

Methodische Anlage der Untersuchung

Bei unserer Untersuchung handelt es sich um eine multiperspektivische Forschung. Wir versuchen, verschiedene Perspektiven auf den Zusammenhang von Erwerbsarbeit und psychischen Erkrankungen zu kombinieren. Das betrifft zum einen die Kooperation verschiedener fachlicher und disziplinärer Herangehensweisen, vor allem der arbeitssoziologischen, der professionssoziologischen und der psychoanalytischen. Zum anderen betrachten wir individuelle Fälle von Erkrankungen in ihrem Verlauf. Um diese multiperspektivische Forschung durchzuführen, haben wir verschiedene methodische Instrumente genutzt.

Grundsätzlich kam für unsere Untersuchung nur ein qualitatives Untersuchungsdesign in Betracht. Weder wollten wir im Rahmen großer Fallzahlen Korrelationen finden noch eine objektivierende Außensicht einnehmen. Vielmehr wollten wir Selbstbeschreibungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen und deren Verursachungs- und Kontextbedingungen erheben und analysieren. Es galt zu rekonstruieren, wie die Erkrankten selbst ihre Beschwerden wahrnehmen und welche Auslöser und Ursachen sie für gegeben erachten. Von besonderem Interesse war dabei, welche Bedeutung sie der Erwerbsarbeit zumessen, sowohl retrospektiv als auch mit Blick auf ihre zukünftige Entwicklung. Zudem wollten wir wissen, was sich die Patienten von ihrem Klinikaufenthalt, stationär oder teilstationär, erwartet haben und was aus diesen Erwartungen im Laufe der Therapie geworden ist. Vergleichbare Fragen galten den Therapeuten: Welche Themenschwerpunkte haben die Therapien gehabt? Stimmen die Deutungen der Experten mit denen ihrer Patienten überein? Haben psychisch belastende Arbeitsbedingungen im Erkrankungs- wie im Genesungsprozess die Relevanz, die wir vorab vermutet haben?

1. Das Sample der interviewten Patientinnen und Patienten

Im Zentrum der Untersuchung steht ein Sample von 23 Gesprächspartnern, die wir in ihrer Rolle als Patienten, die wegen einer psychischen Erkrankung eine psychosomatische Klinik aufsuchten, in verschiedenen Phasen des Krankheitsprozesses interviewt haben. Die Patienten wurden im Zusammenhang mit dem Erst- bzw. Aufnahmegespräch, das vor bzw. zu Beginn des Aufenthalts in den Kliniken stattfand, von den Therapeuten danach gefragt, ob sie zur Teilnahme an unserer Studie bereit seien. Sie erhielten ein Informationsblatt, in dem sie über die Zielsetzungen des Projektes informiert wurden, und erklärten gegebenenfalls ihre Bereitschaft, dass wir die verfügbaren Kontaktdaten erhielten, um uns mit ihnen in Verbindung zu setzen. Wesentliches Kriterium für die Ansprache durch die Ärzte bzw. Therapeuten war, dass diese im Gespräch den Eindruck gewannen, die Erwerbsarbeit sei für die Erkrankung von Bedeutung.

Grundsätzlich ausgeschlossen wurden damit Patienten, die nicht abhängig erwerbstätig sind oder deren Erwerbstätigkeit für sie nur eine geringe Relevanz hat: Menschen, die im eigenen Haushalt arbeiten, Selbstständige, Rentner, Studierende, Nebenerwerbstätige und andere mehr. Ebenso ausgeschlossen wurden solche Erkrankte, die besonders schwerwiegende psychische Erkrankungen hatten, also etwa Traumapatienten oder Psychosekranken. Alle einbezogenen Patienten unterzeichneten zu Beginn des ersten Interviews eine Einverständniserklärung, konnten freilich jederzeit ihr Einverständnis auch wieder zurückziehen, was aber in keinem Fall erfolgt ist.

Aufgrund der Art der Ansprache war es nicht möglich, das Sample gezielt so zusammenzustellen, dass verschiedene Berufe, Qualifikations- und Bildungsgrade, Beschäftigungsstatus, Beschäftigte verschiedener Organisationstypen, unterschiedliche Altersgruppen repräsentativ vertreten wären. Insofern handelt es sich um ein eher gelegentlich generiertes Sample, da die Ansprache weitgehend nach der Reihenfolge der Aufnahmegespräche stattfand. Die Samplestruktur entspricht damit am ehesten der Patientenstruktur der beteiligten Kliniken. Wir haben allerdings zu dem Zeitpunkt, als sich eine Überrepräsentanz der Frauen unter den Patienten abzeichnete, in den Kliniken darum gebeten, nunmehr bevorzugt geeignete männliche Patienten anzusprechen, sodass wir am Ende eine ausgewogene Zusammensetzung im Hinblick auf das Geschlecht erreichen konnten.

