren begriffliche Präzisierung erhalten. Aber sie fürchten das Bekanntwerden und die Dauerhaftigkeit der entsprechenden Etikettierung.

Für sie stellt sich damit das Problem des Umgangs mit dieser Information, insbesondere gegenüber ihrem Arbeitgeber und ihren Kollegen. Outen sie die Diagnose, so sind sie damit zumindest potenziell (in den Worten Goffmans) diskreditiert. Verschweigen sie diese, so bleiben sie doch diskreditierbar. Diese Informations- ist häufig zugleich eine Identitätspolitik (vgl. ebd., S. 153 ff.), weil die Betroffenen damit zugleich ihre eigene Beziehung zu ihrer Erkrankung regulieren.

Eine Form der Identitätspolitik ist die Selbststigmatisierung oder die »Charismatisierung«. In der Selbststigmatisierung setzen sich die Subjekte Stigmatisierungen forciert aus und übernehmen sie in ihr Selbstbild. Die Betroffenen verstehen sich als Opfer tragischer Lebensgeschichten, demütigender oder untragbarer Arbeitsbedingungen und erhalten auf diese Weise einen spezifischen Krankheitsgewinn durch diese Aufwertung ihrer Person. Dieser Vorgang kann in eine (Selbst-)Charismatisierung übergehen, wenn Stigmatisierte »in Heilsbringer und Führergestalten verwandelt werden« (Lipp 1985, S. 83). Die Geschichte ist voll von Umschlägen des Stigmas in Charisma. Gerade die christliche Religion hat in der Gestalt des Märtyrers eine positive Sozialfigur hervorgehoben, die als Vorbild fungieren soll. Die Wunden Jesu sind die Stigmata, die gerade sein Charisma ausmachen.

Psychisch Erkrankte können sich als Opfer und zugleich Mahnung sehen, die auch andere aufrütteln kann.

Eine andere Form der Identitätspolitik ist demgegenüber die Normalisierung: Die Betroffenen versuchen, ihr Stigma zu verbergen und ihre Krankheit in den Alltag auch der Arbeit zu integrieren. Eine Variante der Normalisierung besteht darin, die psychische als eine Krankheit wie jede andere zu behandeln und darzustellen. Diese Strategie ist diejenige, die dem heute verbreiteten Diskurs am ehesten entspricht: Mit der Integration psychischer Erkrankungen ins Gesundheitssystem – auch durch die verbreitete Medikalisierung – und zugleich in die üblichen Regularien betrieblicher Gesundheitspolitik ist die Erwartung verbunden, sie auf diese Weise aus der besonderen Stigmatisierungsgefahr zu lösen. Meist werden Elemente verschiedener Identitätspolitik zugleich verfolgt. Daraus resultieren eine oft zu beobachtende Ambivalenz und Inkongruenz der jeweiligen Verhaltensweisen.

Will man Stigmatisierungsprozesse verstehen, so muss man auch die Nichterkrankten betrachten. Die Interaktion zwischen Stigmatisierten bzw. Stigmatisierbaren und »Normalen« ist durch beidseitige Unsicherheit im Umgang gekennzeichnet: Die Erkrankten sind unsicher, wie Kollegen und Vorgesetzte auf ihre Erkrankung reagieren und diese bewerten. Sie fürchten unter Umständen, dass diese auch »normale« Fehlleistungen als Zeichen der Erkrankung interpretieren. In ihrem Verhalten reagieren sie eventuell antizipativ auf die vermutete Bewertung der anderen. Die »Normalen« ihrerseits sind ebenfalls unsicher, wie sie den Erkrankten behandeln sollen: Ist Rücksichtnahme angesagt, kann man die Krankheit in der Interaktion ignorieren, sollte man sie thematisieren, welche Empfindlichkeiten zeigen gerade psychisch Erkrankte? Nicht erst Feindseligkeit und Ablehnung, sondern auch Unsicherheit bei gutem Willen machen die Beziehungen mit psychisch Erkrankten schwierig. Die Schwierigkeiten im Umgang mit (der Gefahr) der Stigmatisierung psychisch Erkrankter werden im Aufsatz über die Betriebliche Wiedereingliederung weiter erörtert.

An dieser Stelle der Überlegungen kommen wir wieder auf die Frage der Beendbarkeit der Krankenrolle zurück. Im Alltagsverständnis werden psychische Erkrankungen häufig als nicht abgeschlossen behandelt, weil man vorurteilhaft davon ausgeht, dass sie nicht endgültig geheilt werden

können. Insofern psychische Erkrankungen demgegenüber mit der Persönlichkeit verbunden scheinen, setzen sich Zuschreibungen an die Persönlichkeit bei psychischen Erkrankungen (wenn diese bekannt waren) möglicherweise länger fort.

Manche psychischen Erkrankungen werfen noch aus einem anderen Grund ein besonderes Problem für das Konzept der Krankenrolle auf. Diese geht nämlich von der Bereitschaft und Fähigkeit des Kranken aus, seine Erkrankung beenden zu wollen und hierfür alles ihm Mögliche zu tun. Gerade eine Depression aber beeinträchtigt die Fähigkeit des Betroffenen, wieder das Selbstbewusstsein zu erreichen, das für seine Rückkehr in ein »normales« (Arbeits-)Leben erforderlich ist.

Depressiven fehlt es häufig gerade hieran, weil Antriebslosigkeit bis hin zur Bewegungsunfähigkeit zu den Symptomen der Erkrankung zählen, die es den Kranken erschweren, Veränderungen herbeizuführen. Es können sich Ängste vor Versagen bei einer Rückkehr an den Arbeitsplatz entwickeln oder davor, vor anderen bzw. mit anderen zu interagieren (vgl. Jäger/Jacobi 2014; Wittchen et al. 2010, S. 12 f.) Deshalb ist es häufig die Erkrankung selbst, die es den Betroffenen erschwert, zu ihrer Beendigung beizutragen. Gerade dies aber ist eine der mit der Krankenrolle verbundenen Pflichten.

4. Empirische Beispiele im Umgang mit Krankenrolle und Stigma psychischer Erkrankungen

Ich werde nun diese verallgemeinerten Darstellungen an einigen empirischen Beispielen verdeutlichen. Sie sollen zeigen, wie unsere Patienten mit der Krankenrolle umgehen, wie sie sie akzeptieren, be- oder entgrenzen, sie legitimieren und wie sie die Gefahr der Stigmatisierung bearbeiten.

4.1 Präsentismus und die Einnahme der Krankenrolle

Da wir mit unseren Gesprächspartnern im Zusammenhang mit ihrem Klinikaufenthalt, also im Rahmen ihrer Kranken- und Patientenrolle, gesprochen haben, gibt es in unserem Sample natürlich keine Fälle, in denen die Krankenrolle dauerhaft gemieden oder verweigert wurde. Gleichwohl haben mehrere Patienten zuvor ihre Krankheit längere Zeit verleugnet. So hat Frau A, Sekretärin in einer Unternehmensberatung, lange Zeit wei-

tergearbeitet, obwohl sich gesundheitliche Beschwerden verstärkten, und gerade, weil sie nicht mehr so leistungsfähig war.

»Wenn ich zum Beispiel krank war und hätte eigentlich sagen müssen: Oh, ich hab jetzt Fieber, ich bleib lieber daheim, schon mich ein paar Tage, hatte ich das Gefühl, ich häng in meiner Arbeit sowieso schon so stark nach, das kann ich mir nicht erlauben, ich muss an die Arbeit, um, wie soll ich sagen, irgendwie noch Leistung bringen zu können, und wenn's auch nur ein bisschen was ist, was ich erledige, ahm, aber Hauptsache, ich arbeite noch was.«

Weil sie wegen ihrer Beschwerden in ihrer Leistung eingeschränkt war, glaubte sie, sich keine Schonung, kein zeitweiliges Kranksein erlauben zu können, weil die Arbeit sich dann noch weiter aufgestaut hätte.

Frau A definiert die Krankenrolle sehr streng: »Wenn ich nicht mehr kann, dann muss ich krank sein, und wenn ich da bin, dann muss ich einsatzbereit sein.« Diese Einstellung sei auch in der Firma vorherrschend: Es werde keine Rücksicht auf zeitweilige Schwächen der Beschäftigten genommen, solange sie am Arbeitsplatz sind. Anders verhalte man sich dann, wenn die Krankenrolle durch Fernbleiben von der Arbeit eingenommen wird. Der strikten Definition der Krankenrolle entspricht also eine ebenso strikte Definition der Beschäftigtenrolle, der gemäß immer voller Einsatz erwartet wird.

Gerade wegen dieser strikten Krankenrolle fällt es Frau A jedoch schwer, sie einzunehmen, solange die Beschwerden nicht übermäßig sind. Hinzu kommt, dass sie gefürchtet habe, die Erkrankung werde erst richtig ausbrechen, wenn sie einhalten würde, im »Hamsterrad«, wie sie es nennt, weiterzulaufen. Erst ihrer besten Freundin gelang es eines Tages, sie mit energischen Worten zu überzeugen, dass sie sich krankmelden müsse, als es gar nicht mehr ging.

Auch Herr S schildert, wie er vor seinem ersten »Burn-out« immer noch weitergearbeitet hatte, als er noch im Bekleidungshaus als Substitut beschäftigt war. Er hatte im Januar, dem umsatzstärksten Monat, bei dem noch die Inventur dazukam, inklusive Sonntagsarbeit (Inventur) 110 Überstunden angesammelt. Die Arbeitszeit eines Kollegen war reduziert worden, damit dieser sich auf eine Abschlussprüfung vorbereiten konnte. Sein Abteilungsleiter war auf Einkaufstour, sodass er »mal 'ne Zeit lang für drei arbeiten« musste, wie er zunächst ohne Sorge gemeint habe.