Tabelle 1: Struktur des Samples der interviewten Patientinnen und Patienten nach Alter und Geschlecht

Altersgruppen	männlich	weiblich	gesamt
20–30 Jahre		2	2
31–40 Jahre	7	5	12
41–50 Jahre	2	4	6
≥ 51 Jahre	2	1	3
gesamt	11	12	23

Quelle: eigene Berechnung

Insgesamt wurden 23 Patientinnen und Patienten einbezogen. Zwölf waren weiblich, elf männlich. Der Schwerpunkt liegt in der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen (Tabelle 1).

Tabelle 2: Struktur des Samples der interviewten Patientinnen und Patienten nach Berufen und Branchen

Berufe	Branchen	Zahl
Servicemitarbeiter	Einzelhandel/Verkehrsdienstleister	4
Lagerleiter	Handel	1
Sekretärin	Unternehmensberatung, Spedition	2
Buchhalter	Unterhaltungshandel	1
Betriebswirtschaftler/IT	Bank, Steuerberatung	3
Ingenieur	Verkehrsdienstleister, Automobilzulieferer	2
Marktforscher	Marktforschung	1
Sozialarbeiterin, Integrationsassistentin	Non-Profit-Organisationen	2
Sachbearbeiterin, Juristin	öffentlicher Dienst, Krankenversicherung	3
Pfleger/in	Altenpflege	2
Ärzte	Klinik	2
Summe		23

Quelle: eigene Berechnung

Das Sample umfasst sehr unterschiedliche Berufe und Branchen. Es ist ein breites Spektrum verschiedener Qualifikationsniveaus und -arten sowie unterschiedlicher Tätigkeiten vertreten (Tabelle 2). Allerdings fehlen typische Arbeiterberufe. Insgesamt darf aber als gesichert gelten, dass wir nicht nur Patienten mit einem hohen Bildungsgrad oder mit Tätigkeiten, die eine Nähe zum therapeutischen Feld aufweisen, im Sample berücksichtigt haben.

2. Forschungsgespräche

Um verschiedene Perspektiven auf die jeweiligen Fälle aufnehmen und interpretieren zu können, wurden mit allen Patienten mehrere Gespräche geführt. (Vgl. hierzu auch den »Methodenfahrplan« im Methodenglossar.)

- Wir haben angestrebt, mit jedem Patienten und jeder Patientin drei Gespräche zu führen. Das erste Gespräch fand vor dem Klinikaufenthalt oder zu dessen Beginn statt, das zweite kurze Zeit vor der Beendigung des Klinikaufenthalts und das dritte einige Zeit später, in der Regel etwa vier Monate nach Beendigung des Klinikaufenthalts. Im ersten Gespräch standen die Selbstbeschreibungen der Patienten sowie deren Erwartungen an die Therapie im Mittelpunkt. Das zweite Gespräch fokusierte auf die Erfahrungen mit der Therapie, eventuelle Veränderungen der Krankheitsdeutung und Erwartungen an die Zukunft. Das dritte Gespräch schließlich sollte die Erfahrungen mit der Rückkehr in die Arbeit bzw. den diesbezüglichen Hindernissen und Umorientierungen sowie dem weiteren Verlauf der Erkrankung erheben.
- Mit den behandelnden Therapeuten und Ärzten fanden pro Fall in der Regel ein bis zwei Gespräche statt. In diesen Gesprächen, die wir als »Supervisionen« bezeichnet haben (siehe dazu das entsprechende Stichwort im Methodenglossar), ging es um die professionelle klinische Beurteilung der Fälle, wobei uns besonders Differenzen zwischen der Selbstbeschreibung der Patienten und der Fremdbeschreibung durch die Experten interessiert haben.
- Mit den Ärzten bzw. Therapeuten der kooperierenden Kliniken wurden Gespräche über ihr therapeutisches Selbstverständnis geführt. Im

Fokus standen insbesondere die Relevanz der Erwerbsarbeit für psychische Krankheit und Gesundheit sowie allgemeine Kriterien für einen Therapieerfolg.

- Mit den Sozialarbeitern der Kliniken fanden Gespräche über ihre Tätigkeitsschwerpunkte und dabei insbesondere über Probleme des Entlassungsmanagements sowie der Nachsorge statt.
- Bereits zu Beginn unserer Untersuchung haben wir mit den Akteuren des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in verschiedenen Organisationen gesprochen, aus forschungsethischen Gründen freilich nicht in den Organisationen, in denen unsere Patienten beschäftigt sind.

Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Zahl der insgesamt geführten Gespräche.

Tabelle 3: Zahl der geführten Gespräche

Interview	Anzahl
Erstgespräch mit Patienten	23
Zweitgespräch mit Patienten	20
Drittgespräch mit Patienten	15
Fallbezogenes Gespräch mit Ärzten/Therapeuten	27
Expertengespräch mit Arzt	9
Gespräch mit Sozialarbeiterinnen	2
Gespräch mit Beteiligten des BEM (z. T. Gruppengespräch)	10

Quelle: eigene Berechnung

Nicht in allen Fällen konnten alle drei Gespräche mit den Patienten geführt werden. Drei Zweitgespräche kamen nicht zustande, weil die Patienten den Klinikaufenthalt nach kurzer Zeit beendeten. Weitere fünf Drittgespräche fanden aus unterschiedlichen Gründen nicht statt: Eine erneute Kontaktaufnahme kam nicht zustande, bzw. ein Interesse am Drittgespräch bestand beim Patienten nicht mehr, oder aber er befand sich erneut in einer Klinik.