Er sei nicht zu seinem Verkaufsleiter gegangen, um ihn um Unterstützung zu bitten, »weil ich halt für mich immer das, was ich halt vorgenom-

men habe, geschafft hab«. Nachdem er mehrere Wochen täglich einschließlich Samstag etwa zwölf Stunden gearbeitet hatte, kam Anfang Februar dann noch ein Großauftrag zur Einkleidung einer Bigband hinzu. Dies war der Moment, in dem Herr S zusammengebrochen ist: Da habe er die angesammelte Anspannung bemerkt.

»Ich hab nur gemerkt, der Hals ging zu. Ich hab gemerkt, dass ich wässrige Augen gekriegt hab, und wir hatten unsere Verkaufsfläche im Erdgeschoss gehabt und unser Büro im 1. Stock, ich hab's nur noch geschafft, in den 1. Stock zu gehen, mich ins Büro zu setzen, und da saß halt die damalige Abteilungsleiterin mit einem Vertreter. [...] Und in dem Moment hab ich halt angefangen zu heulen, und ich war halt mit den Nerven vollkommen am Ende. Weil ich halt gesagt hab: Ich bin jetzt, ich weiß nicht, das war die fünfte oder sechste Woche in Folge, wo ich halt wirklich komplett durchgearbeitet hab'.«

Die Abteilungsleiterin hat ihn dann erst einmal für eine Woche nach Hause geschickt. Es bedurfte also einer von ihm selbst nicht mehr abweisbaren und zugleich auch für andere erkennbaren Grenze, deretwegen ihm die Krankenrolle von der Chefin gewissermaßen verordnet wurde.

Frau A und Herr S möchten die Zeit der Krankenrolle aber auch begrenzen. Herr S kam zunächst nach zwei Wochen wieder zur Arbeit, merkte dann aber, dass er noch nicht wieder arbeitsfähig war, und wurde für zwei weitere Wochen krankgeschrieben. Sein Verkaufsleiter rief ihn daraufhin an und habe gemeint, wenn er Probleme mit seiner Arbeit habe, könne er sich »nicht permanent krankschreiben lassen«, sondern müsse mit ihm reden. Als er daraufhin in die Firma ging, habe er zu hören bekommen:

»Herr S, was ist denn los, schaffen Sie Ihre Arbeit nicht, oder was ist jetzt die Sache? Weil, das kann doch nicht sein, dass Sie sich jetzt krankschreiben lassen, wenn's jetzt mal ein bisschen mehr wird.«

Herr S habe wieder »angefangen zu heulen« und aufgezählt, welche Arbeitsbelastung er gehabt habe. Der Verkaufsleiter habe gesagt, davon habe er nichts gemerkt, und nunmehr die Krankschreibung akzeptiert.

Frau A war nach ihrer Krankschreibung und nachdem sie akzeptiert hatte, eine Therapie und einen Klinikaufenthalt zu benötigen, bestrebt, dass dies alles schnellstmöglich erfolgte. Sie wurde ärgerlich, als sich die Aufnahme in die Klinik hinzog. Zunächst hatte sie eine Kur beantragt, über die aber lange Zeit nicht entschieden wurde.

»Um ehrlich zu sein, hätte ich auch eine Kur genommen, ich wollte einfach nur das, was am schnellstmöglichen mir angeboten wird.«

Da stellte sich auch nach Ansicht der Therapeutin, die sie aufgesucht hatte, die Aufnahme in die Tagesklinik als die schnellere Variante heraus. Denn, so Frau A, »ich brauche jetzt akut Hilfe. [...] Das ist ja für mich Zeitverschwendung. Ich will bald wieder arbeiten gehen«. Der Modus ihres Arbeitens, in dem immer alles schnell gehen muss, prägt also auch ihren Umgang mit der Krankenrolle und der Therapie.

4.2 Legitimation der Krankenrolle durch Demonstration der Erkrankung

Nehmen psychisch Erkrankte die Krankenrolle ein, so stellt sich für sie die Frage, ob sie ihre Erkrankung dem Arbeitgeber mitteilen oder sie verschweigen. Im ersten Fall hoffen sie, sich Legitimation durch Information zu verschaffen, im zweiten Fall wollen sie eine Stigmatisierung durch die Erkrankung vermeiden.

Herr B, Lagerleiter in einem Handelsgeschäft, wurde während seines Klinikaufenthalts oft mehrmals am Tag von seinem Vertreter in der Firma auf seinem Handy in der Klinik angerufen, weil dieser Fragen bezüglich der Arbeit hatte. Er merkte dabei allerdings, dass der Vertreter – wohl eine verbreitete Meinung unter den Kollegen wiedergebend – seine Erkrankung nicht für sehr ernsthaft hielt. Er habe ihm mehr oder weniger offen vorgeworfen, sich dort zu erholen, während sich in der Firma die Arbeit türme. Um diesem Eindruck entgegenzuwirken, ist er nach einem Treffen mit seinem Chef auch noch mit diesem in die Firma gefahren. Da er inzwischen in der Klinik heftige Zuckungen, Krämpfe und Tics entwickelt hatte, war der Eindruck, den er dort machte, offenbar eindrucksvoll:

»Dass er auch sieht, wie es ist [...] Und ich glaub', das hat er dann auch sehr schnell eingesehen, dass es im Moment gar nicht geht.« Zugleich sei ihm dabei aber auch klar geworden, dass »ich wahrscheinlich da gehen« muss, was aber auch seinem Wunsch entsprach.

Der Beweis der Legitimität seiner Krankenrolle war ihm hier also wichtiger als die Möglichkeit, die Art seiner Erkrankung weiter geheim zu halten (und gegebenenfalls seinen Arbeitsplatz zu behalten).

4.3 Verschweigen der Krankheitsart aus Angst vor (stigmatisierender) Fürsorglichkeit

Demgegenüber hielt Herr S, inzwischen als Betriebswirt in der Revision einer Bank tätig, die Art seiner Erkrankung geheim, als er zum zweiten Mal psychisch erkrankte und die Klinik aufsuchte, wo wir auch unsere Interviews mit ihm führten. Aus diesem Grund war Herr S erleichtert, dass es zu keinem förmlichen Verfahren im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements mehr gekommen ist. Seine Befürchtung war, er werde durch das Outing seiner Krankheit einen Stempel der fehlenden Belastbarkeit aufgedrückt bekommen. Hätte er sagen müssen, dass er eine mittelschwere Depression gehabt habe, die auch mit seiner zu perfektionistischen Arbeitsweise und Arbeit on top in den letzten Wochen zu tun gehabt habe, dann, so die Befürchtung von Herrn S, hätte er sicher zu hören bekommen:

»Ach, gut, dass Sie es sagen – dann kriegen Sie ab jetzt nichts mehr on top und kriegen jetzt auch quasi nur noch Sachen, die die Hälfte der Belastung darstellen. [...] Das ist ja immer so ein Gedanke, den man dann hat, wenn man halt sagt: Ich hab jetzt berufsbedingt eine Auszeit nehmen müssen, dass es dann heißt: Ja gut, der ist nicht mehr leistungsfähig, dem brauchen wir eigentlich gar nichts mehr geben. Dass man da halt irgendwo für – ja, auf eine gewisse Art und Weise für schwächlich gehalten wird.«

Herr S hatte eine solche Erfahrung bei seinem ersten Burn-out im Bekleidungshaus gemacht. Ein jüngerer Kollege habe einen Fehler, den er gemacht hatte, Herrn S zuschieben wollen mit Verweis darauf, dass er, Herr S, ja nicht belastbar sei. Zwar habe er diesen Angriff seinerzeit erfolgreich abwehren können, aber er rechne mit derartigen Reaktionen immer. Dies wäre gerade in der aktuellen Situation ärgerlich gewesen, wo ihm in Aussicht gestellt worden sei, für eine Revision zwei Monate lang mit nach New York kommen zu können, eine Chance, die er nicht gefährden wolle.

Offensichtlich sind hier Fürsorge und Stigmatisierung nicht leicht voneinander zu trennen. Was vonseiten der Vorgesetzten oder Kollegen durchaus als Rücksichtnahme, Fürsorge oder Vorbeugung vor Rezidiven gedacht sein kann, kann von den Betroffenen als Einschränkung von Möglichkeiten oder gar als Stigmatisierung erfahren werden.

4.4 Normalisierung der psychischen Erkrankung

Einige Patienten versuchen, die psychische Erkrankung zu normalisieren, um sie nicht zum Teil ihrer Identität werden zu lassen oder auch um einer möglichen Stigmatisierung von außen entgegenzuwirken. Die Selbstdiagnose als »Burn-out« ist ein solcher Weg, da der »Burn-out«, obwohl er als medizinische Diagnose nicht anerkannt ist, im allgemeinen Diskurs als eine Art Volkskrankheit der Gegenwart behandelt wird. Das macht es wie vielen anderen auch Frau A möglich, in der Firma offen über ihre Krankheit zu kommunizieren und damit (nachdem sie einmal die Krankenrolle eingenommen hatte) auch auf Verständnis und Unterstützung zu stoßen. Diese Erkrankung gehört offenbar in bestimmten Bereichen inzwischen in den Bereich der Normalität.