Alle Gespräche wurden (mit Einwilligung der Gesprächspartner) aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Für jedes Gespräch fertigten die

Interviewer ein »Postskript« an (siehe dazu das entsprechende Stichwort im Methodenglossar).

Allen Gesprächen mit Patienten ist gemeinsam, dass sie eine biographisch-narrative Struktur haben. Dies kommt besonders in der Erhebung einer »Biographiekurve« (siehe dazu das entsprechende Stichwort im Methodenglossar) zum Ausdruck. Die Gespräche fanden zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Krankheitsverlaufes statt und haben deshalb naturgemäß verschiedene thematische Schwerpunkte: Im Erstgespräch war der gesamte bisherige Lebenslauf der Patienten Thema, inbegriffen das bisherige Arbeitsleben.

Das zweite Gespräch thematisierte insbesondere die Wahrnehmung der Klinik, Therapieerfahrungen und projektive Zukunftsvorstellungen. Im dritten Gespräch kamen insbesondere die Rückkehr in den Alltag und die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben zur Sprache. Die Erstgespräche dauerten in der Regel ca. zwei bis drei Stunden, die Zweit- und Drittgespräche waren in der Regel kürzer: ca. eine bis zwei Stunden. Vgl. zum Charakter der Gespräche das Stichwort »qualitative Interviews mit den Patienten« im Methodenglossar.

Die Gespräche mit den Ärzten und Therapeuten sowie mit den BEM-Verantwortlichen sind themen- und problemzentrierte »Expertengespräche« (siehe dazu das entsprechende Stichwort im Methodenglossar). Was die therapeutische Seite betrifft, so waren die Kliniker gehalten, von ihren konkreten Patienten ausgehend generalisierbare Erfahrungen zu formulieren.

Angereichert wurden die Gesprächsdaten in einem Teil der Fälle durch die Analyse von Dokumenten aus den Kliniken und durch die Protokolle einer »OPD-Diagnostik« (siehe dazu das entsprechende Stichwort »OPD-2-Interviews« im Methodenglossar).

3. Auswertung

Die transkribierten Interviews wurden in mehreren Schritten und parallel zueinander ausgewertet. Zunächst wurden die Ergebnisse der Gespräche mit den BEM-Verantwortlichen entlang den Themenstellungen in den Leitfäden in einem Protokoll festgehalten. Dabei ging es sowohl um die Informationen über Verfahren, Probleme, Erfahrungen und Verbesserungsmöglichkeiten des BEM als auch um das eigene Rollenverständnis als

Betriebsangehöriger. Die Befunde liefern eine Hintergrundfolie für unsere Fallanalysen.

Die Patienteninterviews wurden erst als Einzelfälle interpretiert (vertikale Hermeneutik) und dann miteinander verglichen (horizontale Hermeneutik), sodass nach und nach eine Matrix entstand, in der jeder interpretierte Fall seine relationale Verortung erhielt. Da wir pro Patient drei aufeinanderfolgende Gespräche zur Verfügung hatten, konnten wir auch Verläufe in den Blick nehmen, was bisher allerdings noch nicht abschließend geschehen ist. Grundprinzip war ein prospektiv-retrospektives Vorgehen, das heißt: Im Erstinterview wurden nicht nur Interpretationen festgeschrieben, sondern prospektiv Fragen für das Zweitinterview formuliert. Im Zweitinterview wurde diesen Fragen nachgegangen und von da aus auf das Erstinterview zurückgeblickt. Und so weiter. Auf diese Weise wurde fallspezifisches Wissen kumuliert. Wichtig war uns zudem, nicht bei manifesten Bedeutungen zu verbleiben, sondern Andeutungen und Sprechweisen zu nutzen, um latente Bedeutungen mit zu erfassen.

Als technisches Hilfsmittel wurde die Software MaxQDA eingesetzt.

Zentraler Ort der Auswertung waren regelmäßig stattfindende »Interpretationsgruppen« (siehe dazu das entsprechende Stichwort im Methodenglossar), in denen sich die Teammitglieder zusammenfanden. Diese Treffen realisierten unseren multiperspektivischen und interdisziplinären Anspruch. Dabei haben wir systematisch kontroverse Lesarten gefördert, um vorschnelle – stereotype – Bedeutungszuschreibungen zu verhindern. Manche der Kontroversen ließen sich beilegen, andere nicht, was deutlich macht, wie mehrdeutig Bedeutungszuschreibungen bleiben – und das nicht nur für die Forscher, sondern für alle, die an Interpretationsprozessen beteiligt sind.

Die Auswertung aller Materialien war ein langwieriger Prozess, der schließlich in ein starkes (momentanes) Evidenzgefühl gemündet ist. Da wir beabsichtigen, unsere Befunde den mitwirkenden Ärzten und Therapeuten in einem Workshop zugänglich zu machen, wird sich herausstellen müssen, wie anregend, erhellend und nützlich diese Befunde sind.