Eine andere Art der Normalisierung der psychischen Erkrankung ist bei Frau E, Integrationsassistentin, zu erkennen. Sie stellt die somatischen Beschwerden und Schmerzen, die für sie in sehr hohem Maße belastend sind, in ihrem gesamten Krankheitsbild vollständig ins Zentrum. Im Interview schildert sie diese ausführlich und berichtet auch von den teilweise starken Medikamenten, die sie hierfür bekommt. Sie habe sich in die psychosomatische Klinik von ihrem Hausarzt nur überweisen lassen, weil dies mit einer Schmerztherapie verbunden wurde, die für sie im Vordergrund stand. Deshalb war sie auch erschüttert und empört, als sie beim Erstgespräch in der Klinik erfuhr, dass auf ihrer Überweisung die Diagnose »Depressives Syndrom« gestanden habe. Sie habe sich bei ihrem Hausarzt beschwert, woraufhin die Überweisung in Richtung Schmerztherapie verändert wurde. Auch während ihres Klinikaufenthalts wehrte sie sich immer wieder dagegen, als psychisch Erkrankte behandelt zu werden:

»Es war für mich echt der Schock meines Lebens. Ich habe ständig eigentlich systematisch gegen den Oberarzt gekämpft, weil ich immer gedacht hab, er wollt' mir da irgendwie 'ne Psychose ans Bein heften oder 'ne Depression. Und das wär' für mich, also ich hatte da einen extremen, enormen Druck und ich immer wieder gesagt hab': Ich hab' Schmerzen, ich hab's nicht im Kopf irgendwo.«

Frau E wehrt sich zum einen gegen die Diagnose einer psychischen Erkrankung, weil sie hiermit eine Abschreibung als unzurechnungsfähig verbindet, aber auch weil sie damit die Ernsthaftigkeit ihrer Beschwerden

gemindert sieht, denn, so sagt sie, mit Batiken und Ähnlichem sei ihr nicht geholfen. Eine genauere Analyse des Falles zeigt allerdings auch, dass sie sich mit dieser Abwehr gegen die Aufarbeitung traumatischer biographischer Erfahrungen sträubt, die mit der Akzeptanz der Diagnose einer psychischen Erkrankung verbunden wäre. Sie will ihre »Pandorabüchse« (eine Formulierung des behandelnden Therapeuten) nicht öffnen oder doch jedenfalls schnell wieder schließen.

4.5 Selbststigmatisierung

Eine der Normalisierung kontrastierende Form der Identitätspolitik ist die Selbststigmatisierung. Ansätze hierzu finden wir bei Frau F, Sachbearbeiterin in einem Amt mit Klientenkontakt. Sie war nach einem Zusammenbruch auf der Arbeit kurzfristig in die Klinik gekommen. Ihre soziale Situation an der Arbeitsstelle beschrieb sie als Mobbing, nachdem sie sich nach einem befristeten Arbeitsvertrag auf eine Stelle bei der Stadt eingeklagt hatte. Auch ihre zahlreichen Beschäftigungsverhältnisse zuvor seien ständig durch Mobbing geprägt gewesen.

Ihre Selbststigmatisierung vollzieht sie auf drei Ebenen. Zunächst stellt sie sich selbst als jemanden dar, der immer wieder Ausschluss provoziert; sie sieht sich also selbst beteiligt an dem abweisenden Verhalten ihrer Umwelt. Als ihr die Diagnose »Borderline« begegnet, übernimmt sie diese in ihr Selbstbild:

»Ich hab ja auch [zunächst] gesagt: Das bin ich nicht, das können Sie vergessen! Ja, also das ist für mich sehr stigmatisierend und schlimm. Ich hab sehr viel Bücher auch in dieser Zeit jetzt, wo ich nach der Klinik war, hab ich mir sehr viele Bücher dazu geholt. Und alles, was ich gelesen habe, trifft wie die Faust auf's Auge. Deswegen sag ich: Ja, stimmt!« Sie entwickelt ein negatives Selbstverhältnis: »Eigentlich mag ich mich nicht, eigentlich komm ich nicht mit mir klar, eigentlich wär' ich nicht gerne ich – und das ist der Punkt, wo ich sag': Das ist das Zentrale: Ich muss zu mir kommen!«

Dieses negative Selbstverhältnis geht mit starken Neidgefühlen gegen diejenigen einher, die es ihres Erachtens besser haben. Sodann bezieht sie ihr diesbezügliches Verhalten auf ihre gesamte schwierige Lebensgeschichte. Sie vermutet nun, dass auch ihre Mutter Borderlinerin war, was erklären würde, warum sie selbst so schlecht behandelt worden sei, mit der Folge

großer Probleme in der Jugend, in der Schule, ihr gesamtes Leben lang. Und schließlich beschreibt sie sich auch als jemanden, die von starken Gerechtigkeitsgefühlen getrieben ist und zu Recht anderen Vorwürfe macht und Missstände anprangert. Im Gespräch stellt sie sich als aufsässig auch gegenüber ihren Vorgesetzten dar:

»Ja, dafür bin ich wieder die Böse, weil ich ihn [einen Vorgesetzten] kritisiert habe. [...] Ich sage sehr viel, was ich sehe; ich kann mich mit vielen Sachen nicht abfinden. [...] Mein Problem ist, dass ich viele Sachen auch dann nicht akzeptiere, wenn sie Scheiße sind, und man kann sie nicht ändern.«

Ihre Selbstbeschreibung wechselt zwischen Klagen über ihre eigenen Grenzüberschreitungen und aggressiven Vorwürfen an ihre Umwelt, mit ihrem ausgeprägten Gerechtigkeitsinn nicht zurechtzukommen.

»Ich weiß, dass ich an der Stelle, ich würde sagen, manchmal unter die Gürtellinie gehe. Aber ich mach es nicht sozialverträglich, ich mach es aggressiv. Subtil aggressiv. Das weiß ich.«

4.6 Selbstcharismatisierung

Eine Variante der Selbststigmatisierung ist die Selbstcharismatisierung. Zwei Beispiele mögen illustrieren, was hierunter im Falle psychischer Erkrankungen zu verstehen ist.

Frau E, Integrationsassistentin, leidet unter einer Biographie wiederkehrender Missachtungserfahrungen. Sie hat schwere somatische Beschwerden entwickelt, die sie mit einem Stolz auf ihre Fähigkeit, solches Leiden auszuhalten, erträgt. Frau E, die sehr religiös ist, ist stolz auf ihre Aufopferung in einer Mehrfachbelastung für die Familie, ihren alkoholabhängigen Mann und zwei Kinder sowie die Betreuung eines schwerbehinderten Kindes in der Schule. Die Anerkennung hierfür bleibt indes ihrer Wahrnehmung zufolge aus. Die Integrationsassistenten werden von den Lehrern der Schule nicht angemessen wertgeschätzt und von der Partizipation an vielen auch pädagogischen Fragen ausgeschlossen. Auch der Ehemann würdigt ihren Einsatz nicht, sondern setzt ihre Leistungen wie selbstverständlich voraus. Darunter leidet Frau E, bezieht jedoch hieraus ihren Anspruch auf Würdigung.

Sie nimmt nun bereits während ihres Klinikaufenthalts wahr, dass in den nahezu täglichen Telefonaten mit den Kollegen deutlich werde, dass ihre gesundheitliche Krise auch in der Schule viele zum Nachdenken gebracht habe: »Wenn du, wenn unsere deutsche Eiche fällt, dann müssen wir uns auch Gedanken machen also.« Mit diesen Worten habe die Klassenlehrerin angekündigt, dass sich das ganze Team zusammensetzen und über Änderungen sprechen müsse, wenn sie wieder in der Schule zurück sei. Auch sie selbst stehe mit einem Bein in der Tagesklinik. Tatsächlich berichtet Frau E im Gespräch einige Wochen nach ihrer Rückkehr in die Schule, dass es viele Verbesserungen gegeben habe und sie jetzt eine stärkere Anerkennung erfahre, man sage ihr:

»Deine Beiträge, die sind so wichtig und wertvoll, und ich möchte dir einfach sagen, du bist nicht nur eine Integrationsassistentin, du bist für uns viel mehr. Und das war wirklich dieses, weil diesen Stellenwert musste man sich ja wirklich jahrelang erkämpfen, und das ist ja sowieso unser Problem in der Branche oder in diesem Berufszweig, den es ja eigentlich gar nicht gibt ...«

Herr T, IT-Mitarbeiter in einer Bank, beschreibt im Erstgespräch seine Krankheitsgeschichte als Resultat einer kontinuierlichen Strategie der Bank, ihn als Opfer von Rationalisierungs- und Umstrukturierungsprozessen und Mitarbeiter mit längerer Betriebszugehörigkeit an den Rand und möglichst aus der Bank zu drängen. Diesen Versuchen stemmte sich Herr T jahrelang entgegen, was erhebliche psychische Belastungen mit sich gebracht habe, denen er nach einigen körperlichen Erkrankungen nun nicht mehr gewachsen gewesen sei, sodass er in die Klinik gehen musste. Er sieht sich also in der Opfer- oder gar Märtyrerrolle. Diese erhebt ihn auch über seine Kollegen, denen er angepasstes, gleichgültiges Verhalten vorwirft.

»Wenn die da oben sagen: Ist alles gut!, dann reines Jasagertum, keinerlei, und das ist das, warum das vor die Hunde geht, weil jedem privaten Individuum die Bank, ob das Ganze, das große Ganze funktioniert, interessiert kein Schwein, da guckt doch keiner mehr über den Tellerrand hinaus. [...] Für mich ist das so irgendwie wie im Dritten Reich so nach dem Motto: Ja, Hitler ist halt da, und keiner sagt was dagegen. So irgendwie. Das ist jetzt vielleicht jetzt überzogen, aber das ist so 'ne Gleichgültigkeit. [...] Ich bin da schon eher der Rebell, das geb' ich schon zu.«

4.7 Verstetigung der Krankenrolle in einer Krankheitsidentität

Die Krankenrolle kann sich von einer Ausnahmesituation zu einem dauerhaften Bestandteil der Identität der Betroffenen entwickeln, sodass sie eine Krankheitsidentität ausbilden. Das kann, wie oben dargestellt, ein Symptom der Krankheit selbst sein. Und es kann der Versuch einer Bewältigung der Krankheit sein, in der diese ins Selbstbild integriert wird. Die Übergänge von einer exzeptionellen zu einer verstetigten Krankenrolle können fließend sein und die psychodynamischen Ursachen mannigfaltig.

Bei dem gerade dargestellten Herrn T beispielsweise scheint einer der verursachenden Prozesse aus der Therapie selbst zu resultieren. Die Stütze des Selbstwertgefühls von Herrn T in seiner Selbstcharismatisierung wurde durch die Therapie aufgelöst. Er konnte erkennen, dass es psychische Strukturen und nicht sein Rebellentum waren, die ihm eine Anpassung an die veränderten Bedingungen in der Bank unmöglich machten, psychische Strukturen, die tief in seiner Biographie verankert waren. Dieser therapeutische Prozess verlief bei Herrn T jedoch in einer Weise, dass es ihm nicht gelang, eine neue Basis des Selbstwerts zu entwickeln; vielmehr traf er auf eine Situation sozialer Isolation, in der die Erkenntnis der Beziehungsdynamik zusätzlich zum Abbruch der Kontakte zu seinen Eltern führte.

Herr T war zu der Einsicht gelangt, dass er seine Versuche, sich von der Bank nicht hinausdrängen zu lassen, im Interesse seiner Gesundheit aufgeben sollte, und traf eine Vereinbarung mit seinem Arbeitgeber, die eine längere Freistellung bei Fortzahlung der Bezüge und die Aussicht enthielt, in eine Beschäftigungsgesellschaft aufgenommen zu werden. Auf diese Weise verschwamm jedoch auch die Vorstellung eines Jenseits der Krankenrolle. Er zog sich in die Einsamkeit zurück, seine Depressionen führten zu einer Antriebslosigkeit und zu dem Gefühl, quasi als Kind noch einmal neu anfangen zu müssen.

Frau P, Kassiererin im Supermarkt, hat ein Selbstbild entwickelt, in dessen Zentrum eine seit der Kindheit chronische Depression steht. Die Krankheit erscheint deshalb nicht mehr als eine Ausnahmesituation, sondern als das Zentrum der Identität. »Meine Geschichte« (eine Formulierung, die sich auch bei Frau I findet, einem in dieser Hinsicht ähnlichen Fall) wird für sie zu einer Art lebenslänglichem Untersuchungsgegenstand; sie versucht, sich zu verstehen und die Tragödie ihres Lebens – ihre Unsicherheit, Minderwertigkeitsgefühle, ihr Gefühl der Überflüssigkeit und

der wiederkehrenden Ablehnung – sich und anderen, insbesondere Therapeuten, die mit ihr über sie nachdenken, zu verdeutlichen. Auf diese Weise gibt gerade ihre Krankheit ihrem Leben einen Sinn. Umso schwieriger ist es, sich eine Identität nach einer Heilung vorzustellen.

Bei Herrn Q, Marktforscher, werden die Beendigung der Krankenrolle und die Rückkehr in die Arbeit durch ohnehin vorhandene, aber durch die Erkrankung massiv verstärkte Anzeichen einer Sozialphobie unmöglich gemacht. Er entwickelt eine ausgeprägte Angst vor einer Rückkehr in die Arbeitsumgebung, insbesondere zu seinem Chef. Aber wegen seiner Verunsicherung traut er sich auch nicht zu, einen Arbeitgeberwechsel zu bewältigen. Er fürchtet, erneut zu scheitern. Hier macht das Leben nach der Krankheit Angst und erscheint unerreichbar.

In den Aufsätzen von Andreas Samus sowie von Rolf Haubl und Ute Engelbach über die Probleme des Übergangs nach dem Klinikaufenthalt wird ausführlicher dargestellt, dass die Schwierigkeiten der Zeit nach dem Klinikaufenthalt in den Therapien nicht bedacht werden. Man gewinnt häufig den Eindruck eines »Antherapierens«. Das ist weniger ein Defizit der Therapien oder der Therapeuten selbst, sondern der Organisation des Versorgungssystems, in dem die Zuständigkeiten der einzelnen Akteure an ihren Organisations- und institutionalisierten Aufgabengrenzen enden. Diese Konzentration auf die Zeit des Patienten in der Klinik trägt, wie sich zeigt, häufig dazu bei, die Krankenrolle auf Dauer zu stellen.

5. Resümee

Psychische Krankheiten sind, so können wir resümieren, nicht angemessen mit dem klassischen Konzept der Krankenrolle zu erfassen. Ohnehin gerät die Krankenrolle in den verschiedenen Dimensionen der Entgrenzung der Arbeit unter Druck. Wie viele chronische somatische Krankheiten, so werden auch psychische Krankheiten oft als solche wahrgenommen, die nicht endgültig ausheilen. Zudem sind psychische Erkrankungen nicht mit eindeutig erkennbaren Symptomen belegbar. Daraus resultieren große Schwierigkeiten, die Beschäftigtenrolle zugunsten der Krankenrolle auszusetzen.

Für die Betroffenen ergibt sich hieraus das Dilemma, dass sie dem Verdacht des Simulantentums mit offensiver Information begegnen können,

damit aber der Gefahr der Stigmatisierung wegen angenommener Persönlichkeitsdefizite ausgesetzt sind. Die Kommunikation über ihre Krankheit und die Diagnose wird daher, gerade auch gegenüber Firma und Kollegen, zu einem heiklen Problem. Wir konnten zwei entgegengesetzte Formen der Stigmabearbeitung identifizieren: In der einen versuchen Betroffene, ihre Erkrankung zu normalisieren, indem sie diese als normale, weitverbreitete Krankheit verstehen oder die somatischen Aspekte in den Vordergrund rücken. In der anderen Form stigmatisieren sie sich selbst und integrieren die Krankheit oder die als Ursache angesehenen Lebensschicksale in ihre Identität. Manchmal geht dies in eine Selbstcharismatisierung über, die ihnen einen spezifischen Krankheitsgewinn wegen ihres Opfer- oder Mahnerstatus vermittelt.

Schließlich ist es oft ein Bestandteil der Krankheit selbst, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind, zu einer Beendigung der Krankheit beitragen zu wollen, wie es die Konzeption der Krankenrolle fordert – sei es, dass eine Depression mit Antriebs- und Mutlosigkeit verbunden ist, sei es, dass die Betroffenen Ängste vor der Zeit nach der Krankheit und der Wiederaufnahme der Arbeit entwickeln.

Literatur

- Borgetto, Bernhard/Kälble, Karl (2007): Medizinsoziologie. Weinheim, München: Juventa.
- Brunnett, Regina (2009): Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Bielefeld: transcript.
- Gerich, Joachim (2015): Krankenstand und Präsentismus als betriebliche Gesundheitsindikatoren. In: Zeitschrift für Personalforschung 29, H. 1, S. 31–48.
- Goffman, Erving (1994/1963): Stigma. 11. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Groenemeyer, Axel (2008): Eine schwierige Beziehung – Psychische Störungen als Thema soziologischer Analysen. In: Soziale Probleme 19, H. 2, S. 113–135.
- Hauß, Friedrich/Oppen, Maria (1985): Krankenstand als Ergebnis von Definitions- und Aushandlungsprozessen in Gesellschaft und Betrieb. In:

- Naschold, Frieder (Hrsg.): Arbeit und Politik. Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 339–365.
- Jäger, Anna Maria/Jacobi, Frank (2014): Was sind psychische Erkrankungen? In: Windemuth, Dirk/Jung, Detlev/Petermann, Olaf (Hrsg.): Psychische Erkrankungen im Betrieb. Wiesbaden: Universum, S. 44–67.
- Kirchgässler, Klaus-Uwe (1985): Krankheitsidentität und Stigmatisierung: Krankenkarrerien epileptischer Patienten. In: Zeitschrift für Soziologie 14, H. 5, S. 349–362.
- Kocyba, Hermann/Voswinkel, Stephan (2007): Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen. HBS-Arbeitspapier 150. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Lettke, Frank/Eirmbter, Willy H./Hahn, Alois/Hennes, Claudia/Jacob, Rüdiger (1999): Krankheit und Gesellschaft. Konstanz: UVK.
- Lipp, Wolfgang (1985): Stigma und Charisma. Über soziales Grenzverhalten. Berlin: Reimer.
- Meyer, Markus/Böttcher, Mandy/Glushanok, Irina (2015): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2014. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 341–400.
- Overbeck, Gerd (1984): Krankheit als Anpassung. Der sozio-psychosomatische Zirkel. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: König, René/Tönnemann, Margret (Hrsg.): Probleme der Medizinsoziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 10–57.
- Schmidt, Jana/Schröder, Helmut (2010): Präsentismus – krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In: Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Macco, Katrin (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 93–100.
- Steinke, Mika/Badura, Bernhard (2011): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

- Twardowski, Ulita (1998): »Krankschreiben oder krank zur Arbeit?« Strategien im Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Arbeit. Marburg: Metropolis.
- Wittchen, Hans-Ulrich/Jacobi, Frank/Klose, Michael/Ryl, Livia (2010): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Berlin: Rudolf-Koch-Institut.